

DISERTASI

**KONTRIBUSI KINERJA PERAWAT DAN HARAPAN PASIEN DALAM
DIMENSI NON TEKNIK KEPERAWATAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN
RAWAT INAP KASUS KRONIS**

(SUATU STUDI EKSPLORASI DAN INTERVENSI DI RUMAH SAKIT)

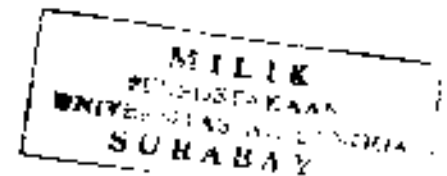


KK

DIK K 19/02

Dam

l.



NYOMAN ANITA DAMAYANTI

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
2001**

**KONTRIBUSI KINERJA PERAWAT DAN HARAPAN PASIEN
DALAM DIMENSI NON TEKNIK KEPERAWATAN TERHADAP
KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP KASUS KRONIS**

(SUATU STUDI EKSPLORASI DAN INTERVENSI DI RUMAH SAKIT)

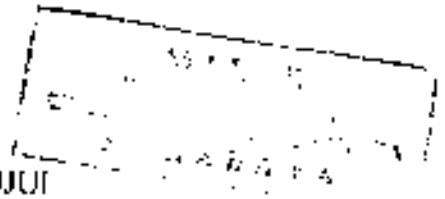
DISERTASI

Untuk memperoleh gelar Doktor
Dalam Ilmu Kedokteran
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga
dan telah dipertahankan di hadapan
Dewan Ujian Doktor Terbuka
Pada hari : Senin
Tanggal : 9 Oktober 2020
Pukul : 10.00 wib

Oleh :

Nyoman Arita Damayanti
Nim. 099512075 / D

Lembar Pengesahan



DISERTASI TELAH DISETUJUI
TANGGAL 28 FEBRUARI 2001

Oleh

Promotor

Prof. Dr. Marsetio Donosepnetro, dr., Sp.PK
NIP. 130 099 605

Ko Promotor I

Prof. Dr. Bimo Walgito
NIP. 130 429 416

Ko Promotor II

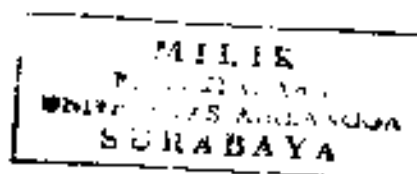
Widodo J. Pudjarahardjo, dr., MS., MPH., Dr. PH
NIP. 130 610 101

PROMOTOR DAN KO-PROMOTOR

Promotor : Prof. Dr. Marsetio Donosepoetro, dr., Sp PK

Ko Promotor I : Prof. Dr. Bimo Walgito

Ko Promotor II : Widodo J. Pudjirahardjo, dr., MS.,MPH.,Dr.PH



Telah diuji pada ujian tertutup
tanggal 29 Agustus 2000

PANITIA PENGUJI DISERTASI

Ketua : Prof. Karjadi Wirjoatmodjo, dr., Sp.AnK.IC

Anggota : Prof. Dr. Marsetio Danosepctro, dr., Sp.PK

: Prof. Dr. Bimo Walgito

Widodo J. Pudjirahardjo, dr., MS., MPH., Dr.PH

: Prof. Dr. Umar Nimran

: Prof. Dr. Rika Subarnuati Triyoga, dr., SKM

: Prof. H. R. Harjadi, dr.

Prof. Muhammad Dikman Angsar, dr., Sp.OG

: Dr. Stefanus Supriyanto, dr., MS

Dr.Med. Paul L. Tahalele, dr.

Ditetapkan dengan Surat Keputusan
Rektor Universitas Airlangga
Nomor : 7679/JO3/PP/2000
Tanggal : 13 September 2000

UCAPAN TERIMA KASIH

Rasa syukur dan terima kasih yang tiada terhingga saya panjatkan ke hadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, karena dengan perkenan-Nya maka penulisan disertasi untuk memenuhi persyaratan memperoleh gelar doktor pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga ini dapat saya selesaikan.

Terima kasih yang tak terhingga saya sampaikan kepada :

1. Prof. Dr. Marsetio Donosepoetro, dr., Sp PK, atas kesediaannya sebagai promotor dan yang telah senantiasa membimbing, mengarahkan serta memperluas wawasan saya selama penyusunan disertasi ini dengan penuh kesabaran. Bahkan sejak beliau masih menjabat sebagai anggota DPR yang berdomisili di Jakarta, beliau selalu menyempatkan diri untuk membimbing saya.
2. Prof. Dr. Bimo Walgito sebagai ko promotor I yang telah membuka wawasan saya dan memberi kesempatan untuk mempelajari dan memperdalam ilmu di bidang psikologi dan yang dengan penuh kesabaran membimbing saya dalam penyusunan disertasi ini. Terima kasih pula saya sampaikan atas waktu yang selalu beliau luangkan untuk datang ke Surabaya guna memenuhi undangan kami, baik untuk seminar maupun pelaksanaan ujian sejak proposal sampai disertasi ini selesai.
3. Widodo J. Pudjirahardjo, dr. MS., MPH., Dr.PH., saya ucapkan terima kasih yang sedalamnya atas kesabarannya membimbing saya sejak awal pendidikan saya. Dengan kesabaran beliau sebagai seorang pendidik, akhirnya konsep pemikiran saya dapat terwujud menjadi disertasi ini.
4. Rektor Universitas Airlangga Prof. H. Soedarto, dr., DTM&H., Ph.D. dan mantan Rektor Prof. H. Bambang Rahino Setokoesoemo, dr. terima kasih atas ijin yang

diberikan kepada saya untuk dapat melanjutkan pendidikan pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga.

5. Direktur Program Pascasarjana Universitas Airlangga Prof. Dr. H. Muhammad Amin, dr. dan mantan direktur Prof. Dr. H. Soedijono Tirtowidardjo.
6. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Dr. Tjpto Suwandi, dr., MOH. dan mantan Dekan Prof. Dr. Rika Subarniati T., dr., SKM yang telah memberikan ijin dan dukungan sepenuh hati kepada saya untuk dapat mengikuti program doktor.
7. Kepala Bagian Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Dr. Stefanus Supriyanto, dr., MS yang telah membenkan ijin dan dukungan sepenuh hati kepada saya untuk dapat mengikuti program doktor.
8. Staf pengajar di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Prof. Bambang Rahno Setokoesoemo, dr., Prof. Abdul Gani, SH., MS., Prof. Tiddy Pranowo Soedibjo dr., MPH., Prof. Dr. Pitono Soeparto, dr. DSAK, Widodo J. Pudjirahardjo, dr. MS., MPH., Dr. PH., Dr. M. Zainuddin, Drs. Apt., Kuntoro, dr. MPH. Dr. PH., Dr. Sarmanu, drH. MS., Prof. Hermien Hadiati, SH., Prof. R. Hariadi, dr., Prof. Dr. Umar Nimran, SE., Prof. Dr. R. Moeljono Notosoedirdjo, dr., Prof. Soetandyo Wignjosoebroto. dan semua pengajar lain yang telah membenkan bekal ilmu dan wawasan yang sangat berguna untuk bekal menyusun disertasi ini dan juga bagi perjalanan karier saya selanjutnya sebagai seorang pendidik

9. Semua guru saya sejak dari sekolah dasar hingga perguruan tinggi yang telah memberikan bekal ilmu kepada saya, sampai akhirnya saya dapat menyelesaikan pendidikan ini
10. Prof. Karijadi Wiryatmojo, dr., Sp.AnK.IC., yang telah dengan sabar memberikan wawasan kepada saya hingga disertasi ini dapat terselesaikan. Meskipun cukup berat, namun ini adalah awal untuk memahami lingkungan khususnya lingkungan keperawatan dengan lebih baik.
11. Prof. 11. Muhammad Dikman Angsar, dr., Sp.OG, selaku direktur Rumah Sakit Dr. Soetomo dan Kesuma Halim, dr. MSc, direktur Rumah Sakit Adi Husada Undaan Wetan Surabaya Atas ijin yang diberikan kepada saya untuk melaksanakan penelitian di rumah sakit yang beliau pimpin.
12. Pemerintah Republik Indonesia melalui Proyek CHIN-3 yang telah memberikan dana untuk pendidikan saya
13. Edy Listiyo, dr, MARS atas bantuannya melancarkan proses penelitian saya di rumah sakit Adi Husada Undaan Wetan
14. Kepala Perawatan RSUD Dr. Soetomo, para kepala ruangan dan para perawat pelaksana khususnya di ruangan tempat penelitian saya
15. Kepala Perawatan: para kepala ruangan dan para perawat pelaksana di Rumah Sakit Adihusada Undaan Wetan Surabaya.
16. Direktur Rumah Sakit Adi Husada Kapasari Surabaya beserta staf yang telah memben ijin dan banyak membantu saat pengujian kuesioner

17. Terima kasih dan penghargaan saya yang sangat tinggi saya sampaikan kepada seluruh pasien yang telah bersedia menjadi responden dan telah aktif berpartisipasi demi kelancaran dan keberhasilan penelitian ini.
18. Semua saudara saya di FKM terutama di Bagian AKM (Dr. Supriyanto, dr. MS, Widodo J.P., dr. MS, MPH, Dr PH: Thinni N.R., Dra, Ec., M Kes, Setya Haksama, drg, Djazuly, SKM, Widya Ayu, SKM, Ratna, SKM, Ira, Diah, Ari, Kukuh dan Dwi) yang telah sangat banyak membantu saya dalam menyelesaikan disertasi ini dan yang telah rela menggantikan tugas saya dan memberikan semangat yang tak henti-hentinya selama saya mengikuti pendidikan ini. Terima kasih atas segala bantuannya juga untuk kolega di bagian biostatistika Windhu Purnomo, dr., MS dan Hari Basuki, dr. M Kes. Berkat anda semua, maka disertasi ini bisa saya selesaikan
19. Suami saya tercinta Dr. R. Darmawan Setijanto, drg. M.Kes. serta anak saya Indra dan Andri yang telah dengan rela berkorban baik moral maupun materiil untuk saya selama saya menyelesaikan tugas belajar ini. Terima kasih sayang atas pengertiannya. Kalian adalah anugerah Tuhan yang paling saya hargakan
20. Terima kasih saya yang tidak terhingga kepada bapak dan ibu saya tercinta Bapak Nyoman Sedana (Ahm) dan Ibu Sandry Sedana serta seluruh keluarga besar kedua menua saya Bapak dan Ibu R. Setijono yang tak pernah berhenti membantu dan menloakan serta memberi dorongan semangat pada saya selama mengikuti pendidikan ini. Saya sangat bersyukur memiliki keluarga yang penuh pengertian. Untuk kedua orang tua saya, terima kasih yang tak terhingga atas "kaf" yang diberikan kepada saya

21. Keluarga saya di Bali Nyoman Sudira, dr., Sp. OG., Mbak Sri Wardani, Kadek Wardana, Widhi, Riantara, Ketut Wiswa Dewi dan Gede Agus Sugiharta. Juga keluarga saya di Surabaya Mbak Nita, Mas Avi, Anang, Latries, Yabud, Dani dan Dian yang telah banyak membantu saya selama pendidikan saya
22. Khusus untuk ibu Siti Eko Wijayati, ibu Widodo, ibu Emma, MARS dan ibu Dewi Retno Summar, MPsi, yang sangat banyak membantu saya. Juga untuk mbak Rohani, mbak Sri dan mbak Yati yang telah membantu saya mengambil data dan Mbak Ida yang membantu *editing*.
23. Darmawan Budiarto, dr. yang telah bersedia menjadi konsultan selama pengumpulan informasi tentang kondisi psikologis pasien
24. Para mahasiswa khususnya mahasiswa program studi AKK program Pascasarjana Unair atas pengertiannya selama saya menyelesaikan studi saya.
25. Masih banyak lagi yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu.

Doa keluarga dan teman sekalian tetap saya harapkan agar setelah saya menyelesaikan pendidikan ini saya dapat memulai karier saya di dunia pendidikan yang masih sangat panjang. Akhirnya, semoga Allah SWT akan selalu melimpahkan petunjuk dan rahmatNya kepada kita semua, Amin.

RINGKASAN

Di Indonesia perkembangan rumah sakit dari tahun ke tahun semakin meningkat. Terjadi peningkatan dari 950 buah rumah sakit dengan 109.387 tempat tidur pada tahun 1990, menjadi 1.074 buah rumah sakit dengan 120.083 tempat tidur pada tahun 1996 (Depkes RI, 1997). Terjadi peningkatan jumlah rumah sakit sebesar 13,1% dan peningkatan jumlah tempat tidur sebesar 9,8 % dalam waktu enam tahun. Di sisi lain masalah yang dihadapi rumah sakit semakin kompleks termasuk masalah yang berkaitan dengan sumber daya manusia, lebih khusus lagi tenaga keperawatan utamanya yang berkaitan dengan pelayanan pada pasien.

Rumah sakit adalah suatu organisasi yang padat karya tenaga terampil dengan produk utamanya adalah jasa. Diketahui bahwa jasa rumah sakit sangat individual, berbeda dari satu orang dengan orang lainnya tergantung penyakit atau kasusnya, bersifat *momentary*; output tidak terpisahkan dengan proses dan saat proses berlangsung terjadi kontak langsung dengan pasien. Di ruang rawat inap rumah sakit jasa pelayanan sebagian besar dilaksanakan oleh perawat. Perawat adalah sumber daya manusia rumah sakit yang pertama dan terlama kontak dengan pasien, karenanya perawat memegang posisi kunci dalam membangun citra rumah sakit (Lumenta, 1989, Fosbinder, 1994).

Namun di sisi lain baik dari pengalaman empirik maupun dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa sampai saat ini keluhan pasien terhadap pelayanan yang diterimanya masih sangat tinggi. Beberapa bukti empirik yang mendukung adalah: (1) Byrne dan Heyman (1997) menemukan bahwa pasien yang dirawat di unit gawat darurat sebagian besar mengalami stres dan faktor komunikasi perawat ditengarai sebagai faktor

perawat. (2) Penelitian Pardani di rumah sakit pemerintah kelas A di Surabaya tahun 1989, dengan menggunakan 100 orang pasien rawat inap. Diperoleh informasi bahwa 50% mengatakan puas terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan; cukup puas 25% dan tidak puas 25%. (3) Penelitian Wirawan tahun 1994 tentang tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap asuhan keperawatan di sebuah rumah sakit di Jawa Timur. Diperoleh informasi, hanya 17% dari seluruh pasien rawat inap yang mengatakan puas terhadap asuhan keperawatan yang diterima, sedangkan 83% mengatakan tidak puas. Penelitian tersebut juga memberikan informasi bahwa keluhan utama adalah terhadap pelayanan perawat, yakni perawat tidak mau berkomunikasi dengan pasien (80%), kurang perhatian (66,7%) dan tidak ramah (33,3%).

Zulkarnain pada tahun 1996 melakukan penelitian tentang tingkat kepuasan pasien di sebuah rumah sakit swasta di Surabaya. Sebanyak 70 responden, yang diambil secara total populasi pada tujuh kelas perawatan menunjukkan bahwa 40% pasien menyatakan puas terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit, 32% mengatakan cukup puas dan 28% mengatakan tidak puas. (5) Damayanti melakukan studi tentang harapan dan kepuasan pasien di sebuah rumah sakit pemerintah di Surabaya pada tahun 1997. Diperoleh hasil bahwa terhadap dokter pasien lebih mengharapkan keterampilan teknik mediknya (oleh pasien disebut "kepandaran dokter mengobati atau menyembuhkan") sedangkan terhadap perawatnya, pasien lebih mengharapkan kesabaran dan perhatian. Sebanyak 48 orang responden diambil secara proporsional pada UIC interna dan di Paviliun. Hasil menunjukkan bahwa 41% responden mengatakan kurang puas dengan pelayanan rumah sakit dan sebanyak 59% sisanya mengatakan puas. Khusus terhadap kinerja perawat, keluhan terbesar adalah bahwa perawat jarang menengok

pasien bila tidak diminta dan bila dipanggil perawat tidak segera datang (perawat datang sekitar 10 menit)

Semua yang diuraikan di atas menunjukkan kondisi ketidakpuasan. Hal itu terjadi nampaknya karena dinamika tuntutan pasien yang demikian cepat berubah namun tidak diimbangi dengan kecepatan perubahan pola kerja dan tindakan perawat. Perawat lebih banyak berfokus pada kinerja medik atau teknik keperawatan (pelaksanaan fungsi *dependent* atau fungsi pelimpahan dari dokter) padahal pasien nampaknya justru mengharapkan kinerja perawat sesuai normatifnya yaitu lebih berfokus pada aspek yang berkaitan dengan dimensi non teknik keperawatan (pelaksanaan fungsi *independent*)

Nightingale dalam Porter dan Perry, (1993) merumuskan bahwa sebagai fokus dari *nursing care* adalah lingkungan dan dikatakan bahwa perawat harus lebih berorientasi pada pemberian ketenangan, kenyamanan dan nutrisi yang memadai (*adequate*) kepada pasien bukan pada proses penyakitnya atau pada pengobatannya. Di samping itu Iyer P et al., (1986) mengatakan bahwa pada dasarnya perawat memiliki 3 fungsi yaitu fungsi *independent*, *interdependent* dan *dependent*. Dikatakan bahwa porsi fungsi *independent* adalah yang terbesar

Selanjutnya dengan mengkaji esensi dasar tentang tugas seorang *health provider* (dalam hal ini perawat) yaitu: kadang-kadang mengobati (*to cure some times*); lebih sering mengurangi penderitaan (*to relieve often*) tetapi selalu memberikan kenyamanan (*to comfort always*) maka hal yang seharusnya tidak pernah berhenti untuk dilakukan oleh seorang perawat adalah memberikan kenyamanan pada pasien.

Webb, (1995) yang mengutip teori keperawatan dari Travelbee (1966) menggambarkan bahwa keperawatan adalah proses interpersonal yang bertujuan

mengubah dan mempengaruhi orang lain, dan peran perawat adalah membantu pasien untuk mengatasi penyakit dan penderitaan berdasarkan pengalaman sakit pasien. King (1987) dalam Webb, (1995) menggambarkan bahwa proses keperawatan didasarkan pada pencapaian komunikasi dan saling membagi informasi (*information sharing*) antara perawat dengan pasien dan sebaliknya antara pasien dengan perawat. Fitzpatrick dan Whatl. (1983) dalam Webb, (1995) mengatakan bahwa ciri keperawatan adalah proses terapi interpersonal untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam mencapai tahap pendewasaan (pasien bisa menerima kondisi atau penyakitnya).

Meskipun masih banyak tulisan tentang peran perawat, namun dengan membaca uraian di atas jelaslah bahwa peran seorang perawat lebih pada peran memberikan ketenangan (tercakup dalam fungsi *independent* yang selanjutnya dalam penelitian ini disebut non teknik keperawatan), bukan peran pengobatan (yang tercakup pada fungsi *dependent* yang selanjutnya dalam penelitian ini disebut dimensi teknik keperawatan). Namun dalam kenyataan perawat kurang memperhatikan peran normatifnya, padahal pasien nampaknya justru mengharapkan perawat bertindak sesuai peran normatifnya dan perawat nampaknya kurang menyadari hal itu. Ada kecenderungan saat ini terjadi pergeseran budaya pada kinerja perawat, yang semula dalam melaksanakan pekerjaannya secara *high touch - low tech* menjadi *high tech - low touch*. Di sisi lain kenyataan yang ada, meskipun penggunaan teknologi canggih semakin luas namun ternyata makin banyak ditemukan pasien yang tidak puas. Dalam hal ini nampaknya kondisi ketidakpuasan tersebut ada hubungannya dengan pergeseran budaya perawat. Pergeseran budaya tersebut kemungkinan dipengaruhi oleh pembentuknya dalam hal ini sistem pendidikan, utamanya kurikulum pendidikan perawat ataupun oleh budaya kerja di mana

perawat tersebut bertugas. Meskipun demikian penelitian ini tidak membahas tentang kurikulum pendidikan ataupun budaya kerja, namun penelitian disertasi ini berupaya untuk menyediakan bukti empirik bahwa ternyata *high touch* dan *comfort always* masih tetap diharapkan bahkan cenderung semakin meningkat.

Berdasarkan pemikiran tersebut maka masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah rendahnya kinerja perawat yang berorientasi pada kepuasan pasien yang diperkirakan karena kurangnya pemahaman perawat pelaksana terhadap harapan pasien

Karenanya dengan menggunakan pendekatan ilmiah penelitian ini bertujuan untuk membuktikan bahwa bagi pasien dimensi non teknik keperawatan (*fungsi independent* yang menggambarkan *high touch* dan *comfort always*) sama pentingnya dengan dimensi teknik keperawatan (menggambarkan *high tech*). Dengan perkataan lain bahwa pasien tidak hanya berharap *high tech* tetapi juga *high touch*.

Penelitian ini juga bertujuan menuntaskan dimensi dominan berdasarkan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa PZB yang menjadi harapan pasien. Selanjutnya diteliti pula mekanisme hubungan antara karakteristik pasien, harapan dan kepuasannya.

Penelitian ini dilaksanakan pada 2 buah rumah sakit di Surabaya dalam 2 tahap. Tahap I adalah tahap eksplorasi (*pre test*) dengan menggunakan rancangan *crosssectional* dan tahap II adalah tahap verifikasi (*post test*) yaitu tahap pembuktian konsep dengan rancangan *one group pretest post test*. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari sampel perawat sebesar 49 responden yang diambil secara total sampling pada ruangan terpilih, sampel pasien sebesar 112 orang untuk tahap *pre test* dan 72 orang untuk tahap *post test*. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara menggunakan panduan kuesioner terstruktur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 74 orang (64,1%) responden dominan mengharapkan dimensi teknik keperawatan dan 35 orang (31,3%) dominan berharap dimensi non teknik keperawatan sedangkan sisanya 3 orang (2,7%) memiliki harapan yang sama antara dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan. Dengan menggunakan uji *chi square* didapatkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara kuantitas pasien yang berharap dimensi non teknik keperawatan dengan teknik keperawatan ($p < 0,0001$). Ini menunjukkan bahwa kuantitas pasien yang berharap dimensi teknik keperawatan lebih besar dari pada yang berharap dimensi non teknik keperawatan. Namun bila diperhatikan intensitas harapannya, ternyata intensitas harapan dari 74 responden yang dominan berharap teknik keperawatan lebih kecil (rerata = 4,97) dibandingkan dengan intensitas harapan dalam dimensi non teknik keperawatan (rerata 5,24). Dengan menggunakan uji t dua sampel bebas diperoleh hasil ternyata terdapat perbedaan yang bermakna antara intensitas harapan pasien yang dominan berharap dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan ($p=0,005$ dan $t=-2,93$). Ini berarti bahwa ternyata intensitas harapan pasien memang lebih dominan pada dimensi non teknik keperawatan.

Setelah intervensi pada tahap *post test*, ternyata kepuasan pasien yang perawatnya diintervensi dengan dimensi non teknik keperawatan lebih tinggi dibandingkan dengan yang diintervensi dengan dimensi teknik keperawatan. Berdasarkan pemikiran bahwa pasien akan merasa puas bila pelayanan yang diterimanya sesuai harapannya maka dapat diartikan bahwa memang pasien cenderung lebih berharap dimensi non teknik keperawatan. Makna lain dari hasil tersebut adalah bahwa, kinerja perawat akan meningkat bila perawat bertindak sesuai harapan pasien.

Dianalisis pula harapan pasien berdasarkan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Diperoleh hasil bahwa dimensi yang paling diharapkan pasien adalah dimensi *competence* perawat. Diketahui bahwa *competence* adalah komponen dari dimensi *assurance*. Kinerja perawat yang paling tidak memuaskan pasien adalah dimensi *communication*; *understanding the customer* dan *responsiveness*. Diketahui bahwa *communication* dan *understanding the customer* adalah komponen dari dimensi *empathy*.

Diuji pula pengaruh karakteristik pasien terhadap harapannya. Dengan menggunakan teknik regresi logistik ganda diperoleh hasil bahwa umur; jenis kelamin dan kelas perawatan berpengaruh bermakna terhadap jenis harapan pasien yang lebih dominan (antara teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan).

Selanjutnya dengan menggunakan teknik Anova untuk menguji mekanisme pengaruh harapan terhadap kepuasan diperoleh hasil bahwa harapan mempengaruhi kepuasan dan karakteristik pasien yang meliputi pendidikan; pengalaman rawat inap; lama sakit; klas perawatan dan persepsi terhadap kemudahan penyembuhan memperkuat pengaruh harapan terhadap kepuasan.

Kesimpulan yang dapat diambil adalah bahwa: (1) Secara kuantitas, pasien yang lebih dominan mengharapakan dimensi teknik keperawatan lebih banyak daripada yang dominan berharap non teknik keperawatan. Namun intensitas harapan pasien terhadap dimensi teknik keperawatan ternyata lebih kecil dari pada intensitas harapan terhadap dimensi non teknik keperawatan; (2) Memang benar pasien berharap dimensi non teknik keperawatan; (3) Kinerja perawat (yang ditunjukkan dengan kepuasan pasien) akan meningkat bila perawat bertindak sesuai harapan pasien; (4) Harapan mempengaruhi kepuasan dan karakteristik pasien memperkuat pengaruh harapan terhadap kepuasan.

Karakteristik tersebut meliputi : (a) pendidikan; (b) pengalaman rawat inap, (c) lama sakit dan (d) persepsi terhadap kemudahan disembuhkan. (5) Jenis harapan dominan pasien dipengaruhi oleh karakteristiknya. Karakteristik tersebut adalah : (a) umur; (b) klas perawatan dan (c) jenis kelamin. Pasien yang dirawat di klas dengan tarif yang lebih mahal (menunjukkan status ekonomi yang lebih tinggi) cenderung lebih berharap dimensi non teknik keperawatan. Pasien yang berumur di bawah 40 tahun, juga pasien yang berjenis kelamin laki-laki cenderung lebih berharap teknik keperawatan; (6) Intensitas harapan terhadap kinerja perawat dipengaruhi klas perawatan. Pasien yang dirawat di kelas perawatan yang lebih murah intensitas harapan terhadap kinerja perawat cenderung rendah demikian pula intensitas harapannya terhadap 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa; (7) Klas perawatan dan lama sakit berpengaruh terhadap penilaian pada kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Pasien yang dirawat di klas perawatan yang tarifnya lebih murah cenderung menilai kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa sesuai harapannya. Namun pasien yang lama sakitnya sudah lebih dari 1 tahun cenderung menilai kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas kurang sesuai harapannya; (8) Klas perawatan, lama sakit dan status perkawinan berpengaruh terhadap kepuasan pasien pada kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Pasien yang dirawat di klas perawatan yang tarifnya lebih murah dan pasien yang tidak kawin cenderung merasa puas terhadap kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa; (9) Di antara 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa PZB, dimensi yang diharapkan pasien adalah dimensi *competence (assurance)*. Dimensi yang paling tidak memuaskan pasien adalah dimensi *communication (empathy)*; (10) Harapan pasien tidak dipengaruhi oleh kondisi

psikologis. Tetapi kenyataan yang dirasakan dan kepuasan pasien dipengaruhi oleh kondisi psikologisnya. Pasien yang tidak cemas sampai yang cemas ringan, cenderung menilai kinerja perawat kurang sesuai harapannya dan kepuasan yang dirasakanpun cenderung lebih rendah; (11) Di masa yang akan datang harapan pasien terhadap dimensi non teknik keperawatan akan semakin meningkat seiring dengan makin meningkatnya pengetahuan ataupun pemahaman masyarakat tentang sifat penyakit kronis (menahun) yang dideritanya. Ada kecenderungan bahwa harapan pasien yang terutama justru di luar aspek yang menjadi kebutuhan dasarnya sebagai pasien. Ini menunjukkan bahwa bagi pasien ada kecenderungan bahwa kinerja dengan *high touch* sebagai cerminan budaya lama akan menjadi kebutuhan dan harapan terpenting di masa yang akan datang.

Dengan mempelajari kesimpulan di atas, maka beberapa hal penting yang dapat disarankan adalah : (1) Penting reorientasi pola pikir (*mind set*) dan pola kerja perawat dan institusi yang bertanggung jawab untuk hal itu adalah institusi pendidikan perawat dan rumah sakit, (2) Disarankan untuk melakukan restrukturisasi mata ajaran di institusi pendidikan perawat, dengan menambah porsi praktikum untuk dimensi non teknik keperawatan; (3) Dalam rangka AFTA 2003 sikap terbaik untuk menghadapinya adalah dengan mengembangkannya melalui peningkatan kualitas dan diketahui kualitas menurut persepsi pasien adalah sesuai dengan harapan dengan yang diterimanya; (4) Untuk institusi rumah sakit disarankan agar selalu meningkatkan kemampuan perawat dalam aspek yang berkaitan dengan dimensi non teknik keperawatan utamanya komunikasi dan menanamkan motivasi pada "*service excellent*"; (5) Disarankan kepada rumah sakit untuk melakukan pengukuran terhadap harapan maupun kepuasan pasien secara terus menerus (*continuous*) selanjutnya hasil pengukuran tersebut diinformasikan pula kepada

institusi pendidikan perawat sebagai masukan dalam penyusunan kurikulum maupun proses belajar mengajar. (6) Di masa yang akan datang sangat penting bagi rumah sakit memiliki bagian atau unit yang khusus mengukur dan mengevaluasi harapan maupun kepuasan pasien, serta yang menangani keluhan pasien secara terus menerus. (7) Di masa yang akan datang pengetahuan masyarakat termasuk pengetahuan tentang penyakit yang dideritanya akan semakin meningkat, mereka akan menyadari bahwa penyakitnya tidak dapat sembuh namun mereka tetap dapat memelihara dan meningkatkan kualitas hidupnya. Jadi pasien yang menggunakan rumah sakit tidak lagi mencari kesembuhan, melainkan mencari tempat untuk memperoleh perlindungan, ketenangan atau istirahat, guna meningkatkan kualitas hidupnya. Diharapkan rumah sakit dapat memfasilitasi kondisi seperti itu, dalam artian hendaknya rumah sakit juga dapat menyediakan fasilitas maupun suasana yang dapat membuat pasien tetap dapat melaksanakan aktivitasnya (pekerjaannya). Karenanya sarana komunikasi maupun kesempatan mobilisasi menjadi sangat penting. (8) Guna menyikapi pencahangan paradigma sehat di mana tekanan utama bidang kesehatan adalah pada pemeliharaan dan peningkatan kesehatan, maka di masa yang akan datang rumah sakit sangat perlu untuk memodifikasi peran dan fungsinya. Tekanan utamanya bukan lagi pada fungsi terapi tetapi fungsi pemeliharaan dan peningkatan kesehatan. Saat itu dimensi non teknik keperawatan seperti sebagai komunikator menjadi semakin perlu.

Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk memahami penyebab perubahan budaya perawat, juga perlu klarifikasi teori diskripansi untuk bidang kesehatan.

ABSTRACT

The objective of the research was to prove that there was no different expectation of chronically in-patients towards the performance of the nurses in the non technical and technical dimensions of medical care. Another objective was to confirm the hypothesis of the research that certain patient characteristics influence the expectation and the satisfaction of the patients. Further more the objective was to prove the hypothesis that the patient's satisfaction was influenced by their expectations. The study, which was conducted in two hospitals in Surabaya, took place in two stages. Stage 1 was the exploration (pre test) phase which used the cross sectional design. Stage 2 was the verification (post test) phase which used the one group pretest posttest design. A sample of 94 nurses and 112 patients was taken in stage 1 and 72 patients in stage 2.

The result indicated that 74 (64.1%) dominant patients expected the technical care dimension and 35 (31.3%) dominant patients expected the non technical one whereas 3 (2.7%) expressed similar expectations between technical and non technical care dimensions. The chi square test showed that there was different quantity between patients expecting non technical and technical care dimensions ($p=0.0001$). However, by considering the intensity of expectation, the test showed that the intensity of expectation of the 74 dominant respondents hoping for technical care was smaller (average = 4.97) compared to those hoping for non technical care dimension (average = 5.24). The two independent samples test showed that there was a significant difference between the intensity of expectation of the dominant patients hoping for non technical care from those with technical care dimensions ($p=0.005$; $t = -2.93$). The intervention conducted showed that the satisfaction of the patients whose nurses were intervened with non technical care dimension was higher than the ones intervened with technical care dimension. Based on the assumption that patients would be more satisfied when the service obtained was according to their expectation, it was suggested by the study that patients, actually expected this non technical care dimension. The study suggested that although in-patients generally expected technical care dimension, the intensity of their expectations were significantly higher on the non technical care dimension. The binary logistic regression test showed that age, sex and care category (klas perawatan) indicated significant differences on the type of patient expectations. The ANOVA analysis test was used to examine the influence of expectation on patient satisfaction. The result showed that patient expectation influenced satisfactions and characteristics, such as education, in-patient experience, length of illness, care category and perceptions regarding the treatment facilities and also intensified the influence of expectation towards satisfaction.

It was concluded that quantitatively more patients preferring technical care than those preferring the non technical care. However, the intensity of patient expectation for non technical care dimension was in fact higher than the intensity of expectation of those expecting technical care dimension. It was also concluded that patient characteristics influenced expectations and that patient expectations also influenced the satisfactions of the patients. Patient satisfaction measurement can become a potent organizational development and strategic management tool for health care organizations.

Keywords *technical care dimension; non-technical care dimension; dominant expectation; intensity of expectation; patient satisfaction; performance; organizational development*

DAFTAR ISI

	Halaman
Judul	i
Lembar Pengesahan	ii
Promotor dan Ko-promotor	iv
Panitia Penguji Disertasi	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Ringkasan	xi
Abstract	xxi
Daftar Isi	xxii
Daftar Tabel	xx
Daftar Gambar	xxviii
Daftar Lampiran	xix
Bab 1 Pendahuluan	1
1.1 Masalah Rendahnya Kepuasan Pasien dan Kinerja Perawat	4
1.2 Pergeseran Paradigma dan Peluang	7
1.3 Kajian Determinan Masalah Kepuasan Pasien dan Kinerja Perawat	14
1.4 Justifikasi	17
1.5 Permasalahan Kinerja Perawat	21
1.6 Tujuan Penelitian	22
1.6.1 Tujuan umum	22
1.6.2 Tujuan khusus	23
1.7 Manfaat Penelitian	25
1.7.1 Manfaat teoritik	25
1.7.2 Manfaat terapan	26
Bab 2 Tinjauan Pustaka	27
2.1 Pengertian Rumah Sakit	30
2.2 Perawat dan Asuhan Keperawatan	32
2.2.1 Pengertian perawat, asuhan keperawatan dan tujuan pelaksanaan asuhan keperawatan	33
2.2.2 Peran dan fungsi perawat	34
2.2.3 Mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit	36
2.3 Pelayanan Jasa dalam Pelayanan Keperawatan	37
2.3.1 Pengertian pelayanan jasa	37
2.3.2 Dimensi kualitas pelayanan jasa dalam keperawatan	38
2.3.3 Sifat atau ciri pelayanan jasa rumah sakit	40
2.3.4 Pelayanan jasa keperawatan berfokus pada pelanggan (pasien)	41
2.4 Kinerja Perawat	43
2.4.1 Pengertian kinerja dan kinerja perawat	44

2.4.2	Pengukuran kinerja	46
2.4.3	Upaya meningkatkan kinerja perawat berfokus pelanggan	46
2.5	Teori Harapan (<i>expectation</i>) Pelanggan	47
2.5.1	Faktor yang mempengaruhi harapan pasien	49
2.6	Kepuasan Pasien	51
2.6.1	Beberapa pengertian tentang kepuasan pasien	53
2.6.2	Faktor yang berpengaruh pada kepuasan pasien	56
2.6.3	Metode pengukuran kepuasan pasien	61
2.7	Hubungan Provider-Pasien	64
2.8	Beberapa Teori Terdahulu Yang Berkaitan dengan Pengukuran Harapan dan kepuasan Pasien	70
Bab 3	Kerangka Konseptual Dan Hipotesis Penelitian	86
3.1	Kerangka Konseptual	86
3.1.1	Penjelasan kerangka konseptual	87
3.2	Hipotesis	90
Bab 4	Metode Penelitian	91
4.1	Rancang bangun penelitian	91
4.2	Lokasi Penelitian	92
4.3	Populasi	94
4.4	Sampel	94
4.4.1	Besar sampel dan cara pengambilan sampel	96
4.5	Unit Analisis	106
4.6	Responden atau Sumber Informasi	106
4.7	Variabel Penelitian	107
4.8	Definisi Operasional Variabel	108
4.9	Kerangka Operasional Penelitian	117
4.9.1	Penjelasan kerangka operasional penelitian (tahapan penelitian)	118
4.9.2	Uji reliabilitas dan validitas alat ukur	121
4.10	Teknik Pengambilan Data	122
4.11	Teknik Analisis Data	122
Bab 5	Hasil Penelitian dan Pembahasan	124
5.1	Jenis Harapan Terhadap Kinerja Perawat Dalam Dimensi Teknik Keperawatan dan Non Teknik Keperawatan Pasien Rawat Inap Kasus Kronis	124
5.1.1	Harapan pasien terhadap kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan	125
5.1.2	Harapan pasien terhadap kinerja perawat dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa	133
5.2	Bukti Ilmiah Pentingnya Dimensi Non Teknik Keperawatan Bagi Pasien (Hasil Intervensi)	136
5.3	Mekanisme Hubungan Antara Karakteristik serta Harapan Terhadap Kepuasan Pasien pada Kinerja Perawat	140

5.4	Pengaruh Karakteristik Pasien Terhadap Jenis Harapan Yang Dominan Dan Terhadap Intensitas Harapan Pada Pasien Rawat Inap Kasus Kronis	142
5.4.1	Pengaruh karakteristik pasien terhadap jenis harapan dominan pada kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan	142
5.4.2	Pengaruh karakteristik pasien terhadap intensitas harapan pada kinerja perawat	144
5.4.3	Pengaruh karakteristik pasien terhadap intensitas harapan; penilaian dan kepuasan pada kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa	145
5.5	Pengaruh Kondisi Psikologis Terhadap Intensitas Harapan; Penilaian dan Kepuasan Kinerja Perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi Kualutas pelayanan Jasa	147
5.6	Deskripsi Kepuasan Pasien dan Dimensi Dominan yang Mewarnai Kinerja Perawat Saat Ini	149
5.7	Kendala Penelitian	166
Bab 6	Kesimpulan dan Saran	167
6.1	Kesimpulan	167
6.2	Saran	169
	Daftar Pustaka	172
	Lampiran	180

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1	Gambaran BOR, Alos dan Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, Surabaya Tahun 1996 Sampai Tahun 1999 93
Tabel 4.2	Gambaran BOR, Alos dan Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Udaan Wetan, Tahun 1996 sampai tahun 1999 93
Tabel 4.3	Deskripsi umur pasien tahun 1999 (n= 112) 98
Tabel 4.4	Deskripsi jenis kelamin pasien tahun 1999 (n=112) 99
Tabel 4.5	Deskripsi status perkawinan pasien tahun 1999 (n=112) ... 99
Tabel 4.6	Deskripsi suku bangsa pasien tahun 1999 (n=112) 99
Tabel 4.7	Deskripsi jenis pekerjaan pasien tahun 1999 (n=112) 100
Tabel 4.8	Deskripsi tingkat pendidikan pasien tahun 1999 (n= 112) 100
Tabel 4.9	Deskripsi penanggung biaya pasien tahun 1999 (n=112) . . . 101
Tabel 4.10	Deskripsi klas perawatan pasien tahun 1999 (n=112) 101
Tabel 4.11	Deskripsi jenis kasus pasien tahun 1999 (n=112) 102
Tabel 4.12	Deskripsi lama sakit pasien tahun 1999 (n=112) 102
Tabel 4.13	Deskripsi pengalaman rawat inap pasien tahun 1999 (n=112) . . 103
Tabel 4.14	Deskripsi kondisi <i>anxiety</i> responden tahun 1999 (n=112) 103
Tabel 4.15	Deskripsi kondisi depresi responden tahun 1999 (n=112) 104
Tabel 4.16	Deskripsi Persepsi pasien terhadap kemudahan disembuhkan, tahun 1999 (n=112) 104
Tabel 4.17	Deskripsi Persepsi pasien terhadap bahaya penyakit, tahun 1999 (n=112) 105
Tabel 4.18	Diskripsi Persepsi pasien terhadap hubungan perawat dengan pasien tahun 1999 (n=112) 106

Tabel 5.1	Distribusi frekuensi pasien yang cenderung lebih berharap dimensi teknik keperawatan atau non teknik keperawatan, tahun 1999 (n=112)	125
Tabel 5.2	Deskripsi intensitas harapan pasien terhadap kinerja perawat berdasarkan dominannya tahun 1999 (n=109 responden)	126
Tabel 5.3	Deskripsi jenis harapan pasien rawat inap kasus kronis terhadap kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan di rumah sakit, tahun 1999 (n=112). (Disusun berdasar besar nilai rerata).	128
Tabel 5.4	Karakteristik pasien yang lebih dominan berharap dimensi teknik keperawatan tahun 1999 (n=74)	129
Tabel 5.5	Deskripsi jenis harapan dominan pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit terhadap kinerja perawat dalam dimensi non teknik keperawatan, tahun 1999 (n=112) (disusun berdasar besar nilai rerata)	130
Tabel 5.6	Karakteristik pasien yang lebih dominan berharap dimensi non teknik keperawatan tahun 1999 (n=35)	132
Tabel 5.7	Deskripsi harapan berdasarkan 10 dimensi kualitas pelayanan jasa pada pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit, tahun 1999 (n=112). (disusun berdasar besar nilai rerata)	133
Tabel 5.8	Intensitas harapan dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan dari pasien yang memilih <i>competence</i> sebagai pilihan utama, tahun 1999 (n=55)	134
Tabel 5.9	Urutan sub variabel <i>competence</i> yang diharapkan pasien rawat inap di rumah sakit, tahun 1999 (n=55) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)	135
Tabel 5.10	Perbedaan kepuasan pasien antara pre test dengan post test tahun 1999 (intervensi non teknik keperawatan)	137
Tabel 5.11	Perbedaan kepuasan pasien antara pre test dengan post test tahun 1999 (intervensi teknik keperawatan)	138
Tabel 5.12	Pengaruh karakteristik pasien terhadap jenis dominan, tahun 1999 (n=109)	143
Tabel 5.13	Pengaruh karakteristik pasien terhadap intensitas kenyataan kinerja perawat dalam 10 dimensi kualitas jasa (n=112)	146

Tabel 5.14	Pengaruh karakteristik pasien terhadap intensitas kepuasan pada kinerja perawat dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa (n=112)	146
Tabel 5.15	Penilaian dan kepuasan pasien rawat inap kasus kronis terhadap kinerja perawat berdasarkan dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan di rumah sakit, tahun 1999 (n=112)	150
Tabel 5.16	Penilaian dan kepuasan pasien rawat inap kasus kronis terhadap kinerja perawat berdasarkan harapan dominan di rumah sakit, tahun 1999 (n=77 dan 35)	153
Tabel 5.17	Deskripsi kepuasan dari pasien yang dominan mengharapkan dimensi teknik keperawatan di rumah sakit, tahun 1999 (n=77)	155
Tabel 5.18	Deskripsi kepuasan dari pasien yang dominan mengharapkan dimensi non teknik keperawatan di rumah sakit, tahun 1999 (n=35)	156
Tabel 5.19	Deskripsi penilaian pasien terhadap kinerja perawat yang diterima berdasarkan sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa di rumah sakit, tahun 1999 (n=112) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)	158
Tabel 5.20	Deskripsi kepuasan pasien terhadap kinerja perawat berdasarkan sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa di rumah sakit, tahun 1999 (n=112) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)	159
Tabel 5.21	Deskripsi urutan kepuasan pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit pada variabel dimensi <i>reliability</i> , tahun 1999 (n=112) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)	162
Tabel 5.22	Deskripsi urutan variabel dimensi <i>communication</i> yang kurang memuaskan pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit pada tahun 1999 (n=112) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)	164

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1.1 Identifikasi masalah	15
Gambar 2.1 Hubungan 5 dimensi (<i>servqual</i>) dengan 10 (sepuluh) dimensi untuk menilai kualitas pelayanan jasa	40
Gambar 2.2 <i>The loyalty relationship</i>	53
Gambar 2.3 Hubungan hipotesis antara pengertian, ingatan, kepuasan, dengan perilaku ketaatan	63
Gambar 2.4 Ringkasan saran untuk meningkatkan komunikasi dengan pasien	64
Gambar 2.5 <i>Potential barriers to effective communication in professional patient relationships</i> ..	67
Gambar 2.6 <i>Traditional patient-professional relationships</i>	68
Gambar 2.7 <i>The cyclical process of disconfirming communication between professional-patient</i>	69
Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian	86
Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian	117
Gambar 4.2 Kerangka analisis	123
Gambar 5.1 <i>Dual customer expectation level</i>	152

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1	Peta teori 180
Lampiran 2	Acuan intervensi (dalam rangka penyusunan disertasi) standar prosedur keperawatan 204
Lampiran 3	Pelatihan komunikasi antar person 228
Lampiran 4	Kuesioner wawancara dengan pasien, hamilton rating scale-depression dan <i>hamilton rating scale anxiety</i> 231
Lampiran 5	Hasil uji statistik 248
Lampiran 6	<i>Supplement</i> 262
Lampiran 7	Surat ijin penelitian dan kelengkapan etik 267

BAB I PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah suatu organisasi yang menghasilkan jasa (*services*) yang bersifat padat karya tenaga terampil (Fottler et al., 1988). Dari segi teori maupun pendekatan pengembangan sumber daya manusia (SDM), dalam rangka melaksanakan pelayanan yang berkualitas, dikatakan bahwa kualitas jasa bahkan kualitas keseluruhan dari suatu organisasi ditentukan oleh kualitas setiap personilnya (Fottler et al., 1988). Dengan demikian SDM yang berkualitas dibutuhkan pada semua unit dalam rumah sakit, tidak hanya pada bagian garis depan atau yang kontak langsung dengan pelanggan. Berdasarkan hal tersebut maka tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa kualitas jasa dan kualitas SDM merupakan *selling point* bagi suatu rumah sakit (dapat ditawarkan).

Semua personil yang ada dalam rumah sakit yang kontak langsung maupun yang tidak kontak langsung dengan pelanggan, demikian pula kelompok manajemen bertanggung jawab untuk mendukung terselenggaranya pelayanan yang berkualitas dalam artian pelayanan yang dapat memberikan kepuasan pada pelanggan (Leebov dan Scott, 1994).

Meskipun disadari pentingnya keterlibatan seluruh personil dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang berkualitas, namun demikian penelitian ini membatasi hanya pada personil yang kontak langsung dengan pasien, yaitu perawat. Perawat adalah salah satu personil rumah sakit yang tepat untuk dapat memberikan pelayanan yang berorientasi pada kepuasan pasien, karena perawat adalah orang pertama dan terlama kontak dengan pasien, yaitu selama 24 jam.

Perawat merupakan ujung tombak pelayanan pada pasien di rumah sakit. Perawat sangat menentukan citra positif maupun negatif rumah sakit, tergantung kemampuannya memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan pasien (Lumenta, 1989; Koska, dalam Fosbinder, 1994).

Dikatakan bila pelanggan memilih rumah sakit yang berkualitas, maka faktor utama yang mempengaruhi pilihannya adalah pelayanan. Mereka akan memilih rumah sakit yang menurutnya adalah yang dapat memberikan pelayanan yang terbaik. Seorang penderita dapat menilai pelayanan suatu rumah sakit, meskipun kadang-kadang sulit menilai secara akurat perawatan yang diberikan kepadanya (Leebov dan Scott, 1994).

Kepuasan adalah cerminan dari terpenuhinya harapan. Harapan dan kepuasan pasien bersifat multi dimensional, artinya banyak faktor yang mempengaruhi harapan maupun kepuasan pasien. Sebaliknya, harapan dan kepuasan pasien juga akan mempengaruhi banyak hal dalam organisasi. Misalnya sebagian besar dari sistem manajemen sumber daya manusia dalam organisasi yang meliputi penarikan karyawan (*recruitment*); seleksi; penilaian (*appraisal*), kompensasi; pelatihan dan pengembangan sampai pemutusan hubungan kerja dipengaruhi oleh pemahaman tentang harapan dan kepuasan pasien (Strasser dan Davis, 1991).

Pemahaman tentang harapan dan kepuasan pasien juga akan mempengaruhi kemampuan rumah sakit memperoleh pendapatan dan akhirnya akan berpengaruh terhadap kehidupan rumah sakit itu sendiri.

Dari aspek klinik, kepuasan pasien akan membuat pasien lebih patuh (*compliance*) terhadap perawatan, sehingga hasil akan lebih baik (Donabedian, 1980; Linders-Pelz, 1982; Kane et al., 1997; Roter & Hall, 1997; Gross et al., 1993).

Pengobatan dan pelayanan kesehatan adalah suatu aktivitas yang bersifat humanistik (Leebov dan Scott, 1994). Pasien atau orang yang membutuhkan pelayanan rumah sakit adalah sakit, rentan dan penuh kekhawatiran (*sick, vulnerable, and worried*). Secanggih dan selengkap apapun peralatan yang dipergunakan namun tulang punggung pelayanan kesehatan terletak di tangan tenaga kesehatan. Pasien membutuhkan sentuhan kemanusiaan, perawatan atau perhatian (*caring*), cinta dan kasih sayang (*love and compassion*). Dikatakan pula bahwa sentuhan kemanusiaan, perawatan atau perhatian, cinta dan kasih sayang sering kali dapat merupakan "keajaiban" bahkan saat di mana keterampilan teknik dan profesional sudah tidak dapat berbuat banyak (Leebov, 1994).

Esensi yang sangat mendasar tentang tugas seorang provider (*health provider duties*) adalah bahwa provider : kadang-kadang mengobati (*to cure some times*); lebih sering mengurangi penderitaan atau rasa sakit (*relieve often*) tetapi selalu memberikan kenyamanan (*to comfort always*) (Leebov, 1994). Mengingat hal tersebut maka hal yang seharusnya tidak pernah berhenti dilakukan oleh seorang provider adalah selalu mengupayakan dan memberikan kenyamanan (dalam arti yang menyeluruh atau holistik) bagi pasien. Hal ini juga didukung oleh pernyataan Judith, et al., (1995) dalam tulisannya yang berjudul *The effect of urgency on patients satisfaction and future emergency departement choice*, bahwa pelayanan kesehatan tidak sama dengan transaksi bank. Sukses tidaknya pelayanan tidak hanya ditentukan oleh kemampuan teknik pemberi pelayanannya.

Seorang yang masuk rumah sakit (opname) kemungkinan akan mengalami "kejutan" (*shock*) budaya. Mereka dihadapkan pada bahasa rumah sakit yang asing, yang sulit mereka pahami. Mereka menjadi obyek yang harus diperiksa, dijadual minum obat,

keperawatan oleh Donabedian disebut sebagai *domain interpersonal* (Donabedian, 1980). Dimensi tersebut oleh Guilbert (1987) diklompokkan ke dalam *domain of attitudes (communication skills)* dan oleh WHO disebut sebagai *behavioral skills*.

Beberapa hasil penelitian melaporkan, bahwa faktor utama yang menentukan kepuasan pasien adalah interaksi antara pasien dengan tenaga rumah sakit terutama perawat, bukan hanya pada tersedianya peralatan canggih (Locbov dan Scott, 1994; Judith, 1995; Zulkarnain, 1996; Damayanti, 1997).

Rumah Sakit sebagai suatu lembaga yang dituntut berorientasi kewirausahaan, seharusnya menganut paradigma kewirausahaan, percaya bahwa konsumen dalam hal ini pasien, adalah penentu ciri produknya dalam artian produk sesuai dengan kebutuhan dan harapan pengguna. Pasien memiliki pengaruh besar pada skala output rumah sakit. Jenis produk jasa, besar produk jasa dan cara penyampaiannya sangat dipengaruhi oleh kebutuhan dan harapan pasien (Shrestha, 1994 & Brickhill, 1995). Terpuhinya kebutuhan dan harapan akan menimbulkan kepuasan. Bila sebuah rumah sakit berorientasi pada pelanggan maka tercapainya kepuasan pelanggan merupakan salah satu tujuan pokoknya. Kepuasan pasien adalah salah satu indikator kualitas pelayanan (Donabedian, 1980; Kotler dan Roberto, 1989; Zeuthaml, et al., 1990;). Kepuasan pasien akan dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit, karena telah diketahui bahwa pasien yang puas cenderung akan kembali lagi ke rumah sakit yang sama bila mereka membutuhkan (Hughes, 1991). Selain itu pasien yang puas akan mengajak orang lain untuk menggunakan rumah sakit yang sama bila orang lain tersebut membutuhkan (Eilbeck, 1992; Jhon, 1992; Bryanton, 1994; Damayanti, dkk. 1997; Wiwik, 1998).

Saat ini, masalah ketidakpuasan pasien terjadi di banyak negara berkembang maupun di negara maju (Judith, 1995). Masalah ketidakpuasan pasien juga terjadi di Indonesia (Pardani, 1989, Wirawan, 1994; Zulkarnain, 1996; Damayanti, 1997). Beberapa data yang mendukung hal ini adalah : (1) penelitian Pardani di sebuah rumah sakit pemerintah klas A di Surabaya pada tahun 1989, selama 3 bulan, dengan menggunakan 100 orang pasien rawat inap sebagai responden. Diperoleh informasi bahwa yang mengatakan puas terhadap pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan sebanyak 50%, cukup puas 25% dan tidak puas 25%

Penelitian Wirawan tahun 1994 tentang tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap asuhan keperawatan di sebuah rumah sakit di Jawa Timur. Diperoleh informasi, hanya 17% dari seluruh pasien rawat inap yang mengatakan puas terhadap asuhan keperawatan yang diterima, sedangkan sisanya 83% mengatakan tidak puas. Penelitian tersebut juga memberikan informasi bahwa keluhan utama adalah terhadap pelayanan perawat, yakni perawat tidak mau berkomunikasi dengan pasien (80%), kurang perhatian (66,7%) dan tidak ramah (33,3%)

Zulkarnain pada tahun 1996 melakukan penelitian tentang tingkat kepuasan pasien di sebuah rumah sakit swasta di Surabaya. Sebanyak 70 responden, yang diambil secara total populasi pada tujuh klas perawatan menunjukkan bahwa 40% pasien menyatakan puas terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit, 32% mengatakan cukup puas dan 28% mengatakan tidak puas.

Damayanti melakukan studi tentang harapan dan kepuasan pasien di sebuah rumah sakit pemerintah di Surabaya pada tahun 1997. Sebanyak 48 orang responden diambil secara proporsional pada UPP interna dan di Paviliun. Hasil menunjukkan bahwa

41% responden mengatakan kurang puas dengan pelayanan rumah sakit dan sebanyak 59% sisanya mengatakan puas. Khusus terhadap kinerja perawat, keluhan terbesar adalah bahwa perawat jarang menengok pasien bila tidak diminta dan bila dipanggil perawat tidak segera datang (perawat datang sekitar 10 menit).

Chamim tahun 1998 melakukan penelitian di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Ujung Pandang, yang mengkaji hubungan tindakan keperawatan terhadap kepuasan pasien. Diperoleh hasil sebanyak 70,2% responden merasa cukup puas; 15,4% tidak puas; hanya 11,5% yang merasa puas dan 2,9% merasa sangat puas.

Semua hasil penelitian di atas, menunjukkan bahwa ketidakpuasan pasien merupakan masalah nasional di bidang pelayanan rumah sakit. Persoalan ini semakin mendesak untuk diantisipasi, mengingat semakin terbukanya kesempatan bagi investor asing untuk menanamkan modalnya di bidang perumahsakitian dan dengan adanya era globalisasi.

Globalisasi, bermakna terbukanya atau bebasnya lintas batas antar negara di dunia termasuk lintas batas berbagai jenis tenaga di bidang pelayanan kesehatan maupun tenaga keperawatan. Karenanya diperlukan persiapan agar Indonesia tidak hanya menjadi pasar yang diperebutkan oleh kekuatan dari luar Indonesia khususnya dalam hal pelayanan kesehatan dan lebih khusus lagi dalam aspek keperawatan.

1.2 Pergeseran Paradigma dan Peluang

Di Indonesia, pertumbuhan perumahsakitian semakin pesat, dan 950 buah rumah sakit dengan 109.387 tempat tidur pada tahun 1990, menjadi 1.074 buah rumah sakit dengan 120.083 tempat tidur pada tahun 1996 (Depkes RI, 1997). Terjadi peningkatan

jumlah rumah sakit sebesar 13,1% dan peningkatan jumlah tempat tidur sebesar 9,8 % dalam waktu enam tahun. Kondisi tersebut menimbulkan persaingan yang semakin kuat. Pasien sebagai salah satu pelanggan rumah sakit semakin leluasa untuk memilih rumah sakit yang sesuai keinginannya. Biasanya keinginan pasien lebih banyak dipengaruhi oleh pertimbangan non teknik keperawatan atau aspek pelayanan (*services*) (Leebov and Scott, 1994)

Shresta (1994) mengatakan bahwa harapan pasien yang meningkat membutuhkan perubahan pola pikir perawat yang harus selalu mengupayakan kepuasan konsumen. Kennedy (1996) dalam tulisannya yang berjudul *Customer Service in The Health Care Industry*, mengatakan bahwa pelanggan akan menyampaikan pengalaman jeleknya kepada orang lain 2 kali lebih besar dari pada menceritakan tentang kebaikan pelayanan yang diterimanya. Ini berarti akibat yang diderita rumah sakit bila seorang pasien merasa tidak puas 2 kali lebih besar bila dibandingkan dengan keuntungan yang diterima rumah sakit bila pasien merasa puas. Karenanya kepuasan pasien adalah kunci keberhasilan rumah sakit. *Kepuasan pasien* dipengaruhi oleh harapan dan kemungkinan dipengaruhi juga oleh keadaan emosionalnya. Oleh karena itu pemahaman oleh perawat tentang harapan pasien serta kondisi psikologis yang terjadi pada pasien secara individual menjadi sangat penting. Perawat dituntut untuk memiliki kemampuan dalam memahami pasien dan harapannya secara personal sehingga dapat memberikan pelayanan yang bersifat personal pula

Di masa yang akan datang, perawat dituntut untuk menjadi lebih profesional, tidak hanya dituntut agar *responsive* terhadap perubahan lingkungan, tetapi dituntut bersifat proaktif. Kurangnya kesadaran terhadap adanya perubahan pada harapan

pelanggan akan berdampak besar terhadap keberhasilan pelayanan rumah sakit. Transisi demografi dan transisi epidemiologi yang terjadi di seluruh dunia termasuk di Indonesia, adalah salah satu perubahan lingkungan eksternal yang sangat berpengaruh terhadap peran, fungsi dan tuntutan pada spesifikasi perawat. Umur harapan hidup meningkat dan pola penyakit berubah dari akut infeksi menjadi kronik degeneratif. Perubahan umur harapan hidup dan pola penyakit tersebut menuntut pula perubahan pola perawatannya baik dalam dimensi teknik keperawatan maupun non teknik keperawatan.

Perekonomian masyarakat yang semakin baik menimbulkan semakin meningkatnya kebutuhan dan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Masyarakat tidak hanya menuntut pelayanan yang dapat menyembuhkan tetapi juga yang dapat memberikan kenyamanan dan kepuasan. Permasalahan sering terjadi karena ketidaksesuaian antara harapan klien yang dinamis dengan penyediaan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit (untuk selanjutnya disebut provider) yang relatif terbatas. Terdapat perbedaan dinamika perubahan antara tuntutan masyarakat dengan antisipasi provider terhadap tuntutan tersebut. Perbedaan tersebut terutama pada aspek persepsi. Masyarakat mempersepsikan (memandang) kebutuhannya berdasarkan kacamata mereka sendiri sedangkan provider beranggapan bahwa kualitas pelayanan ditentukan oleh standar profesi atau peraturan pemerintah. Di samping itu ada kecenderungan provider menganggap pasien berharap sangat sederhana, padahal sebenarnya pasien berharap lebih banyak. Kesenjangan ini akan mengakibatkan ketidakpuasan klien. Pasien yang dirawat di rumah sakit tersebut kemungkinan akan merasa lebih tertekan. Mereka tidak mau dirawat di rumah sakit yang bersangkutan, bahkan untuk kelompok tertentu akan pergi ke luar negeri guna mencari pelayanan kesehatan yang dapat memberikan kepuasan baginya.

Saat ini masyarakat sudah semakin mampu, baik dalam menentukan pilihan maupun dalam membayar pelayanan kesehatan. Karenanya dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pelayanan yang berfokus pada pelanggan menjadi sangat penting (Ourso, 1994).

Pasien adalah makhluk sosial dengan segala harapan dan keinginannya. Kepuasan pasien, merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan tidak lagi hanya ditentukan oleh standar profesi, tidak juga oleh peraturan pemerintah, tetapi lebih melibatkan harapan, persepsi dan penilaian pasien (Elbeck, 1992 dan Bryanton, 1994).

Saat ini tampak suatu kecenderungan pergeseran paradigma perawat. Nampaknya perawat cenderung menganggap pasien sebagai obyek kerja yang harus segera ditangani kondisi fisiknya saja. Keadaan tersebut kemungkinan diwarnai oleh keinginan untuk menerapkan prinsip efisiensi, meskipun memang benar efisiensi merupakan tuntutan manajemen karena ciri keterbatasan sumber daya. Namun pelayanan kesehatan adalah pelayanan jasa, bersifat *intangibles* (tidak berwujud) dan outputnya merupakan kesatuan yang sulit dipisahkan dengan proses (*inseparability*). Puas tidaknya penerima jasa pelayanan kesehatan sering kali sangat ditentukan oleh proses transaksi antara pemberi jasa dengan penerima jasa dan bukan hanya pada output (*variability*).

Sementara itu ada pemikiran bahwa keberhasilan rumah sakit ditentukan oleh keterampilan dan pengetahuan personilnya dalam teknologi yang canggih. Pergeseran paradigma menyebabkan fungsi perawat nampak tidak sesuai lagi dengan standar normatifnya. Secara normatif perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan bersifat holistik, memenuhi kebutuhan biologis; psikologis; sosial; kultural dan spiritual pasien.

Sesuai dengan konsep keperawatan dari Nightingale dalam Potter dan Perry (1993) bahwa fokus dari *nursing care* adalah lingkungan. Dikatakan pula bahwa perawat tidak harus mengetahui semua proses penyakit tetapi perawat harus berfokus pada pemberian kenyamanan, ketenangan, kehangatan dan nutrisi yang memadai pada pasien.

Terjadi pergeseran peran dan fungsi perawat yang menjadi sangat menekankan pada pengetahuan dan teknologi yang berkaitan dengan teknik keperawatan (*technical skills* atau berkaitan dengan pelaksanaan tugas pelimpahan dari dokter) dan kurang melaksanakan non teknik keperawatan (aspek interpersonal atau yang berkaitan dengan fungsi *independent* perawat). Nampaknya terjadi pergeseran dari *high touch – low tech* menjadi *high tech – low touch* sedangkan harapan masyarakat cenderung pada *high tech* dan *high touch*. Menurut Iyer, Patricia et al, (1986) secara normatif, pada dasarnya perawat memiliki 3 fungsi, yaitu : (1) fungsi *independent* (*carimg roles* atau *maternal roles* atau fungsi mandiri); (2) fungsi *interdependent* (koordinasi dan kolaborasi) dan (3) fungsi *dependent* (fungsi terapeutik atau fungsi pelimpahan). (1) Fungsi *independent* adalah tindakan mandiri perawat berdasarkan pendidikan dan pengalamannya; (2) fungsi *interdependent* adalah tindakan keperawatan yang bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain; (3) fungsi *dependent* adalah tindakan keperawatan yang merupakan pelimpahan tugas dari profesi lain utamanya dokter. Secara normatif, proporsi fungsi *independent* adalah yang terbesar (namun kenyataannya perawat justru lebih banyak melaksanakan fungsi *dependent* atau terapeutik, padahal masyarakat nampaknya lebih mengharapkan perawat melaksanakan fungsi sesuai dengan normatifnya). Salah satu penyebab keadaan ini kemungkinan berkaitan dengan faktor kurikulum pendidikan perawat sebagai

pembentuk pola pikir perawat di samping budaya kerja yang ada di rumah sakit di mana mereka bekerja.

Penggunaan *hard technology (high tech)* untuk memenuhi kebutuhan biologis pasien nampaknya sangat mendominasi kinerja perawat, sedangkan penggunaan *soft technology (touch)* kurang mendapat perhatian bahkan cenderung dilupakan. Penelitian disertasi ini tidak meneliti tentang aspek budaya, namun demikian dunia keperawatan nampaknya telah mengalami pelunturan budaya keperawatan. Budaya keperawatan nampak mengalami suatu pergeseran, bahkan cenderung menjauhi falsafahnya.

Fenomena di masyarakat menunjukkan semakin banyak masyarakat yang menggunakan "pengobatan alternatif". Data di klinik Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, menunjukkan bahwa pasien yang menjalani pengobatan tradisional dari tahun ke tahun terus meningkat. Sebagai contoh adalah akupunktur tahun 1993 sebanyak 3.900 kunjungan, tahun 1994 sebanyak 5.027 kunjungan, tahun 1995 sebanyak 5.500 kunjungan; tahun 1996 sebanyak 10.086; tahun 1997 sebanyak 10.551. Diperoleh informasi bahwa sekitar 75% pasien yang berkunjung ke pengobatan alternatif tersebut sudah pernah berobat ke tenaga medik yaitu dokter bahkan ke dokter spesialis.

Saat ini, pertimbangan masyarakat dalam memilih pelayanan kesehatan sering kali bukan lagi karena pertimbangan finansial tetapi lebih pada pertimbangan mutu dan kenyamanan pelayanan. Dengan demikian mutu dan kenyamanan pelayanan menjadi salah satu tuntutan utama masyarakat. Zeithaml, Parasuraman dan Berry (1990) dalam bukunya yang berjudul *Delivering Quality Service. Balancing Customer Perceptions and Expectation*, mengidentifikasi adanya 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa.

yang dipergunakan pelanggan dalam menilai kualitas pelayanan jasa 10 (sepuluh) dimensi tersebut meliputi (1) *tangibles* (bukti langsung); (2) *reliability* (kehandalan); (3) *responsiveness* (ketanggapan); (4) *competence* (kompetensi atau kemampuan); (5) *courtesy* (kesabaran, rasa hormat); (6) *credibility* (kepercayaan), (7) *security* (memberikan rasa aman), (8) *access* (keterjangkauan); (9) *communication* (komunikasi), (10) *understanding the customer* (memahami pasien). Dalam perkembangan selanjutnya 10 (sepuluh) dimensi ini ditemukan dapat dikelompokkan menjadi 5 dimensi. Kelima dimensi tersebut adalah : (1) *tangibles*; (2) *reliability*; (3) *responsiveness*; (4) *assurance* dan (5) *empathy*. Dalam hal ini aspek *competence*; *courtesy*; *credibility* dan *security* dikelompokkan menjadi satu kelompok yaitu *assurance*. Sedangkan *access*; *communication* dan *understanding the customer* dikelompokkan dalam kelompok *empathy* (Zethaml et al., 1990). *Tangibles* (bukti langsung) berkaitan dengan penampilan fisik. *Reliability* (kehandalan) berkaitan dengan kemampuan untuk memberikan pelayanan yang sesuai dengan yang dijanjikan. *Responsiveness* (ketanggapan), berkaitan dengan daya tanggap dan kemauan membantu pasien serta memberikan pelayanan yang cepat. *Competence* berkaitan dengan kemampuan perawat, yang meliputi pengetahuan dan keterampilan perawat. *Courtesy* berkaitan dengan kesabaran. *Credibility* berkaitan dengan kemampuan menciptakan kepercayaan pasien terutama yang berkaitan dengan profesionalisme perawat. *Security* berkaitan dengan kemampuan perawat memberikan rasa aman baik fisik maupun non fisik (psikologis) kepada pasien. *Access* berkaitan dengan kemudahan kontak, kemudahan ditemui. *Communication* berkaitan dengan aspek komunikasi, kemampuan memberikan informasi, penjelasan dan kesediaan mendengarkan pasien. *Understanding the customer*

berkaitan dengan kemampuan memahami pasien dan memberikan perhatian pada pasien secara individual. Sedangkan *assurance* mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya, bebas dari bahaya, rasa takut, risiko atau keragu-raguan. Sedangkan *empathy* berkaitan dengan aspek komunikasi, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan pasien.

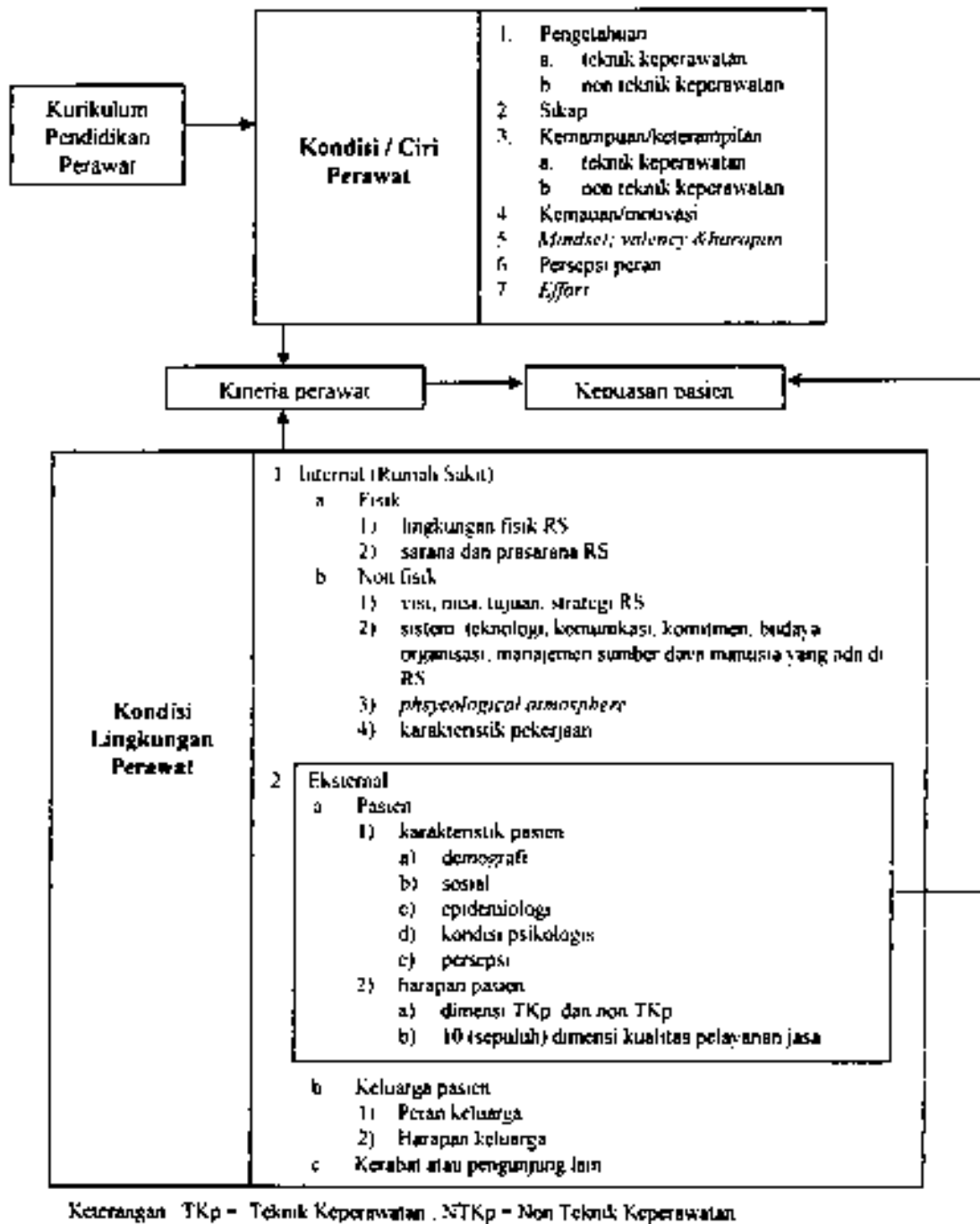
1.3 Kajian Determinan Masalah Kepuasan Pasien dan Kinerja Perawat

Banyak faktor yang kemungkinan menjadi penyebab rendahnya kinerja perawat yang berorientasi pada kepuasan pasien. Lawler dan Porter dalam Koontz and Weihrich, (1990) serta menurut Maier dalam As'ad, 1991 mendefinisikan kinerja adalah *the meeting of goals* atau *successful role achievement*. Kinerja didefinisikan sebagai kesuksesan seseorang dalam melaksanakan suatu pekerjaan.

Pakar pemasaran Kotler (1997) mengatakan bahwa kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja dengan harapannya dan Silalahi (1990) mengatakan kepuasan adalah fungsi dari pengharapan dan tindakan.

Berdasarkan kedua teori di atas maka dalam disertasi ini kinerja perawat dinilai dari tingkat kepuasan pasien yang ditangani perawat bersangkutan. Dengan demikian ukuran kinerja yang dipergunakan bukanlah ukuran produktivitas, namun didefinisikan sebagai kesuksesan perawat dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan berdasarkan penilaian pasien.

Gambar 1.1 memberikan gambaran tentang faktor-faktor yang kemungkinan berkaitan dengan masalah rendahnya kinerja perawat yang berorientasi pada kepuasan pasien.



Gambar 1.1 Identifikasi masalah

Sumber: (Fottler et al, 1988, Omachonu, 1990; Koontz and Wehrich, 1990, Swanson, 1994; Eiter & Perneger, 1997, Gross et al., 1998)

Omachonu (1990) dalam tulisannya *Quality of care and the patient: New criteria for evaluation* mengatakan bahwa kualitas dalam pelayanan kesehatan memiliki dua komponen penting. Komponen tersebut meliputi : (a) kualitas dalam praktek atau praktek kualitas (*quality in practice*) dan (b) persepsi tentang kualitas (*quality in perception*). Praktek kualitas berkaitan dengan standar yang disusun, sedangkan persepsi tentang kualitas berkaitan dengan harapan pasien. Penelitian ini merumuskan kualitas kinerja perawat sebagai kualitas menurut persepsi pasien.

Walaupun penelitian tidak mengarah pada penggunaan teori harapan (*expectancy theory*), dari Vroom dan Heider dalam Koontz and Wehrlich (1990) namun dengan memodifikasi teori tersebut dengan teori yang dikemukakan oleh Swanson (1994), dapat disimpulkan bahwa kinerja merupakan fungsi dari motivasi, kemampuan (*effort*), faktor lingkungan, valensi dan harapan. Menurut model Lawler dan Porter dalam Koontz and Wehrlich (1990) dikatakan bahwa kinerja merupakan perkalian dari upaya, kemampuan, dan persepsi peran (*performance = f. effort, abilities, role perceptions*).

Berdasarkan beberapa pemikiran tersebut, secara garis besar ada dua faktor utama yang berpengaruh terhadap kinerja perawat yang berorientasi pada kepuasan pasien. Pertama, adalah "kondisi" perawat, yaitu segala hal yang ada pada diri perawat, yang antara lain meliputi : (a) faktor motivasi; (b) sikap; (c) upaya; (d) pengetahuan; (e) keterampilan; (f) persepsi peranan dan (g) sikap mental (*mind set*). Kedua, adalah faktor lingkungan. Faktor lingkungan adalah semua faktor yang ada di luar diri perawat yang dapat mempengaruhi kinerjanya. Faktor lingkungan terdiri dari lingkungan internal dan lingkungan eksternal. Lingkungan internal yaitu rumah sakit, meliputi : lingkungan fisik dan non fisik. Lingkungan fisik meliputi: (a) tata ruang rumah sakit; (b) sarana dan

prasarana serta SDM. Lingkungan non fisik terdiri dari : (a) visi, misi, tujuan, strategi, (b) sistem : teknologi, komunikasi, budaya organisasi, manajemen sumber daya manusia (c) kondisi psikologis (*psychological atmosphere*); dan (d) karakteristik pekerjaan. Lingkungan eksternal meliputi : (a) pasien; (b) keluarga dan (c) kerabat pasien dengan berbagai peran dan harapannya. Karakteristik pasien antara lain meliputi : (a) karakteristik demografi; (b) sosial; (c) epidemiologi; (d) kondisi psikologis dan (e) persepsi. Beberapa artikel juga mengatakan bahwa karakteristik dan harapan berhubungan dengan kepuasan pasien (Etter dan Perneger, 1997; Gross et al., 1998)

Masalah kinerja perawat adalah masalah multi faktor dalam artian banyak faktor yang berpengaruh terhadap kinerja. Namun dalam penelitian ini dibatasi pada kinerja perawat menurut persepsi pasien. Penelitian dibatasi pada pengkajian terhadap pasien, yaitu pengkajian tentang harapan, kepuasan serta karakteristik pasien yang kemungkinan diperkirakan berpengaruh terhadap kinerja perawat.

1.4 Justifikasi

Cukup banyak tulisan yang mengkaji harapan dan kepuasan pasien, demikian pula penelitian yang mengkaji kinerja perawat (Peyrot et al , 1993; Bowers et al . 1994; Thompson et al., 1995, Kennedy, 1996; Montalto, 1996, Kane et al., 1997; Etter & Perneger, 1997). Namun demikian, sampai saat ini pengkajian secara ilmiah yang membedakan harapan pasien terhadap kinerja perawat antara kinerja dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan dan yang berdasarkan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa perawat, belum dilakukan secara khusus. Khususnya pengkajian harapan pasien yang mengalami penyakit kronis

Dengan pertimbangan itulah penelitian ini mengungkapkan permasalahan tersebut secara lebih ilmiah.

Pada penelitian disertasi ini dipergunakan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa dari Zeithaml et al., (1990) atau terkenal dengan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa PZB (Parasuraman: Zeithaml dan Barry) dengan pertimbangan agar dapat dipahami secara lebih rinci variabel kinerja perawat yang memerlukan perhatian yang lebih besar

Bowers et al., 1994 mengatakan bahwa rumusan Zeithaml et al., (1990) tersebut *reliable* dan *valid* untuk dipergunakan di lingkungan rumah sakit. Penelitian disertasi ini juga mengadopsi pemikiran tersebut

Jenis kasus dan kondisi pasien yang menyertainya juga bersifat individual. Pasien dengan kasus kronis nampaknya memiliki harapan dominan yang berbeda dengan pasien kasus akut. Nampaknya pasien kasus kronis membutuhkan "perhatian" yang lebih besar dari pada kasus akut. Pasien kasus kronis adalah pasien dengan jenis penyakit menahun dan relatif tidak dapat disembuhkan.

Penelitian disertasi ini mempelajari dengan lebih mendalam harapan pasien kasus kronis terhadap kinerja perawat. Dalam disertasi ini kinerja perawat dibedakan atas dimensi teknik keperawatan (berkaitan dengan fungsi *dependent*) dan dimensi non teknik keperawatan *caaring* atau berkaitan dengan fungsi *independent*). Diambil kasus kronis, dengan pertimbangan (1) adanya transisi demografi dan epidemiologi di seluruh dunia termasuk Indonesia mengakibatkan jumlah pasien dengan kasus kronis semakin meningkat; (2) pasien kasus kronis membutuhkan penanganan dalam jangka waktu yang lebih lama dan pada pasien kasus akut, (3) kontak pasien dengan provider di rumah sakit

juga lebih lama: (4) belum ada penelitian yang secara khusus meneliti tentang harapan pasien kasus kronis, dan yang secara spesifik dikelompokkan dalam dimensi teknik keperawatan, dimensi non teknik keperawatan, dan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa sebagai penjabaran dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan

Mempelajari kondisi tersebut di atas timbul pemikiran bahwa dimensi non teknik keperawatan diperkirakan sama pentingnya dengan dimensi teknik keperawatan. Mengingat kondisi emosional yang kemungkinan terjadi pada seseorang yang menderita suatu penyakit atau yang masuk rumah sakit, maka penelitian ini juga mengkaji pengaruh kondisi psikologis pasien (sebagai salah satu karakteristik) terhadap harapan maupun kepuasannya pada kinerja perawat. Untuk selanjutnya hasil ini dapat dipergunakan sebagai masukan untuk pendidikan keperawatan atau sebagai masukan untuk pelaksanaan pendidikan dan pelatihan bagi perawat di rumah sakit

Berdasarkan uraian di atas, masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah rendahnya kinerja perawat yang berorientasi pada kepuasan pasien. Rendahnya kinerja tersebut diperkirakan dipengaruhi oleh kurangnya pemahaman perawat pelaksana terhadap harapan pasien, di samping kurangnya pemahaman tentang karakteristik pasien secara individual, yang diperkirakan akan berpengaruh terhadap harapannya. Nampaknya bekal pengetahuan dan keterampilan untuk memahami pasien dengan segala harapannya kurang diperoleh perawat pelaksana baik saat pendidikan maupun setelah bekerja. Di samping itu, nampaknya kemauan perawat untuk berusaha memahami pasien juga berpengaruh. Penelitian disertasi ini tidak meneliti tentang kemauan (motivasi) perawat namun penelitian ini berusaha merumuskan konsep harapan pasien rawat inap kasus

kronis, di samping memberikan suatu informasi yang diperoleh melalui pendekatan keilmuan tentang harapan pasien terhadap kinerja perawat.

Dengan demikian secara umum ada 2 hal penting yang dipertanyakan dalam penelitian ini yaitu : (1) dimensi apakah yang menjadi harapan dominan pasien rawat inap kasus kronis, antara dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan serta di antara 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa sebagai penjabaran dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan? (2) adakah pengaruh kondisi psikologis terhadap harapan; terhadap penilaian (kenyataan yang dirasakan); maupun kepuasan pasien terhadap kinerja perawat, dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan juga terhadap 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa?

Dalam penelitian ini yang dimaksud dengan dimensi teknik keperawatan atau teknik keperawatan keras (*hard technology* menggambarkan *high tech*) atau asuhan medis adalah yang berkaitan dengan fungsi *dependent* perawat meliputi semua tindakan yang berorientasi pada penyakit atau aspek medik. Sedangkan dimensi non teknik keperawatan atau teknik keperawatan halus (*soft technology* menggambarkan *high touch*) atau asuhan keperawatan adalah semua kegiatan yang berkaitan dengan fungsi *independent*, yaitu pemenuhan kebutuhan manusia seutuhnya, orientasi pada manusia bukan pada penyakit (pendekatan holistik bio-psiko-sosio-kulturo-spiritual)

Penelitian ini, harapan dan kepuasan pasien terhadap kinerja perawat yang diteliti meliputi dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan yang juga dikaji berdasarkan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa menurut Zeithaml et al., (1990). Pasien yang diteliti adalah pasien dengan kasus kronis, dengan pertimbangan bahwa : (1) diperkirakan ada perbedaan harapan maupun kepuasan antara pasien kasus

akut dengan kasus kronis, (2) semakin banyaknya penyakit kronis degeneratif di masyarakat; (3) pasien kronis akan menjalani perawatan di rumah sakit dalam waktu yang relatif lebih lama dibandingkan dengan yang akut; (4) ketergantungan pasien kasus kronis terhadap pelayanan perawat, nampaknya lebih tinggi.

1.5 Permasalahan Kinerja Perawat

Berdasarkan uraian di atas, maka rumusan masalah yang diajukan adalah :

1. Pada pasien rawat inap kasus kronis, kinerja perawat dalam dimensi apakah yang cenderung lebih diharapkan pasien (*dominant expectation*, selanjutnya disebut jenis harapan dominan) antara dimensi teknik keperawatan (*fungsi dependent*) dengan dimensi non teknik keperawatan (*fungsi independent*)?
2. Di antara 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa asuhan keperawatan, manakah yang lebih dominan diharapkan oleh pasien rawat inap di rumah sakit?
3. Apakah ada pengaruh karakteristik pasien, yang meliputi karakteristik demografi; sosial; epidemiologi; psikologi dan persepsi, terhadap jenis dan intensitas harapan pasien pada kinerja perawat?
4. Apakah ada pengaruh karakteristik pasien, yang meliputi karakteristik demografi; sosial; epidemiologi; psikologi dan persepsi, terhadap jenis dan intensitas harapan pada kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa?
5. Berdasarkan jenis harapan dominan antara dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan, kepuasan dalam dimensi manakah yang dirasakan lebih dominan oleh pasien rawat inap di rumah sakit?

6. Bagaimanakah mekanisme hubungan karakteristik, harapan dan kepuasan pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit?
7. Berdasarkan jenis harapan dominan terhadap kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa, kepuasan dalam dimensi apakah yang dirasakan lebih dominan oleh pasien rawat inap di rumah sakit?
8. Berdasarkan kenyataan yang dirasakan oleh pasien, dimensi manakah yang lebih dominan mewarnai kinerja perawat saat ini antara dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan?
9. Berdasarkan kenyataan yang dirasakan oleh pasien, dimensi manakah dari 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa yang lebih dominan mewarnai kinerja perawat saat ini?
10. Apakah ada pengaruh harapan pasien terhadap terhadap penilaian dan terhadap kepuasannya pada kinerja perawat?

1.6 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian dibedakan atas tujuan umum dan tujuan khusus. Penelitian ini dilaksanakan dalam dua tahap, yang terdiri dari tahap eksplorasi dan tahap verifikasi.

1.6.1 Tujuan Umum

Secara umum tujuan penelitian ini adalah menguji pemikiran bahwa jenis harapan dominan pasien rawat inap kasus kronis terhadap kinerja perawat, antara dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan sama pentingnya. Di samping itu penelitian ini juga menguji pemikiran bahwa harapan pasien dipengaruhi

karakteristik dan secara lebih spesifik menguji pemikiran bahwa harapan dipengaruhi oleh karakteristik psikologi pasien.

1.6.2 Tujuan khusus

Untuk merealisasi tujuan umum maka penelitian ini dilaksanakan dalam 2 tahap, yaitu tahap eksplorasi dan tahap verifikasi.

1.6.2.1 Tujuan khusus tahap pertama (tahap eksplorasi)

Tujuan khusus tahap pertama adalah melakukan deskripsi tentang (a) karakteristik pasien, (b) harapan pasien ; (c) penilaian pasien dan (d) kepuasan pasien tentang kinerja perawat. Secara lebih rinci tujuan khusus diuraikan sebagai berikut :

1. Mendeskripsikan karakteristik pasien rawat inap dengan kasus kronis, yang meliputi :
 - a. Karakteristik demografi terdiri dari : (1) umur, (2) jenis kelamin; (3) pendidikan terakhir; (4) status perkawinan; (5) suku bangsa.
 - b. Karakteristik sosial ekonomi terdiri dari : (1) pekerjaan; (2) pendidikan; (3) kelas perawatan; (4) penanggung biaya.
 - c. Karakteristik epidemiologi terdiri dari : (1) jenis penyakit kronis; (2) lama sakit dan (3) pengalaman rawat inap.
 - d. Kondisi psikologi yang meliputi *anxiety* dan depresi.
 - e. Persepsi meliputi : persepsi terhadap (1) penyebab penyakit; (2) bahaya penyakit; (3) kemudahan disembuhkan; (4) rumah sakit; (5) peran perawat

2. Mem peroleh informasi tentang jenis harapan dominan pasien terhadap kinerja perawat, dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan, serta dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa.
3. Menganalisis pengaruh karakteristik pasien terhadap jenis harapan dominan dan intensitas harapan : (a) dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan, (b) dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa
4. Mem peroleh informasi tentang dimensi yang dominan mewarnai kinerja perawat saat ini
5. Menganalisis pengaruh karakteristik pasien terhadap penilaian tentang kinerja perawat yang diterima : (a) dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan; (b) dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa
6. Mengukur kepuasan pasien rawat inap terhadap kinerja perawat berdasarkan jenis harapan dominannya
7. Menganalisis pengaruh harapan terhadap kepuasan pasien rawat inap kasus kronis

1.6.2.2 Tujuan khusus tahap kedua (Verifikasi)

Penelitian tahap kedua adalah tahap verifikasi, dengan tujuan khusus adalah membuktikan bahwa konsep kinerja yang berorientasi pada harapan memberikan kontribusi pada kepuasan pasien. Pembuktian dilakukan dengan membandingkan kepuasan pasien terhadap kinerja perawat pada penelitian tahap pertama dengan kepuasan pasien pada penelitian tahap kedua (setelah intervensi).

1.7 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian dibedakan atas manfaat teoritik dan manfaat terapan.

1.7.1 Manfaat teoritik

1. Ditemukan konsep keseimbangan harapan pasien terhadap kinerja perawat, antara harapan terhadap dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan.
2. Tersusun suatu bukti ilmiah adanya pengaruh karakteristik pasien yang meliputi karakteristik demografi; sosial; epidemiologi; psikologi dan persepsi terhadap harapan dominan serta terhadap intensitas harapan dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan.
3. Tersusun suatu bukti ilmiah adanya pengaruh faktor karakteristik pasien yang meliputi karakteristik demografi; sosial; epidemiologi; psikologi dan persepsi terhadap jenis harapan dominan dan intensitas harapan berdasarkan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa sebagai penjabaran dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan.
4. Tersusun suatu bukti ilmiah adanya pengaruh faktor karakteristik pasien yang meliputi karakteristik demografi; sosial; epidemiologi; psikologi dan persepsi terhadap kepuasan pasien pada kinerja perawat antara dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan.
5. Tersusun suatu bukti ilmiah adanya pengaruh faktor karakteristik pasien yang meliputi karakteristik demografi; sosial; epidemiologi; psikologi dan persepsi terhadap jenis dan intensitas kepuasan berdasarkan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa.

1.7.2 Manfaat terapan

- 1 Dengan diketahuinya jenis harapan pasien yang dominan maka akan dapat disusun suatu cara pelaksanaan tindakan keperawatan yang tepat sehingga menghasilkan kepuasan pada pasien.
- 2 Sebagai bahan masukan ketika melakukan penarikan dan seleksi calon perawat (*recruitment and selection*), bahwa tuntutan bagi seorang perawat tidak hanya di bidang teknik keperawatan tetapi juga di bidang non teknik keperawatan.
3. Sebagai bahan masukan untuk perencanaan dan pelaksanaan pendidikan serta pelatihan para perawat (*training and development*). Arah pengembangan kinerja perawat adalah berorientasi pada harapan pasien.
- 4 Sebagai bahan masukan untuk menyusun kurikulum pendidikan perawat. Kurikulum pendidikan diharapkan memberikan porsi yang seimbang antara pengembangan interpersonal perawat (komunikasi, emosional, perilaku) dengan pengembangan keterampilan teknik keperawatannya.
- 5 Dalam jangka panjang diharapkan dapat mengembalikan pola pikir (*mind set*) perawat khususnya dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan. kepada pola pikir yang didasari oleh falsafah keperawatan yang memandang manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kulturo- spiritual, yang dicerminkan dalam tindakan perawat

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Salah satu bidang ilmu di dalam kesehatan masyarakat adalah ilmu administrasi dan kebijakan kesehatan. Bidang kajian ilmu administrasi dan kebijakan kesehatan terdiri dari (1) manajemen; (2) organisasi dan (3) kebijakan kesehatan. Ilmu manajemen meliputi antara lain manajemen mutu; manajemen pemasaran; manajemen sumber daya manusia. Organisasi yang dikaji adalah organisasi kesehatan antara lain rumah sakit secara lebih spesifik yaitu aspek manajemen rumah sakit. Dari aspek kebijakan yang dibahas antara lain adalah tentang kebijakan pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan termasuk perawat.

Menurut Blum (1983) bahwa kesehatan dipengaruhi oleh 4 faktor pokok yaitu : (1) lingkungan, (2) gaya hidup (*life style*), (3) hereditas dan (4) pelayanan kesehatan (*medical care services*). Pelayanan kesehatan meliputi sarana pelayanan kesehatan dan upaya kesehatan. Rumah sakit adalah salah satu contoh sarana kesehatan dan juga salah satu contoh institusi kajian pada bidang ilmu administrasi dan kebijakan kesehatan.

Rumah sakit adalah salah satu sub sistem dalam sistem kesehatan nasional. Diketahui bahwa rumah sakit adalah suatu industri yang padat karya tenaga terampil dan telah diakui bahwa sumber daya manusia adalah komponen terpenting dalam suatu organisasi.

Disadari pula bahwa perawat memiliki posisi kunci dalam pelayanan kepada klien di rumah sakit. Klien rumah sakit adalah pasien, kerabat pasien dan keluarga pasien. Disadari pula bahwa pasien adalah "evaluator terpandai" dalam menilai mutu layanan.

yang diberikan perawat kepadanya. Dengan demikian pemikiran pada pelayanan yang berfokus pada pelanggan (*customer focus*) menjadi sangat penting.

Untuk rumah sakit sumber daya yang memegang posisi kunci adalah perawat, karena di samping perawat kontak langsung dengan pasien selama 24 jam juga jumlah personilnya adalah yang terbesar

Berdasarkan pemikiran tersebut, disertasi ini memfokuskan pada kajian yang meliputi (1) manajemen sumber daya manusia khususnya tentang kinerja perawat (pelaksanaan tindakan dalam asuhan keperawatan); (2) manajemen pemasaran yang lebih khusus adalah pengukuran harapan, persepsi tentang kenyataan yang dirasakan (penilaian) dan kepuasan pasien sebagai salah satu indikator kualitas kinerja perawat.

Rumah sakit adalah sebuah industri yang padat karya dan padat modal. Meskipun produk yang dihasilkan rumah sakit adalah suatu "komoditi yang dianggap suci" (jasa pelayanan kesehatan), namun rumah sakit tidak bebas dari keterbatasan sumber daya. Pertambahan rumah sakit yang semakin pesat, disadari atau tidak, akan membawa pelaku rumah sakit dalam suatu "persaingan", khususnya dalam memperoleh pasien. Dikatakan bahwa organisasi (rumah sakit) akan dapat menghadapi persaingan dengan lebih baik apabila mereka beralih pelayanan dari orientasi pemasaran produk dan penjualan ke orientasi kebutuhan dan harapan pelanggan. Dikatakan pula untuk dapat menarik pelanggan dan mengungguli pesaing yang lain maka kuncinya adalah memenuhi serta memuaskan kebutuhan dan harapan pelanggan (Kotler, dkk 1999). Hanya rumah sakit yang berwawasan pada pelanggan yang akan hidup dengan baik, karena mereka bisa memberikan nilai lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit lainnya. Pelanggan selalu ingin memaksimalkan nilai (manfaat yang diharapkan dari barang atau jasa tertentu).

Dengan demikian kunci keberhasilan suatu organisasi adalah memahami dengan baik kebutuhan dan harapan pelanggannya; memahami nilai produk bagi pelanggan dan memahami hal-hal yang berpengaruh terhadap harapan pelanggan.

Berkaitan dengan hal tersebut di atas satu-satunya sumber daya rumah sakit yang mampu melakukan atau mengupayakan pemahaman yang baik terhadap harapan pasien sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kulturo-spiritual adalah sumber daya manusianya. Dengan demikian keunggulan bersaing (*Competitive advantage*) dalam sebuah rumah sakit lebih menekankan pada keunggulan sumber daya manusianya, bukan semata-mata peralatan dengan teknologi canggih.

Dalam suatu industri rumah sakit, sumber daya manusia yang memegang peranan sangat penting adalah perawat. seperti yang diungkapkan oleh Koska dalam Fosbinder (1994) bahwa pelayanan perawatan (*nursing care*) adalah faktor terpenting dalam kualitas pelayanan. Beberapa alasan yang mendukung pendapat bahwa perawat adalah komponen penting dalam rumah sakit adalah karena: (1) perawat adalah ujung tombak pelayanan di rumah sakit; (2) perawat adalah penerima dan sekaligus penghantar pasien pulang rumah sakit; (3) perawat adalah personil rumah sakit yang kontak terlama dan tersering dengan pasien. (4) jumlah perawat yang terbesar.

Dalam fungsinya, ada dua hal pokok yang dilaksanakan oleh perawat yaitu aspek yang berkaitan dengan dimensi teknik keperawatan (*fungsi dependent*) dan yang berkaitan dengan dimensi non teknik keperawatan (*caring*) termasuk dalam melaksanakan fungsi kolaborasi (*interdependency*).

Mengingat pentingnya pemahaman harapan pasien bagi rumah sakit, maka penelitian ini secara umum bertujuan untuk menemukan kecenderungan harapan pasien

yang dominan terhadap kinerja perawat (pelaksanaan tindakan dalam asuhan keperawatan) antara dimensi teknik keperawatan dan dimensi non teknik keperawatan

Dengan demikian dipergunakan beberapa teori untuk melandasi penelitian disertasi ini yakni (1) konsep dasar rumah sakit, (2) perawat dan pelayanan keperawatan; (3) pelayanan jasa dalam pelayanan keperawatan termasuk sifat khusus pelayanan jasa kesehatan yang relatif berbeda dengan jasa yang lain; (4) teori harapan pelanggan (pasien), (5) teori kepuasan pelanggan (pasien); (6) manajemen sumber daya manusia, khususnya mengenai pengembangan sumber daya manusia dan kinerja; (7) teori hubungan provider dengan pasien

2.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor : 983/Menkes/SK/1992 tentang pedoman organisasi rumah sakit umum diputuskan bahwa rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisistik dan subspecialistik (Persi-Kars, 1998). Dalam surat edaran direktorat jendral pelayanan medik nomor : YM/02.04 3.5 2504 tentang pedoman hak dan kewajiban pasien, dokter dan rumah sakit, dikatakan bahwa rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan pelatihan (Persi-Kars, 1998).

Sarana kesehatan adalah tempat untuk melaksanakan upaya kesehatan Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat (Depkes RI, 1992).

Klasifikasi rumah sakit umum adalah pengelompokan rumah sakit umum

berdasarkan perbedaan tingkatan menurut kemampuan pelayanan kesehatan yang dapat disediakan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 983.MENKES/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum; Bab II tentang Misi, Kedudukan, Tugas, Fungsi dan Klasifikasi Rumah Sakit, pasal 6 disebutkan bahwa rumah sakit umum pemerintah pusat dan daerah diklasifikasikan menjadi rumah sakit umum klas A, B, C dan klas D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan. Rumah sakit umum klas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisistik luas dan subspecialistik luas. Rumah sakit umum klas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 spesialisistik dan subspecialistik terbatas. Rumah sakit umum klas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisistik dasar. Rumah sakit umum kelas D adalah Rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar

Rumah sakit umum daerah Dr. Soetomo sebagai salah satu rumah sakit yang dipergunakan dalam penelitian ini termasuk klas A.

Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor: 860b/MENKES/SK/XII/1987, Bab II Pasal 2 tentang tentang Klasifikasi Rumah Sakit Umum swasta, maka klasifikasi rumah sakit umum swasta ditetapkan sebagai berikut: (1) rumah sakit umum swasta pratama, yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, (2) rumah sakit umum swasta madya yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialisistik dalam 4 (empat) cabang (3) rumah sakit umum swasta utama,

yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialisik dan subspecialistik.

Rumah sakit umum swasta Adi Husadha Undaan Wetan tempat penelitian ini dilaksanakan termasuk dalam rumah sakit umum swasta madya.

Rumah sakit umum memiliki fungsi : (a) menyelenggarakan pelayanan medis; (b) menyelenggarakan pelayanan penunjang medis dan nonmedis; (c) menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan; (d) menyelenggarakan pelayanan rujukan; (e) menyelenggarakan pendidikan dan latihan, (f) menyelenggarakan penelitian dan pengembangan; (g) menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.

Penelitian disertasi ini memfokuskan pada penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan khususnya tentang intervensi keperawatan (Standar VI) berdasarkan persepsi pasien.

Krigoes (1997), dalam tulisannya yang berjudul "Pelayanan rumah sakit yang berorientasi kepada kebutuhan dan kepuasan pelanggan" menuliskan bahwa sebuah rumah sakit yang berorientasi pada kebutuhan dan kepuasan pelanggan seharusnya memberikan pelayanan yang cepat (*fast*); tepat (*accuracy*); menyenangkan (*convment*); efisien (*efficient*); ramah dan penuh senyum (*FACE with a SMILE*).

2.2 Perawat dan Asuhan Keperawatan

Pada sub bab ini dibahas tentang (1) pengertian perawat; asuhan keperawatan dan tujuan pelaksanaan asuhan keperawatan : (2) peran dan fungsi perawat, (3) mutu pelayanan keperawatan; (4) faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan keperawatan.

2.2.1 Pengertian perawat; asuhan keperawatan dan tujuan pelaksanaan asuhan keperawatan

Perawat adalah salah satu jenis tenaga kesehatan yang dikelompokkan dalam tenaga keperawatan. Tenaga keperawatan terdiri dari perawat dan bidan (peraturan pemerintah RI nomor 32 tahun 1996 dalam Persi-Kars, 1998).

Dalam undang-undang Republik Indonesia nomor : 23 tahun 1992 tentang kesehatan, dirumuskan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan (Depkes RI, 1992)

Asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh tenaga perawat. Kelompok kerja keperawatan dengan CHS *Consorcium Health Sciencey* tahun 1992 merumuskan bahwa asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien (pasien) pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Manfaat diterapkannya standar asuhan keperawatan adalah agar pasien terlindungi dari kelalaian atau kesalahan. Di samping agar perawat dapat memberikan pelayanan yang berkualitas

Mutu asuhan keperawatan sangat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan bahkan sering menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan di mata masyarakat. Alat ukur untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas asuhan

keperawatan adalah standar asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan dipergunakan sebagai pedoman dan dasar evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan (SK Menkes RI no.660/Menkes/SK/IX/1987 dalam Depkes RI, 1994).

Lingkup standar asuhan keperawatan meliputi (I) standar falsafah keperawatan; (II) standar tujuan asuhan keperawatan; (III) pengkajian keperawatan; (IV) diagnosa keperawatan; (V) perencanaan keperawatan; (VI) intervensi keperawatan; (VII) evaluasi keperawatan dan (VIII) catatan asuhan keperawatan

Intervensi keperawatan berisi tentang : (1) memenuhi kebutuhan oksigen; (2) memenuhi kebutuhan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit; (3) memenuhi kebutuhan eliminasi; (4) memenuhi kebutuhan keamanan; (5) memenuhi kebutuhan kebersihan dan kebersihan fisik; (6) memenuhi kebutuhan istirahat; (7) memenuhi kebutuhan gerak jasmani; (8) memenuhi kebutuhan spiritual; (9) memenuhi kebutuhan emosional, (10) memenuhi kebutuhan komunikasi; (11) mencegah dan mengatasi reaksi psikologis; (12) memenuhi kebutuhan pengobatan dan membantu proses penyembuhan; (13) memenuhi kebutuhan penyuluhan; (14) memenuhi kebutuhan rehabilitasi.

Penelitian disertasi ini memfokuskan pada standar VI yaitu intervensi keperawatan yang dikelompokkan dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan dan dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa dari Parasuraman; Zeithaml dan Berry (10 dimensi PZB).

2.2.2 Peran dan fungsi perawat

Kozier et al., (1995) merumuskan peran dan fungsi perawat adalah (1) *care provider*; (2) *communicator* atau *helper*; (3) *teacher*; (4) *counselor*; (5) *client advocate*;

(6) *change agent*; (7) *leader*; (8) *manager*; (9) *researcher*. Potter and Perry (1993) merumuskan peran dan fungsi perawat sebagai (1) *care giver*; (2) *decision maker*; (3) *protector and client advocate*; (4) *manager*; (5) *rehabilitator*; (6) *comforter*; (7) *communicator*; (8) *teacher*; (9) *researcher*. Iyer, Patricia et al, (1986) merumuskan bahwa fokus aktifitas perawat adalah meningkatkan (*to promote*); memelihara (*to maintain*) dan mengembalikan (*to restore*) kesehatan pasien. Ketiganya dikategorikan sebagai fungsi *dependent* (fungsi terapeutik); fungsi *interdependent* (koordinasi dan kolaborasi) dan fungsi *independent* atau *caring role* atau *maternal role* (fungsi mandiri). (1) Fungsi *independent* adalah tindakan mandiri perawat berdasarkan pendidikan dan pengalamannya; (2) fungsi *interdependent* adalah tindakan keperawatan yang bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain misalnya dengan ahli gizi, *physiotherapist* dan sejenisnya. (3) fungsi *dependent* adalah tindakan keperawatan yang merupakan pelimpahan tugas dari profesi lain utamanya dokter atau dengan kata lain fungsi perawat dalam hal melaksanakan program dokter (*medical order*). Secara normatif, bahwa proporsi fungsi *independent* adalah yang terbesar.

Guilbert (1987) dalam bukunya yang berjudul *Educational Hand Book for Health Personnel*, mengklasifikasikan tujuan pendidikan bagi tenaga kesehatan adalah (1) *practical skills*; (2) *interpersonal skills (communication skills)* dan (3) *intellectual skills*. *Practical skills* berkaitan dengan kegiatan rutin yang dilakukan oleh tenaga kesehatan (berkaitan dengan kegiatan medik misalnya menyuntik, memasang infus). *Interpersonal skills* berkaitan dengan tingkah laku atau segala sesuatu yang berkaitan dengan hubungan antara tenaga kesehatan dengan pasien. *Intellectual skills* berkaitan dengan kemampuan nalar.

Pada disertasi ini peran dan fungsi perawat tidak dibahas satu persatu namun yang dibahas hanya yang berkaitan langsung dengan pasien. Secara umum peran dan fungsi perawat dikelompokkan dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan serta dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa. Dimensi teknik keperawatan berkaitan dengan aspek keterampilan teknik keperawatan (*practical skills*) sedangkan non teknik keperawatan berkaitan dengan *interpersonal skills* atau *communication skills* (*caring roles*). *Intellectual skills* berkaitan dengan aspek teknik maupun non teknik keperawatan.

2.2.3 Mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit

Staf perawat rumah sakit adalah kontributor yang sangat penting terhadap kualitas pelayanan (*Quality of Care*) yang diberikan oleh rumah sakit. Dalam sebuah survey terhadap 663 CEO (*Chief Executive Officers*) rumah sakit, 97,3% menempatkan pelayanan oleh perawat (*nursing care*) sebagai faktor paling penting dalam kualitas pelayanan pasien (Koska, 1989 dalam Fosbinder, 1994).

Omachonu (1990) dalam tulisannya *Quality of care and the patient : New criteria for evaluation* mengatakan bahwa kualitas atau mutu dalam pelayanan kesehatan memiliki dua komponen penting. Komponen tersebut meliputi : (a) mutu dalam praktek (*quality in practice* atau *professional quality*) dan (b) mutu dalam persepsi (*quality in perception* atau *patient care quality*). Mutu dalam praktek berkaitan dengan standar yang disusun, sedangkan kualitas dalam persepsi berkaitan dengan persepsi pasien.

Dalam kenyataan ternyata mengukur penilaian terhadap mutu sangat sulit karena adanya unsur subyektifitas dan sifat multidimensional tergantung pada latar belakang individu termasuk karakteristik dan kepentingan masing-masing. Dikatakan bahwa

meskipun konsep kepuasan pasien dapat digunakan untuk mengevaluasi hubungan *provider* dengan *client*, pasien dan pemberi pelayanan mempunyai ide yang berbeda tentang apa yang disebut *quality care* dan penerapan *quality care* (Bader, 1988 dalam Foshinder, 1994; Lechov et al., 1994).

Dalam disertasi ini dipergunakan definisi mutu sebagai kesesuaian penggunaan Kepuasan pasien sangat erat kaitannya dengan mutu atau kualitas pelayanan yang diberikan

2.3 Pelayanan Jasa dalam Pelayanan Keperawatan

Pada sub bab ini dibahas tentang pengertian pelayanan jasa; dimensi kualitas pelayanan jasa dalam keperawatan; sifat pelayanan jasa, pelayanan jasa keperawatan bertokus pelayanan pada pelanggan.

2.3.1 Pengertian pelayanan jasa

Cukup banyak definisi jasa yang dikemukakan oleh para pakar manajemen, khususnya manajemen jasa.

Jasa (*services*) merupakan aktifitas, manfaat atau kepuasan yang ditawarkan untuk dijual (Tjiptono F. 1996). Kotler (1994) mendefinisikan jasa adalah setiap tindakan atau perbuatan yang dapat ditawarkan oleh suatu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya bersifat *intangible* (tidak berwujud fisik) dan tidak menghasilkan kepemilikan

Pelayanan keperawatan adalah pelayanan jasa.

Zeithaml and Bitner (1996) dalam bukunya yang berjudul *Service Marketing* mendefinisikan dengan terminologi yang paling sederhana bahwa jasa (*services*) are *deeds, processes and performance*. Lebih spesifik didefinisikan

Services to include all economic activities whose output is not a physical product or construction, is generally consumed at the time it is produced, and provides added value in forms (such as convenience, amusement, timeliness, comfort or health) that are essentially intangible concerns of its first purchaser.

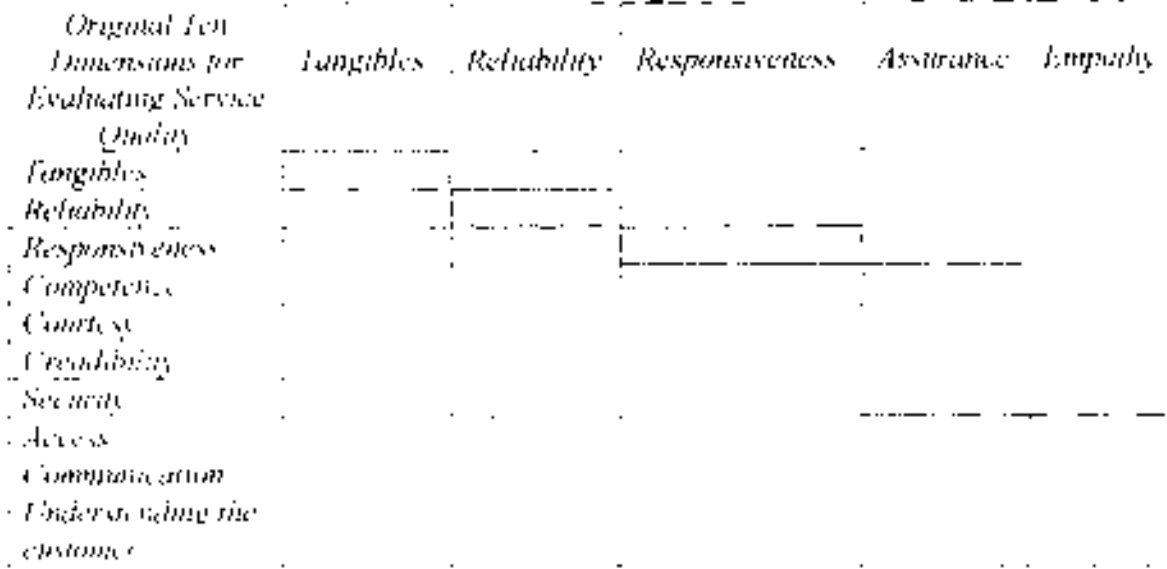
2.3.2 Dimensi kualitas pelayanan jasa dalam keperawatan

Johns, T. (1994) mengemukakan bahwa berdasarkan hasil penelitian terdapat beberapa dimensi pelayanan yang menjadi harapan pelanggan yang perlu diperhatikan. Aspek tersebut adalah yang berkaitan dengan kebutuhan atau harapan pelanggan dan yang berkaitan dengan keluhan pelanggan (*complaint*). Aspek yang berkaitan dengan harapan pelanggan adalah (1) kecepatan waktu pelayanan, (2) akurasi pelayanan; (3) kesopanan dan keramahan dalam memberikan pelayanan; (4) tanggung jawab; (5) kelengkapan sarana dan sarana pendukung; (6) kemudahan mendapatkan pelayanan; (7) kenyamanan dalam memperoleh pelayanan; (8) atribut pendukung lainnya seperti ruang tunggu dan lingkungan yang bersih dan indah, fasilitas AC, musik, kafeteria, ruang ibadah. Aspek yang berkaitan dengan keluhan dikatakan bahwa sebagian besar keluhan tidak berhubungan langsung dengan pelayanan atau produk yang diterima, tetapi justru pada hal-hal yang berkaitan dengan konsistensi pelayanan, kecepatan dan ketepatan pelayanan (termasuk menjawab panggilan dan mengurus administrasi) dan perilaku petugas.

Zeithaml, Parasuraman dan Berry pada tahun 1985 mengemukakan 10 dimensi kualitas untuk mengevaluasi kualitas pelayanan jasa (Zeithaml et al., 1990). Sepuluh (10)

dimensi tersebut meliputi (1) *Tangibles* atau bukti fisik; (2) *Reliability* berkaitan dengan kemampuan memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan; (3) *Responsiveness* yaitu ketanggapan dalam memberikan pelayanan; (4) *Competence* berkaitan dengan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan untuk memberikan pelayanan; (5) *Courtesy* meliputi sikap sopan santun, respek, perhatian dan keramahan yang dimiliki pemberi pelayanan, (6) *Credibility* berkaitan dengan sifat jujur dan dapat dipercaya; (7) *Security* yaitu aman dari bahaya, risiko atau keragu-raguan. Aspek ini meliputi keamanan secara fisik, finansial dan kerahasiaan; (8) *Access* yaitu kemudahan untuk dihubungi dan ditemui; (9) *Communication* memberikan informasi dengan bahasa yang dimengerti pelanggan serta mendengarkan keluhan dan saran pelanggan; (10) *Understanding the customer* yaitu usaha untuk memahami pelanggan (pasien). Dalam perkembangan selanjutnya yaitu pada tahun 1988 menemukan bahwa 10 dimensi tersebut dapat dirangkum menjadi 5 dimensi (Zeithaml and Bitner, 1996; Zeithaml et al., 1990). Kelima dimensi tersebut adalah : (1) *tangibles*; (2) *reliability*; (3) *responsiveness*; (4) *assurance* dan (5) *empathy*. Dalam hal ini aspek *competence*; *courtesy*; *credibility* dan *security* dikelompokkan menjadi satu kelompok yaitu *assurance*. Sedangkan *access*; *communication* dan *understanding the customer* dikelompokkan dalam kelompok *empathy* (Zeithaml et al., 1990) Untuk penyederhanaan dapat dikaji gambar 2.1 Di bawah.

SERVQUAL Dimensions



Gambar 2.1 Hubungan 5 dimensi (SERVQUAL) dengan 10 dimensi untuk menilai kualitas pelayanan jasa
 Sumber Zeithaml et al., 1990.

Penelitian disertasi ini menggunakan rumusan dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa PZB yang diterapkan pada pelayanan keperawatan

2.3.3 Sifat atau Ciri Pelayanan Jasa Rumah Sakit

Pelayanan jasa memiliki sifat yang berbeda dengan pelayanan yang berupa barang (Leebow and Gaul, 1994, Gaspersz, 1997 dan Kusumapraja, 1999). Demikian pula halnya pelayanan jasa rumah sakit atau perawatan memiliki sifat yang juga relatif berbeda dengan jasa yang lain. Ada beberapa ciri pelayanan jasa rumah sakit atau keperawatan yang membedakannya dengan pelayanan lain :

1. Jasa pelayanan keperawatan sangat individual, berbeda dari satu orang dengan lainnya (tergantung jenis penyakitnya) (*variability*).
2. Pelayanan merupakan output tak berbentuk (*intangible output*).

3. Output tidak terpisah dengan proses dan berhubungan dengan pelanggan saat proses pelayanan berlangsung (*inseparability*).
4. Kedudukan provider (perawat) dengan pasien (hubungan pemasok-pelanggan tidak seimbang).
5. Pasien tidak bisa memilih produk (pelayanan) sesuai kesenangannya dan ketika menggunakan pelayanan pada umumnya dalam keadaan terpaksa (pasien tidak tahu).
6. Adanya otonomi tenaga medis atau perawatan yang sangat luas meskipun demikian terdapat hubungan yang erat antara provider dengan pelanggan melalui proses pelayanan.
7. Pelayanan merupakan output variabel, tidak standar.

2.3.4 Pelayanan jasa keperawatan berfokus pada pelanggan (pasien)

Curso dan Corbett (1994) mengatakan siapapun yang mengetahui secara khusus keinginan dan harapan pelanggan maka dialah yang mempunyai keuntungan berhubungan dengan pelanggan. Pasien adalah salah satu pelanggan rumah sakit.

Pasien memiliki kriteria untuk mengevaluasi kualitas pelayanan. Pelayanan yang berkualitas adalah pelayanan yang berorientasi pada pelanggan, baik pelanggan internal (*internal customer*) yaitu orang yang ada dalam sistem rumah sakit; pelanggan antara (*intermediate customer*) yaitu mereka yang bertindak sebagai perantara antara pelanggan internal dengan eksternal misalnya jasa laboratorium (tukan sebagai pemakai akhir); maupun pelanggan eksternal (*external customer*) merupakan pengguna jasa (*real customer*). Produk yang dihasilkan dirancang sesuai dengan harapan pelanggan. Harapan

pelanggan diketahui melalui riset pasar. Dengan demikian pelayanan berfokus pelanggan adalah pelayanan yang berfokus pada harapan dan kepuasan pasien.

Untuk perawat maka pelanggan internalnya antara lain adalah dokter, pelanggan intermediate adalah jasa penunjang diagnostik dan pelanggan eksternalnya adalah pasien, keluarga pasien atau kerabat pasien. Pasien adalah penentu eksistensi rumah sakit. Karenanya segala sesuatu yang diperbuat oleh perawat adalah untuk memenuhi harapan pasien secara individual.

Dalam penelitian ini fokus kajian adalah pasien sebagai pelanggan eksternal. Dikatakan bahwa pelanggan atau pasien adalah (1) orang yang terpenting, (2) orang yang tidak tergantung pada kita tetapi kita yang tergantung padanya; (3) tujuan kita bekerja; (4) orang yang memiliki perasaan atau emosi, (5) bukan orang yang harus diajak berargumentasi; (6) urat nadi kehidupan rumah sakit; (7) yang harus dipenuhi kebutuhan dan harapannya.

Gaspersz (1997) mengemukakan bahwa untuk dapat memahami harapan pelanggan dapat mempergunakan suatu alat yang disebut "Jendela Pelanggan" (*Customer window*) yang diperkenalkan oleh ARBOR, Inc. suatu perusahaan riset pasar dan TQM yang berpusat di Philadelphia. Karakteristik pelanggan terbagi dalam empat kuadran yaitu :

1. Pelanggan menginginkan karakteristik jasa tertentu, tetapi dia tidak mendapatkannya. Dalam kondisi seperti ini pelanggan merasa tidak puas dan perlu perhatian (kotak *A - Attention*).
2. Pelanggan menginginkan karakteristik jasa tertentu, dan dia mendapatkannya. Dalam hal ini pelanggan merasa puas dan pemberi jasa bebas (kotak *B - Bravo*).

- 3 Pelanggan tidak menginginkan karakteristik jasa tertentu tetapi dia mendapatkannya. Dalam hal ini hal yang tidak diharapkan pelanggan dihentikan dan dianjurkan untuk mendidik pelanggan tentang manfaat jasa yang ditawarkan (kotak C *Cut or Communicate*)
- 4 Pelanggan tidak menginginkan karakteristik jasa itu dan dia tidak mendapatkannya. Dalam hal ini tidak ada masalah karena pelanggan tidak memperoleh apa yang tidak diinginkannya (kotak D *Don't worry, be happy*).

Kondisi empirik yang terjadi saat ini pada hampir semua institusi pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit dan lebih khusus lagi pelayanan keperawatan bahwa pelanggan atau pasien terletak pada posisi atau kotak A (*Attention!*) bahwa pasien menginginkan karakteristik jasa tertentu tetapi dia tidak mendapatkannya. Penelitian disertasi ini menggali karakteristik jasa pelayanan keperawatan yang diharapkan pasien dan sekaligus melakukan intervensi, dengan harapan di masa yang akan datang kondisi pelayanan keperawatan dapat bergeser ke posisi B (*bravo*) yaitu pasien mendapatkan apa yang diharapkannya.

2.4 Kinerja Perawat

Pada sub bab ini dibahas tentang kinerja perawat dan kinerja berfokus pada pelanggan

2.4.1 Pengertian Kinerja dan Kinerja Perawat

Menurut Maier kinerja adalah kesuksesan seseorang di dalam melaksanakan suatu pekerjaan atau sukses yang dicapai seseorang akibat perbuatannya (Lawler & Porter J.P., 1968)

Benardi John, J dan Russel Joyce (1993) dalam buku teksnya yang berjudul *Human Resource Management An Experiential Approach*, mendefinisikan kinerja (*performance*) adalah catatan hasil (*record of outcomes*) yang dihasilkan pada job yang spesifik atau aktivitas tertentu selama satu periode tertentu. Sehingga dapat disimpulkan *Job performance* adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan

Maier mengatakan bahwa perbedaan kinerja antara orang satu dengan lainnya di dalam suatu situasi kerja adalah karena perbedaan karakteristik dari individu. Disamping itu orang yang sama dapat menghasilkan kinerja yang berbeda dalam situasi yang berbeda pula. Menurut teori ini kinerja dipengaruhi 2 hal yaitu faktor individu dan faktor situasi.

Sebagai contoh seorang perawat bila bertugas pagi atau siang hari kinerjanya baik, tetapi kinerjanya bisa menjadi kurang baik bila dia bertugas malam, misalnya karena pada malam hari dia bertugas sendirian padahal harus bertanggung jawab terhadap beberapa pasien apalagi malam hari adalah waktu untuk tidur. Sesuai teori atribusi atau *expectancy theory* yang pertama kali dikemukakan oleh Heider (1958, dikutip dari Anderson & Butzin, 1974) bahwa kinerja merupakan fungsi dari motivasi (*motivation*) dan kemampuan (*ability*), maka faktor motivasi dan kemampuan ini dapat dikelompokkan sebagai faktor individu.

Model lain tentang kinerja adalah model Lawler dan Porter (1968). Menurut Lawler dan Porter dikatakan bahwa kinerja dipengaruhi oleh *effort, abilities dan role perceptions*. Formula yang diajukan adalah *Performance: formation (Effort, Abilities, Role perceptions)*

Effort : Banyaknya energi yang dikeluarkan seseorang dalam situasi tertentu (upaya).

Ability : karakteristik individual seperti intelegensi, *manual skill, traits* yang merupakan kekuatan potensial seseorang untuk berbuat dan sifatnya relatif stabil (kemampuan)

Role perceptions : persepsi peran. Persepsi seseorang terhadap perannya

Menurut Anderson dan Butzin (1974), dikatakan agar dapat berbuat lebih baik seseorang harus

1. Mengetahui apa yang diperlukan (pengharapan peran)
2. Memiliki kemampuan untuk melakukan apa yang diperlukan,
3. Termotivasi untuk melakukan apa yang diperlukan
4. Bekerja dalam lingkungan di mana tindakan yang hendak diambil dapat diartikan ke dalam perilaku

Dalam penelitian ini peneliti menggunakan definisi kinerja sebagai kesuksesan seseorang di dalam melaksanakan suatu pekerjaan (Maier, 1965) atau sukses yang dicapai seseorang akibat perbuatannya (Lawler & Porter J.P) Dan dalam penelitian ini kesuksesan perawat dinilai oleh pasien.

2.4.2 Pengukuran Kinerja

Masalah pokok yang dihadapi dalam pengukuran kinerja adalah penetapan kriteria yang tepat. Bellows (1961) mengemukakan beberapa syarat kriteria yang baik (1) *reliable*, (2) *realistic*, (3) *representative* dan (4) *predicatable*.

Menurut Maier (1965) yang umum dianggap sebagai kriteria adalah kualitas, kuantitas, waktu yang dipakai, jabatan yang dipegang, absensi dan keselamatan dalam menjalankan tugas.

Maier juga membagi tugas pekerjaan menjadi dua jenis :

1. Pekerjaan produksi, dimana secara kuantitatif dapat dibuat standar yang objektif
2. Pekerjaan yang non produksi: dimana penentuan sukses tidaknya seseorang didapat melalui *human judgements* (pertimbangan subjektif), contoh di bidang pelayanan kesehatan.

Dalam penelitian ini pengukuran kinerja menggunakan ukuran kepuasan pasien.

2.4.3 Upaya Meningkatkan Kinerja Perawat Berfokus Pelanggan

Kepuasan pelanggan adalah fokus dinamika perbaikan kualitas. Saat ini pelanggan adalah penentu produk. Di bidang pelayanan kesehatan memang ada hal-hal yang tidak dapat dikendalikan oleh pelanggan (pasien) yaitu hal-hal yang berkaitan dengan aspek medik. Namun untuk hal-hal yang bersifat non medik maka pasienlah yang memegang kendali. Kondisi seperti ini (fokus pelanggan) memerlukan reorientasi dari provider dalam hal ini perawat. Reorientasi tersebut bertujuan untuk membentuk *mindset* (sikap mental mapan yang dibentuk melalui pendidikan) (Mulyadi, 1998). Institusi

pendidikan sebagai tempat mencetak perawat dan institusi rumah sakit di mana perawat bekerja memegang peranan penting dalam upaya reorientasi tersebut.

Penelitian dalam disertasi ini tidak meneliti tentang reorientasi namun penelitian ini berusaha merumuskan hal-hal tentang kinerja perawat yang diharapkan pasien sebagai salah satu bahan dasar (yang konkrit) dalam rangka reorientasi perawat.

2.5 Teori Harapan (*expectation*) Pelanggan

Belakangan ini rumah sakit mulai menyadari pentingnya memberikan pelayanan berfokus pada harapan dan kepuasan pelanggan (Inguanzo, 1992). Dikatakan pula bahwa sekitar 3 orang dari 10 pasien yang dirawat di rumah sakit, menggunakan rumah sakit yang tidak disukainya (*not their preferred hospitals*). Meskipun dalam kondisi demikian kepuasan mereka kemungkinan relatif tinggi. Kepuasan yang relatif tinggi tersebut akhirnya membuat rumah sakit merasa bahwa segala sesuatunya sudah berjalan dengan baik. Namun sebenarnya kepuasan yang relatif tinggi dari mereka yang memiliki harapan rendah, kemungkinan akan menimbulkan persepsi bahwa pelayanan rumah sakit sesuai dengan tingkat harapannya (rendah). Dengan demikian mereka akan mempersepsikan bahwa kualitas pelayanan rumah sakit rendah.

Dikatakan pula bahwa tingkat kepuasan pasien pada rumah sakit yang sudah dikenal kemungkinan bisa tinggi, walaupun tidak semua persepsinya atau harapannya dapat terpenuhi. Disarankan untuk kondisi seperti ini rumah sakit tidak lagi bertujuan hanya untuk mencapai kepuasan yang tinggi tetapi mempertinggi persepsi pasien bahwa rumah sakit tersebut adalah *centers of excellence*. Untuk itu dibutuhkan kemauan rumah sakit menemukan harapan pasien, meningkatkan harapan pasien dengan cara memberikan

yang lebih banyak dari yang diharapkan sebelumnya di samping meningkatkan persepsi pasien tentang rumah sakit dengan memberikan informasi yang optimal. Namun dikatakan pula meskipun ada hubungan antara persepsi dengan harapan namun ada gap antara persepsi dengan kepuasan terhadap pelayanan rumah sakit (Inguanzo, 1992)

Di bidang manajemen pelayanan kesehatan (*Health Care Management*) penelitian tentang harapan pasien lebih memfokuskan dalam rangka *quality assurance* (Donabedian, 1980; Doering dan Kano dalam Thompson dan Sunol, 1995), atau yang mutakhir, peningkatan kualitas secara terus-menerus (*continuous quality improvement*), sebagai aspek standar pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan (Wilson dalam Thompson dan Sunol, 1995), sehubungan dengan perubahan mendunia dalam struktur pelayanan kesehatan (Thompson dan Sunol, 1995)

Penelitian tentang peranan harapan (*expectation*) dalam interaksi pasien dengan jasa pelayanan kesehatan telah dilakukan sejak 30 tahun yang lalu Friedson, 1961 dalam Thompson dan Sunol (1995) menekankan bahwa *ideal expectation* dalam arti "outcome yang lebih disukai oleh pasien" tergantung kepada evaluasinya secara pribadi terhadap masalah yang sedang dihadapinya dan aktifitas untuk mencapai tujuan tersebut (pelayanan kesehatan). *Practical expectation*, didefinisikan sebagai *anticipated outcome*, yang berhubungan dengan pengalaman atau pengetahuannya sendiri atau orang lain. Pembagian *expectation* ini dapat dianalogikan dengan pembagian tingkat harapan terhadap pelayanan dari Zeithaml, 1996 yang meliputi *desired service* (the "wished for" level of performance) dan *Adequate service* (minimum tolerable expectation, on the basis of experience).

Expectation diyakini sebagai salah satu faktor penentu kepuasan pasien. Dan kepuasan pasien adalah salah satu tujuan dari pelayanan kesehatan. Bahkan Zeithaml (1996) menyarankan "bila tingkat kepuasan di instansi saudara sudah baik, maka kepuasan bukan lagi merupakan tujuan organisasi. Untuk kondisi seperti ini disarankan untuk meningkatkan persepsi pelanggan bahwa institusi (rumah sakit) saudara adalah "center of excellent". Oleh karenanya dipandang perlu mempertimbangkan input pelanggan dalam perencanaan dan penilaian pelayanan (Linder-Pelz, 1982 dan Williams, 1994 dalam Thompson 1995). Penelitian Larsen & Rootman, 1976 dalam Thompson (1995) tentang hubungan penampilan peran dokter dengan harapan pasien menyatakan bahwa *expectation* adalah salah satu sudut pandang dari *satisfaction*.

Fitzpatrick & Hopkins, 1983 dalam Thompson (1995), menemukan bahwa *expectation* muncul dari pengalaman mengunjungi klinik. Locker & Dunt, 1978 dalam Thompson (1995), menegaskan bahwa *expectation* terus berubah seiring dengan terkumpulnya pengalaman, dan *satisfaction* akan dilaporkan sebagai hasil dari perubahan tingkat pengalaman. West, 1976 dalam Thompson (1995) juga menduga bahwa *expectation* dibentuk oleh kondisi pada saat seseorang kontak pertama kali dengan sistem.

2.5.1 Faktor yang Mempengaruhi Harapan Pasien

Zeithaml et al., (1990) mengatakan bahwa harapan pasien dipengaruhi oleh (1) komunikasi dari mulut ke mulut (*word of mouth communication*); (2) kebutuhan individu (*personal need*); (3) pengalaman masa lalu (*past experience*) dan (4) komunikasi eksternal

John, J. (1992) dalam artikelnya yang berjudul *Patient satisfaction : The impact of past experience* mengatakan bahwa kualitas yang dirasakan (*perceived quality*) ditentukan oleh harapan (*expectation*) dan pengalaman terhadap rumah sakit saat ini (*current hospital experience*). Sedangkan harapan pasien ditentukan oleh evaluasi (*perceived quality*) dan respon (*satisfaction*) terhadap kinerja pemberi pelayanan kesehatan. Gronroos 1984 dalam John, J. (1992) juga menjelaskan bahwa harapan pasien terhadap pelayanan, berasal dari gambaran tentang pemberi pelayanan kesehatan. Gambaran terhadap pemberi pelayanan kesehatan ini secara umum dilandasi oleh kualitas pemberi pelayanan kesehatan yang dirasakan pasien (*perceived quality*). Sehingga yang mempengaruhi harapan ditentukan oleh kepuasan terhadap pengalaman tentang pemberi pelayanan kesehatan sebelumnya.

Locker & Dunt, 1978 dalam Thompson (1995) menegaskan bahwa *expectation* terus berubah seiring dengan terkumpulnya pengalaman, dan *satisfaction* akan dilaporkan sebagai hasil dari perubahan tingkat pengalaman. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pengalaman pasien terhadap suatu produk (pelayanan perawat) akan membentuk harapan terhadap pelayanan perawat tersebut.

Harapan terhadap pelayanan dibentuk oleh banyak sekali faktor baik yang dapat dikontrol maupun yang tidak dapat dikontrol; berasal dari pelanggan maupun institusi. Dari aspek pelanggan maka yang berpengaruh adalah pengalaman pasien terhadap provider kesehatan dan tingkat psikologis pasien pada saat menerima pelayanan kesehatan tersebut dan ini adalah aspek yang tidak dapat dikontrol. Dari aspek provider adalah cara promosi, pelayanan yang dijanjikan secara implisit dan eksplisit, kata-kata yang diucapkan (*word of mouth*); pelayanan yang diberikan dan ini adalah aspek yang

dapat dikontrol. Harapan pasien beragam sesuai dengan pendidikan, nilai (*value*) dan pengalaman mereka (Zeithaml, dan Bitner, 1996).

Harapan ditentukan pula oleh kepuasan terhadap pengalaman tentang pemberi pelayanan kesehatan sebelumnya. Apabila harapan berasal dari pengalaman sebelumnya dan hal ini adalah kunci dari evaluasi pasien, semua pengalaman tentang pelayanan kesehatan mempunyai pengaruh terhadap penggunaan pelayanan kesehatan di masa mendatang.

Harapan pelanggan dibentuk oleh pengalaman pembelian terdahulu, komentar teman dan kenalannya serta informasi dan janji pemasar. Apabila pemasar menaikkan harapan pelanggan terlalu tinggi, pembeli mungkin akan kecewa jika perusahaan gagal memenuhinya. Di lain pihak, jika perusahaan menetapkan harapan pelanggan terlalu rendah, maka perusahaan tidak dapat menarik cukup banyak pembeli meskipun pembeli akan puas (Kotler, 1999).

Selanjutnya disampaikan pula beberapa teori tentang kepuasan pasien.

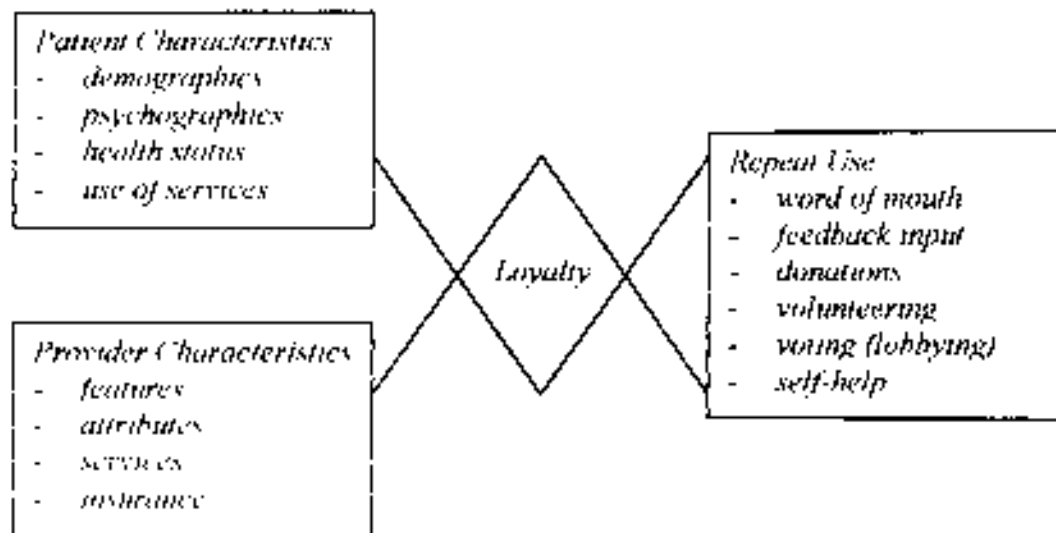
2.6 Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah salah satu tujuan dari pelayanan kesehatan. Oleh karenanya perlu mempertimbangkan input pelanggan (pasien) dalam perencanaan dan penilaian pelayanan kesehatan. Kepuasan pasien dipercaya sebagai penyebab timbulnya perilaku sehat dan sakit (*health and illness behaviour*) (Linder-Pelz dan Williams dalam Thompson, 1995) Ditinjau dari manajemen mutu, kepuasan pasien adalah salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan dan dari aspek ekonomi maka kepuasan pasien akan dapat meningkatkan profitabilitas rumah sakit. Hal ini didukung oleh pernyataan

Brickhull (1995) dikatakan bahwa program pelayanan kepada pasien yang sukses akan memberikan kestabilan ekonomi pada unit dan institusi di samping akan memberikan integritas humanistik dan kemajuan profesional bagi perawat.

Memberikan kepuasan pada pasien adalah komponen penting dari kualitas perawatan pada pasien. Pengukuran kepuasan pasien yang efektif berguna untuk membantu manajer rumah sakit dalam meningkatkan kualitas aktifitas klinik dan administrasi di samping membantu rumah sakit agar selalu ingat bahwa dia berada dalam lingkungan yang kompetitif (Cohen et al., 1994)

Kepuasan pasien tidak hanya ditentukan oleh kesepakatan profesi ataupun peraturan pemerintah tetapi lebih pada harapan dari pengguna pelayanan (pasien) terhadap pelayanan tersebut (Elbeck, 1992). Kepuasan pasien terhadap berbagai aspek rumah sakit berpengaruh terhadap keputusan pasien ketika dia membutuhkan pelayanan medik lebih lanjut atau ketika suatu saat dia membutuhkan. Kepuasan bahkan berpengaruh pula terhadap kemungkinan orang tersebut mengajak orang lain untuk menggunakan rumah sakit yang sama. Apabila pasien merasa puas, mereka cenderung memanfaatkan lagi rumah sakit yang sama disamping akan menyarankan juga kepada orang lain untuk menggunakannya (Elbeck, 1992 dan John, 1992). Dengan demikian salah satu tujuan memberikan kepuasan kepada pasien adalah untuk memperoleh pasien yang loyal. Meskipun penelitian ini tidak meneliti tentang loyalitas pasien, tetapi gambar di bawah memberikan informasi hubungan antara pasien, provider dengan loyalitas pasien serta kegunaan mengukur kepuasan pasien



Gambar 2.2 *The loyalty relationship.*

Sumber : MacStravic, R.S. (1991) *Beyond Patient Satisfaction. Building patient Loyalty.*

2.6.1 Beberapa pengertian tentang kepuasan pasien

Discrepancy theory adalah salah satu teori kepuasan kerja yang dapat dianalogikan dengan kepuasan pasien. Teori ini dipelopori pertama kali oleh Porter dalam Linder Pelz. (1982) dikatakan bahwa kepuasan kerja merupakan selisih antara apa yang seharusnya dengan apa yang dirasakan atau diterima saat ini. Locke dalam As'ad, (1991) mengatakan bahwa kepuasan kerja seseorang tergantung pada penyimpangan atas kesenjangan (*discrepancy*) antara *should be (expectation, needs atau value)* dengan apa yang menurut perasaannya atau persepsinya telah diperoleh atau dicapai melalui pekerjaan. Orang akan merasa puas apabila tidak ada perbedaan antara yang diinginkan dengan persepsinya atas kenyataan, karena batas minimum yang diinginkan terpenuhi. Apabila yang diperoleh ternyata lebih besar dari pada yang diinginkan maka orang akan menjadi lebih puas lagi walaupun terdapat penyimpangan tetapi merupakan

penyimpangan yang positif. Sebaliknya makin jauh kenyataan yang dirasakan di bawah standar minimum maka makin besar pula ketidakpuasannya. Dengan lain perkataan, makin besar kesenjangan antara harapan dan kenyataan maka kepuasan semakin kecil, semakin kecil kesenjangan maka kepuasan menjadi semakin besar.

Linder-Pelz, (1982) dalam tulisannya yang berjudul *Toward a theory of patients satisfaction*, dengan menggunakan analogi kepuasan kerja (*job satisfaction*) mengatakan bahwa kepuasan pasien adalah suatu evaluasi yang positif dari pelayanan kesehatan pada dimensi tertentu. Vroom dalam Linder-Pelz, (1982) mengatakan kepuasan kerja adalah fungsi dari dua faktor yaitu pentingnya manfaat hasil (*outcome*) untuk individu tertentu dan penilaiannya terhadap usaha yang diperlukan untuk mencapai manfaat hasil tersebut.

Lawrer dan Porter dalam Linder Pelz, (1982) mengemukakan 3 teori tentang kepuasan, yaitu *discrepancy theory*; *equity theory* dan *fulfilment theory*. (1) *Discrepancy theory* menyatakan bahwa kepuasan adalah penyimpangan yang dirasakan (tak harus terjadi) antara keinginan individual dengan apa yang terjadi. (2) *Fulfilment theory* menyatakan bahwa kepuasan adalah perbedaan antara imbalan yang dituntut dengan apa yang diterima. Atau lebih sederhana dinyatakan dengan perbedaan antara apa yang terjadi dengan apa yang seharusnya terjadi. (3) *Equity theory* menyatakan bahwa kepuasan adalah kecukupan yang dirasakan atau keseimbangan antara input dan output yang dirasakan. Lebih lanjut teori ini ditekankan pada pentingnya mengevaluasi perbedaan keseimbangan antara seseorang dengan orang lain. Penelitian disertasi ini lebih cenderung pada penggunaan teori *discrepancy*.

Linder-Pelz (1982) mendefinisikan kepuasan pasien sebagai *individual positive attitude (positive evaluation)* terhadap pelayanan kesehatan yang dialami.

Kepuasan pasien adalah multidimensi sebagaimana seseorang lebih menilai beberapa aspek yang berbeda terhadap pelayanan kesehatan daripada menilai secara keseluruhan pelayanan kesehatan sebagai suatu kesatuan .

John (1992) mengatakan bahwa evaluasi pasien tentang pengalaman terhadap pelayanan kesehatan dapat dikenal sebagai kualitas yang dirasakan, kepuasan pasien, dan niat berperilaku (*behaviour intentions*)

Thompson & Sunol (1995) dalam artikelnya yang berjudul *Expectation as determinant of patient satisfaction: concept, theory and evidence* yang merupakan kumpulan dari beberapa teori dan hasil penelitian, menyatakan bahwa kepuasan adalah perbedaan antara harapan (*expectation*) dan hasil perawatan (*outcome of care*) (Stimson et al. dan Locker & Dunt dalam Thompson et al., 1995). Peneliti lain menyatakan bahwa bukan saja kedua faktor di atas, namun juga tingkat komunikasi antara dokter dan pasien tentang hasil yang diharapkan juga berpengaruh terhadap kepuasan pasien (Wooly et al dalam Thompson, 1995)

Kotler dan Armstrong (1994) dalam bukunya yang berjudul *Principles of Marketing* mendefinisikan kepuasan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja produk (atau hasil) yang ia rasakan dengan harapannya

Tjiptono (1996), mendefinisikan kepuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi yang dirasakan antara harapan sebelumnya dengan kinerja aktual (produk) yang dirasakan setelah pemakaiannya.

Strasser and Davis (1994) dalam bukunya yang berjudul *Measuring patient satisfaction for improved patient services*, mendefinisikan kepuasan sebagai berikut :

1. *Part 1* : patient satisfaction is conceptually defined as patients' unique value judgments and subsequent reactions to the stimuli that they perceive in the

health care environment just before, during and just after the course of their inpatient stay or clinic visit.

2. *Part II : patient satisfaction is conceptually defined as patients' value judgments and reactions to the stimuli they perceived in the health care environment just before, during and after the course of their inpatient stay or clinic visit. These value judgments and reactions will be influenced by the dispositional characteristics of the patients and their previous life and health care experiences.*
3. **Disimpulkan bahwa kepuasan pasien merupakan suatu proses yang dinamis yang melibatkan saling hubungan antara stimulus, value judgments, reaksi dan perbedaan individu. (*A dynamic process that involves the relationship between stimuli, value judgments, reactions and individual differences*)**

Sebagai ilustrasi, contoh dari stimulus adalah perawat menjawab dengan baik pertanyaan pasien; contoh *value judgments* adalah jawaban jelas dan ringkas, contoh reaksi adalah pasien senang, bersyukur dan merasa puas dan contoh perbedaan individu misalnya karakteristik demografi, sosioekonomi, psikologi.

Dalam penelitian ini definisi kepuasan yang dipergunakan adalah definisi dari Kotler (1994) yang mengatakan kepuasan merupakan tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja produk (atau hasil) yang ia rasakan dengan harapannya.

2.6.2 Faktor yang Berpengaruh Pada Kepuasan Pasien

Para peneliti telah berusaha menentukan dimensi-dimensi perasaan dan pertimbangan pasien tentang suatu pelayanan, kontribusi relatif dan persepsi pasien terhadap pertimbangan kepuasannya dan moderator-moderator yang mempengaruhi kepuasan. Permulaannya, kepuasan utamanya ditentukan oleh proses kognitif yang meliputi perbandingan antara harapan-harapan dengan performance yang menjadi kenyataan. Akan tetapi, penelitian tentang aspek konsumen menunjukkan adanya

kebutuhan untuk meneliti emosi sebagai mediator psikologi untuk kepuasan. Pada kenyataannya, kekuatan pengalaman emosional berkorelasi dengan konsumsi bahkan kadang-kadang dapat melebihi komponen kognitif dalam pertimbangan kepuasan (Belanger dan Dune, 1996)

Bradford (1997) dalam bukunya yang berjudul *The total service medical practice, 17 steps to satisfying your internal and external customers* mengatakan "Customer satisfaction refers to a response to a specific experience" Bahwa kepuasan pasien merupakan respon spesifik dari pengalaman. Dikatakan pula dalam praktek medik hendaknya dilakukan pengukuran terhadap persepsi tentang kepuasan pasien.

Kepuasan pasien adalah respon pasien (*affective* maupun *emotional*) terhadap evaluasinya (berdasarkan *cognitive* maupun *knowledge*) tentang kinerja pemberi pelayanan kesehatan (*perceived quality*) ketika menggunakan pelayanan kesehatan (Ross et al., 1987 dalam John (1992). Dikatakan pula bahwa kepuasan sebelumnya terhadap sistem pelayanan kesehatan secara umum dan khusus terhadap hal-hal tertentu dalam rumah sakit (jika ada) mempunyai pengaruh yang bermakna pada evaluasi pasien tentang pelayanan rumah sakit saat ini. Dengan perkataan lain, bahwa pengaruh pengalaman sebelumnya terhadap kepuasan pasien sangat bermakna dan tidak dapat diabaikan. Pengalaman sebelumnya akan membentuk harapan. Harapan yang berasal dari pengalaman sebelumnya adalah kunci dari evaluasi pasien yang selanjutnya akan mempengaruhi kepuasannya. Semua pengalaman tentang pelayanan kesehatan mempunyai pengaruh terhadap penggunaan pelayanan kesehatan di masa mendatang. Sehingga pasien rumah sakit membentuk urutan evaluasi dari waktu ke waktu, setiap saat ketika si pasien mengalami pelayanan kesehatan di rumah sakit. Setiap evaluasi

mempengaruhi evaluasi pengalaman berikutnya. Dengan kata lain, kepuasan pasien terhadap pengalaman dengan satu rumah sakit (perawat) akan mempengaruhi kepuasan terhadap pelayanan berikutnya yang diberikan oleh rumah sakit (perawat).

Kepuasan ditentukan oleh pengalaman dengan rumah sakit sebelumnya dan kualitas yang dirasakan (*perceived quality*) dari kinerja rumah sakit saat ini. Disimpulkan bahwa : (1) kepuasan terhadap semua pengalaman sebelumnya tentang rumah sakit mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap kepuasan pada rumah sakit. (2) Gambaran sebelumnya tentang suatu rumah sakit mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap kualitas yang dirasakan dan kepuasan terhadap rumah sakit saat ini (John, 1992; Zeithaml and Bitner 1996)

Swan et al. dan Ross et al., dalam John. (1992) telah membuktikan bahwa kepuasan ditentukan oleh *(dis)confirmation* dari harapan pasien. *(Dis)confirmation* dari harapan pasien (*dis confirmation of expectation*) tentang sebuah rumah sakit adalah hasil dari perbandingan antara persepsi tentang kinerja saat ini dengan harapan pasien terhadap rumah sakit tersebut. Kalau harapan dapat terpenuhi (*confirmation*) maka pasien puas, namun jika harapan tidak terpenuhi (*disconfirmation*) maka pasien tidak puas.

Dengan demikian kepuasan pasien ditentukan oleh dipenuhi atau tidak dipenuhinya (*dis confirmation*) harapan pasien. Sedangkan dipenuhi atau tidak dipenuhinya (*dis confirmation*) harapan pasien ditentukan oleh perbandingan antara harapan dan pengalaman saat ini. Teori ini identik dengan teori *discrepancy* yang mengatakan bahwa kepuasan adalah *discrepancy* antara harapan dengan kenyataan yang diterima. Bila *discrepancy* positif maka pelanggan akan puas, bila *discrepancy* negatif maka pelanggan akan tidak puas (Zeithaml et al., 1990).

Spreng, Mackenzie dan Olshavsky (1996) dalam artikelnya yang berjudul *Reexamination of the determinants of consumer satisfaction* mengatakan bahwa penentu kepuasan pasien adalah *disire; disconfirmation of expectation* dan *information*.

Jacobalis (1992) mengatakan bahwa yang mempengaruhi kepuasan pasien adalah

- a. Harapan pasien dan keluarganya ketika ia dirawat.
- b. Keadaan emosi pasien dan keluarganya.
- c. Adanya kesenjangan antara kebutuhan dan penyediaan

Tulisan Jacobalis ini menunjukkan bahwa kepuasan pasien tidak semata-mata dipengaruhi oleh penilaian pasien secara individu tetapi juga orang-orang yang ada disekitarnya yaitu keluarga maupun kerabatnya. Dikatakan pula bahwa tingkat kepuasan pasien dipengaruhi oleh keadaan fisik, mental, status sosioekonomi, sosiobudaya, system nilai maupun perubahan emosi yang timbul karena penyakit yang diderita maupun karena pasien masuk rumah sakit. Lingkungan rumah sakit seperti kebersihan, kenyamanan, kecepatan pelayanan, keramahan petugas, *privacy*, makanan maupun tarif pelayanan juga berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Young et al, (2000) mengatakan bahwa karakteristik pasien yaitu, umur, status kesehatan dan ras berpengaruh terhadap skor kepuasan pasien. Ditambahkan bahwa faktor karakteristik institusi yaitu ukuran rumah sakit juga berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Penelitian lain yang dilakukan Tucker (2000) pada pasien angkatan bersenjata di Amerika Serikat menemukan bahwa karakteristik pasien yang meliputi pendidikan, ras, status kesehatan berpengaruh terhadap kepuasan.

Elbeck (1992) dan John (1992) mengatakan bahwa perawatan medik (*medical care*) dan interaksi petugas dengan pasien dalam memberikan pelayanan merupakan

penentu kepuasan pasien secara keseluruhan. Kepuasan pasien tidak hanya tergantung dari kelancaran transaksi atau pelayanan, tetapi pada bagaimana perlakuan petugas terhadapnya (Judith, M.L., 1995).

Hansagi H. (1992), mengatakan bahwa tingkat kepuasan pasien berhubungan dengan tingkat kegawatannya. Kepuasan pasien yang tidak gawat lebih rendah dari pada pasien dengan tingkat kegawatan sedang (*immediate*) ataupun gawat. Pasien yang tidak gawat cenderung untuk memunculkan harapan idealnya terhadap pelayanan perawat. Dikatakan pula bahwa tidak hanya perawatan medik yang baik tetapi juga situasi (seperti waktu tunggu, lingkungan fisik, dan *psychological atmosphere*) adalah hal penting yang menentukan kepuasan pasien dan keberhasilan perawatan medik. Dikatakan pula pengalaman pasien adalah hal penting yang juga harus diperhatikan, karena untuk semua jenis pasien ternyata pengalaman sangat mempengaruhi kepuasannya.

Bryanton et al., 1994 dalam tulisannya yang berjudul *Women perceptions of nursing support during labor* melaporkan bahwa dari 25 item perilaku perawat yang dikemukakannya sebagai perilaku yang diharapkan dapat membantu pasien ketika menjalani persalinan, diperoleh informasi bahwa semua perilaku tersebut membantu namun perilaku yang sangat atau paling membantu adalah .

1. membuat wanita melahirkan atau pasien tersebut (untuk selanjutnya disebut pasien) merasa diperhatikan sebagai individu;
2. memben penghargaan kepada pasien
- 3 menunjukkan keramahan
- 4 membimbing pasien dalam bernafas relaks
- 5 mengobati dan merawat pasien dengan penuh perhatian.

Membaca uraian di atas dapat dipahami bahwa dalam hal kebutuhan pasien juga sama dengan orang sehat, memiliki kebutuhan yang diharapkan dapat terpenuhi. Tampak di sini kebutuhan psikologis, kebutuhan untuk memperoleh keamanan dan ketenangan, kebutuhan kenyamanan nampak menonjol

Definisi yang dipergunakan dalam penelitian ini tentang kepuasan pasien merupakan kombinasi dari beberapa teori di atas. Didefinisikan bahwa kepuasan pasien adalah pernyataan pasien tentang perasaannya setelah menerima produk (tindakan keperawatan) atau setelah mendapat stimulus berupa tindakan keperawatan

2.6.3 Metode Pengukuran Kepuasan Pasien

Disadari bahwa biaya menarik seorang pelanggan baru bisa lima kali lipat dari pada biaya mempertahankan pelanggan lama

Kotler (1999) dalam bukunya yang berjudul Manajemen Pemasaran Perspektif Asia, (alih bahasa oleh Tjiptono,1999) menyampaikan beberapa metode mengukur kepuasan pelanggan antara lain dengan

1. Sistem keluhan dan saran

Dikatakan bahwa 96% pelanggan yang tidak senang tidak pernah menyampaikan masalah ketidaksenangannya kepada perusahaan. Perusahaan yang berorientasi pada pelanggan akan memberikan kemudahan pada pelanggannya untuk menyampaikan keluhan dan saran. Misalnya dengan menyediakan formulir untuk menyampaikan hal-hal yang disukai maupun yang tidak disukai; menyediakan telpon khusus bagi pelanggan yang akan menyampaikan keluhannya. Dlaporkan oleh sebuah perusahaan

(3M) bahwa sebanyak 96% yang tidak senang tidak pernah menyampaikan keluhannya kepada perusahaan.

Namun dikatakan pula untuk mengukur kepuasan pasien tidak dapat dilakukan hanya dengan menggunakan tingkat keluhan pelanggan.

2. Survei kepuasan pelanggan

Dari hasil penelitian diperoleh informasi bahwa sebanyak 44% dari mereka yang mengatakan puas terhadap suatu produk barang, ternyata akhirnya berganti merek. Perusahaan yang berfokus pada pelanggan akan mengukur kepuasan pelanggannya secara berkala. Cara pengukuran dapat secara langsung atau tak langsung. Cara langsung adalah dengan mengukur secara langsung misalnya dengan pernyataan "Tandalah tingkat kepuasan saudara terhadap informasi yang disampaikan oleh perawat dalam skala sangat tidak puas sampai sangat puas. Cara tidak langsung adalah dengan meminta responden menuliskan masalah yang dihadapinya

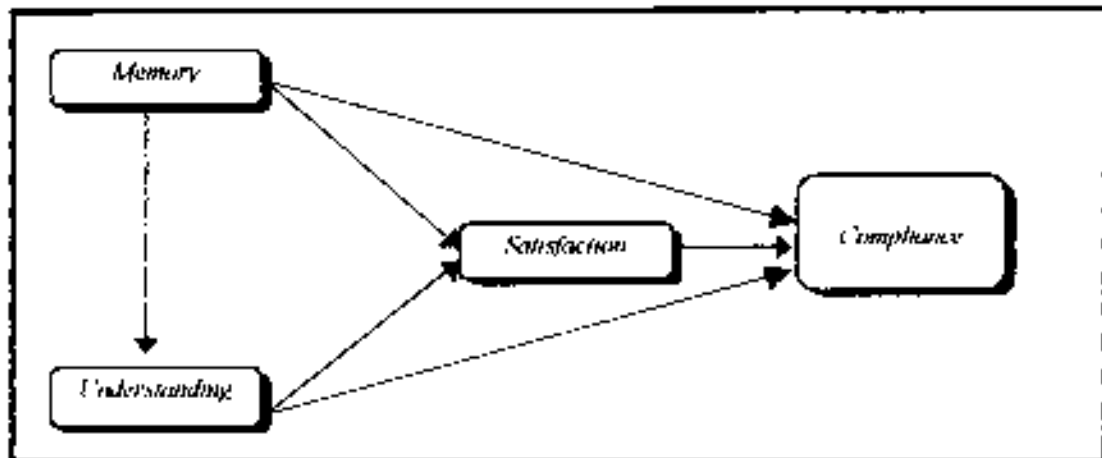
3. *Ghost shopping (pembeli bayangan)*

Cara ini adalah dengan mempekerjakan orang lain untuk berpura-pura menjadi pembeli (dalam hal ini menjadi keluarga pasien) dan melaporkan hal-hal positif maupun negatif yang dialami saat membeli produk. *Ghost shopper* juga dapat berpura-pura membuat masalah untuk menguji kemampuan karyawan menyelesaikan masalah. Disarankan pula para manajer dapat berperan sebagai *ghost shopper*.

4. *Lost customer analysis*

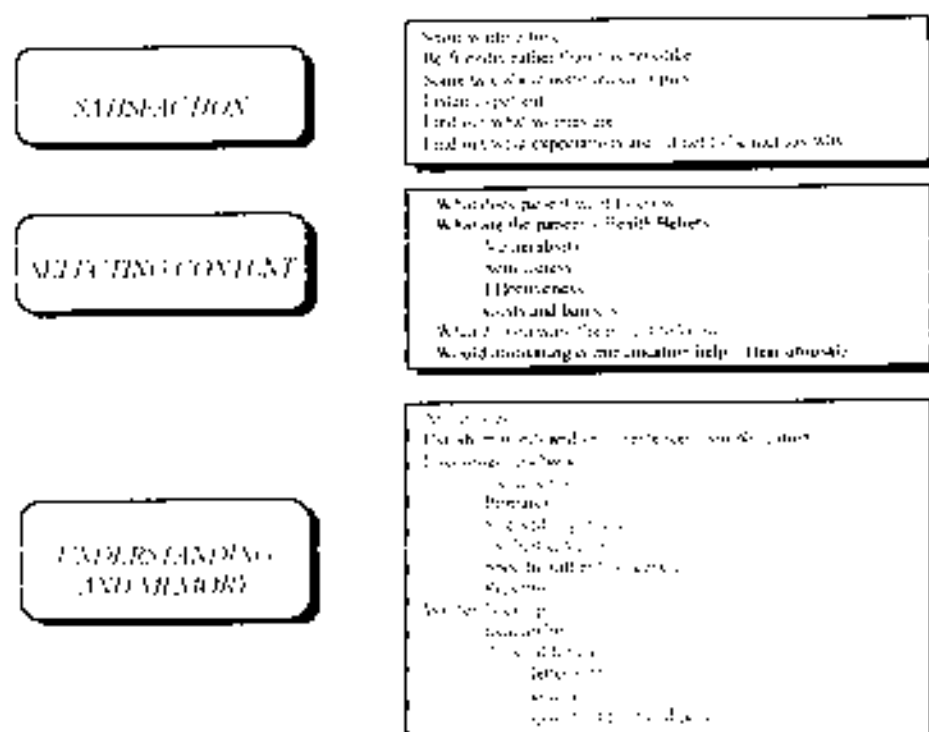
Perusahaan harus menghubungi para pelanggan yang sudah tidak membeli lagi atau yang sudah berganti provider untuk mengetahui penyebabnya.

Ley (1992) dalam Smet, B. (1994) menggambarkan hubungan pemahaman terhadap sesuatu dengan kepuasan (dan kepatuhan pasien), seperti tampak pada gambar 2.3 di bawah



Gambar 2.3 Hubungan hipotesis antara pengertian, ingatan, kepuasan, dengan perilaku ketaatan
Sumber : Smet B. (1994)

Selanjutnya Ley (1992) dalam Smet B, 1994 menyarankan beberapa hal guna meningkatkan kepuasannya. (Lihat gambar 2.4.



Gambar 2.4 Ringkasan saran untuk meningkatkan komunikasi dengan pasien
 Sumber: Smet B. (1994)

2.7 Hubungan Provider-Pasien

Memahami proses interaksi antara pasien dengan provider akan sangat membantu menciptakan komunikasi yang efektif. Komunikasi yang efektif dapat membantu pasien untuk memutuskan sesuatu, membantu merangkaiakan pemahaman, meningkatkan kepuasan pasien dan dapat membuat pasien kooperatif. Masalah antara pasien dengan provider sering terjadi karena kurang tanggapnya provider terhadap attitudes pasien, perhatian maupun persepektif pasien (Holmes, 1987; Strull, I.O. and Charles, 1984; Potts, Weinberger and Brandt, 1984 dalam Joos S.A dan Hickam DH, 1990).

Diskrepansi antara persepsi dan harapan menyebabkan efek negatif terhadap kepuasan pasien (Wooley, Kane, Hughes and Wright, 1978 dalam Joos S.A dan

Hickman D.H, 1990) dan dalam pemecahan masalah (resolusi) (Romm, Huffka, and Mayo, 1976, Starfield et al., 1981 dalam Joss S A dan Hickman D.H, 1990). Seringkali provider kurang memiliki keterampilan yang baik dalam melakukan interview pada pasien, di mana provider merasa telah menyediakan (memberikan) informasi berlebih, dan underestimate terhadap informasi yang diharapkan pasien (Strull Lo, and Charles, 1984, Waitzkin, 1984 dalam Joss S.A dan Hickman D.H, 1990) dan provider memiliki kesulitan dalam mendeteksi dan memecahkan masalah pasien (Brody, 1980 dalam Joss S A dan Hickman D.H, 1990) Akibatnya pasien menjadi enggan untuk menyampaikan masalahnya secara gamblang pada provider

Hubungan dokter pasien dipengaruhi oleh dua hal pokok, yaitu (1) karakteristik personel (pasien) dan (2) karakteristik profesional (perawat) Umur, jenis kelamin, etnik, kepribadian dan value, semuanya berpengaruh terhadap komunikasi antara profesional dengan pasien (Davitz & Davitz, 1980, Hooper et al., 1982 dalam Northhouse PG, 1984). Karakteristik para profesional (perawat) seperti pendidikan, sosialisasi, aspirasi, maupun persepsi semuanya mempengaruhi hubungan profesional dengan pasien.

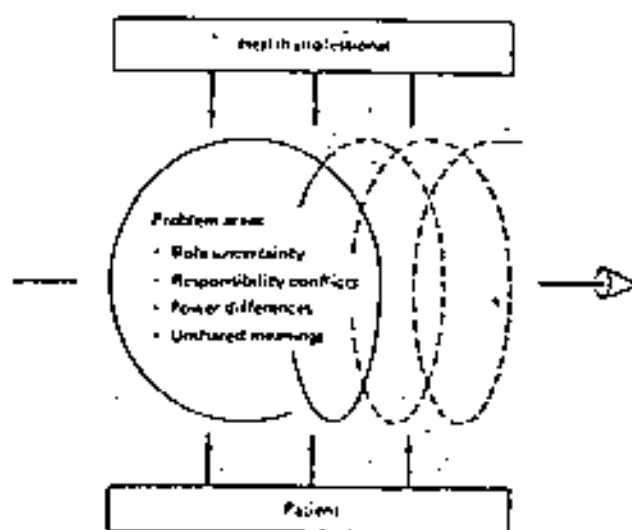
Dengan menggunakan analogi prototype hubungan dokter (provider) dengan pasien yang dikemukakan oleh Roter & Hall dalam Glanz et al. (1997) yang disusunnya sebagai rangkuman beberapa teori, nampaknya dapat dipergunakan sebagai dasar teori yang melengkapi penelitian ini. Prototype tersebut meliputi :

1. *Paternalism* : dalam hal ini dokter lebih dominan dari pada pasien (*high physician control and low patient control*) (sebagai rangkuman dari Parson, 1951, Szasz & Heider, 1956, Ende et al., 1990). Tipe ini adalah tipe yang tradisional dan tipe tersebut masih umum tampak sampai sekarang

2. *Consumerism* , dalam hal ini pasien lebih dominan dari pada dokter (sebagai rangkuman dari teori Friedson, 1970; Reeder, 1972; Haug & Lavin, 1983).
3. *Mutuality* , dalam hal ini dominasi provider dengan pasien sama kuat (rangkuman dari teori Enggel, 1970; Mc.Whinney, 1992 dan Kleinman, 1980)
4. *Default*, dalam hal ini dominasi dokter dan pasien sama-sama lemah (rangkuman dari teori Roter & Hal, 1992).

Disimpulkan bahwa hubungan provider dengan pasien mungkin sedang mengalami evolusi di mana pasien lebih berorientasi konsumen dan para provider menghargai pasien sebagai yang sederajat dan lebih tolerans terhadap partisipasi pasien dalam menentukan keputusan (Roter and Hal dalam Gilanz, 1997). Perubahan tersebut membawa konsekuensi pada komunikasi di mana pasien dilibatkan sebagai *partner* penuh di dalam negosiasi dan dalam mengevaluasi pelayanan medik. Dikatakan pula bahwa komunikasi adalah sarana yang sangat mendasar dan sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Dalam lingkup hubungan dokter-pasien, terdapat dua karakter yang dapat berpotensi menjadi konflik, yaitu otonomi pasien (*weak role*) dan sifat paternalistik dokter (*physician's professional obligation*). Dikatakan pula bahwa konflik dapat dikelola dan dikaburkan dengan cara mendefinisikan secara baik harapan sosial pasien maupun provider.(Parson, 1951 dalam Gilanz et al (1997)

Northhaus (1984) mengatakan bahwa ada 4 faktor potensial sebagai penghambat hubungan (komunikasi) antara profesional dengan pasien yaitu : (1) *role uncertainty*, (2) *responsibility conflicts*, (3) *power differences* dan (4) *unshared meanings*..



Gambar 2.5 *Potential barriers to effective communication in professional-patient relationships*

Sumber : Northouse PG, 1984.

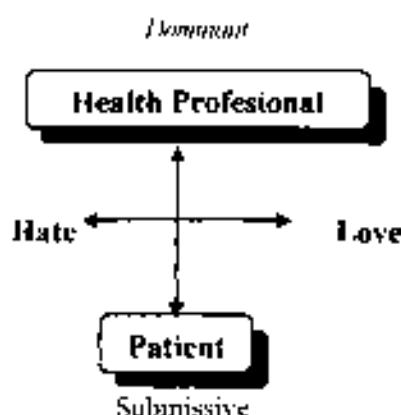
Beberapa teori tentang hubungan dokter (profesional) dengan pasien juga telah dibahas oleh para sosiolog, antaranya adalah

1. Henderson (1935) --- konsep sistem sosial untuk menganalisis hubungan profesional - pasien

Dikatakan bahwa hubungan manusiawi (*human relationships*) sebagai suatu pola yang didasarkan atas budaya, mengenai peran sosial dalam anggota kelompok, dimana hal fundamental dari proses perilaku adalah komunikasi

2. Parson Hubungan profesional - pasien sifatnya asimetris

Profesional : lebih menekankan pada peranan profesional dan kemampuan teknik yang baik. Pasien : pasif dan tergantung pada keahlian dokter. Pasien yang tidak kooperatif dikatakan mengalami deviasi sosial



Gambar 2.6 *Traditional patient-professional relationships*

Sumber: Northouse P G (1984)

3. Kritik terhadap model Parson

Golongan ini mengatakan bahwa Parson lebih menekankan pada apa yang seharusnya terjadi, bukan apa yang sebenarnya terjadi. Sasz dan Hollender (1956) dalam Joss SK. dan Hickman DH, (1990) mengatakan bahwa model Parson hanya cocok untuk pasien *emergency* atau pada kelainan akut (*acute disorders*). Hubungan profesional dengan pasien adalah *activity - passivity* dan *guidance - cooperation*.

Hubungan profesional dengan pasien didasarkan atas kesamaan (*equality*) --> pasien menjalankan program terapi dan profesional membantu pasien untuk menolong dirinya sendiri. Keadaan ini cocok untuk manajemen pasien penyakit kronis. Dalam disertasi ini, keadaan *equality* inilah yang ingin dicapai.

4. Freidson (1970)

Berangkat dari pemikiran bahwa dokter dan pasien sebagai dua sistem sosial yang berbeda. Freidson . Hubungan profesional - pasien ditandai adanya konflik antara profesional yang berharap pasien menerima semua yang direkomendasikannya sedang di sisi lain, pasien mencari pelayanan sesuai dengan terminologinya sendiri

Pasien membutuhkan suatu konfirmasi, demikian juga para profesional, tetapi ini sering kali tidak tercapai karena keduanya memiliki suatu pemikiran yang berbeda. (Gambar 2.7).

Gambar 2.7 The cyclical process of disconfirming communication between professional -
patient
Sumber: Northouse P.G. (1984)

Secara ringkas dapat dibedakan 3 model hubungan profesional dengan pasien, yaitu: (1) aktif-pasif, (2) pemimpin-pengikut, (3) hubungan setara atau model relasi (Schepers & Nievaard, 1990).

Hubungan aktif pasif terjadi bila pasien berada pada kondisi yang tidak mungkin bereaksi atau turut berperan sama dalam relasi itu. Pasien betul-betul merupakan sasaran yang hanya bisa menerima semua hal yang diberikan.

Hubungan pemimpin pengikut akan terjadi jika pasien mengalami penyakit yang akut atau infeksi, dengan ciri profesional memberi instruksi dan pasien mengikuti.

Model relasi dimana profesional membantu pasien untuk menolong dirinya sendiri. Ini terjadi ketika secara medis pasien dinyatakan sudah mengalami perbaikan kondisi kesehatannya (masa pemulihan) sehingga sebelum pasien meninggalkan rumah sakit (pulang) pasien harus mampu beraktifitas seperti ketika dia sehat dengan pemberian latihan secara bertahap.

Hubungan tenaga kesehatan dengan pasien seperti yang telah diuraikan di atas menekankan pada kondisi pasien. Bila kondisi pasien sangat lemah, pasien tidak mampu berbuat apa-apa maka akan muncul hubungan yang disebut aktif pasif, bila penyakitnya akut terjadi hubungan pemimpin pengikut dimana tenaga kesehatan memberi instruksi dan pasien menjalani, dan sebagainya.

Dalam menerapkan hubungan tersebut sangat penting memperhatikan persepsi dan reaksi psikologis yang sedang dialami pasien. Cara penerapan model yang sama akan berbeda antara pasien dengan tingkat reaksi psikologis yang berbeda. Dengan demikian seorang tenaga kesehatan harus juga memahami dengan baik reaksi psikologis pasiennya.

2.8 Beberapa Penelitian terdahulu yang Berkaitan dengan Pengukuran Harapan dan Kepuasan Pasien

Dalam keperawatan, penelitian empiris akhir-akhir ini telah difokuskan kepada kepuasan pasien. Akan tetapi masih sulit untuk menentukan secara tepat apa yang seharusnya diukur karena adanya variasi aspek yang menentukan kepuasan pasien yang

sangat besar (Abramowitz et al., 1987; Richards & Lambert, 1987; Lewis & Woodside, 1992 dalam Fosbinder, 1994).

Sepuluh tahun terakhir, *Consumerism* dan *Competition* di antara provider pelayanan kesehatan telah menyoroti kemaknaan dari hubungan antara pasien dengan perawat. Hal ini menyebabkan para professional semakin tertarik untuk memahami **kepuasan** menurut persepsi pasien terhadap **pelayanan perawat (Nursing care)** (Doering, 1985; Kasch & Knutson, 1985; Speedling & Rosenberg, 1986; Stamps & Lapriore, 1987; Stanton, 1988; Taylor et al., 1989; Peterson, 1989; Press et al., 1991; Ramos, 1992; Hovin et al., 1992 dalam Fosbinder, 1994). Karenanya penelitian tentang kepuasan pasien, demikian juga tentang harapan pasien dengan mengukur berbagai variabel telah banyak dilakukan. Beberapa contoh penelitian :

I. Fosbinder, Donna (1994). Patient perceptions of Nursing Care : An Emerging theory of Interpersonal Competence. Journal of Advanced Nursing Vol. 20.

A. Ruang Lingkup :

Kemampuan komunikasi interpersonal

B. Tujuan penelitian : ini adalah untuk menemukan (di dalam perspektif pasien), apakah yang penting bagi mereka dalam berinteraksi dengan perawat.

C. Teori : Persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan (*Quality Care*) berkorelasi dengan hubungan interpersonal, dan diduga bahwa interaksi personal antara pemberi pelayanan dengan pasien berpengaruh sangat bermakna terhadap kepuasan pasien (DiMatteo et al., 1986; Cleary et al., 1989; Peterson, 1989; Cleverley, 1990).

D. Metode : Penelitian dengan pendekatan *Qualitative Ethnographic*.

Metode Ethnographic memungkinkan peneliti untuk melihat dunia lain melalui perspektifnya (Spradley, 1979 & Leininger, 1985). Interview dan data observasi

didapat dari sampel yang terdiri dari 40 pasien dan 12 perawat *Private Teaching Hospital Southern California USA*.

- E. **Sampel :** I. 40 pasien dan 12 perawat, dilakukan wawancara mendalam. II Pada 245 pasien lainnya dilakukan observasi dan pengukuran dengan menggunakan *open-ended questionnaire*. Analisis data dilakukan dengan menggunakan metoda komparasi konstan (Lofland & Lofland, 1984).

F. **Hasil dan kesimpulan :**

Empat proses yang muncul untuk mengevaluasi *Interpersonal Competence* adalah : *translating, getting to know you, establishing trust* dan *going the extra mile*.

- (1) *Translating* : pasien merasa puas dengan interaksi pasien dengan perawat apabila pasien diberi informasi, dijelaskan dan diberi instruksi dalam aspek khusus tentang perawatan yang diberikan untuk mengobati penyakitnya dan diajari secara umum tentang prinsip perawatan penyakitnya (2) *Getting to know you* : Untuk saling mengenal, berbagi rasa, bergurau dan *clicking* tampaknya sangat penting. (3) *Establishing thrust* : Pasien merasa yakin dan percaya apabila perawat bertanggung jawab dan menikmati pekerjaannya. (4) *Going the extra mile*: meliputi persahabatan dan pemberian pelayanan yang diharapkan

2. **Penulis : Susie Linder-Pelz (1982) Determinants of Patient Satisfaction : A Test of Five Hypothesis. Soc. Sci. Med. Vol. 16. pp. 583-589.**

- A. **Teori :** Kepuasan pasien didefinisikan sebagai *individual positive attitude (positive evaluation)* terhadap pelayanan kesehatan yang dia alami. Kepuasan pasien adalah multidimensi sebagaimana seseorang lebih menilai beberapa aspek yang berbeda terhadap pelayanan kesehatan daripada menilai secara keseluruhan pelayanan

kesehatan sebagai suatu kesatuan . Evaluasi-evaluasi ini dapat diukur sebagai persetujuan atau penolakan terhadap pernyataan *affective* tentang pelayanan kesehatan.

B. Hipotesis :

1. Skor *satisfaction* akan berkorelasi langsung dengan penjumlahan produk *belief* dan skor *values* dengan memperhatikan beberapa aspek yang berbeda dari pelayanan kesehatan
 - a. Penjumlahan dari *expectation terhadap pelayanan klinik yang meliputi: (1) waiting, (2) explanation, dan (3) consideration* akan berkorelasi positif dengan skor kumulatif dari kepuasan pasien yang meliputi tatap muka dengan dokter (*doctor conduct*), kepuasan secara umum (*general*) dan kenyamanan (*convenience*).
 - b. Penjumlahan dari produk *expectation* dan skor ketiga dimensi pelayanan klinik *waiting, explanation, consideration* akan berkorelasi positif dengan masing-masing skor item tiga *counterpart* kepuasan pasien secara terpisah
 - c. Produk skor item *expectation* dan *values* untuk masing-masing dimensi akan berkorelasi positif dengan skor item *satisfaction* dalam dimensi tertentu
 - d. Produk *expectation* dan skor faktor *values* akan berkorelasi positif dengan skor faktor *satisfaction* secara keseluruhan
2. Skor *satisfaction* akan bervariasi secara positif dengan kesesuaian antara kejadian (*occurrence*) dengan harapan sebelum kejadian (*prior expectation*).

- a Variabel baru OE (*Occurrence rating* dikurangi *Expectation rating* tentang jumlah waktu yang digunakan untuk tatap muka dengan dokter) akan berkorelasi positif dengan skor item *counterpart satisfaction*.
- 3 Skor *satisfaction* berkorelasi secara langsung dengan "skor *occurrence* dikurangi dengan skor *expectation*, setelah keduanya dibagi dengan skor *expectation*".
- a Variabel baru OEE (*Occurrence rating* dikurang *expectation rating* tentang waktu yang digunakan untuk tatap muka dengan dokter, setelah keduanya dibagi dengan *expectation rating*) akan berkorelasi positif dengan item *counterpart* kepuasan pasien
4. *Satisfaction* akan bervariasi positif dengan kesesuaian antara *occurrence* dan *expectation* hanya jika objek telah diheri penilaian (*valued*)
- a Apabila skor faktor *value* lebih tinggi dari rata-rata, OE (dan OEE) akan berkorelasi positif dengan skor item *counterpart* kepuasan pasien. Sebaliknya jika skor faktor *value* lebih rendah dari rata-rata, tidak terjadi korelasi positif seperti di atas
- 5 Suatu kombinasi dari *expectation* positif dengan *occurrence* positif akan menghasilkan skor *satisfaction* tertinggi, sedangkan kombinasi dari *expectation* positif dengan *occurrence* negatif akan menghasilkan skor *satisfaction* yang terendah.
- a Rata-rata skor *satisfaction* tentang waktu yang digunakan untuk tatap muka dengan dokter di grup A akan lebih besar secara bermakna daripada grup B, dimana grup A mempunyai skor *expectation* dan *occurrence* yang lebih tinggi daripada rata-rata, sedangkan grup B mempunyai skor *expectation* yang lebih

tinggi daripada rata-rata tapi mempunyai skor *occurrence* yang lebih rendah daripada rata-rata.

Catatan: 1,2,3,4,5 adalah hipotesis konsep

a,b,c adalah hipotesis operasional.

C. Metode Penelitian : *Prospective Study Design*.

Penelitian dilakukan di *Primary Care Clinic of Columbia Medical Centre* di *Upper Manhattan*. Sampel : 125 pasien . 64% wanita; 60% Black; 24% Spanyol; 14% White; 30% Bayar sendiri. Median usia 54 tahun, dan range antara 16-95.

D. Hasil Penelitian :

Hipotesis 1 :

(a) Koef. Korelasi lemah; (b) Koef. Korelasi sangat lemah; (c) Koef. Korelasi sangat lemah; (d) Tidak ada korelasi. Semua hasil pengujian data empiris a,b,c,d tidak mendukung hipotesis 1.

Hipotesis 2 dan 3

Hasil pengujian data empiris mendukung Hipotesis 3 (teori discrepancy) tapi tidak mendukung Hipotesis 2 (teori fulfillment)

Hipotesis 4

Di antara subgrup responden yang telah memberi penilaian terhadap *doctor's consideration, explanation* dan tidak harus menunggu dokter, teori fulfillment tidak berhubungan dengan *satisfaction*, namun teori diskrepansi berhubungan (sesuai dengan penemuan hipotesis 2 dan 3). Hasil yang mirip juga ditemukan pada subgrup yang lain.

Berdasarkan hasil pengujian di atas maka dapat disimpulkan bahwa pemberian nilai (*value*) sebuah aspek dari pelayanan kesehatan (*health care*) tidak menyebabkan *occurrence-expectation discrepancy* berpengaruh secara linier terhadap *satisfaction*.

Hipotesis 4 tidak didukung oleh hasil pengujian data empiris

Hipotesis 5

Hasil pengujian data empiris menunjukkan bahwa kedua grup menunjukkan perbedaan rata-rata skor *satisfaction* yang bermakna, grup dengan kombinasi *expectation* positif tapi *occurrence* negatif lebih tidak puas (*less satisfied*) daripada grup yang mempunyai kombinasi *expectation* positif dan *Occurrence* positif ($p = 0,01$). Sejalan dengan hasil di atas, grup ketiga, yaitu yang mempunyai kombinasi *expectation* dan *occurrence* negatif mempunyai skor *satisfaction* yang paling kecil

Hipotesis 5 sangat didukung hasil pengujian data empiris.

3. Gross D.A, Zyzanski S.J, Elaine A, Borawski, Cebul, R.D, Stange, K.C. (1993) Patient Satisfaction with Time Spent with Their Physician.

- A. Latar belakang . dengan berkembangnya manajemen organisasi kesehatan akhir-akhir ini, dokter dituntut untuk lebih memperhatikan kunjungan setiap pasien dalam rangka mempertahankan kepuasan pasien. Penelitian sebelumnya telah menemukan adanya korelasi antara lama kunjungan pasien rawat jalan dengan kepuasan pasien secara keseluruhan (Morrel et al., 1986 dan Hughes, 1983) Kepuasan pasien berkorelasi positif dengan ketaatan terhadap rencana *treatment* (Linn et al , 1982 dan Lochman, 1983), hasil *treatment* yang lebih baik (Hall & Doman, 1988 dan Kaplan et al . 1989), kontak yang kontinu dengan dokter dan organisasi pelayanan kesehatan (Marquis et al . 1983 dan Robbins et al., 1993)

B. Tujuan penelitian : Penelitian ini menguji korelasi yang kompleks dari karakteristik kunjungan pasien dan kepuasan pasien tentang lama kunjungan.

C. Pertanyaan penelitian :

1. Apakah sosiodemografi dan karakteristik kunjungan mempengaruhi kepuasan pasien terhadap lama waktu kunjungan ?
2. Apakah terdapat korelasi antara waktu kunjungan dengan kepuasan pasien ? dan jika hasilnya 'ya', apakah korelasi ini terjadi setelah mempertimbangkan kemaknaan sosiodemografi dan karakteristik ?
3. Bagaimana waktu yang digunakan untuk sekali kunjungan dapat mempengaruhi kepuasan pasien tentang lama waktu yang digunakan untuk tatap muka dengan dokternya ?

D. Metode penelitian Perawat yang diteliti diamati pada pasien berkunjung secara berurutan ke 138 dokter keluarga pada 84 tempat praktek

Analisis data menguji model korelasi antara karakteristik pasien dan dokter, tipe kunjungan dan lamanya, serta waktu total yang digunakan untuk sekali kunjungan dengan kepuasan pasien tentang jumlah waktu yang digunakan untuk tatap muka dengan dokternya

E. Hasil Penelitian : Dari sebanyak 2315 kunjungan pasien dewasa yang mengembalikan kuesioner, kepuasan pasien dengan lama waktu tatap muka dengan dokter semakin kuat bila semakin lama ($p < 0,001$). Setelah mengendalikan lama kunjungan, dihasilkan kepuasan pasien yang lebih besar terhadap lama tatap muka dengan dokter berkorelasi positif dengan umur pasien, kulit putih, status kesehatan yang lebih baik, kunjungan untuk kontrol kesehatan (tidak sakit) dan waktu yang lebih lama untuk

bercengkerama. Waktu yang digunakan untuk diskusi hasil pemeriksaan dokter berkorelasi dengan kepuasan yang lebih besar dengan waktu keseluruhan kunjungan lebih dari 15 menit, tapi kepuasan berkurang jika waktu kunjungan keseluruhan pendek.

4. John, J. (1992) **Patient Satisfaction : The Impact of Past Experience**. *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 12, (3) Sept. 1992, p : 56-64.

A. **Latar Belakang** : Pengelola pelayanan kesehatan percaya bahwa persepsi pasien tentang pelayanan kesehatan dapat meningkatkan usahanya dalam memuaskan pasien dan berhubungan dengan *feed back* pasien dalam program kualitas manajemennya.

Woodside et al (1989) kembali meyakinkan dengan menunjukkan bahwa kepuasan pasien secara umum terhadap pelayanan rumah sakit berhubungan positif dengan perilaku penggunaan kembali rumah sakit tersebut. Bahkan, MacStravie (1987) mengatakan bahwa loyalitas pasien terhadap rumah sakit merupakan prioritas tertinggi dalam merumuskan strategi marketing.

B. **Pertanyaan Penelitian** : adalah bagaimanakah pengaruh pengalaman sebelumnya tentang kepuasan terhadap rumah sakit terhadap pengalaman terhadap rumah sakit saat ini ?

C. **Teori** : Kepuasan pasien adalah respon pasien (*affective* maupun *emotional*) terhadap evaluasinya (berdasarkan *cognitive* maupun *knowledge*) tentang kinerja pemberi pelayanan kesehatan (*perceived quality*) ketika menggunakan pelayanan kesehatan (Ross et al., 1987).

Evaluasi pasien dan konsekuensi emosional serta respon perilaku secara umum

berlandaskan pada persepsi terhadap pemberi pelayanan kesehatan. Akan tetapi persepsi ini dibentuk oleh pengalaman pasien sebelumnya terhadap pelayanan kesehatan yang spesifik maupun yang umum. Dengan kata lain, pengalaman pasien terhadap suatu produk akan membentuk harapan terhadap produk tersebut Gronroos(1984) menjelaskan bahwa harapan pasien terhadap pelayanan, berasal dari gambaran tentang pemberi pelayanan kesehatan. Gambaran terhadap pemberi pelayanan kesehatan ini secara umum dilandasi oleh kualitas pemberi pelayanan kesehatan yang dirasakan pasien (*perceived quality*), misalnya evaluasi pasien terhadap gambaran teknis dan fungsi, berdasarkan pengalaman

Kepuasan pasien adalah suatu sikap (*attitude*), dan oleh karena itu, merupakan suatu respon emosional, telah dibuktikan ditentukan oleh (*dis*)confirmation dari harapan pasien (Swan et al., 1985, Ross et al., 1987). (*Dis*)confirmation dari harapan pasien (*dis*:confirmation of expectation) tentang sebuah rumah sakit adalah hasil dari perbandingan (antara persepsi tentang kinerja saat ini dengan harapan pasien terhadap rumah sakit tersebut Kalau harapan dapat terpenuhi (*confirmation*) maka pasien puas, namun jika harapan tidak terpenuhi (*disconfirmation*) maka pasien tidak puas.

Kepuasan pasien ditentukan oleh dipenuhi atau tidak dipenuhinya (*dis confirmation*) harapan pasien. Sedangkan dipenuhi atau tidak dipenuhinya (*dis confirmation*) harapan pasien ditentukan perbandingan antara harapan dan pengalaman saat ini.

Jadi, harapan pasien ditentukan oleh evaluasi (*perceived quality*) dan respon (*satisfaction*) terhadap kinerja pemberi pelayanan kesehatan.

Dikatakan secara umum harapan pasien dilandasi oleh pengalaman (evaluasi pasien) tentang pemberi pelayanan kesehatan secara umum dan khusus. Sehingga harapan ditentukan oleh kepuasan terhadap pengalaman tentang pemberi pelayanan kesehatan sebelumnya. Sehingga pasien rumah sakit membentuk urutan evaluasi dari waktu ke waktu, setiap saat ketika si pasien mengalami pelayanan kesehatan di rumah sakit. Setiap evaluasi mempengaruhi evaluasi pengalaman berikutnya. Dengan kata lain, kepuasan pasien terhadap pengalaman dengan satu rumah sakit akan mempengaruhi kepuasan terhadap pelayanan kesehatan berikutnya. Kepuasan ditentukan oleh pengalaman dengan rumah sakit sebelumnya dan kualitas yang dirasakan (*perceived quality*) dari kinerja rumah sakit saat ini.

Apabila harapan berasal dari pengalaman sebelumnya dan hal ini adalah kunci dari evaluasi pasien, semua pengalaman tentang pelayanan kesehatan mempunyai pengaruh terhadap penggunaan pelayanan kesehatan di masa mendatang.

D. Hipotesis :

1. Kepuasan terhadap semua pengalaman sebelumnya tentang rumah sakit mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap (a) kualitas yang dirasakan (*perceived quality*); (b) kepuasan terhadap rumah sakit dan (c) penggunaan kembali rumah sakit tersebut.
2. Gambaran sebelumnya tentang suatu rumah sakit mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap (a) kualitas yang dirasakan; (b) kepuasan terhadap rumah sakit dan (c) penggunaan kembali rumah sakit tersebut.

E. Metode : Questioner yang dipakai untuk mengukur adalah SERVQUAL (Parasuraman et al , 1988) Sampel : 1500 pasien untuk 3 RS (500 setiap RS) Questioner yang kembali dan dianalisis adalah sebanyak 353 (24% respon rate)

F. Hasil Penelitian : Pengaruh pengalaman sebelumnya terhadap kepuasan pasien sangat bermakna dan tidak dapat diabaikan. Temuan dalam penelitian ini menyatakan bahwa kepuasan sebelumnya terhadap system pelayanan kesehatan secara umum dan khusus terhadap rumah sakit tertentu (jika ada) mempunyai pengaruh yang bermakna pada evaluasi pasien tentang pelayanan rumah sakit saat ini

Saran yang diusulkan adalah aturlah atau kendalikanlah pengaruh pengalaman sebelumnya terhadap penilaian terhadap rumah sakit saat ini

5. Belanger & Dunc (1996) The Emotional Experience of Hospitalization : Its Moderators and Its Role in Patient Satisfaction with Food Service.

A. Tujuan : meneliti dimensi dasar dari pengalaman emosional pasien pada saat MRS. untuk menentukan moderator-moderator pengalaman emosional (karakteristik dan faktor-faktor terkait), serta untuk meneliti kontribusi dimensi pengalaman emosional pasien terhadap kepuasannya tentang pelayanan makanan di rumah sakit.

B. Rancangan penelitian : Survei kuesioner.

Pengukuran kepuasan pasien menggunakan skala Dube (7 skala, dari sangat tidak puas sampai puas), yang meliputi dimensi teknik (makanan yang disiapkan untuk makan malam dan pelayanan makanan selama satu hari) dan interpersonal (saat pendistribusian menu oleh staf, pendistribusian snack, mempersiapkan makan malam) Moderator yang diukur adalah jenis kelamin, usia, status perkawinan, pendidikan dan pekerjaan

Efek dari persepsi subyektif pasien terhadap status kesehatannya (7 skala : jelek sampai sangat baik) dan perasaan dapat mengendalikan situasi (7 skala : tidak bisa sampai sangat bisa). Efek-efek ini mempengaruhi banyak aspek sikap dan perilaku kesehatan (Fessler & Mechanic, 1978; Archer, 1979).

C. Subyek Penelitian : 102 pasien MRS (telah menginap 1 hari atau lebih) pada sebuah RS perkotaan, spesialis, pengobatan penyakit akut di Canada. Selama periode 8 minggu. Pasien dengan kondisi fisik dan kognitif yang istimewa serta mempunyai keterbatasan emosional tidak dikutsertakan dalam penelitian ini. Pasien kebidanan juga tidak dikutsertakan oleh karena pertimbangan pengalaman emosional mereka yang berbeda. Dari 426 pasien yang memenuhi syarat, 122 pasien bersedia berpartisipasi, namun hanya 102 pasien yang dapat menyelesaikan partisipasinya dalam penelitian ini.

D. Analisis Statistik : analisis faktor diikuti dengan Orthogonal Rotation (Varimax), Anova dan analisis regresi ganda.

E. Hasil : Kepuasan terhadap pelayanan makanan dibagi menjadi dua dimensi yaitu : *technical* dan *interpersonal*. Sebagian besar dari variabel yang lazim, didominasi oleh dimensi *interpersonal*. Emosi positif pasien, situasi penyebab timbulnya emosi negatif dan emosi negatif yang timbul dari dalam juga berkorelasi positif dan berkorelasi langsung dengan kepuasan pasien. Variabel lain-lain yang dapat menimbulkan emosi negatif dan emosi yang timbul berkorelasi negatif dengan kepuasan pasien tentang pelayanan makanan.

F. Penerapan:

Hasil penelitian ini menduga bahwa intervensi petugas pelayanan makanan akan diartikan sebagai pengalaman emosi secara berbeda oleh beberapa kelompok pasien.

Hasil penelitian ini juga menyajikan karakter individu dan faktor-faktor terkait yang dapat digunakan untuk menentapkan atau memahami karakter yang spesifik dari beberapa kelompok tersebut.

6. Judith L. Mack, Karen M.F. Jeffrey E.II and Prince R.A. (1995). The Effect of Urgency on Patients Satisfaction and Future Emergency Departement Choice, *J. of Health care management Review*, Vol. 20 (2) : P. 7-15

A. **Latar Belakang** : kepuasan pasien terhadap berbagai aspek rumah sakit mungkin akan berpengaruh terhadap keputusan pasien untuk penggunaan di masa yang akan datang. Dalam studi ini digali hubungan antara aspek kepuasan, penggunaan di masa yang akan datang dan niat untuk merefer orang lain pada pasien dengan kondisi urgent

B. **Tinjauan teori** : Dikemukakan pendapat dari : (a) Wiple dan Edick bahwa 40% admisi dihasilkan dari pelayanan di bagian gawat darurat (*emergency department*). Pengalaman pasien di ruang EG mungkin mempengaruhi kemauannya untuk menggunakan rumah sakit dan keputusannya untuk merefer ketika membutuhkan pelayanan kesehatan selanjutnya, di samping mempengaruhi orang lain untuk menggunakannya juga

C. Tujuan penelitian

1. Mengukur kepuasan pasien terhadap *medical care*, interaksi antara pasien dan *medical personnel* dan dengan lingkungan fisik

2. Menganalisis pengaruh urgensi terhadap keputusan pasien untuk menggunakan rumah sakit dan merekomendasikan ED kepada yang lain.

D. Metode :

(1) Lokasi: 5 buah daerah urban; (2) responden adalah mereka yang pernah menggunakan ED dalam 12 bulan sebelumnya; (3) cara pengambilan sampel: "random dialing"; (4) besar sampel: 1.316 responden dimana 38% responden (493) adalah peserta asuransi dan (5) cara pengambilan data : wawancara

Pengukuran: Dipergunakan skala 10 point (terendah sampai tertinggi). Diukur kepuasan terhadap perawatan medis, terhadap interaksi staf dan terhadap fasilitas ED, yang ketiganya diukur berdasarkan pengalaman pasien. Pengukuran kepuasan terhadap interaksi dengan staf rumah sakit (RS), dilakukan dengan cara menanyakan kepuasan terhadap Kemampuan dan bantuan staf ED terhadapnya, bagaimana staf menunjukkan perhatiannya terhadap pasien, karena interaksi ini merupakan bagian penting dari pelayanan. Di samping itu diukur juga kepuasan pasien terhadap lingkungan fisik sekitarnya. Dipergunakan analisis korelasi. Pengukuran tingkat kepuasan meliputi tiga hal yaitu : (a) medical care; (b) kualitas interaksi dengan staff; (c) pernyataan tentang fasilitas rumah sakit

- E. Hasil :** Bahwa persepsi pasien tentang medical care dan kepuasan interaksi akan sangat berhubungan dengan penggunaan di masa yang akan datang dan rekomendasi pada orang lain (untuk menggunakan rumah sakit tersebut). Kepuasan terhadap fasilitas mungkin menjadi kurang penting. Bila pasien merasa memperoleh perawatan yang baik dari staf dan komunikasi tentang *outcomes* pelayanan medis jelas, maka secara umum

mereka akan merasa lebih puas dan menuntut hanya sedikit atau bahkan tak menuntut bila terjadi malpraktek.

Penerapan. Meskipun lingkungan fisik mungkin merupakan aspek penting bagi kepuasan pasien rawat jalan, namun mungkin hal ini menjadi kurang penting untuk pasien *emergency*.

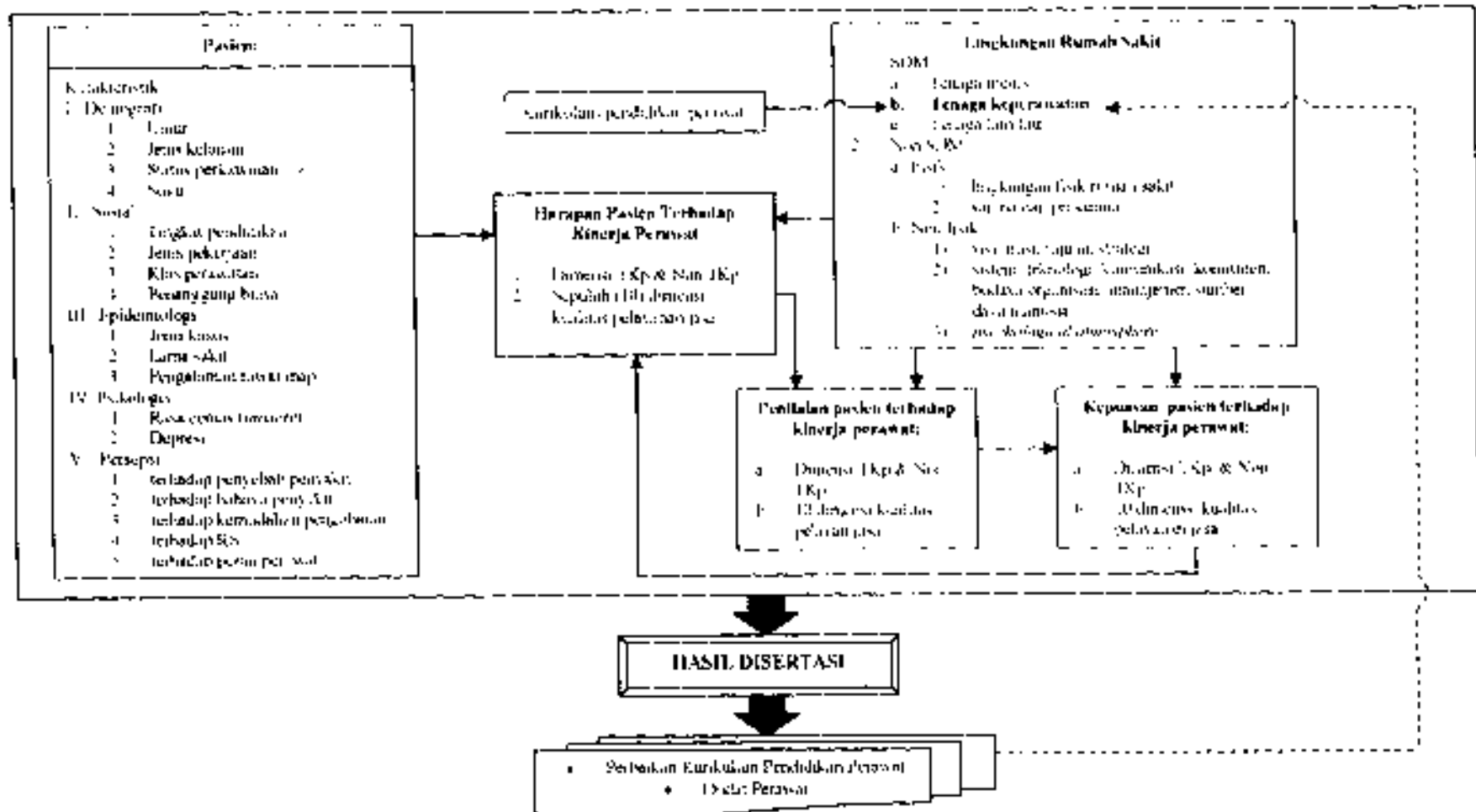
Bila kepuasan terhadap aspek interaksi merupakan hal terpenting maka komunikasi dokter, perawat dan staf yang lain merupakan komponen terbesar dari persepsi terhadap kualitas pelayanan. Penjelasan tentang risiko ataupun keuntungan terapi akan membantu menghilangkan keemasan pasien.

Membaca beberapa penelitian di atas, ada beberapa hal yang belum tercakup dalam penelitian tersebut, antara lain: (1) Penelitian tersebut tidak menggunakan kasus spesifik (kasus kronis). (2) Tidak ada yang yang bertujuan menemukan dimensi dominan yang menjadi harapan pasien, meskipun pada dasarnya juga bertujuan untuk mengukur harapan, (3) Penelitian bukan khusus terhadap perawat, melainkan dengan staf rumah sakit, termasuk perawat; (4) Belum ada yang melakukan intervensi sebagai satu metode untuk membuktikan harapan pasien; (5) Belum ada yang meneliti harapan yang dominan dengan mengelompokkan harapan dalam dimensi teknik keperawatan; non teknik keperawatan dan 10 dimensi kualitas pelayanan jasa PZB, yang diterapkan dalam keperawatan (standar VI asuhan keperawatan). Berdasarkan pemikiran tersebut maka penelitian ini melengkapi dan memfokuskan kajiannya pada masalah yang spesifik yang belum dilaksanakan dalam penelitian sebelumnya.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan TKp = Teknik Keperawatan, Non TKp = Non Teknik Keperawatan, SDM = Sumber Daya Manusia

Gambar 3.1 Kerangka konseptual

Sumber : Modifikasi Zeithaml et al., (1990); Hughes, (1991); John, (1992); Rick Kellerman, (1996)

3.1.1 Penjelasan Kerangka Konseptual

Dasar pemikiran disertasi ini adalah menemukan harapan dominan pasien guna meningkatkan kualitas kinerja perawat, dalam fokus kepuasan pasien

Dengan demikian ada empat (4) konsep dasar yang dipergunakan yaitu : (1) konsep harapan pasien; (2) konsep kepuasan pasien (3) konsep pengembangan sumber daya manusia dalam rangka meningkatkan kualitas kinerja perawat dan (4) konsep kinerja perawat

Secara umum kinerja perawat dibedakan atas dimensi teknik keperawatan (*practical skill*) dan non teknik keperawatan (*behavioral skills atau interpersonal skills*). Mengacu pada rumusan Zeithaml, Parasuraman dan Berry (1990), tentang kualitas jasa di mata pelanggan, maka kinerja perawat juga dapat dikelompokkan dalam sepuluh dimensi sebagai penjabaran dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan.

Kualitas dalam pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari dua aspek, yaitu kualitas dalam praktek (*quality in practice*) dan kualitas dalam persepsi (*quality in perception*). Kualitas dalam praktek lebih berkaitan dengan kesesuaian dengan standar yang berlaku, sedangkan kualitas dalam persepsi berkaitan dengan pemenuhan harapan pelanggan (Donabedian, 1980; Omachonu, 1990; Huges, 1991 & Kennedy, 1996) yang selanjutnya diekspresikan dalam perasaan puas atau rasa tidak puas

Disertasi ini memfokuskan kajian pada kualitas kinerja perawat berdasarkan persepsi pasien.

Kinerja dipengaruhi oleh faktor internal perawat dan faktor eksternal. Faktor internal perawat antara lain meliputi karakteristik: *capability* dan *commitment*. *Capability* berkaitan dengan *technical know-how* berkaitan dengan keterampilan yang diperlukan

perawat untuk mengerjakan pekerjaan mereka dan *social know-how* kemampuan perawat untuk bekerja sama dengan yang lainnya. Dalam penelitian ini karakteristik perawat dipergunakan untuk memberikan gambaran umum tentang karakteristik perawat, sedangkan aspek lain (*capability* dan *commitment*) tidak diteliti

Faktor eksternal perawat meliputi pasien, keluarga pasien, kerabat pasien, dan lingkungan rumah sakit. Faktor eksternal yang dikaji dalam disertasi ini adalah pasien, yang meliputi harapan dan kepuasannya

Kepuasan adalah salah satu indikator kualitas kinerja. Kotler, (1999) mengatakan bahwa tingkat kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan pelanggan setelah membandingkan kinerja dengan harapannya. Sitalahi, (1990) dan Zeithaml, (1990) mengatakan bahwa kepuasan adalah fungsi dari pengharapan dan tindakan yang diterima. Berdasarkan pemikiran tersebut, maka kinerja perawat dinilai berdasarkan tingkat kepuasan pasien setelah menerima tindakan keperawatan. Sebagai klarifikasi, bahwa yang dimaksud pelanggan dalam disertasi ini adalah pasien

Kepuasan pasien dipengaruhi oleh harapan pasien yang bersangkutan dan faktor eksternalnya. Harapan pasien dipengaruhi oleh karakteristik pasien yang bersangkutan, respon emosional, frekuensi sakit serta pengalamannya menjalani perawatan (Hughes, 1991, John, 1992). Karakteristik pasien meliputi (a) karakteristik demografi meliputi : umur, jenis kelamin, status perkawinan dan suku; (b) karakteristik sosial meliputi : tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, klas perawatan, penanggung biaya; (c) karakteristik epidemiologi meliputi : jenis kasus, lama sakit, pengalaman rawat inap; (d) karakteristik psikologis meliputi : rasa cemas, depresi, (e) persepsi meliputi : persepsi terhadap penyebab penyakit; terhadap bahaya penyakit, terhadap kemudahan pengobatan

penyakitnya, terhadap rumah sakit dan terhadap peran perawat. Sedangkan faktor eksternal pasien meliputi kinerja perawat dan lingkungan rumah sakit

Selanjutnya harapan akan mempengaruhi penilaian dan kepuasan pasien. Bila harapannya terpenuhi, maka pasien akan puas

Pelayanan kesehatan saat ini bukan lagi bersifat pelayanan massal tetapi mengarah pada individu. Karenanya pemahaman yang baik tentang harapan pasien menjadi sangat penting. Mengkaji beberapa fenomena dan kajian teoritis yang telah disampaikan pada bab terdahulu, maka dalam penelitian ini harapan pasien terhadap kinerja perawat dikelompokkan dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan serta dalam sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa sebagai penjabaran dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan

Menemukan jenis harapan pasien dan memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan pasien dalam satu bentuk tindakan keperawatan merupakan salah satu hasil yang diharapkan dalam penelitian ini.

Menyadari (1) belum adanya informasi tentang harapan pasien terhadap kinerja perawat, khususnya yang mengelompokkan dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan serta dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa sebagai penjabaran dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan, (2) menyadari kemungkinan pengaruh kondisi psikologis terhadap harapan dan kepuasan pasien maka diajukan beberapa hipotesis yang disampaikan pada sub bab 3.2

3.2 Hipotesis

Berdasarkan kajian beberapa teori yang telah disampaikan pada konsep penelitian, maka hipotesis penelitian yang diajukan adalah

1. Hipotesis pertama tidak ada perbedaan jenis harapan terhadap kinerja perawat, antara dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan, pada pasien rawat inap kasus kronis
2. Hipotesis kedua : harapan pasien mempengaruhi penilaian dan kepuasannya pada kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan
3. Hipotesis ketiga jenis dan intensitas harapan pasien dipengaruhi karakteristik pasien
4. Hipotesis keempat jenis dan intensitas harapan pasien dipengaruhi oleh keadaan psikologis pasien

Penjelasan Hipotesis

Dalam merawat pasien terutama yang menderita penyakit kronis maka kinerja dalam dimensi non teknik keperawatan, nampaknya sama pentingnya dengan dimensi teknik keperawatan

Pasien kronis mengalami kondisi psikologis tertentu. Kondisi psikologis adalah salah satu karakteristik yang kemungkinan berpengaruh terhadap jenis dan intensitas harapan, jenis dan intensitas penilaian (persepsi terhadap kenyataan yang dirasakan), maupun jenis dan intensitas kepuasan pasien

BAR 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancang bangun penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dalam dua (2) tahap. Tahap pertama adalah tahap eksplorasi dan perumusan konsep, tahap kedua adalah tahap verifikasi atau pengujian konsep. Tahap pertama (*pre test*) menggunakan rancangan observasional dengan pendekatan *crosssectional*, sedangkan tahap kedua (*post test*) menggunakan rancangan *one group pre test-post test design*.

Kendala dalam penelitian ini adalah responden pada tahap pertama penelitian tidak sama dengan responden pada tahap kedua. Atau dengan kata lain penelitian ini menggunakan *separated sample*. Hal ini memang tidak dapat dihindarkan karena waktu untuk penelitian jauh lebih panjang dari pada rata-rata hari perawatan pasien kasus kronis. Rata-rata hari perawatan pasien kasus kronis di rumah sakit yang dipergunakan sebagai tempat penelitian adalah sekitar 2,97 sampai 12,21 hari. Padahal selisih waktu antara tahap pertama dengan tahap kedua adalah 6 bulan.

Selanjutnya berdasarkan hasil penelitian pada tahap pertama, dilakukan diskusi kelompok dengan para kepala ruangan dan kepala perawatan di rumah sakit setempat untuk menyusun acuan intervensi. Intervensi berupa pelatihan yang diterapkan pada periapt (*in-service training*), dan dilaksanakan pada penelitian tahap kedua.

Tujuan akhir intervensi adalah untuk membuktikan bahwa konsep kinerja perawat yang berdasar pada harapan pasien yang diperoleh pada tahap pertama, adalah benar dan dapat menghasilkan peningkatan kepuasan pada pasien.

4.2 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada 2 buah rumah sakit di Surabaya. Rancangan penelitian untuk kedua rumah sakit adalah sama. Kedua rumah sakit tersebut bukan untuk dibandingkan namun bertujuan untuk memperluas validitas eksternal.

Dua buah rumah sakit yang digunakan yaitu rumah sakit Dr. Soetomo dan rumah Sakit Undaan Wetan Surabaya. RSUD Dr. Soetomo mewakili pasien dengan golongan ekonomi menengah bawah (ke bawah) sedangkan rumah sakit Adi Husadha Undaan Wetan mewakili pasien dengan golongan ekonomi menengah atas (ke atas). Untuk status ekonomi, diasumsikan berdasarkan kelas perawatan, sedangkan karakteristik lain tidak dibedakan antara pasien RSUD Dr. Soetomo dengan pasien RS Adi Husada Undaan Wetan.

Ruang rawat inap yang dipergunakan adalah ruangan interna wanita dan interna laki serta Pavilyun Airlangga RSUD Dr. Soetomo, Pavilyun B3, H3 dan J3 yaitu pada klas I, klas utama, VIP dan VVIP RS Adi Husadha Undaan Wetan. Diambil bagian interna dengan pertimbangan bahwa di bagian tersebut variasi pasien kasus kronis cukup besar.

RSUD Dr. Soetomo adalah rumah sakit pemerintah klas A, merupakan pusat rujukan untuk wilayah Indonesia Timur. Kapasitas total tempat tidur 1.264 tempat tidur tahun 1999. Angka penggunaan tempat tidur (BOR) 78,02% tahun 1996; 75,6% tahun 1997, 67,9% tahun 1998 dan 68,9% tahun 1999. Angka rata-rata tinggal di rumah sakit (ALOS) tahun 1999 adalah 7,81. Rincian BOR dan ALOS ruangan yang dipergunakan sebagai tempat penelitian didiskripsikan pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 Gambaran BOR, ALOS dan Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo, Surabaya Tahun 1996 Sampai Tahun 1999

BOR, ALOS dan Jumlah Tempat Tidur (tt)						
No.	Ruangan		1996	1997	1998	1999
1.	Pavilyun Airlangga	BOR	67,42	81,83	77,01	74,2
		ALOS	10,44	10,08	9,45	8,15
		Jumlah tt	44	44	44	44
2.	Interna (laki)	BOR	82,7	74,4	66,8	67,7
		ALOS	11,0	12,05	10,51	11,21
		Jumlah tt	41	40	40	40
3.	Interna (wanita)	BOR	91,5	85,2	76,8	84,05
		ALOS	12,4	12,21	11,19	12,11
		Jumlah tt	51	50	50	50

Keterangan pada tabel yang ditampilkan hanya ruangan yang dipergunakan sebagai tempat penelitian
Sumber Rekam medik RSUD Dr. Soetomo tahun 1996-1999

Mempelajari tabel 4.1 dapat diketahui ALOS UPF yang diteliti di RSUD Dr Soetomo dari tahun 1996-1999 berkisar antara 8,15-12,21 hari

Sedangkan Rumah sakit Adi Husadha Undaan Wetan adalah RS swasta klas B berdiri tahun 1945. Kapasitas tempat tidur tahun 1999 adalah 304 dengan BOR 70% dan ALOS rumah sakit adalah 6,79 hari. Kapasitas tempat tidur, BOR dan ALOS ruangan yang dipergunakan sebagai tempat penelitian didiskripsikan pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Gambaran BOR, ALOS dan Jumlah Tempat Tidur Rumah Sakit Undaan Wetan, Tahun 1996 sampai tahun 1999

BOR, ALOS dan Jumlah Tempat Tidur (tt)						
No.	Ruangan		1996	1997	1998	1999
1.	VIP A	BOR	86,71	88,53	83,86	78,41
		ALOS	4,69	5,92	7,04	6,54
		Jumlah tt	5	5	5	5
2.	VIP B	BOR	86,71	91,39	75,50	61,00
		ALOS	4,69	4,91	5,69	4,80
		Jumlah tt	5	5	5	5

Lanjutan tabel 4.2

3.	VIP C	BOR	-	71,62	72,72	91,51
		ALOS		3,15	3,93	10,71
		Jumlah tt		1	1	1
4.	Klas Utama	BOR	61,04	95,71	96,79	71,90
		ALOS	8,67	7,16	8,45	8,79
		Jumlah tt	7	7	7	7
5.	Klas I	BOR	84,10	87,91	82,25	72,90
		ALOS	2,97	6,46	6,09	6,25
		Jumlah tt	46	46	46	55

Keterangan pada tabel yang ditampilkan hanya ruangan yang dipergunakan sebagai tempat penelitian
 Sumber Rekam medis RSAH Undaan Wetan tahun 1996-1997

Mempelajari tabel 4.2 dapat diketahui ALOS Rumah Sakit Adihusadha Undaan Wetan tahun 1996 – 1997 berkisar antara 2,97 hari sampai 10,71 hari.

Dengan mempelajari tabel 4.1 dan 4.2 diperoleh informasi ALOS berkisar antara 2,97 – 12,21 hari. Karena jumlah pasien dengan ALOS 2,97 sangat jarang maka dalam penelitian ini pengukuran kepuasan dilakukan hari ke-5 masuk rumah sakit.

4.3 Populasi

Populasi dalam penelitian ini ada 2 kelompok yaitu: (1) perawat pelaksana di ruang rawat inap rumah sakit dan (2) pasien kasus kronis yang ditangani oleh perawat bersangkutan sebagai sumber informasi.

Populasi perawat pada tahap pertama penelitian sama dengan populasi perawat pada tahap kedua penelitian.

4.4 Sampel

Sesuai dengan populasinya, maka sampel dalam penelitian terdiri dari 2 kelompok

1. Kelompok perawat adalah perawat pelaksana di ruangan dengan kasus kronis yang relatif tinggi. Ruang tersebut adalah ruangan penyakit dalam pria dan wanita, serta di paviliun Airlangga RSUD Dr. Soetomo. Sedangkan untuk rumah sakit Adi Husadha Undaan Weiran, karena lokasi pasien kasus kronis cukup tersebar di masing-masing klas dan tidak ada pengelompokan ruangan secara khusus dalam bentuk UPF, maka sebagai sampelnya adalah perawat di mana pasien kasus kronis tersebut berada. Namun tetap dipilih berdasarkan klas perawatan, yaitu klas I: Utama; VIP dan VVIP. Sampel perawat pada tahap pertama penelitian sama dengan tahap kedua penelitian.
2. Kelompok pasien adalah pasien rawat inap kasus kronis. Jenis kasus dapat diketahui dari diagnosis dokter yang tertulis pada buku status pasien.

Kriteria Pasien .

- a. Pasien dewasa (minimal 17 tahun), dan dapat berkomunikasi.
- b. Pasien masuk rumah sakit karena penyakit kronis yang dideritanya, bukan karena penyakit lain meskipun penyakit tersebut sebagai komplikasi penyakit kronisnya. Misalnya pasien dengan penyakit diabetes dengan ganggrena pada kaki. Bila pasien tersebut masuk rumah sakit karena ganggrena pada kakinya (bukan karena diabetesnya), maka pasien tersebut tidak dimasukkan sebagai responden. Karena yang dipergunakan sebagai acuan adalah kasus kronis, di samping kemungkinan keadaan emosionalnya juga berbeda.
- c. Pasien yang diambil adalah yang ditangani oleh perawat yang termasuk dalam sampel perawat.
- d. Pasien bersedia dan setuju diwawancarai dan kesediaan ditunjukkan dengan mengisi dan menandatangani informed consent.

Pasien pada tahap pertama penelitian berbeda (*separated sample*) dengan tahap kedua penelitian namun kriterianya sama

4.4.1 Besar sampel dan cara pengambilan sampel

4.4.1.1 Sampel perawat

Sampel perawat pada tahap pertama penelitian sama dengan tahap kedua. Besar seluruh sampel perawat adalah 99 orang, diambil secara total. Terdiri dari perawat di RSUD DR. Soetomo adalah 51 orang, yaitu perawat di ruang interna wanita dan interna I (laki) 25, di paviliun sebanyak 26 orang (termasuk 6 orang bidan), sedangkan di rumah sakit Adi Husadha Undaan Wetan sebanyak 48 orang perawat (termasuk 4 orang bidan) yang terdiri dari perawat yang bertugas di Paviliun J-2 sebanyak 18 orang; I-3 sebanyak 12 orang dan I-3 sebanyak 18 orang.

Dari seluruh sampel perawat sebanyak 55 orang (65,56%) pendidikan AKPER, sisanya adalah bidan dan SPK. Seluruh responden sudah bekerja lebih dari 1 tahun. Tidak dibedakan antara perawat senior atau junior, laki-laki atau wanita dengan pertimbangan (1) pasien tidak bisa mengingat secara pasti satu persatu perawat yang menanganinya, (2) setiap pasien kemungkinan akan ditangani oleh semua perawat yang bertugas di ruangan yang bersangkutan.

4.4.1.2 Besar sampel pasien

Besar sampel pasien dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel untuk survei (Daniel, 1991)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p(1-p)}{N \cdot d^2 + Z_{\alpha}^2 \cdot p(1-p)}$$

Perhitungannya adalah sebagai berikut.

n = besar sampel atau *sample size*

N -- jumlah pasien kasus kronis yang dirawat di bagian interna, RSUD selama 3 bulan

Z_{α} = harga kurva normal pada 0,05 = 1,96

p = kemungkinan pasien menilai kinerja perawat baik 0,5

d = besar penyimpangan yang masih dapat diterima 10%

Dari perhitungan diperoleh besar sampel adalah 75 orang. Namun penelitian ini pada tahap pertama menggunakan 112 responden, yang diambil dari dua buah rumah sakit tempat penelitian: 82 responden diambil di RSUD Dr. Soetomo dan 30 responden diambil di RS Adi Husadha Undaan Wetan. Dengan pertimbangan perbandingan masyarakat dengan klas sosial ekonomi menengah atas adalah tidak lebih dari 1/3 jumlah seluruh masyarakat (populasi).

Untuk tahap verifikasi, sampel diambil secara *total sampling* sesuai kriteria sampel seperti pada tahap pertama penelitian. Selanjutnya pada tahap verifikasi diperoleh 42 responden (selama 1,5 bulan) untuk responden yang perawatnya diintervensi dengan dimensi non teknik keperawatan. Intervensi dimensi non teknik keperawatan dilaksanakan di RS Adi Husadha Undaan Wetan. Sedangkan untuk intervensi dimensi teknik keperawatan dilaksanakan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya dengan menggunakan 34 responden selama 1,5 bulan. Dasar pemilihan lokasi intervensi adalah para perawat di

RS Adi Husadha sangat antusias dan meminta untuk dilatih dimensi non teknik keperawatan dan keadaan ini akan sangat menguntungkan bagi peneliti.

Gambaran umum sampel pasien dalam penelitian ini adalah sebagai berikut

Bahwa gambaran umum responden meliputi gambaran tentang karakteristik demografi; karakteristik sosial ekonomi; karakteristik epidemiologi; karakteristik psikologi dan persepsi. Di bawah ini disajikan gambaran umum tentang karakteristik sampel dalam penelitian ini.

1. Deskripsi Karakteristik Demografi Pasien

Karakteristik demografi terdiri dari umur; jenis kelamin; status perkawinan dan suku. Dengan menggunakan statistik deskriptif diperoleh hasil seperti pada tabel 4.3; 4.4, 4.5 dan 4.6

Tabel 4.3 Deskripsi umur pasien tahun 1999 (n=112)

	Umur	n	Persentase (%)
	40 th	22	19,6
	> 40 th	90	80,4
Total		112	100

Sebagian besar responden (80,4%) berumur di atas 40 tahun dan sebanyak 19,6% berumur di bawah 40 tahun.

Tabel 4.4 Deskripsi jenis kelamin pasien tahun 1999 (n=112)

Jenis Kelamin	n	Persentase (%)
Laki-laki	62	55,4
Wanita	50	44,6
Total	112	100

Sebanyak 55,4% responden berjenis kelamin laki-laki dan sisanya 44,6% berjenis kelamin wanita.

Tabel 4.5 Deskripsi status perkawinan pasien tahun 1999 (n=112)

Status	n	Persentase (%)
Kawin	94	83,9
Tidak kawin	18	16,1
Total	112	100

Sebanyak 83,9% responden berstatus kawin; sebanyak 16,1% tidak kawin

Tabel 4.6 Deskripsi suku bangsa pasien tahun 1999 (n=112)

Suku Bangsa	n	Persentase (%)
Jawa	88	78,6
Bukan Jawa	24	21,4
Total	112	100

Sebagian besar responden (62,5%) adalah suku bangsa Jawa; sebanyak 19,6% Tionghoa; sebanyak 8,9% Madura dan sisanya lain-lain

2. Deskripsi Karakteristik Sosial Ekonomi Pasien

Karakteristik sosial ekonomi terdiri dari : jenis pekerjaan, tingkat pendidikan, kelas ruang perawatan (menggambarkan status ekonomi), penanggung biaya.

Tabel 4.7 Deskripsi jenis pekerjaan pasien tahun 1999 (n=112)

Jenis Pekerjaan	n	Persentase (%)
Tidak bekerja	60	53,6
Bekerja	52	46,4
Total	112	100

Sebanyak 53,6% responden tidak bekerja (terdiri dari pensiunan, ibu rumah tangga dan wira swasta yang sudah tidak bekerja), sebanyak 46,4 bekerja terdiri dari 14,3% pegawai negeri sipil, 29,5% pegawai swasta dan 2,7% petani

Tabel 4.8 Deskripsi tingkat pendidikan pasien tahun 1999 (n=112)

Tingkat Pendidikan	n	Persentase (%)
Pendidikan Rendah	67	59,8
Pendidikan Sedang	29	25,9
Pendidikan Tinggi	13	11,6
Tidak Sekolah	3	2,7
Total	112	100

Tingkat pendidikan responden terbanyak (59,8%) adalah pendidikan rendah (tamat SD sampai tamat SLTP), pendidikan sedang 25,9% (tidak tamat SMU sampai tamat SMU); pendidikan tinggi 11,6% (tidak tamat perguruan tinggi sampai tamat perguruan tinggi) dan tidak sekolah 2,7%.

Tabel 4.9 Deskripsi penanggung biaya pasien tahun 1999 (n=112)

Penanggung Biaya	n	Persentase (%)
Sendiri	46	41,1
Keluarga	30	26,8
Askes	35	31,3
Perusahaan	1	0,8
Total	112	100

Sebagian besar pasien menanggung sendiri biaya rumah sakitnya, sebanyak 41,1% dibayar keluarga, 31,3% dibayar Askes dan 0,8% dibayar perusahaan

Tabel 4.10 Deskripsi klas perawatan pasien tahun 1999 (n=112)

Klas Ruang Perawatan	n	Persentase (%)
RSAH	30	26,8
RSUD	82	73,2
Total	112	100

Klas ruang perawatan yang terbanyak ditempati pasien adalah RSAH 26,8%, Paviliun Airlangga RSUD Dr. Soetomo sebanyak 25%, klas II sebanyak 10,7% dan klas III sebanyak 37,5%

3. Deskripsi Karakteristik Epidemiologi Pasien

Karakteristik epidemiologi terdiri dari : jenis kasus; lama sakit; pengalaman sakit

Tabel 4.11 Deskripsi jenis kasus pasien tahun 1999 (n=112)

Jenis Kasus	n	Persentase (%)
Diabetes melitus	43	38,4
Cancer	31	27,7
Gagal ginjal	22	19,6
Post stroke	5	4,5
Hypertensi	11	9,8
Total :	112	100

Dari 112 responden, kasus yang terbanyak adalah diabetes melitus (38,4%); cancer (27,7%); gagal ginjal (19,6%); post stroke 4,5% dan hipertensi 9,8%.

Tabel 4.12 Deskripsi lama sakit pasien tahun 1999 (n=112)

Lama Sakit	n	Persentase (%)
Kurang 1 tahun	65	58
Lebih 1 tahun	47	42
Total	112	100

Sebagian besar responden (58%) menderita penyakit kurang dari 1 tahun, dan sebanyak 42% pasien sudah menderita penyakit lebih dari 1 tahun.

Tabel 4.13 Deskripsi pengalaman rawat inap pasien tahun 1999 (n=112)

Pengalaman Sakit	n	Persentase (%)
Rawat inap >1 kali	106	94,6
Rawat inap pertama kali	6	5,4
Total	112	100

Sebanyak 62,5% dari seluruh responden sudah pernah mengalami rawat inap di rumah sakit sebanyak 3 kali, 32,1% sebanyak 2 kali dan sisanya (5,4%) pertama kali.

4. Deskripsi Karakteristik Psikologi Pasien

Karakteristik psikologi meliputi tingkat *anxiety* dan tingkat depresi, yang digambarkan pada tabel di bawah.

Tabel 4.14 Deskripsi kondisi *anxiety* responden tahun 1999 (n=112)

<i>Anxiety</i>	n	Persentase (%)
Tidak ada <i>anxiety</i> – <i>anxiety</i> ringan	80	71,4
<i>Anxiety</i> sedang – <i>anxiety</i> berat	32	28,6
Total	112	100

Karakteristik psikologi terdiri dari *anxiety* dan depresi. Sebanyak 35,7% tidak mengalami *anxiety*, yang mengalami *anxiety* ringan sebanyak 35,7%, *anxiety* sedang 17,9%, *anxiety* berat 8% dan *anxiety* berat sekali 2,7%.

Tabel 4.15 Deskripsi kondisi depresi responden tahun 1999 (n=112)

Depresi	n	Persentase (%)
Tidak ada depresi depresi ringan	93	82,1
Depresi sedang depresi berat	21	17,9
Total	112	100

Tingkat depresi pasien yang terbanyak adalah tidak ada depresi (44,6%) Depresi ringan 37,5%; depresi sedang 11,6% dan depresi berat 6,3%.

5. Deskripsi Persepsi Pasien

Karakteristik persepsi terdiri dari persepsi terhadap kemudahan disembuhkan; terhadap bahaya penyakit; terhadap penyebab penyakit; terhadap rumah sakit; terhadap fungsi perawat dan persepsi tentang hubungan perawat dengan pasien

Tabel 4.16 Deskripsi Persepsi pasien terhadap kemudahan disembuhkan, tahun 1999 (n=112)

Persepsi terhadap kemudahan disembuhkan	n	Persentase (%)
Bisa disembuhkan	109	97,3
Tidak bisa disembuhkan	3	2,7
Total	112	100

Sebagian besar responden mengatakan bahwa penyakitnya bisa disembuhkan (97,3%) dan sisanya 2,7% mengatakan tidak bisa disembuhkan. Bila dirinci dalam 3 kelompok diperoleh hasil, sebagian besar responden (61,6%) mengatakan

penyakitnya tidak mudah disembuhkan; sebanyak 35,7 % mengatakan mudah disembuhkan dan sebanyak 2,7% mengatakan tidak bisa disembuhkan.

Pada tabel 4.17 dideskripsikan persepsi pasien terhadap bahaya penyakit.

Tabel 4.17 Deskripsi Persepsi pasien terhadap bahaya penyakit, tahun 1999 (n=112)

Persepsi terhadap bahaya Penyakit	n	Persentase (%)
Berbahaya	72	64,3
Tidak berbahaya	40	35,7
Total :	112	100

Sebanyak 64,3% mengatakan bahwa penyakitnya berbahaya dan sisanya 35,7% mengatakan penyakitnya tidak berbahaya.

Sebanyak 53,6% responden berpersepsi bahwa penyakitnya tidak menular, 26,8% karena kuman; 14,3% penyakit keturunan; 3,6% penyakit menular; 0,9% karena perbuatan orang lain dan 0,9% sisanya mengatakan penyakitnya karena kehendak Tuhan

Sebagian besar responden, yaitu sebanyak 90,2% berpersepsi bahwa rumah sakit adalah tempat khusus yang memberikan pelayanan pengobatan dan sebanyak 9,8% mengatakan bahwa rumah sakit di samping tempat berobat juga sebagai tempat beristirahat

Persepsi pasien terhadap perawat, bahwa perawat adalah orang yang memberi pelayanan selama pasien dirawat dirumah sakit (60,7%), yang berpersepsi bahwa perawat adalah orang yang seharusnya dapat berperan sebagai teman selama di rumah

sakit sebanyak 30,4% dan sebanyak 8,9% beranggapan bahwa perawat adalah orang yang seharusnya dapat memahami harapan pasien.

Tabel 4.18 Deskripsi Persepsi pasien terhadap hubungan perawat dengan pasien tahun 1999 (n=112)

Persepsi tentang hubungan perawat dengan pasien	n	Persentase (%)
Orang yang mampu bekerja sama dengan pasien	11	9,8
Orang yang mau bekerja untuk pasien	101	90,2
Total :	112	100

Sebagian besar responden (90,2%) beranggapan bahwa perawat adalah orang yang mampu bekerja sama dengan pasien dan sebanyak 9,8% mengatakan bahwa perawat adalah orang yang mau bekerja untuk pasien.

4.5 Unit analisis

1. Kinerja perawat berdasarkan persepsi pasien.
2. Harapan pasien.

4.6 Responden atau sumber informasi

Sebagai klarifikasi, bahwa sasaran penelitian ini adalah kinerja perawat, berdasarkan informasi tentang kepuasan pasien. Untuk itu sumber informasi dalam penelitian ini adalah pasien yang ditangani oleh perawat di ruangan rawat inap terpilih

Parameter kinerja perawat adalah pernyataan kepuasan pasien. Karenanya diperlukan pengambilan sampel pada pasien sebagai sumber informasi.

4.7 Variabel penelitian

Sesuai dengan hipotesis penelitian, maka variabel penelitian ini terdiri dari .

1. Untuk menjawab hipotesis bahwa tidak ada perbedaan harapan antara dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan maka variabel penelitiannya adalah :
 - a. pada tahap pertama adalah jenis harapan pasien
 - b. untuk pembuktian melalui pengujian pada kepuasan pasien, variabel penelitiannya adalah kepuasan pasien
2. Untuk menjawab hipotesis bahwa ada pengaruh karakteristik pasien terhadap jenis harapan dominan dan intensitas harapan, maka variabel penelitiannya adalah :
 - a. Variabel bebas , karakteristik pasien meliputi
 - (1) karakteristik demografi; (2) karakteristik sosial; (3) karakteristik epidemiologi; (4) karakteristik psikologi dan (5) persepsi.
 - b. Variabel tergantung adalah
 - (1) jenis harapan pasien terhadap kinerja perawat (a) antara dimensi teknik keperawatan, non teknik keperawatan dan (b) di antara 10 dimensi kualitas pelayanan jasa.
 - (2) intensitas (gradasi) harapan terhadap dimensi teknik keperawatan, non teknik keperawatan dan 10 dimensi kualitas pelayanan jasa

3. Untuk menjawab hipotesis bahwa ada pengaruh harapan pasien rawat inap kasus kronis terhadap penilaian dan kepuasan pada kinerja perawat maka variabel penelitiannya adalah
- Variabel bebas adalah jenis harapan pasien terhadap : (1) dimensi teknik keperawatan; (2) non teknik keperawatan dan (3) 10 dimensi kualitas pelayanan jasa perawat
 - Variabel tergantung adalah penilaian dan kepuasan pasien terhadap kinerja perawat meliputi (1) dimensi teknik keperawatan, (2) non teknik keperawatan dan (3) 10 dimensi kualitas pelayanan jasa perawat

Sebagai variabel *confounding* dari setiap hipotesis adalah jenis rumah sakit

4.8 Definisi operasional variabel

- Karakteristik pasien meliputi : (1) karakteristik demografi, (2) karakteristik sosial ekonomi; (3) karakteristik epidemiologi, (4) kondisi psikologi dan (5) persepsi pasien. Untuk selanjutnya dalam analisis variabel karakteristik berupa variabel parsial dalam artian bukan sebagai variabel komposit.
 - Karakteristik demografi terdiri dari : umur, jenis kelamin, status perkawinan dan suku bangsa. Karakteristik demografi diketahui dari status atau bila tidak tertulis pada status, maka ditanyakan langsung pada pasien.
 - Umur, sesuai catatan pada status, atau bila tidak ada maka dilihat dari kartu tanda penduduk pasien, bila pasien tidak membawa kartu tanda penduduk, maka ditanyakan langsung pada pasien. Dikelompokkan dalam 2 kelompok, yaitu di bawah 40 tahun (kode=1) dan 40 tahun atau lebih (kode=2)

- 2) Jenis kelamin dikelompokkan dalam dua kelompok dan diberi kode 1 = laki, kode 2 = wanita
 - 3) Status perkawinan dikelompokkan menjadi empat kelompok yaitu : 1= kawin, 2= tidak kawin.
 - 4) Suku bangsa dikelompokkan dalam 2 kelompok yaitu : 1 = Jawa; 2 = bukan Jawa
- b. Karakteristik sosial ekonomi terdiri dari jenis pekerjaan; tingkat pendidikan, klas perawatan yang ditempati dan penanggung biaya
- 1) Jenis pekerjaan dikelompokkan menjadi 1 tidak bekerja (terdiri dari pasien yang tidak bekerja: pensiunan dan ibu rumah tangga); 2= bekerja
 - 2) Tingkat pendidikan dikelompokkan dalam 4 kelompok, yaitu 1 tidak sekolah; 2=rendah (terdiri dari SD/Madrasah dan SLTP), 3= sedang (terdiri dari SMP dan sederajat); 4 tinggi terdiri dari perguruan tinggi.
 - 3) Klas perawatan dimaksudkan untuk mengetahui status ekonomi pasien. Di Rumah sakit adi Husadha, klas perawatan terdiri dari klas I; klas utama; VIP; VVIP (diberi kode 0). Untuk pasien di RSUD Dr Soetomo yaitu di Paviliun; klas I; II dan III interna laki dan wanita, (pada semua klas) diberi kode1.
 - 4) Penanggung biaya adalah yang menanggung biaya pengobatan pasien selama di rumah sakit. Dikelompokkan menjadi . 1 biaya sendiri; 2= keluarga; 3=perusahaan; 4 asuransi.
- c. Karakteristik epidemiologi meliputi : (1) jenis kasus; (2) lama sakit dan (3) pengalaman rawat map.

- 1) Jenis kasus adalah kasus yang ditemukan (dan yang frekuensinya cukup besar) di ruang rawat inap tempat penelitian, meliputi : 1 = diabetes mellitus; 2 = kanker; 3 = gagal ginjal; 4 = post stroke dan 5 = hipertensi.
 - 2) Lama sakit adalah lamanya pasien menderita penyakit yang diderita saat diwawancarai (berdasarkan jawaban pasien). Dikelompokkan dalam dua kelompok, yaitu kurang dari 1 tahun diberi kode 1 dan 1 tahun atau lebih diberi kode 2
 - 3) Pengalaman rawat inap dikelompokkan dalam 2 kelompok, yaitu 1 = 1 kali; 2= lebih dari 1 kali
- d. Kondisi psikologis adalah keadaan psikologi yang terjadi pada pasien, saat pasien dirawat di rumah sakit, tepatnya saat diadakan wawancara. Wawancara dilaksanakan maksimal 2 hari setelah pasien masuk rumah sakit. Pengukuran dilakukan oleh praktisi yang berkecimpung dalam bidang kesehatan jiwa, dengan menggunakan instrumen *Hamilton Rating Scale for Anxiety* dan *Hamilton Rating Scale for Depression*. Dipergunakan alat ukur tersebut dengan pertimbangan bahwa alat ukur ini cukup banyak dipakai, sub variabel yang diukur relatif sedikit dan sederhana (alat ukur terlampir).
- d 1 Kondisi *anxiety* dikelompokkan dalam 5 kelompok yaitu : 0=tidak ada *anxiety*; 1, *anxiety* ringan; 2=*anxiety* sedang; 3=*anxiety* berat; 4 *anxiety* berat sekali
 - d 2 Kondisi depresi dikelompokkan dalam 5 kelompok yaitu : 0 tidak ada depresi; 1=depresi ringan; 2=depresi sedang; 3=depresi berat; 4=depresi berat sekali

- e. Persepsi pasien meliputi persepsi terhadap kemudahan penyembuhan (3 kelompok), bahaya penyakit (2 kelompok); penyebab penyakit (2 kelompok), terhadap rumah sakit (2 kelompok) dan terhadap fungsi perawat (2 kelompok).
2. Perawat adalah semua perawat pelaksana yang langsung menangani pasien di ruangan terpilih yang masa kerjanya minimal 1 tahun. Dipilih perawat dengan pemikiran : (1) perawat adalah provider yang pertama dan terlama kontak dengan pasien begitu pasien masuk rumah sakit; (2) perawat yang berkualitas dalam artian yang mampu menunjukkan kinerja yang sesuai harapan pasien adalah salah satu *selling point* dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit
 3. Pasien kasus kronis adalah pasien dengan penyakit menahun, tidak menular atau bersifat degeneratif, yang ditemukan di ruang rawat inap terpilih. Ruang rawat inap terpilih adalah ruang rawat inap interna wanita dan laki, dengan pertimbangan bahwa di tempat tersebut pasien kasus kronis dengan jenis yang heterogen cukup banyak. Di samping pertimbangan jenis kasus juga ada pertimbangan faktor sosial ekonomi. Karenanya dipergunakan pula Paviliun Airlangga dan rumah sakit Adi Husadha Undaan Wetan. Kasus kronis yang diambil adalah hipertensi, post stroke; gagal ginjal; diabetes mellitus dan kanker. Karena 5 jenis penyakit ini yang ditemukan dalam jumlah yang relatif besar bila dibandingkan dengan yang lain.

Alasan menggunakan kasus kronis :

- a. Kecenderungan jumlah kasus yang semakin meningkat.
- b. Perawatan cukup lama
- c. Kontak yang lama antara pasien dengan perawat, memungkinkan pasien untuk dapat menilai perawat dengan lebih objektif

- d. Nampaknya faktor psikologis lebih menonjol pada pasien dengan kasus kronis (dibandingkan dengan akut) dan nampaknya kebutuhan terhadap pemenuhan aspek psiko-sosio-kulturo-spiritual menjadi lebih dominan
 - e. Ketergantungan pasien yang cukup besar
4. Dimensi non teknik keperawatan atau teknik keperawatan halus (*soft technology* menggambarkan *high touch*) atau asuhan keperawatan adalah semua kegiatan yang berkaitan dengan fungsi *independent*, yaitu pemenuhan kebutuhan manusia seutuhnya, orientasi pada manusia bukan pada penyakit (pendekatan holistik bio-psiko-sosio-kulturo-spiritual). Bila dianalogikan dengan dimensi mutu pelayanan kesehatan menurut Donabedian (1980) maka dimensi ini disebut sebagai *domain of interpersonal* atau yang oleh Guilbert (1984) dikelompokkan dalam *domain of interpersonal atau communication skills*. Contoh dimensi non teknik keperawatan adalah mengajak pasien bercakap-cakap, memberi informasi tentang hal-hal yang tidak berkaitan langsung dengan pengobatan, membantu pasien, merespon pasien, memotivasi pasien.

Diangkatnya dimensi non teknik keperawatan dalam disertasi ini dengan pemikiran bahwa :

- 1) Dari beberapa hasil penelitian, bagaimanapun majunya teknologi di bidang kesehatan, aspek humanistik tetap merupakan faktor yang sangat penting.
- 2) Memberikan perawatan secara menyeluruh dalam artian meliputi dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan adalah salah satu daya tarik yang terpenting serta dapat merupakan *selling point* bagi suatu rumah sakit

5. Dimensi teknik keperawatan atau teknik keperawatan keras (*hard technology* menggambarkan *high tech*) atau asuhan medis adalah yang berkaitan dengan fungsi *dependent* perawat meliputi semua tindakan yang berorientasi pada penyakit atau aspek medik. Sesuai dengan standar asuhan keperawatan, tahun 1992 maka contoh kegiatan teknik keperawatan antara lain adalah mengukur tensi, menyuntik, memasang infus, memeriksa dan mengukur aliran infus, memasang oksigen. Sebagai catatan bahwa meskipun secara normative menyuntik maupun memasang infus bukanlah tugas seorang perawat, namun tugas tersebut adalah tugas pelimpahan dari dokter dan tercantum pula dalam standar asuhan keperawatan.
6. Jenis harapan pasien terhadap kinerja perawat, meliputi dimensi teknik keperawatan: non teknik keperawatan dan sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa. Dalam penelitian ini proporsi ekspektasi pasien yang mempunyai harapan sama antara dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan adalah 50%. Dalam hal ini dilakukan pengelompokan, harapan dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan dikelompokkan menjadi berharap bila harapan ≥ 4 sampai 6, diberi kode 1 dan disebut tidak berharap, bila harapan < 4 , diberi kode 0.
7. Selain itu dipergunakan pula 10 dimensi kualitas pelayanan jasa yang diadopsi dari rumusan Zeithalm: Parasuraman dan Berry (1990) yang disingkat PZB, namun sub variabelnya disesuaikan dengan pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan. Sub variabel dari masing-masing dimensi disusun dengan memodifikasi hasil studi pendahuluan, tentang harapan pasien terhadap kinerja perawat. Studi pendahuluan dilakukan dengan menggunakan kuesioner terbuka. Hasilnya dikembangkan dalam bentuk kuesioner tertutup, selanjutnya dilakukan uji reliabilitas dan validitas. Sub

variabel yang terdapat dalam sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa tersebut terdiri dari sub variabel yang terdapat dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan. Jumlah sub variabel dalam dimensi teknik keperawatan adalah 26 item, sedangkan jumlah sub variabel dalam dimensi non teknik keperawatan sebanyak 32 item. Dengan demikian jumlah seluruh sub variabel adalah 57 item. Selanjutnya 57 sub variabel tersebut dikelompokkan ke dalam sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa P7B yang terdiri dari : (1) *tangibles*; (2) *reliability*; (3) *responsiveness*; (4) *competence*; (5) *courtesy*; (6) *credibility*; (7) *security*; (8) *access*; (9) *communication*; (10) *understanding the customer*.

Harapan pasien diukur paling lambat 2 hari dari saat pasien masuk rumah sakit (2 hari sejak admisi)

8. Intensitas harapan: intensitas penilaian (persepsi tentang kenyataan yang dirasakan), maupun intensitas kepuasan adalah derajat tinggi rendahnya harapan kenyataan yang dirasakan maupun kepuasan pasien yang ditunjukkan dengan nilai reratanya. Rerata diperoleh berdasarkan pilihan angka dengan memodifikasi skala Likert. Terdiri dari angka 1 yang berarti sangat tidak berharap atau sangat tidak sesuai harapan atau sangat tidak puas, 2=tidak berharap atau tidak sesuai harapan atau tidak puas, 3 biasa saja; 4= berharap atau sesuai harapan atau puas, 5= sangat berharap atau sangat sesuai harapan atau sangat puas dan 6= amat sangat berharap atau amat sangat sesuai harapan atau amat sangat puas
9. Kinerja perawat dalam penelitian ini adalah yang termasuk dalam pelaksanaan tindakan atau intervensi dalam asuhan keperawatan (standar VI).

10 Kepuasan pasien terhadap kinerja perawat adalah kinerja yang dinilai atau yang dipersepsikan oleh pasien dalam bentuk pernyataan kepuasannya

Dengan demikian yang diukur adalah kepuasan pasien. Pengukuran dengan menggunakan modifikasi skala Likert, angka 1 sampai 6. Bila pasien mengatakan sangat tidak puas (kode 1) dapat dianalogikan bahwa kinerja perawat sangat tidak baik. Sebaliknya bila pasien mengatakan sangat puas, maka dapat dianalogikan bahwa kinerja perawat sangat baik. Demikian seterusnya.

11 Kepuasan adalah perasaan atau keadaan seseorang yang telah mengalami suatu tindakan sesuai pengharapannya (Silalahi, 1990; Kotler 1994). Kepuasan adalah suatu persepsi, karenanya alat ukur yang paling tepat adalah "pernyataan" orang yang bersangkutan tentang kepuasannya. Untuk mencegah bias, maka responden diberi kebebasan menyatakan perasaan dalam bentuk pernyataan tentang kepuasannya, dari sangat tidak puas (kode 1) sampai amat sangat puas (dengan kode 6).

12 Kepuasan pasien adalah pernyataan (sesuai yang dirasakan) puas tidaknya pasien terhadap pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan yang diterimanya atau yang ditujukan kepadanya. Kepuasan pasien diukur dengan cara menanyakan langsung pada pasien tentang kepuasannya setelah menerima tindakan asuhan keperawatan. Kepuasan dikelompokkan dalam dimensi teknik keperawatan, non teknik keperawatan dan sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa.

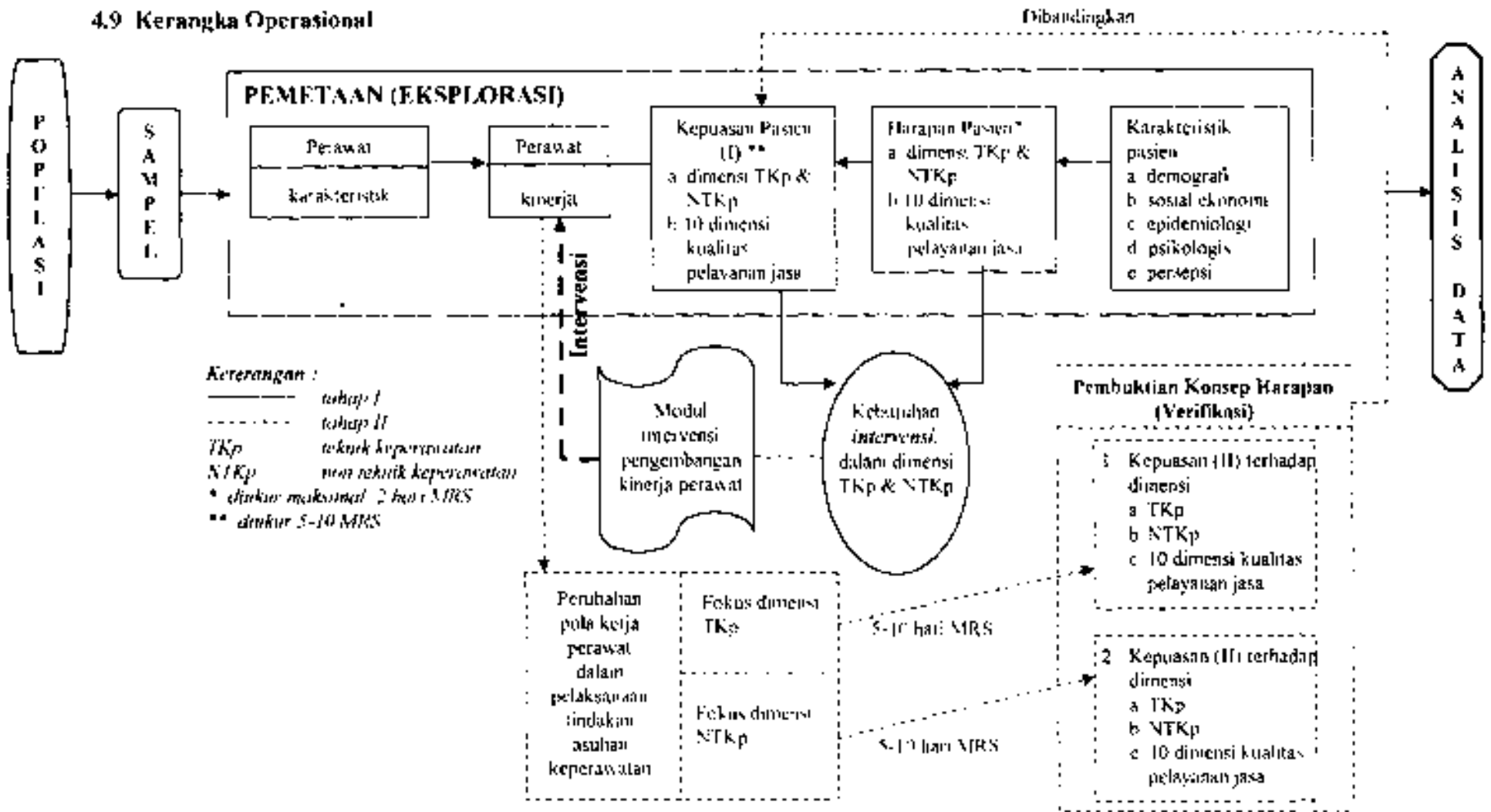
Kepuasan pasien dipergunakan sebagai indikator kinerja perawat. Bila pasien mengatakan puas, maka dikatakan bahwa kinerja perawat adalah baik. Bila pasien mengatakan tidak puas, maka dikatakan kinerja perawat jelek.

13. Penilaian terhadap kenyataan (persepsi pasien tentang kenyataan yang dirasakan atau diterima) adalah suatu interpretasi terhadap sesuatu obyek. Penilaian dapat dilakukan dengan menggunakan dua jenis indikator, yaitu : (1) indikator obyektif dan (2) indikator subyektif. Dalam penelitian disertasi ini, penilaian terhadap kenyataan yang dirasakan (demikian juga kepuasan yang dirasakan pasien terhadap pelaksanaan tindakan keperawatan di rumah sakit) diukur dengan menggunakan indikator subyektif, dalam artian tidak dengan standar baku.

Dalam penelitian ini, penilaian tentang kenyataan yang diterima (dan kepuasan pasien terhadap kinerja perawat) baik pada penelitian tahap pertama maupun kedua diukur paling cepat 5 hari setelah pasien MRS Pertimbangannya, bahwa pasien sudah beradaptasi dan sudah menerima berbagai tindakan yang dilakukan perawat di rumah sakit tersebut dan sudah pernah ditangani oleh perawat yang bertugas di ruangan tersebut.

Penilaian tentang kenyataan dipergunakan juga untuk mengetahui dimensi dominan yang mewarnai kinerja perawat

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian

4.9.1 Penjelasan kerangka operasional penelitian (tahapan penelitian)

Tahap pertama dimaksudkan untuk memperoleh informasi atau melakukan pemetaan terhadap

- 1 Karakteristik pasien rawat inap dengan kasus kronis meliputi .
 - a. Karakteristik Demografi, terdiri dari : (1) umur, (2) jenis kelamin, (3) pendidikan terakhir, (4) status perkawinan; (5) suku bangsa
 - b. Karakteristik Sosial ekonomi , terdiri dari (1) pekerjaan; (2) pendidikan; (3) kelas perawatan; (4) penanggung biaya
 - c. Karakteristik Epidemiologi : (1) jenis penyakit kronis, (2) lama sakit dan (3) pengalaman rawat inap
 - d. Kondisi Psikologis meliputi *anxiety* dan *depress*
 - e. Persepsi meliputi persepsi terhadap : (1) penyebab penyakit; (2) bahaya penyakit; (3) kemudahan disembuhkan, (4) rumah sakit; (5) fungsi perawat
- 2 Jenis harapan dominan pasien terhadap kinerja perawat antara dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan serta antara dimensi dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa
- 3 Intensitas harapan pasien dalam dimensi : (a) teknik keperawatan; (b) non teknik keperawatan dan (c) sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa
- 4 Penilaian pasien tentang kenyataan kinerja perawat yang didapat (perasaan tentang kenyataan kinerja perawat yang didapat), yang meliputi dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan dan meliputi sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa
5. Kepuasan pasien terhadap kinerja perawat dalam (a) dimensi teknik keperawatan; (b) non teknik keperawatan, dan (c) dalam sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa

6. Dimensi yang dominan mewarnai kinerja perawat saat ini (a) antara dimensi teknik keperawatan atau non teknik keperawatan, serta (a) antara dimensi dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa.

Berdasarkan hasil penelitian tahap pertama yaitu tentang harapan dan kepuasan pasien saat ini, selanjutnya dilakukan diskusi kelompok. Diskusi diselenggarakan dengan para kepala ruangan tempat penelitian dilaksanakan dan kepala perawat di rumah sakit setempat untuk menyusun acuan intervensi. Acuan intervensi untuk dimensi non teknik keperawatan disusun bersama dengan psikolog dan perawat senior dari sebuah rumah sakit swasta di Jawa Timur. Sedangkan untuk dimensi teknik keperawatan yaitu dengan menyempurnakan SOP yang sudah ada bersama kepala perawat dan kepala ruangan. Acuan intervensi yang disusun adalah acuan untuk intervensi kepada perawat.

Tahap kedua adalah tahap verifikasi, yaitu untuk melakukan pengujian pemikiran bahwa (1) memang benar tidak ada perbedaan jenis harapan pasien terhadap kinerja perawat antara dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan atau dengan perkataan lain bahwa bagi pasien rawat inap kasus kronis, kinerja perawat dalam dimensi non teknik keperawatan sama pentingnya dengan kinerja dalam dimensi teknik keperawatan, (2) kinerja perawat akan meningkat bila dalam melaksanakan tindakan keperawatan berorientasi pada harapan pasien; (3) ada hubungan antara kondisi psikologi pasien dengan jenis harapan dan kepuasannya.

Untuk menguji konsep harapan yang telah diperoleh pada tahap pertama, dilakukan pelatihan pada perawat dengan metode *in-service training*. Intervensi dilaksanakan secara terpisah pada dua buah rumah sakit di Surabaya. Tujuan intervensi

adalah untuk pembuktian konsep harapan yang diperoleh pada tahap pertama, melalui pernyataan kepuasan pasien

Dalam penelitian ini digunakan konsep kepuasan menurut Kotler (1999) bahwa "kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja produk yang ia rasakan dengan harapannya". Sehingga dapat dikatakan bahwa bila pasien merasa puas terhadap sesuatu, maka sebenarnya "sesuatu" itu adalah yang diharapkan. Jadi kepuasan pasien pada tahap kedua (yang meningkat), setelah menerima tindakan dari perawat (setelah perawat dilatih sesuai harapan pasien) adalah sebagai bukti bahwa konsep yang dihasilkan pada tahap pertama adalah benar.

Intervensi teknik keperawatan, berupa pelaksanaan standar prosedur medik (standar prosedur tindakan keperawatan), dilaksanakan di RSUD Dr. Soetomo, sedangkan intervensi non teknik keperawatan dilaksanakan di RS Adi Husadha Udaan Wetan. Dengan pertimbangan adanya permintaan dan keinginan para perawat pelaksana di RSADH untuk ditingkatkan kemampuan non teknik keperawatannya. Keinginan dari yang bersangkutan adalah syarat penting untuk keberhasilan pelatihan. Perawat yang diintervensi adalah perawat yang diteliti pada tahap pertama penelitian. Intervensi non teknik keperawatan meliputi antara lain komunikasi; cara merespon pasien dan cara memotivasi. Pelatihan tentang non teknik keperawatan dilaksanakan oleh psikolog dan seorang perawat senior. Langkah kegiatannya meliputi

1. Seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap terpilih diintervensi dalam bentuk pemberian informasi dan praktik. Untuk RS Adi Husadha, para perawat diberikan pelatihan tentang hal-hal yang diharapkan pasien dalam dimensi non teknik keperawatan, antara lain meliputi (1) siap membantu setiap saat bila diperlukan;

- (2) mampu dan mau menjadi mediator antara pasien dengan dokter, (3) mengerti kebutuhan dan keadaan pasien; (4) bertindak dengan pasti minimal tidak keliru memasuki ruangan pasien, dan seterusnya sesuai yang tercantum pada tabel 5.5 pada bab hasil penelitian. Untuk RSUD Dr. Soetomo, intervensi berupa pelaksanaan SOP tindakan keperawatan yang telah disempurnakan.
2. Pada tahap kedua ini ada "pengamat (*observer*)" yang mengamati kinerja perawat. Bila dari pengamatan diperoleh hasil bahwa kinerja perawat masih belum baik, maka perawat selalu diingatkan untuk bertindak sesuai harapan pasien. Bila pengamat menilai sudah baik, (nilai lebih besar atau sama dengan 75), selanjutnya dilakukan pengukuran kepuasan pada pasien. Bila pasien mengatakan belum puas, ditanya lagi aspek yang belum memuaskan tersebut, sampai pasien mengatakan secara umum sudah puas, baru dilakukan pengukuran kepuasan pada pasien.
 3. Dibandingkan kepuasan pasien pada tahap pertama dengan kepuasan tahap kedua

4.9.2 Uji Reliabilitas dan Validitas Alat Ukur

Uji reliabilitas dilakukan dengan mencobakan kuesioner pada responden yang sama sebanyak 2 kali dengan selang waktu 5 hari sampai 1 minggu karena mengingat lama hari perawatan yang singkat (rata-rata 2,9 sampai 12,21 hari). Untuk menguji validitas, langkah pertama yang dilakukan adalah validitas *construct* dan selanjutnya dilakukan pengujian validitas item dengan menggunakan uji korelasi. Untuk item kuesioner yang belum valid dilakukan *face validity* dengan para pembimbing dan praktisi rumah sakit.

4.10 Teknik Pengambilan Data

Dalam penelitian ini data dikumpulkan dengan metode wawancara terstruktur dengan panduan kuesioner. Kuesioner tidak diserahkan kepada responden, namun dilakukan wawancara oleh petugas pengumpul data dengan menggunakan panduan kuesioner. Format penyusunan kuesioner dalam hal mengukur harapan, penilaian maupun kepuasan pasien dalam dimensi teknik keperawatan, non teknik keperawatan maupun dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa dengan cara multidimensional. Dalam artian bahwa pada setiap dimensi masing-masing responden dapat memberikan angka atau nilai yang sama sesuai harapan, penilaian maupun persepsinya.

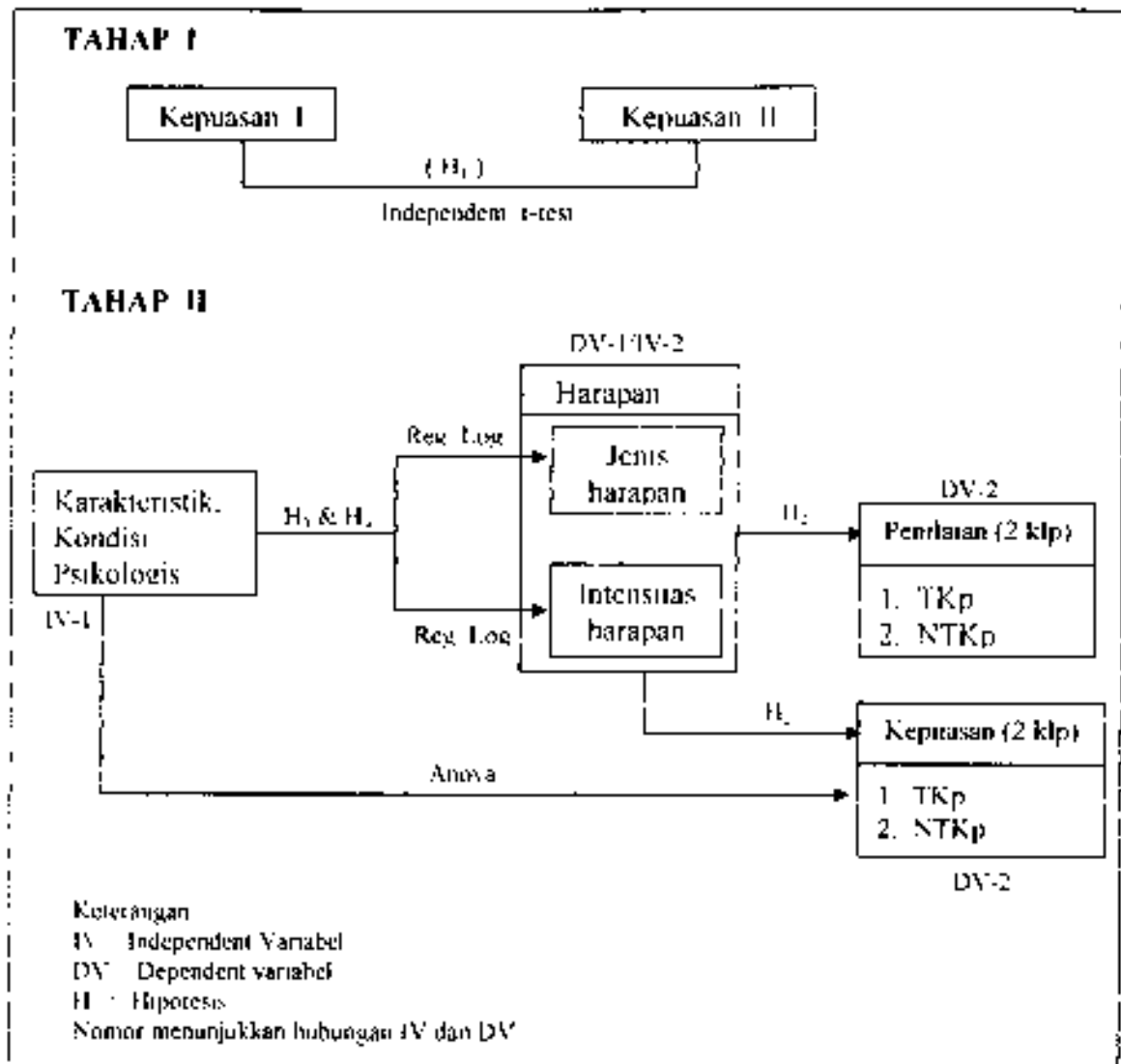
4.11 Teknik Analisis Data

Data dianalisis dengan bantuan computer dengan menggunakan piranti SPSS for windows. Untuk menguji hipotesis pertama penelitian yaitu untuk membuktikan bahwa tidak ada perbedaan harapan pasien antara dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan dipergunakan uji t dua sampel bebas (*independent t test*).

Untuk menguji hipotesis kedua bahwa ada pengaruh harapan pasien terhadap penilaian dan terhadap kepuasan pada kinerja perawat dipergunakan teknik regresi logistik ganda. Penilaian dan kepuasan dikelompokkan dalam 2 kelompok yaitu sesuai harapan dan kurang sesuai harapan, sedangkan untuk kepuasan adalah puas dan kurang puas.

Untuk menguji hipotesis bahwa jenis dan intensitas harapan dipengaruhi karakteristik pasien dipergunakan teknik regresi logistik ganda.

Untuk menguji hipotesis bahwa jenis dan intensitas harapan dipengaruhi kondisi psikologis pasien dipergunakan teknik regresi logistik ganda.



Gambar 4.2 Kerangka analisis

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Jenis Harapan Terhadap Kinerja Perawat Dalam Dimensi Teknik Keperawatan dan Dimensi Non Teknik Keperawatan Pasien Rawat Inap Kasus Kronis

Sesuai dengan rumusan masalah dan tujuan penelitian maka hal pertama yang dianalisis yaitu harapan pasien terhadap kinerja perawat di Rumah Saku yang paling dominan antara dimensi teknik keperawatan dengan dimensi non teknik keperawatan. Demikian pula harapan pasien yang paling dominan berdasarkan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Jenis harapan dominan adalah kecenderungan jenis harapan pasien yang lebih dominan antara harapan terhadap kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan. (Selanjutnya kecenderungan jenis harapan ini disebut dengan jenis harapan dominan pasien). Jenis harapan dominan, meliputi dominan memilih dimensi teknik keperawatan atau dominan memilih dimensi non teknik keperawatan. Jenis harapan dominan juga meliputi harapan dominan dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa.

Pada bab metode penelitian telah disampaikan bahwa dalam disertasi ini seluruh item yang mendukung dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan adalah 57 item sub variabel (parameter) yang juga dikelompokkan berdasarkan 10 dimensi kualitas pelayanan jasa. Dengan demikian ada dua pengelompokan kinerja perawat, yaitu (1) pengelompokan berdasarkan dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan; (2) pengelompokan berdasarkan 10 dimensi kualitas pelayanan jasa dari Zeithaml; Parasuraman dan Berry (1990) yang dikenal dengan PZB.

5.1.1 Harapan Pasien Terhadap Kinerja Perawat dalam Dimensi Teknik Keperawatan dan Non Teknik Keperawatan

Tabel 5.1 menggambarkan frekuensi pasien yang cenderung lebih berharap dimensi teknik keperawatan maupun yang cenderung lebih berharap dimensi non teknik keperawatan.

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi pasien yang cenderung lebih berharap dimensi teknik keperawatan atau non teknik keperawatan di rumah sakit, tahun 1999 (n=112)

Dimensi harapan	Frekuensi (%)
1. Dimensi teknik keperawatan	74 (66,1%)
2. Dimensi non teknik keperawatan	35 (31,3%)
3. Sama antara teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan	3 (2,7%)
Total	112 (100%)

Responden pada tabel 5.1 berjumlah 112 orang, sebanyak 74 orang (66,1%) cenderung lebih berharap dimensi teknik keperawatan; 35 orang (31,3%) cenderung lebih berharap dimensi non teknik keperawatan dan sebanyak 3 orang (2,7%) yang berharap sama antara dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan.

Dengan menggunakan uji χ^2 (*Chi-square 1 sampel*) dengan ekspektasi 50% berbanding 50% diperoleh hasil $p=0,0001$ ini berarti bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara ekspektasi dengan kenyataan yang ada mengenai proporsi pasien yang mempunyai harapan sama antara dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan. Hal ini menunjukkan bahwa secara kuantitas pasien yang berharap dimensi teknik keperawatan lebih banyak dari pada pasien yang berharap dimensi non teknik keperawatan. Ini berarti bahwa sebagian besar pasien yang datang ke rumah sakit

mernang lebih mengharapkan dimensi teknik keperawatan dari perawat yang menanganinya.

Bila dianalisis lebih lanjut dengan mempelajari nilai rerata intensitas harapan dari pasien yang dominan berharap dimensi teknik keperawatan (74 responden) dengan yang dominan berharap dimensi non teknik keperawatan (35 responden) diperoleh hasil sesuai tabel 5.2 di bawah (responden yang besar harapannya sama sebanyak 3 orang tidak di analisis).

Tabel 5.2 Deskripsi intensitas harapan pasien rawat inap kasus kronis terhadap kinerja perawat berdasarkan harapan dominannya tahun 1999 (n=109 responden)

Harapan Dominan	n	Rerata	Simpang baku
1. Dimensi teknik keperawatan	74	4,97	0,36
2. Dimensi non teknik keperawatan	35	5,24	0,49
Total	109		

Pada tabel 5.2 dapat dipelajari bahwa rerata intensitas harapan pasien yang harapan dominannya adalah pada dimensi non teknik keperawatan lebih besar dari pada intensitas rerata harapan dari mereka yang dominan berharap dimensi teknik keperawatan. Dengan menggunakan uji t dua sampel bebas diperoleh hasil bahwa terdapat perbedaan yang bermakna antara intensitas harapan dari mereka yang dominan berharap dimensi non teknik keperawatan dibandingkan dengan mereka yang dominan berharap teknik keperawatan ($p < 0,005$; $t = -2,93$). Dengan demikian dapat diartikan bahwa intensitas harapan pasien lebih pada dimensi non teknik keperawatan. Berdasarkan hasil ini maka hipotesis pertama yang mengatakan tidak ada perbedaan harapan pasien

antara dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan ternyata tidak terbukti, dan terdapat kecenderungan harapan pasien justru pada dimensi non teknik keperawatan. Hasil tersebut justru semakin memperkuat fakta empirik tentang pentingnya dimensi non teknik keperawatan bagi pasien rawat inap kasus kronis. Nampaknya hal ini beralasan, karena sesuai dengan yang ditulis oleh Leebow dan Scott, (1994) dalam bukunya yang berjudul *Service quality improvement, the customer satisfaction strategy for health care*, mengatakan bahwa pasien adalah sakit, rentan dan penuh kekhawatiran. Juga tulisan Turner dan Mapa (1988) dalam bukunya yang berjudul *Humanistic health care, issues for caregivers*, mengatakan bahwa penyakit sering kali menimbulkan pengalaman yang menyakitkan karenanya pasien dan keluarganya penuh dengan kekhawatiran dan sangat tergantung. Karenanya sumber daya manusia di rumah sakit yang paling tepat untuk dapat membantu pasien adalah perawat (di samping dokter, untuk aspek mediknya) karena perawat kontak pertama dan terlama dengan pasien.

Informasi tentang lebih dominannya harapan pasien terhadap kinerja perawat dalam dimensi non teknik keperawatan juga menuntut para praktisi di bidang kesehatan khususnya dunia keperawatan untuk segera melakukan reorientasi pemikiran, segera kembali pada *high touch* dan *comfort always*. Institusi pendidikan perawat sangat bertanggungjawab untuk itu.

Dideskripsikan pula sub variabel harapan pasien secara lebih rinci. Dilakukan pemisahan pada variabel jenis harapan pasien terhadap kinerja perawat berdasarkan dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan. Sebagai informasi bahwa pasien dapat memilih 2 dimensi yang berbeda dengan nilai (skor) yang sama, tergantung yang dirasakan pasien. Misalnya pasien dapat memberikan skor pada harapannya

terhadap ketepatan waktu dari perawat untuk menyuntik (dimensi teknik keperawatan) dengan nilai 5 dan memberikan nilai 5 juga untuk harapannya terhadap respon perawat yang segera datang bila dipanggil (dimensi non teknik keperawatan). Hasil analisis disajikan pada tabel 5.3: 5.4

Tabel 5.3 Deskripsi jenis harapan pasien rawat inap kasus kronis terhadap kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan di rumah sakit, tahun 1999 (n=112). (Disusun berdasar besar nilai rerata)

Jenis Harapan dalam Dimensi Teknik Keperawatan	Rerata	Simpang Baku	Range	Urutan Harapan
1. Terampil menyuntik, memasang infus dan kegiatan teknik keperawatan lain	5,71	0,56	3,00 – 6,00	1
2. Segera datang bila dipanggil (antara 2-5 menit)	5,69	0,54	4,50 – 6,00	2
3. Memberi informasi tentang hal-hal yang boleh dan yang tak boleh dilakukan sehubungan dengan penyakit pasien	5,68	0,60	3,00 – 6,00	3
4. Selalu memantau keadaan pasien	5,66	0,66	3,00 – 6,00	4
5. Memiliki pengetahuan yang baik tentang kegunaan dan penggunaan peralatan medik	5,65	0,57	4,50 – 6,00	5
6. Selalu memberi informasi tentang hasil tindakan teknik keperawatan	5,62	0,62	3,00 – 6,00	6
7. Memiliki pengetahuan yang baik tentang kegunaan dan penggunaan obat	5,56	0,74	3,00 – 6,00	7
8. Memberi informasi tentang segala hal yang boleh dan tak boleh dilakukan bila diijinkan pulang	5,54	0,68	3,00 – 6,00	8
9. Senantiasa memeriksa cairan infus atau obat lain	5,54	0,72	3,00 – 6,00	9
10. Berbicara jujur pada keluarga pasien termasuk bila kondisi kesehatan pasien menurun	5,51	0,67	3,00 – 6,00	10

Keterangan: Nilai rerata: <3 = tidak berharap; 3 - <4 = biasa saja (agak berharap), 4 - <5 = berharap, 5 - <6 = sangat berharap, 6 = amat sangat berharap

Informasi yang diperoleh dari tabel 5.3 di atas adalah untuk dimensi teknik keperawatan diketahui bahwa keterampilan teknik keperawatan misalnya: menyuntik; memasang infus dan kegiatan teknik keperawatan yang lain merupakan harapan yang diutamakan oleh pasien. Harapan pasien yang terbesar adalah pada keterampilan perawat, nampaknya karena ini adalah yang langsung dirasakan oleh pasien. Disamping itu dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa pasien menganggap perawat yang sudah praktek, diasumsikan sudah memiliki pengetahuan yang memadai karenanya yang lebih dipentingkan adalah keterampilan teknik perawat.

Sebagai pelengkap diinformasikan pula karakteristik pasien yang lebih dominan berharap dimensi teknik keperawatan (sebanyak 74 orang responden).

Tabel 5.4 Karakteristik pasien yang lebih dominan berharap dimensi teknik keperawatan tahun 1999 (n=74)

Karakteristik responden	Keterangan
1. Umur	67 orang (90,5 %) berumur 40 tahun atau lebih
2. Jenis kelamin	38 orang (51,4%) berjenis kelamin laki-laki
3. Pendidikan	41 orang (55,4%) berpendidikan rendah, yaitu tamat SD sampai tamat SMP
4. Status kawin	58 orang (78,4%) berstatus kawin
5. Pekerjaan	42 orang (56,8%) tidak bekerja
6. Jenis kasus	30 orang (40,5%) kasus diabetes
7. Pengalaman rawat inap	69 orang (93,2%) sudah pernah menjalani rawat inap lebih dari 1 kali
8. Lama sakit	41 orang (55,4%) menderita sakit lebih dari 1 tahun
9. Kelas perawatan	44 orang (59,5%) adalah pasien yang dirawat di kelas yang tarifnya lebih murah
10. Suku	50 orang (67,6%) suku Jawa
11. Kondisi kecemasan	58 orang (78,4%) tidak cemas sampai cemas ringan

Lanjutan tabel 5.4

Karakteristik responden	Keterangan
12. Depresi	65 orang (87,8%) tidak ada depresi sampai depresi ringan
13. Persepsi terhadap kesembuhan	72 orang (97,3%) berpersepsi bahwa penyakitnya sulit disembuhkan
14. Persepsi bahaya penyakit	53 orang (71,6%) berpersepsi bahwa penyakitnya berbahaya
15. Persepsi terhadap penyebab penyakit	73 orang (98,6%) berpersepsi penyakitnya bukan disebabkan karena hal yang gail
16. Persepsi terhadap perawat	66 orang (89,2%) berpersepsi bahwa perawat yang baik adalah yang mampu bekerja sama dengan pasien

Secara khusus diidentifikasi pula harapan pasien terhadap dimensi non teknik keperawatan. Diperoleh hasil sesuai tabel 5.5

Tabel 5.5 Deskripsi jenis harapan dominan pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit terhadap kinerja perawat dalam dimensi non teknik keperawatan, tahun 1999 (n=112) (disusun berdasar besar nilai rerata)

Jenis Harapan dalam Dimensi Non Teknik Keperawatan	Rerata	Simpang Baku	Range	Urutan Harapan
1. Mengerti kebutuhan dan keadaan pasien	5,76	0,48	4,50 - 6,00	1
2. Dapat menjadi mediator antara pasien dengan dokter	5,76	0,50	4,50 - 6,00	2
3. Bertindak dengan pasi, minimal tidak keliru memasuki ruangan pasien yang hendak dituju	5,67	0,57	3,60 - 6,00	3
4. Terampilan dalam aspek non teknik keperawatan (mis. Komunikasi, memotivasi, memahami reaksi psikologis)	5,67	0,59	3,60 - 6,00	4
5. Bersikap sabar dan telaten	5,67	0,68	1,20 - 6,00	5
6. Mau dihubungi melalui bel atau interkom	5,65	0,54	4,50 - 6,00	6
7. Tidak berwajah ketus dan tidak membentak terutama bila berhadapan dengan pasien	5,56	0,62	4,00 - 6,00	7
8. Memiliki tenggang rasa besar	5,50	0,59	4,00 - 6,00	8

Lanjutan tabel 5.5

Jenis Harapan dalam Dimensi Non Teknik Keperawatan	Rerata	Simpang Baku	Range	Urutan Harapan
9. Senyum, khususnya bila menghadapi pasien	5,40	0,85	1,20 - 6,00	9
10. Sering menengok pasien tanpa diminta, minimal untuk menanyakan keadaan pasien	5,40	0,90	1,20 - 6,00	10

Keterangan: Nilai rerata <3 = tidak berharap, 3 - <4 = biasa saja (agak berharap), 4 - <5 = berharap, 5 - <6 = sangat berharap, 6 = amat sangat berharap

Pada tabel 5.5 dapat diketahui bahwa harapan utama pasien dalam dimensi non teknik keperawatan adalah mengerti kebutuhan dan keadaan pasien, serta perawat dapat bertindak sebagai mediator antara pasien dengan dokter. Bila perawat memahami kebutuhan pasien dan perawat mau menjadi mediator antara pasien dengan dokter, pasien tetap dapat berkomunikasi dengan dokter sehingga secara psikologis komunikasi dengan dokter akan dapat memberikan ketenangan pada pasien.

Kesimpulan yang dapat diambil dari tabel 5.3 dan 5.5 di atas adalah bahwa pasien sangat mengharapkan kedua dimensi kinerja perawat (teknik keperawatan dan non teknik keperawatan, yang dapat diketahui dari rerata harapannya di atas 5). Hasil ini mendukung hipotesis pertama yang mengatakan bahwa bagi pasien, dimensi non teknik keperawatan dan teknik keperawatan sama pentingnya.

Sebagai pelengkap diinformasikan pula karakteristik pasien yang lebih dominan berharap dimensi non teknik keperawatan (sebanyak 35 orang responden).

service, balancing customer perceptions and expectation (1990). Informasi tentang hal ini disajikan pada tabel 5.8 yang urutannya berdasarkan besar rerata.

5.1.2 Harapan Pasien Terhadap Kinerja Perawat dalam 10 Dimensi Kualitas Pelayanan Jasa

Harapan pasien terhadap kinerja perawat dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa diuraikan pada tabel 5.7

Tabel 5.7 Deskripsi harapan berdasarkan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa pada pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit, tahun 1999 (n=112). (Disusun berdasar besar nilai rerata)

Harapan Dominan Berdasarkan 10 Dimensi Kualitas Pelayanan Jasa	Rerata	Simpang Baku		Urutan Harapan
			Range	
1. <i>Competence</i>	5,52	0,45	4,46-6,00	1
2. <i>Courtesy</i>	5,47	0,60	3,36-6,00	2
3. <i>Access</i>	5,34	0,51	3,90-6,00	3
4. <i>Credibility</i>	5,32	0,53	3,90-6,00	4
5. <i>Understanding the customer</i>	5,21	0,62	4,08-6,00	5
6. <i>Security</i>	5,19	0,32	4,31-5,81	6
7. <i>Responsiveness</i>	5,16	0,65	3,75-6,00	7
8. <i>Communication</i>	4,94	0,48	2,64-5,88	8
9. <i>Reliability</i>	4,65	0,67	3,00-5,50	9
10. <i>Tangibles</i>	4,33	0,59	3,00-5,25	10

Keterangan: Nilai rerata < 3 tidak berharap, 3 - < 4 biasa saja (agak berharap), 4 - < 5 berharap, 5 - < 6 sangat berharap, 6 = amat sangat berharap

Pada tabel 5.7 bila ditinjau berdasarkan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa, maka dapat diketahui bahwa meskipun diharapkan namun dimensi penampilan fisik perawat (*tangibles*) dan *reliability* adalah hal yang kurang diharapkan oleh pasien, sedangkan dimensi kompetensi adalah yang sangat diharapkan oleh pasien. Dengan

demikian dapat diartikan bahwa saat ini penampilan fisik dan *reliability* perawat bukan menjadi hal yang diprioritaskan atau dipermasalahkan oleh pasien.

Harapan pasien yang paling dominan adalah pada *competence* perawat. *Competence* meliputi pengetahuan dan keterampilan perawat dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan. Data pada tabel 5.7 tersebut telah dapat memberikan informasi bahwa kompetensi sebagai salah satu syarat penting profesionalisme perawat sangat diharapkan pasien (rerata 5,52). Dengan demikian dapat dipahami betapa beratnya tugas seorang perawat, bahwa ada 2 jenis kompetensi penting yang sangat diharapkan pasien dari perawat yaitu meliputi hal-hal yang berkaitan dengan dimensi teknik keperawatan sekaligus hal-hal yang berkaitan dengan dimensi non teknik keperawatan.

Secara deskriptif digambarkan pula intensitas harapan pasien terhadap kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan dari responden yang mengatakan *competence* adalah variabel yang paling diharapkan. Responden yang mengatakan harapan utamanya pada dimensi *competence* sebanyak 49% (55 responden). Diperoleh hasil sesuai tabel 5.8

Tabel 5.8 Intensitas harapan dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan dari pasien yang memilih *competence* sebagai pilihan utama, tahun 1999 (n=55)

<i>Competence</i>	Rerata	Simpang Baku	Range
Teknik keperawatan	4,95	0,37	4,80 - 6,00
Non Teknik keperawatan	4,96	0,35	4,80 - 6,00

Keterangan: 1. Intensitas berdasarkan besar nilai rerata
 2. Nilai rerata <3 = tidak berharap, 3 - <4 = biasa saja (agak berharap), 4 - <5 = berharap, 5 - <6 = sangat berharap, 6 = amat sangat berharap

Besar harapan pasien (55 orang) terhadap kompetensi perawat dalam dimensi teknik keperawatan relatif sama dengan harapan pasien dalam dimensi non teknik keperawatan. Dengan menggunakan uji t dua sampel berpasangan (*paired t-test*) diperoleh hasil bahwa terdapat perbedaan yang tidak bermakna antara harapan terhadap kompetensi perawat dalam dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan ($p = 0,728$). Hal ini menunjukkan ternyata intensitas harapan pasien terhadap teknik keperawatan dalam dimensi *competence*, sama pentingnya dengan non teknik keperawatan bahkan ada kecenderungan dimensi non teknik keperawatan yang lebih dominan. Hasil ini mendukung hipotesis pertama.

Dimensi *competence* dianalisis lebih lanjut, untuk mengetahui urutan harapan pasien dari sub variabel *competence* perawat. Hasil analisis disajikan pada tabel 5.9.

Tabel 5.9 Urutan sub variabel *competence* yang diharapkan pasien rawat inap di rumah sakit, tahun 1999 (n=55) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)

No	Sub Variabel <i>Competence</i>	Rerata	Simpang Baku	Range
1.	Perawat memiliki keterampilan non teknik keperawatan yang baik (misalnya : mampu berkomunikasi dengan pasien; mampu memotivasi; mampu memahami kondisi pasien) → NTKp.	5,80	0,45	4,80 – 6,00
2.	Perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang penggunaan dan kegunaan obat → TKp.	5,78	0,46	4,80 – 6,00
3.	Perawat terampil di bidang teknik keperawatan (misalnya menyuntik, memasang infus; memasang oksigen) → TKp.	5,76	0,48	4,80 – 6,00
4.	Perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang penggunaan dan kegunaan peralatan medik → TKp.	5,76	0,48	4,80 – 6,00
5.	Perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang cara mengetahui kondisi psikologis pasien → NTKp.	5,71	0,53	4,00 – 6,00

Lanjutan tabel 5.9

No	Sub Variabel <i>Competence</i>	Rerata	Simpang Baku	Range
6.	Perawat memiliki pengetahuan teknik keperawatan yang baik → TKp.	5,70	0,51	4,80 – 6,00
7.	Perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang cara-cara berkomunikasi dengan pasien → NTKp.	5,69	0,57	4,00 – 6,00

Keterangan: 1. Nilai rerata <3 = tidak berharap, 3 - <4 = biasa saja (agak berharap), 4 - <5 = berharap, 5 - <6 = sangat berharap, 6 = amat sangat berharap
 2. TKp = Teknik keperawatan, NTKp = non teknik keperawatan

Tabel 5.9 secara diskriptif menunjukkan bahwa kecenderungan intensitas harapan pasien yang lebih dominan adalah pada keterampilan non teknik keperawatan. Keterampilan non teknik keperawatan, antara lain meliputi keterampilan perawat berkomunikasi dengan pasien, kemampuan memotivasi dan memahami pasien.

Selanjutnya mempelajari kenyataan pada tabel 5.8 dan 5.9 di atas memperkuat kesimpulan bahwa ada kecenderungan intensitas harapan pasien terhadap dimensi non teknik keperawatan lebih besar dari pada dimensi teknik keperawatan.

Setelah merumuskan jenis harapan dominan pasien dalam dimensi teknik keperawatan maupun non teknik keperawatan juga harapan pasien dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa, maka langkah selanjutnya adalah melakukan pembuktian tentang harapan pasien melalui intervensi. Hasilnya dibahas pada sub bab 5.2.

5.2 Bukti Ilmiah Pentingnya Dimensi Non Teknik Keperawatan Bagi Pasien

(Hasil Intervensi)

Tahap verifikasi untuk pembuktian pentingnya dimensi non teknik keperawatan bagi pasien dilakukan melalui intervensi. Pada tahap verifikasi ini perawat pelaksana dikelompokkan dalam dua kelompok, lalu diintervensi dalam bentuk pelatihan (*in service training*). Satu kelompok (disebut kelompok satu) diberi pelatihan berupa dimensi non

teknik keperawatan. Kelompok lainnya (kelompok dua) diberi pelatihan teknik keperawatan berupa pelaksanaan standar prosedur intervensi asuhan keperawatan (standar prosedur pelayanan keperawatan). Setelah pelatihan, mereka kembali bekerja di ruangnya masing-masing. Namun sebelumnya mereka dipesan untuk menerapkan yang didapat saat pelatihan (masing-masing melaksanakan kegiatan seperti biasa namun dengan tambahan lebih menekankan pada aspek yang telah dilatihkan). Selama melaksanakan tugas para perawat pelaksana selalu diingatkan untuk lebih menekankan melakukan tindakan sesuai dengan yang dilatihkan, sambil diperbaiki (ditingkatkan) bila ada hal yang belum sesuai harapan pasien.

Selanjutnya dilakukan pengukuran kepuasan pasien setelah pasien dirawat di rumah sakit minimal 5 hari admisi. Kepuasan pasien pada tahap pertama penelitian (*pre test*) selanjutnya dibandingkan dengan kepuasan pasien setelah intervensi (*post test*). Diperoleh hasil sesuai tabel 5.10 di bawah

Tabel 5.10 Perbedaan kepuasan pasien antara pre test dengan post test tahun 1999 (intervensi non teknik keperawatan)

Dimensi Kepuasan	Rerata Sd.	t	df	p
1. Non Teknik Keperawatan (pre test)	4,98 ± 0,25	-2,68	58,47	0,01
2. Non Teknik Keperawatan (post test)	5,26 ± 0,61			
3. Teknik keperawatan (pre test)	5,39 ± 0,37	1,08	66,03	0,28
4. Teknik Keperawatan (post test)	5,27 ± 0,64			

Dengan menggunakan uji t dua sampel bebas diperoleh hasil pada kelompok satu yang mendapat intervensi dimensi non teknik keperawatan, terdapat perbedaan yang

bermakna antara kepuasan pasien terhadap dimensi non teknik keperawatan saat *pre test* dengan *post test* ($t = -2,68$, $df = 58,47$ dan $p = 0,01$). Kepuasan pasien terhadap dimensi non teknik keperawatan pada saat *post test* lebih tinggi ($5,26 \pm 0,61$) dibandingkan dengan *pre test* ($4,98 \pm 0,25$). Namun pada kelompok yang sama, kepuasan pasien terhadap dimensi teknik keperawatan antara *post test* ($5,17 \pm 0,67$), dengan saat *pre test* ($5,02 \pm 0,36$) tidak menunjukkan perbedaan yang bermakna ($t = 1,082$; $df = 66,03$ dan $p = 0,28$). Dapat disimpulkan bahwa pasien merasa lebih puas terhadap kinerja perawat dalam dimensi non teknik keperawatan

Tabel 5.11 Perbedaan kepuasan pasien antara pre test dengan post test tahun 1999 (intervensi teknik keperawatan)

Dimensi Kepuasan	Rerata Sd.	t	df	p
1. Teknik Keperawatan (pre test)	$3,92 \pm 0,48$	-0,32	85	0,75
2. Teknik Keperawatan (post test)	$3,95 \pm 0,57$			
3. Non Teknik Keperawatan (pre test)	$3,87 \pm 0,40$	-0,56	85	0,58
4. Non Teknik Keperawatan (post test)	$3,93 \pm 0,52$			

Pada kelompok dua yang mendapatkan intervensi teknik keperawatan, terdapat perbedaan yang tidak bermakna ($t = -0,315$; $df = 85$ dan $p = 0,753$) antara kepuasan pada dimensi teknik keperawatan saat *pre test* ($3,92 \pm 0,48$) dengan *post test* ($3,95 \pm 0,57$). Kepuasan pada dimensi non teknik keperawatan pada kelompok yang sama menunjukkan perbedaan yang tidak bermakna ($t = -0,56$; $df = 85$ dan $p = 0,575$) pada tahap *pre test* ($3,87 \pm 0,40$) dengan *post test* ($3,93 \pm 0,52$).

Kedua hasil tersebut di atas (tabel 5.10 dan 5.11) di mana terdapat peningkatan kepuasan pasien terhadap dimensi non teknik keperawatan secara bermakna saat *post test*

(dibandingkan dengan *pre test*) sedangkan kepuasan terhadap dimensi teknik keperawatan tidak menunjukkan perbedaan antara *post test* dengan *pre test* nampaknya sesuai dengan yang dikemukakan oleh Johns, (1994) yang mengatakan bahwa sebagian besar keluhan (*complaint*) pelanggan tidak berhubungan langsung dengan pelayanan jasa atau produk utama yang diterimanya tetapi justru pada hal-hal yang berkaitan dengan konsistensi pelayanan, kecepatan dan ketepatan pelayanan (termasuk menjawab panggilan dan mengurus administrasi) dan perilaku petugas (diistilahkan sebagai produk perifer). Produk utama rumah sakit, adalah pelayanan kesehatan (teknik medik) sedangkan hal-hal yang berkaitan dengan konsistensi pelayanan, kecepatan dan ketepatan pelayanan (termasuk menjawab panggilan dan mengurus administrasi) dan perilaku petugas adalah non teknik medik (non teknik keperawatan). Hal ini nampaknya sesuai dengan pendapat Johns, (1994) di atas. Pasien nampaknya sudah memiliki standar tertentu (berdasarkan persepsinya) terhadap dimensi teknik medik ataupun teknik keperawatan sehingga penilaiannya sulit berubah. Dikatakan bahwa bila pasien yang dirawat di rumah sakit ditanyai tentang hal yang diterimanya selama dirawat, maka yang dikemukakan oleh pasien adalah hal-hal yang tidak berkaitan langsung dengan perawatan medik yang diterimanya.

Hal yang dapat dipelajari dari kedua hasil tersebut di atas (tabel 5.10 dan 5.11) adalah bahwa hasil tersebut telah memberikan bukti: (1) pasien cenderung berharap dimensi non teknik keperawatan; (2) pasien akan menjadi lebih puas bila diberikan pelayanan yang sesuai harapannya; (3) bahwa penilaian terhadap kinerja perawat akan menjadi lebih tinggi bila perawat berorientasi pada harapan pasien dan dalam penelitian

ini ditemukan harapan pasien cenderung lebih besar pada dimensi non teknik keperawatan

Dengan demikian meskipun hipotesis pertama penelitian yang mengatakan bahwa tidak terdapat perbedaan harapan pasien terhadap kinerja perawat antara dimensi non teknik keperawatan dengan teknik keperawatan tidak terbukti, namun bukti empirik ini justru semakin memperkuat fakta bahwa bagi pasien dimensi non teknik keperawatan adalah sama pentingnya dengan dimensi teknik keperawatan

5.3 Mekanisme Hubungan antara Karakteristik Serta Harapan Terhadap Kepuasan Pasien pada Kinerja Perawat

Dengan menggunakan uji Anova (*Analysis of variance*) diperoleh hasil, bahwa harapan dominan berpengaruh terhadap kepuasan pada pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit (*main effects* $p=0,013$; $F=6,34$) Mereka yang berharap teknik keperawatan cenderung lebih puas bila dibandingkan dengan yang berharap non teknik keperawatan (diketahui dari hasil tabulasi silang). Dari hasil uji Anova tersebut juga diperoleh informasi bahwa karakteristik pasien memperkuat pengaruh harapan terhadap kepuasan (*explained* : $F=11,45$) Karakteristik yang berpengaruh adalah pendidikan ($p=0,01$ dan $F=6,25$), pengalaman rawat inap ($p=0,002$ dan $F=10,57$), lama sakit ($p=0,02$ dan $F=5,8$), dan persepsi terhadap kemudahan sembuh ($p=0,03$ dan $F=5,12$)

Mempelajari kedua hasil di atas dapat disimpulkan bahwa harapan berpengaruh terhadap kepuasan dan karakteristik pasien memperkuat pengaruh harapan terhadap kepuasan. Karakteristik pasien tersebut adalah pendidikan, pengalaman rawat inap, lama sakit, dan persepsi terhadap kemudahan sembuh

Sebagian dari hasil ini sesuai dengan yang dirumuskan oleh Valarie dan Bitner (1996) yang mengatakan bahwa harapan dipengaruhi oleh aspek yang dapat dikontrol oleh provider maupun yang tidak dapat dikontrol. Dalam penelitian ini nampaknya karakteristik yang berpengaruh sebagian besar adalah aspek yang tidak dapat dikontrol secara langsung oleh provider. Pengalaman rawat inap adalah salah satu karakteristik yang tidak dapat dikontrol terutama bila pasien bersangkutan menggunakan rumah sakit lain. Namun bila pasien menjalani rawat inap di rumah sakit yang sama maka segala sesuatu yang dialami pasien saat menjalani rawat inap adalah aspek yang dapat dikontrol oleh provider melalui pelayanan yang sesuai harapan pasien. Sesuai dengan yang dikatakan oleh Locker & Dunt (1978) dalam Thompson (1995) bahwa harapan terus berubah seiring dengan terkumpulnya pengalaman, dan kepuasan dilaporkan sebagai hasil dari perubahan tingkat pengalaman. Hasil ini juga sesuai dengan yang dilaporkan oleh Eiter dan Perneger (1997) dan Gross et al., (1998) yang mengatakan bahwa karakteristik dan harapan berhubungan dengan kepuasan pasien (namun sayangnya kedua penulis tersebut tidak menuliskan secara spesifik karakteristik yang berpengaruh tersebut).

Hal yang dapat dimanfaatkan dari hasil ini adalah bahwa hasil ini dapat dipergunakan sebagai masukan bagi provider (perawat) untuk memberikan pelayanan kepada pasien sebaik mungkin guna meningkatkan persepsi pasien terhadap kualitas rumah sakit.

5.4 Pengaruh Karakteristik Terhadap Jenis Harapan yang Lebih Dominan dan Terhadap Intensitas Harapan pada Pasien Rawat Inap kasus Kronis

Valarie dan Biner (1996) mengatakan bahwa level harapan pelanggan dipengaruhi oleh situasi dan karakteristik pelanggan (pasien). Karakteristik pasien sebagai variabel bebas, sedangkan sebagai variabel tergantung berturut-turut adalah (a) jenis harapan dominan dalam dimensi teknik keperawatan; dimensi non teknik keperawatan; dan di antara 10 dimensi kualitas pelayanan jasa, (b) intensitas harapan

Untuk menguji karakteristik pasien terhadap jenis harapan dominan dipergunakan teknik regresi logistik ganda. Demikian pula untuk menguji karakteristik pasien terhadap intensitas harapan dipergunakan uji regresi logistik ganda di mana intensitas harapan dikelompokkan dalam 2 kelompok yaitu berharap dan kurang berharap

5.4.1 Pengaruh Karakteristik Pasien Terhadap Jenis Harapan Dominan pada Kinerja Perawat dalam Dimensi Teknik Keperawatan dan Non Teknik Keperawatan

Pengujian pengaruh karakteristik pasien terhadap jenis harapan dominan menggunakan teknik regresi logistik ganda. Sebagai variabel bebas adalah karakteristik pasien meliputi variabel dalam karakteristik demografi; sosial, epidemiologi, psikologi dan persepsi. Sebagai variabel tergantung adalah jenis harapan pasien yang lebih dominan antara harapan terhadap kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan (kode 1) dan non teknik keperawatan (kode 2) (n=109 karena besar harapan 3 orang responden sama). Diperoleh hasil seperti tabel 5.12

Tabel 5.12 Pengaruh karakteristik pasien terhadap jenis dominan, tahun 1999 (n = 109)

Karakteristik	B	p
1. Umur 40 (+) (Ref. Group = <40 tahun)	2,34	0,07
2. Kelas perawatan Paviliun	-3,99	0,006
Kelas I	-2,66	0,04
(Ref. Group = kelas II)		
3. Jenis kelamin (+) (Ref. Group = wanita)	3,02	0,005

Tabel 5.12 memberikan informasi bahwa umur, jenis kelamin dan kelas perawatan berpengaruh terhadap harapan dominan. Harapan mereka yang berumur di bawah 40 tahun menunjukkan perbedaan yang bermakna dengan yang di atas 40 tahun. Mereka yang di bawah 40 tahun cenderung lebih berharap teknik keperawatan. Pasien yang dirawat di paviliun dan kelas I memiliki harapan yang berbeda dengan *reference group*. Pasien yang dirawat di paviliun dan kelas I cenderung lebih berharap non teknik keperawatan. Jenis kelamin laki-laki menunjukkan harapan yang berbeda dibandingkan dengan *reference group*. Pasien laki-laki cenderung lebih berharap teknik keperawatan. Mengacu pada rumusan Valerie dan Bitner (1996) yang mengatakan bahwa harapan dipengaruhi oleh aspek yang dapat dikontrol oleh provider maupun yang tidak dapat dikontrol, maka dalam hal pengaruh karakteristik terhadap jenis kepuasan ini ada faktor yang dapat dikontrol oleh provider. Aspek tersebut adalah kelas perawatan yang ditempati pasien. Informasi ini sangat penting bagi provider, dalam hal ini perawat, apalagi dengan mengingat bahwa penilaian pasien sering kali bukan terhadap produk utama yang diterimanya tetapi justru terhadap produk yang oleh Johns, T. (1994) diistilahkan sebagai produk peniler. Ini berarti di kelas perawatan baik pelayanan maupun

sarana fisik dan non fisik harus dipersiapkan sedemikian rupa sehingga dapat semakin meningkatkan harapan pasien yang untuk selanjutnya diharapkan dapat meningkatkan penilaian pasien terhadap layanan perawat (maupun rumah sakit) (Inguanzo, 1992; Valarie & Bitner, 1996)

Dengan demikian hipotesis yang mengatakan ada pengaruh karakteristik terhadap jenis harapan dominan dapat dibuktikan.

Selanjutnya dianalisis pula pengaruh karakteristik terhadap intensitas harapan pasien pada kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan dan terhadap dimensi non teknik keperawatan. Dengan menggunakan teknik regresi logistik ganda diperoleh hasil bahwa karakteristik tidak berpengaruh terhadap intensitas harapan.

5.4.2 Pengaruh Karakteristik Pasien Terhadap Intensitas Harapan pada Kinerja Perawat

Pengaruh karakteristik terhadap intensitas harapan terhadap kinerja perawat (tanpa membedakan dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan) dianalisis dengan menggunakan teknik regresi logistik ganda. Diperoleh hasil ternyata kelas perawatan yang ditempati pasien berpengaruh terhadap harapan pada kinerja perawat ($B = -2,349$ dan $p = 0,001$ dan sebagai *reference group* adalah kelas perawatan dengan tarif lebih mahal). Mereka yang dirawat di kelas dengan tarif yang lebih murah memiliki intensitas harapan yang berbeda dengan yang dirawat di kelas yang tarifnya lebih mahal. Pengaruh negatif menunjukkan mereka yang dirawat di kelas yang lebih murah intensitas harapannya cenderung lebih rendah dibandingkan dengan yang dirawat di kelas yang tarifnya lebih mahal.

Dilakukan pula pengujian pengaruh karakteristik terhadap intensitas harapan pada masing-masing dimensi kinerja perawat dengan menggunakan teknik regresi logistik ganda. Intensitas harapan dikelompokkan dalam 2 kelompok berdasarkan nilai rerata. Nilai di atas rerata dikelompokkan dalam kelompok berharap (kode =1) dan nilai di bawah rerata dikelompokkan dalam kelompok kurang berharap (kode=2). Ternyata karakteristik tidak menunjukkan pengaruh yang bermakna terhadap intensitas harapan baik dalam dimensi teknik keperawatan maupun non teknik keperawatan.

Selanjutnya dianalisis pula pengaruh karakteristik terhadap intensitas harapan pada kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa.

5.4.3 Pengaruh Karakteristik Pasien Terhadap Intensitas Harapan; Penilaian dan Kepuasan pada Kinerja Perawat dalam 10 (sepuluh) Dimensi Kualitas Pelayanan Jasa

Untuk menguji pengaruh karakteristik pasien terhadap intensitas harapan terhadap 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa, dianalisis dengan teknik regresi logistik ganda. Intensitas harapan dikelompokkan dalam 2 (dua) kelompok yaitu berharap ($>$ -rerata) dan kurang berharap ($<$ -rerata). Diperoleh hasil ternyata hanya kelas perawatan yang berpengaruh terhadap intensitas harapan pada 10 dimensi kualitas pelayanan jasa ($B = -2,39$ dan $p = 0,0002$); dengan *reference group* adalah rumah sakit dengan tarif yang lebih mahal yaitu RSABE. Mereka yang dirawat di rumah sakit dengan tarif yang lebih murah (RSUD) cenderung kurang mengharapkan 10 dimensi kualitas pelayanan jasa.

Selanjutnya dianalisis pengaruh karakteristik terhadap intensitas kenyataan kinerja perawat yang dirasakan pasien

Tabel 5.13 Pengaruh karakteristik pasien terhadap intensitas kenyataan kinerja perawat dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa (n=112)

No.	Karakteristik Pasien	B	p
1.	Lama sakit (lebih dari 1 tahun) Ref. Group : Kurang 1 tahun	-1,187	0,02
2.	Kelas perawatan (dengan tarif lebih murah) Ref. Group : tarif lebih mahal	3,30	0,0001

Tabel 5.13 tersebut di atas memberikan gambaran bahwa mereka yang sudah sakit lebih dari 1 tahun cenderung menilai 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa perawat kurang sesuai harapan. Mereka yang dirawat pada kelas dengan tarif yang lebih murah cenderung menilai 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan perawat sudah sesuai harapannya. Untuk pengaruh karakteristik terhadap kepuasan digambarkan pada tabel 5.14

Tabel 5.14 Pengaruh karakteristik pasien terhadap intensitas kepuasan pada kinerja perawat dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa (n=112)

No.	Karakteristik Pasien	B	p
1.	Status kawin (1) Ref. Group : kawin	1,749	0,05
2.	Lama sakit (1) Ref. group : <1 tahun	-1,85	0,0008
3.	Kelas perawatan (1) Ref. Group : RSAD	3,69	0,0001

Membaca tabel di atas dapat diketahui bahwa mereka yang tidak kawin memiliki kepuasan yang berbeda dengan yang kawin. Mereka yang tidak kawin cenderung lebih puas dengan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Mereka yang lama sakitnya lebih dari 1 (satu) tahun, cenderung kurang puas dengan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa namun mereka yang dirawat di rumah sakit dengan tarif yang lebih murah (RSUD) cenderung lebih puas dengan 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Dapat disimpulkan bahwa semakin lama sakit pasien, maka mereka cenderung semakin berharap kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Mempelajari hasil tersebut dan dengan memperhatikan kecenderungan semakin meningkatnya penyakit kronis atau penyakit menahun (adanya transisi epidemiologi dan transisi demografi di seluruh dunia maupun di Indonesia) maka nampaknya di masa yang akan datang kebutuhan terhadap kinerja perawat dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa menjadi semakin besar.

Selanjutnya disampaikan pula deskripsi kepuasan pasien dan dimensi yang dominan yang mewarnai kinerja perawat saat ini.

5.5 Pengaruh Kondisi Psikologis Pasien Terhadap Intensitas Harapan; Penilaian dan Kepuasan pada Kinerja Perawat dalam 10 (sepuluh) Dimensi Kualitas Pelayanan Jasa

Pengaruh kondisi psikologis terhadap harapan, penilaian pada kenyataan kinerja perawat yang dirasakan dan terhadap kepuasan dianalisis dengan menggunakan teknik regresi logistik ganda. Diperoleh hasil bahwa kondisi psikologis pasien tidak berpengaruh terhadap harapan. Kondisi psikologis dalam hal ini *anxiety* atau kecemasan berpengaruh

terhadap penilaian pasien pada kenyataan kinerja perawat yang dirasakan. Pasien yang tidak cemas sampai cemas ringan memiliki penilaian yang berbeda dengan pasien yang cemas ($B = -0,89$, $p = 0,15$ dengan *ref. group* adalah pasien dengan cemas). Pasien yang tidak cemas sampai cemas ringan cenderung menilai kenyataan yang dirasakan kurang sesuai harapannya.

Demikian pula terhadap kepuasan, ternyata kecemasan berpengaruh terhadap kepuasan. Mereka yang tidak cemas sampai cemas ringan cenderung kurang puas dengan kinerja perawat.

Hal ini nampaknya sesuai dengan yang dikatakan oleh Byrne et al., (1997) dan Hansagi, et al., (1992) yang mengatakan pasien yang tidak cemas cenderung lebih mudah untuk menyatakan perasaannya dan mereka lebih mungkin untuk memilih (karenanya mereka tidak mudah puas).

Hasil ini sesuai dengan penelitian-penelitian terdahulu, bahkan telah dilaporkan pula bahwa intervensi yang diterapkan untuk mengelola emosi pasien dapat mempengaruhi hasil yang berhubungan dengan kesehatan, seperti kepuasan, pemenuhan kebutuhan serta penyesuaian intervensi terapeutik dan hasil terapi (Martelli et al., 1987; Auerbach, 1977; Auerbach, 1976 dalam Belanger dan Dune, 1996). Selanjutnya berdasarkan hasil penelitiannya Belanger dan Dune mengatakan bahwa pola korelasi antara emosi (rasa cemas) dan kepuasan menunjukkan bahwa penyesuaian yang tepat antara intervensi dengan tingkat emosi pasien dapat menimbulkan kepuasan pasien tentang pelayanan yang diterimanya di rumah sakit (Belanger and Dune, 1996).

Karenanya kemampuan perawat untuk memahami emosi atau kondisi psikologis pasien menjadi sangat penting.

5.6 Deskripsi Kepuasan Pasien dan Dimensi Dominan yang Mewarnai Kinerja Perawat Saat Ini

Penilaian pada dasarnya adalah suatu interpretasi terhadap sesuatu objek. Penilaian dapat dilakukan dengan menggunakan dua jenis indikator, yaitu : (1) indikator objektif dan (2) indikator subyektif.

Penilaian terhadap kenyataan yang dirasakan, demikian juga kepuasan yang dirasakan pasien terhadap pelaksanaan tindakan keperawatan di rumah sakit adalah sesuatu yang bersifat subyektif. Dalam penelitian ini penilaian terhadap kenyataan kinerja yang diterima pasien demikian juga penilaian pada kepuasannya menggunakan indikator subyektif yaitu dengan menggunakan "pernyataan" pasien

Kepuasan adalah perasaan atau keadaan seseorang yang telah mengalami suatu tindakan sesuai pengharapannya (Sitalaha, 1990, Kotler 1994). Kepuasan adalah suatu persepsi, karenanya alat ukur yang paling tepat adalah "pernyataan" orang yang bersangkutan tentang kepuasannya.

Kepuasan pasien dianalisis secara umum pada 112 responden. Selanjutnya dianalisis pula kepuasan pasien berdasarkan harapan dominannya. Informasi tentang hal ini disajikan pada tabel 5.15 dan tabel 5.16. Pada tabel 5.15 dapat diketahui bahwa penilaian dan kepuasan pasien terhadap kinerja perawat lebih besar pada dimensi teknik keperawatan

Tabel 5.15 Penilaian dan kepuasan pasien rawat inap kasus kronis terhadap kinerja perawat berdasarkan dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan di rumah sakit, tahun 1999 (n=112)

Kenyataan dan Kepuasan dalam Dimensi Teknik Keperawatan	Tanpa Membedakan Harapan Dominan		
	Rerata	Simpang Baku (Sd)	Range
Penilaian Kinerja (Kenyataan) dalam dimensi teknik keperawatan (n=111)	4,25	0,69	3,02 - 5,44
Kepuasan dalam dimensi teknik keperawatan (n=111)	4,54	0,77	3,07 - 5,68

Kenyataan dan Kepuasan dalam Dimensi Non Teknik Keperawatan	Rerata	Simpang Baku (Sd)	Range
Penilaian kinerja (kenyataan) dalam dimensi non teknik keperawatan (n=112)	4,11	0,53	3,30 - 5,09
Kepuasan dalam dimensi non teknik keperawatan (n=112)	4,43	0,62	3,23 - 5,47

Keterangan : a. Untuk penilaian terhadap kenyataan, <3 tidak sesuai harapan, 3-4 biasa saja (agak sesuai harapan), 4-5 sesuai harapan, 5-6 sangat sesuai harapan, 6 amat sangat sesuai harapan
 b. Untuk kepuasan, <3 tidak puas, 3-4 biasa saja (agak puas), 4-5 puas, 5-6 sangat puas, 6 amat sangat puas

Pada table 5.15 hal lain yang dapat dipelajari bahwa ternyata tingkat kepuasan pasien selalu lebih tinggi bila dibandingkan dengan penilaiannya terhadap kenyataan yang dirasakan. Nampaknya dalam bidang pelayanan kesehatan adanya unsur "pasrah" dan "nerimo" mempengaruhi hal ini. Di samping itu, teori *cognition gap* dari Inguanzo (1992) juga dapat menjelaskan hal ini. Dikatakan bahwa persepsi pelanggan (pasien) tentang kualitas (*perceptions*) berkorelasi dengan harapan pasien (*expectation*), namun terdapat gap atau celah antara kepuasan (*satisfaction*) dan persepsi (*perceptions*). Hal ini dapat dirumuskan menjadi 4 bagian (Inguanzo, 1992) :

1. Apabila pasien mempunyai tingkat harapan yang rendah, dan harapan ini dapat terpenuhi, pasien akan merasa puas terhadap pelayanan yang didapatkan, tapi akan terus berpersepsi rendah terhadap rumah sakit tersebut
2. Apabila pasien mempunyai tingkat harapan yang tinggi, dan harapan ini dapat terpenuhi semua, pasien tersebut akan merasa puas terhadap pelayanan yang didapatkan, dan akan meningkatkan persepsi terhadap rumah sakit tersebut.
3. Apabila pasien mempunyai tingkat harapan yang tinggi, dan harapan tersebut tidak dapat terpenuhi, maka pasien akan meninggalkan rumah sakit dengan kecewa dan akan terus mempunyai persepsi yang rendah terhadap rumah sakit tersebut
4. Apabila pasien mempunyai tingkat harapan rendah yang berlebihan, pasien akan merasa puas dan mempunyai persepsi yang amat baik terhadap rumah sakit tersebut

Valarie, (1996) mengatakan bahwa setiap pelanggan (*customer*) memiliki tipe harapan yang berbeda untuk suatu pelayanan (*service*). Dikatakan pula bahwa pelanggan memiliki 2 level harapan terhadap pelayanan meliputi :

1. *Desired service* didefinisikan sebagai tingkat dari pelayanan (*service*) yang diharapkan diterima oleh pelanggan (*the "wished for" level of performance*).
2. *Adequate service* (harapan pada level standar yang lebih rendah) yaitu *minimum tolerable expectation*, pelayanan yang dipercayai pelanggan akan diterima sesuai pengalamannya (*on the basis of experience*). Level harapan ini cenderung mudah berubah tergantung pengalaman seseorang
3. Diuraikan pula bahwa di antara *desired* dan *adequate service* ada *zone of tolerance*. *Zone of tolerance* adalah area di mana pelanggan mau menerima variasi pelayanan yang diberikan

Batas standar harapan digambarkan pada gambar 5.1 di bawah

Desire Service

Zone of tolerance

Adequate service

Gambar 5.1 *Dual customer expectation level.*

Sumber: Valarie and Bitner, 1996

Dikatakan adanya tingkat harapan pelanggan ini yang menyebabkan 2 organisasi yang sama namun dengan tingkat pelayanan yang jauh berbeda tetap dapat memuaskan pelanggannya. Bila pelayanan yang diberikan di bawah *adequate service* (di bawah tingkat minimum yang dipertimbangkan dapat diterima oleh pasien), maka pasien akan frustrasi dan kepuasannya terhadap organisasi rendah (*undermined*). Bila pelayanan yang diberikan di luar *zone of tolerance*, yaitu pada batas atas, di mana kinerja yang diberikan melampaui pelayanan yang diharapkan pasien (*exceed desired service*) maka pasien akan sangat senang dan puas. Dengan demikian dapat diketahui bahwa harapan merupakan *range (range of level)* bukan *single level*. Semakin lebar *zone of tolerance* semakin mudah puas dengan pelayanan yang diberikan. Dikatakan pula bahwa level harapan tersebut dipengaruhi oleh situasi dan karakteristik pasien.

Selanjutnya dideskripsikan pula penilaian dan kepuasan pasien dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan berdasarkan harapan dominan pasien. Dari 112 responden, sebanyak 74 responden lebih dominan mengharapkan dimensi

teknik keperawatan dan 35 responden lebih dominan mengharapkan dimensi non teknik keperawatan, dan sisanya sama. Dari 74 responden tersebut dihitung rerata kepuasannya hanya terhadap dimensi teknik keperawatan dan 35 responden dihitung rerata kepuasannya hanya terhadap dimensi non teknik keperawatan. Diperoleh hasil seperti pada tabel 5.16.

Tabel 5.16 Penilaian dan kepuasan pasien rawat inap kasus kronis terhadap kinerja perawat berdasarkan harapan dominan di rumah sakit, tahun 1999 (n=77 dan 35)

Kenyataan dan Kepuasan Responden dalam Dimensi Teknik Keperawatan	Berdasarkan Harapan Dominan		
	Rerata	Simpang Baku (Sd)	Range
Penilaian Kinerja (Kenyataan) dalam dimensi teknik keperawatan (n=74)	4,26	0,69	3,02 - 5,44
Kepuasan dalam dimensi teknik keperawatan (n=74)	4,54	0,77	3,41 - 5,68
Kenyataan dan Kepuasan Responden dalam Dimensi Non Teknik Keperawatan	Rerata	Simpang Baku (Sd)	Range
Penilaian kinerja (kenyataan) dalam dimensi non teknik keperawatan (n=35)	3,79	0,40	3,30 - 4,69
Kepuasan dalam dimensi non teknik keperawatan (n=35)	4,02	0,51	3,23 - 5,25

Keterangan : a. Untuk penilaian terhadap kenyataan : <3= tidak sesuai harapan, 3-<4 biasa saja (agak sesuai harapan), 4-<5 sesuai harapan; 5-<6 sangat sesuai harapan; 6=amat sangat sesuai harapan

b. Untuk kepuasan : <3 tidak puas; 3-<4 biasa saja (agak puas), 4-<5 puas; 5-<6 sangatpuas. 6=amat sangat puas

Informasi yang dapat diperoleh dari tabel 5.15 dan 5.16 di atas adalah,

1. Bahwa rerata penilaian pasien terhadap kinerja perawat dan kepuasan dalam dimensi teknik keperawatan lebih besar bila dibandingkan dengan dimensi non teknik keperawatan

Dengan membaca nilai rata-rata pada tabel 5.15 dan 5.16 dapat diketahui bahwa kepuasan pasien dalam dimensi teknik keperawatan maupun non teknik keperawatan hanya sampai tingkat puas. Sedangkan rerata harapan untuk kedua dimensi, sampai pada tingkat sangat berharap (sesuai tabel 5.3 dan 5.5). Ini menunjukkan bahwa kinerja perawat belum dapat memuaskan pasien

2. Rerata kepuasan dimensi teknik keperawatan (4,54) yang relatif lebih besar dibandingkan rerata dimensi non teknik keperawatan (4,43) secara tidak langsung menunjukkan bahwa sampai saat ini rumah sakit masih memprioritaskan pelayanan pada dimensi teknik keperawatan. Dengan perkataan lain bahwa saat ini kinerja perawat lebih diwarnai oleh dimensi teknik keperawatan. Padahal harapan pasien terhadap dimensi non teknik keperawatan secara kualitas justru lebih besar (tabel 5.2).

3. Dengan mempelajari tabel 5.15 di mana rerata penilaian dan kepuasan pasien berdasarkan harapan dominannya lebih besar pada dimensi teknik keperawatan dari pada dimensi non teknik keperawatan, memperkuat fakta bahwa dimensi non teknik keperawatan yang seharusnya lebih banyak dilakukan perawat ternyata kurang mendapat prioritas

Deskripsi intensitas kepuasan pasien berdasarkan jenis harapan dominannya, dipaparkan pada tabel 5.17 dan 5.18. Untuk mengingatkan kembali, bahwa sebanyak 74

responden (66,1%) cenderung lebih mengharapkan dimensi teknik keperawatan dengan rerata harapan = 5,09. Sisanya sebanyak 35 responden (31,3%) dominan mengharapkan dimensi non teknik keperawatan dengan rerata harapan = 5,24 (sesuai tabel 5.2). Pada tabel 5.17 dideskripsikan intensitas kepuasan 74 responden yang lebih dominan mengharapkan dimensi teknik keperawatan, sedangkan pada tabel 5.18, dideskripsikan intensitas kepuasan 35 responden yang lebih dominan mengharapkan dimensi non teknik keperawatan.

Tabel 5.17 Deskripsi kepuasan dari pasien yang dominan mengharapkan dimensi teknik keperawatan di rumah sakit, tahun 1999 (n=77)

Intensitas Harapan Dimensi Teknik Keperawatan	Intensitas Kepuasan		Total
	Sangat puas	Kurang puas	
Sangat berharap	21 (52,5%)	19 (47,5%)	40 (54,1%)
Kurang berharap	31 (91,2%)	3 (8,8%)	34 (45,9%)
Total	52 (70,3%)	22 (29,7%)	74 (100%)

Secara deskriptif tampak bahwa pasien sudah merasa sangat puas terhadap dimensi teknik keperawatan (70,3%), meskipun masih ada yang merasa kurang puas (29,7%). Lebih rinci dapat diketahui bahwa mereka yang sangat puas dari kelompok yang sangat berharap jauh lebih kecil (52,5%) bila dibandingkan dengan yang merasa sangat puas dari kelompok yang kurang berharap (91,2%). Dengan demikian dapat diartikan bahwa saat ini justru mereka yang kurang berharap yang merasa sangat puas sedangkan yang sangat berharap justru masih banyak yang kurang puas.

Dengan demikian dapat ditarik kesimpulan bahwa pelayanan teknik keperawatan yang diberikan perawat nampaknya belum memuaskan pasien

Dengan menggunakan uji χ^2 terbukti bahwa terdapat perbedaan yang bermakna ($p < 0,0001$) antara pasien yang merasa puas dan memang sangat berharap, dibandingkan dengan pasien yang merasa puas namun kurang berharap. Pasien yang sangat berharap cenderung merasa kurang puas. Mempelajari informasi tersebut, memperkuat kesimpulan bahwa kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan belum dapat memenuhi harapan sebagian besar pasien rawat inap di rumah sakit. Selanjutnya untuk mempelajari kepuasan pasien berdasarkan harapan dominannya terhadap kinerja perawat dalam dimensi non teknik keperawatan dapat dipelajari pada tabel 5.18 di bawah

Tabel 5.18 Deskripsi kepuasan dari pasien yang dominan mengharapkan dimensi non teknik keperawatan di rumah sakit, tahun 1999 (n=35)

Intensitas Harapan dalam Dimensi Non Teknik Keperawatan	Kepuasan Dimensi Non Teknik Keperawatan		Total
	Puas	Kurang puas	
Sangat berharap	1 (4,2%)	23 (95,8%)	24 (85%)
Kurang berharap	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (15%)
Total	7 (20%)	28 (80%)	35 (100%)

Keterangan:

- Harapan: (1) Sangat berharap - di atas atau sama dengan rerata ($\bar{x} = 5,0594$), (2) kurang berharap - di bawah rerata ($\bar{x} = 5,0594$) (Berdasarkan tabel 5.1)
- Kepuasan: (1) Puas - di atas atau sama dengan rerata ($\bar{x} = 4,4330$), (2) kurang puas - di bawah rerata ($\bar{x} = 4,4330$) (Berdasarkan tabel 5.2)

Tabel 5.18 di atas dapat memberikan informasi, bahwa sebagian besar pasien yang dominan berharap dimensi non teknik keperawatan merasa kurang puas (80%). Sebagian besar (95,8%) pasien yang sangat berharap dimensi non teknik keperawatan merasa kurang puas. Pasien yang kurang berharap cenderung puas (54,5%).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pasien yang cenderung puas adalah pasien yang kurang berharap. Sedangkan yang sangat berharap justru sebagian besar kurang puas.

Dengan uji *Fisher's Exact* diperoleh hasil, ternyata terdapat perbedaan yang bermakna ($p < 0,002$) antara pasien yang merasa puas dan memang sangat berharap, dibandingkan dengan yang merasa puas namun kurang berharap. Nampak bahwa yang sangat berharap lebih banyak merasa kurang puas. Dengan demikian temuan ini semakin memperkuat pemikiran tentang pentingnya dimensi non teknik keperawatan bagi pasien.

Penelitian ini juga telah berhasil merumuskan beberapa sub variabel (aspek) yang berkaitan dengan kinerja perawat dalam dimensi non teknik keperawatan yang tidak memuaskan pasien di rumah sakit. Sub variabel (aspek) tersebut antara lain adalah (1) kedekatan perawat dengan pasien (rerata = 3,84); (2) penjelasan tentang peraturan rumah sakit (rerata = 3,91), (3) perhatian terhadap reaksi psikologis pasien (rerata 3,95). Sedangkan sub variabel (aspek) pada dimensi non teknik keperawatan perawat yang memberikan kepuasan pada pasien adalah (1) kemampuan perawat berperan sebagai mediator antara pasien dengan dokter (rerata = 5,18), (2) kemudahan ditemui (rerata 5,10); (3) perawat bertindak dengan pasti (rerata = 5,01).

Setelah diketahui penilaian dan kepuasan pasien terhadap kinerja perawat dalam dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan, pada bahasan selanjutnya disajikan informasi tentang penilaian pasien terhadap kinerja perawat dan kepuasan berdasarkan 10 dimensi kualitas pelayanan jasa. Tabel 5.19 dan 5.20 memberikan gambaran tentang hal tersebut.

Tabel 5.19 Deskripsi penilaian pasien terhadap kinerja perawat yang diterima berdasarkan sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa di rumah sakit, tahun 1999, (n=112) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)

Dimensi Kualitas Pelayanan Jasa	Penilaian Pasien			Urutan Nilai
	Rerata	Simpang baku	Range	
1 <i>Competence</i>	4,57	0,72	2,91 - 6,00	1
2 <i>Courtesy</i>	4,46	0,77	2,64 - 5,80	2
3 <i>Access</i>	4,33	1,06	2,70 - 6,00	3
4 <i>Reliability</i>	4,26	0,79	3,33 - 4,83	4
5 <i>Credibility</i>	4,25	0,83	2,70 - 6,00	5
6 <i>Security</i>	4,24	0,68	3,15 - 5,50	6
7 <i>Understanding the customer</i>	4,04	0,82	2,64 - 5,60	7
8 <i>Tangibility</i>	4,07	0,39	3,00 - 5,25	8
9 <i>Responsiveness</i>	3,94	0,63	2,70 - 5,40	9
10 <i>Communication</i>	3,75	0,94	2,52 - 5,30	10

Keterangan: Nilai rerata: 3 tidak sesuai harapan, 4 - 4 biasa saja (agak sesuai harapan), 4 - 5 sesuai harapan, 5 - 6 sangat sesuai harapan, 6 amat sangat sesuai harapan

Pada tabel 5.19 dapat dipelajari bahwa penilaian terhadap dimensi *competence* yang tertinggi, sedangkan yang terendah adalah pada dimensi komunikasi *communication*, di mana bila ditinjau dari 5 (lima) dimensi kualitas pelayanan jasa, dimensi komunikasi termasuk dalam dimensi *empathy*. Dengan demikian dapat diartikan bahwa dimensi komunikasi atau *empathy* perawat merupakan masalah bagi pasien.

Dideskripsikan pula kepuasan pasien terhadap 10 dimensi kualitas pelayanan jasa perawat (tabel 5.20)

Tabel 5.20 Deskripsi kepuasan pasien terhadap kinerja perawat berdasarkan sepuluh dimensi kualitas pelayanan jasa di rumah sakit, tahun 1999 (n=112) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)

	Dimensi Kualitas Pelayanan Jasa	Kepuasan			Urutan Kepuasan
		Rerata	Simpang baku	Range	
1	<i>Reliability</i>	4,87	0,37	4,00 - 5,80	1
2	<i>Tangibles</i>	4,83	0,43	3,60 - 6,00	2
3	<i>Competence</i>	4,66	0,81	2,91 - 6,00	3
4	<i>Courtesy</i>	4,61	0,88	2,40 - 6,00	4
5	<i>Access</i>	4,53	1,01	2,70 - 6,00	5
6	<i>Security</i>	4,44	0,68	3,15 - 5,75	6
7	<i>Credibility</i>	4,39	0,91	2,70 - 5,75	7
8	<i>Understanding the customer</i>	4,34	1,05	2,40 - 5,80	8
9	<i>Responsiveness</i>	4,27	0,86	2,70 - 6,00	9
10	<i>Communications</i>	4,11	0,97	2,52 - 5,60	10

Keterangan: Nilai rerata < 3 tidak puas, 3-4 bisa saja (agak puas), 4-5 puas, 5-6 sangat puas, 6 amat sangat puas

Berdasarkan tabel 5.20 dapat diperoleh informasi, bahwa kepuasan pasien yang tertinggi adalah pada dimensi *reliability*, sedangkan yang terendah adalah dimensi komunikasi. Ini menunjukkan bahwa perawat lebih memfokuskan kinerjanya dalam dimensi *reliability* maupun *competence* (*competence* sebagai komponen dari dimensi *assurance*), sedangkan aspek *responsiveness*, *communication* maupun *understanding the customer* (dua dimensi terakhir merupakan komponen dimensi *empathy*) kurang mendapat perhatian perawat.

Hasil ini nampaknya sesuai dengan yang ditulis oleh Fosbinder (1994) bahwa apabila pasien ditanya tentang apa yang terjadi ketika mereka dirawat oleh perawat, maka kemampuan komunikasi interpersonal (*Interpersonal Competence*) menjadi bahan komentar yang utama, bukan apa yang perawat kerjakan. Dan ternyata secara empirik, pada penelitian ini juga didapatkan bahwa ternyata dimensi komunikasi kurang mendapat perhatian dari perawat.

Hasil ini sesuai dengan yang dilaporkan oleh Byrne et al, (1997) dalam penelitiannya yang berjudul *Anxiety in the accident and emergency department* yang dilakukan pada tahun 1996 bahwa aspek komunikasi adalah yang paling tidak memuaskan pasien. Dilaporkan pula bahwa komunikasi yang tidak baik antara perawat dengan pasien dapat menjadi penyebab meningkatnya kecemasan pada pasien. Woolley mengatakan bahwa komunikasi adalah salah satu determinan kepuasan pasien dan komunikasi yang baik akan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap perawatan medik atau teknik keperawatan (Thompson & Pledger, 1993). Selanjutnya dikatakan pula oleh Thompson dan Pledger (1993), bahwa komunikasi yang baik akan membuat pasien lebih siap untuk menghadapi terapi yang harus dijalankan dengan demikian akan dapat didapatkan hasil pengobatan yang lebih baik.

Hal lain yang dapat dipelajari dari tabel 5.19 dan 5.20 tampak bahwa nilai rerata kepuasan pasien terhadap kinerja perawat dalam 10 dimensi kualitas pelayanan jasa selalu lebih tinggi bila dibandingkan dengan rerata penilaiannya terhadap kenyataan yang dirasakan. Beberapa kemungkinan yang mendukung hal ini adalah : (1) bahwa pasien cenderung merasa relatif puas bila dia sudah mengenal rumah sakit yang ditempatinya meskipun tidak semua persepsinya atau harapannya terpenuhi (Inguanzo, 1992); (2) level

harapan pasien kemungkinan rendah, karenanya relatif lebih mudah puas namun akan memiliki persepsi yang rendah terhadap rumah sakit (Inguanzo, 1992 dan Valarie, 1996); (3) *zone of tolerance* dari harapan pasien cukup lebar (Valarie, 1996). Hal ini juga dapat dijelaskan dengan teori *cogniton gap* dari Inguanzo (1992) dan teori tentang *customer expectation level* (Valarie, 1996). Inguanzo, 1992 dalam artikelnya yang berjudul *Taking a serious look at patient expectation*, mengatakan bahwa ada 4 gap antara harapan dengan persepsi terhadap rumah sakit yaitu :

- (a) Apabila pasien mempunyai tingkat harapan yang rendah, dan harapan ini dapat terpenuhi, pasien akan merasa puas terhadap pelayanan yang didapatkan, tapi akan terus berpersepsi rendah terhadap rumah sakit tersebut.
- (b) Apabila pasien mempunyai tingkat harapan yang tinggi, dan harapan ini dapat terpenuhi semua, pasien tersebut akan merasa puas terhadap pelayanan yang didapatkan, dan akan meningkatkan persepsi terhadap rumah sakit tersebut.
- (c) Apabila pasien mempunyai tingkat harapan yang tinggi, dan harapan tersebut tidak dapat terpenuhi, maka pasien akan meninggalkan rumah sakit dengan kecewa dan akan terus mempunyai persepsi yang rendah terhadap rumah sakit tersebut.
- (d) Apabila pasien mempunyai tingkat harapan yang terlampau rendah dan yang diherikan melampaui harapan tersebut, pasien akan merasa puas dan mempunyai persepsi yang amat baik terhadap rumah sakit tersebut

Sedangkan Valarie dalam bukunya yang berjudul *Service marketing*, 1996 menguraikan bahwa harapan pelanggan terhadap pelayanan (*service*) merupakan suatu level (bukan *single level*) yang terdiri dari (1) *desired services* (kuantitas) dan (2) *adequate service* (intensitas). Dikatakan pula di antara *desired* dan *adequate service*

terdapat *zone of tolerance*. Semakin lebar *zone* tersebut, maka pelanggan cenderung semakin mudah merasa puas. Lebar atau sempitnya *zone* dipengaruhi oleh situasi saat itu dan karakteristik landan pelanggan.

Dalam penelitian ini diperoleh hasil, meskipun penilaian terhadap kenyataan yang diterima pasien adalah pada level "sesuai harapan" namun rerata kepuasan mencapai "sangat memuaskan" dengan demikian kepuasan satu tingkat lebih tinggi dari penilaian (kenyataan yang dirasakan). Dalam hal ini situasi yang mendukung adalah kemungkinan karena dalam menerima pelayanan kesehatan ada unsur "pasrah" dari pasien, harapan pasien tidak terlalu tinggi, di samping persepsi pasien tentang kualitas pelayanan oleh perawat kemungkinan juga tidak terlalu tinggi (tabel 5.17 dan 5.18).

Selanjutnya sub variabel (aspek) yang terdapat pada dimensi *reliability*, sebagai dimensi kualitas pelayanan jasa yang paling memuaskan pasien, digambarkan pada tabel 5.21.

Tabel 5.21 Deskripsi urutan kepuasan pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit pada variabel dimensi *reliability*, tahun 1999 (n = 112) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)

Dimensi <i>Reliability</i> : (Kemampuan memenuhi janji)	Rerata	Simpang Baku (Sd)	Urutan Kepuasan :
1. Perawat menangani tepat waktu khususnya saat melakukan kegiatan teknik keperawatan (meskipun sedang tidur, namun bila jadwal suntik, maka pasien ditangunkan).	5,06	0,5620	1

Lanjutan tabel 5.21

Dimensi <i>Reliability</i> : (Kemampuan memenuhi janji)	Rerata	Simpang Baku (Sd)	Urutan Kepuasan
2. Perawat selalu menepati janjinya dan akan memberi pengganti untuk memenuhi janjinya pada saudara, bila perawat tersebut berhalangan (perawat "Ani" janji menjemput saudara untuk foto pk. 09.00 WIB, maka dia datang tepat pukul 09.00. Namun bila si "Ani" tidak bisa datang, maka akan datang si "Ana" sebagai pengganti si "Ani")	5,00	0,74	2
3. Perawat menangani tepat waktu khususnya saat melakukan kegiatan non teknik keperawatan (meskipun sedang tidur, namun bila jadwal mandi atau makan pasien dibangunkan).	4,89	0,72	3
4. Perawat selalu memberi informasi termasuk saat si perawat tidak memenuhi janjinya.	4,89	0,56	4
5. Perawat menjalankan peraturan jam bezoek dengan ketat (misalnya jam bezoek pk. 16.30 - 17.30 WIB, maka bila di luar jam tersebut tidak boleh ada orang luar yang mengunjungi pasien).	4,86	0,46	5
6. Perawat melakukan tindakan sesuai prosedur yang ditetapkan.	4,50	0,93	6

Tabel 5.22 adalah uraian dari tabel 5.21. Informasi yang dapat diperoleh dari tabel 5.21 di atas bahwa dimensi *reliability* perawat, khususnya dalam hal ketepatan ataupun keteraturan waktu pelaksanaan kegiatan teknik keperawatan sudah memuaskan pasien, sedangkan yang paling kurang memuaskan pasien adalah pada variabel penerapan prosedur perawatan. Rendahnya kepuasan pada prosedur perawatan kemungkinan karena pasien kurang memahami prosedur yang sebenarnya, sehingga yang dinilai di sini adalah

berkaitan dengan proses yang dirasakan. Fosbinder (1994) mengatakan bahwa apabila pasien ditanya tentang apa yang terjadi ketika mereka dirawat oleh perawat, maka yang menjadi bahan komentar yang utama adalah komunikasi interpersonal perawat, bukan apa yang dikerjakan oleh perawat. Berdasarkan tabel 5.21 maka diperoleh informasi bahwa dimensi *communication* adalah yang paling tidak memuaskan pasien. Pada tabel 5.22 dijabarkan secara lebih rinci sub variabel dari dimensi *communications* yang kurang memuaskan pasien

Tabel 5.22 Deskripsi urutan variabel dimensi *communication* yang kurang memuaskan pasien rawat inap kasus kronis di rumah sakit pada tahun 1999 (n=112) (disusun berdasarkan besar nilai rerata)

Dimensi <i>Communications</i> : (berkomunikasi; memberikan informasi pada pasien dengan bahasa yang dimengerti pasien)	Rerata	Simpang Baku (Sd)	Urutan Ketidakpuasan
1. Perawat memberi informasi jelas dan lengkap tentang segala hal atau segala tindakan keperawatan yang sedang dilakukan oleh perawat terhadap pasien	4,4036	0,9541	1
2. Perawat memberi informasi tentang hal-hal yg. boleh maupun yg. tidak boleh dilakukan bila pasien diijinkan pulang	4,2339	1,4682	2
3. Perawat selalu memberi informasi tentang hal-hal yang boleh ataupun yang tidak boleh dilakukan sehubungan dengan penyakit pasien, misalnya tidak boleh makan makanan berlemak, harus santai, banyak istirahat dan sering jalan-jalan atau bergerak	4,2304	1,5951	3
4. Perawat juga memberi penjelasan tentang akibat-akibat yg. mungkin terjadi bila tidak mematuhi aturan pengobatan, misalnya akibat bila tidak teratur minum obat atau bila terlalu banyak berbaring	4,1929	1,4923	4

Lanjutan tabel 5.22

Dimensi <i>Communication</i> : (berkomunikasi; memberikan informasi pada pasien dengan bahasa yang dimengerti pasien)	Rerata	Simpang Baku (Sd)	Urutan Ketidakepuasan
5. Perawat memberi informasi jelas dan lengkap tentang segala hal atau segala tindakan teknik keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat terhadap pasien	4.0821	1.1388	5
6. Perawat memberikan penjelasan tentang segala peraturan RS, khususnya tentang penggunaan fasilitas RS	4.0179	1.0568	6
7. Perawat selalu memberi informasi tentang hasil tindakan teknik keperawatan yang dilakukannya	4.0071	1.6121	7
8. Perawat mengajak pasien untuk merencanakan dan sekaligus memutuskan segala tindakan yang dilakukan dokter atau perawat terhadapnya	3.9964	1.4430	8
9. Perawat memberi informasi tentang perawatan atau pemeriksaan lanjutan	3.9875	1.3842	9
10. Perawat memberikan penjelasan tentang segala peraturan RS, khususnya aspek administrasi	3.9125	0.9943	10

Keterangan * = urutan dari yang paling tidak memuaskan (10) sampai yang paling memuaskan (1) untuk dimensi *communications*

Kesimpulan yang dapat diperoleh dari tabel 5.22 di atas, bahwa nampaknya perawat kurang memberikan informasi kepada pasien tentang segala hal yang akan dialami oleh pasien, tentang hal yang boleh ataupun tak boleh dilakukan pasien selama di rumah sakit maupun setelah pulang. Rendahnya kepuasan pasien terhadap kinerja perawat dalam hal mengajak pasien merencanakan dan memutuskan tindakan yang akan dialami pasien, memberikan gambaran bahwa perawat kurang melibatkan pasien.

5.7 Kendala Penelitian

Penelitian dengan menggunakan rancangan uji coba (eksperimen) yang dilaksanakan pada subyek manusia memang sangat sulit untuk dilakukan, apalagi pada orang sakit. Karenanya ada beberapa kelemahan dalam penelitian ini, antara lain:

1. Dalam hal cara pengambilan sampel (pasien). Pengambilan sampel dengan cara sampel terpisah (*separated sample*). Hal ini memang tidak dapat dihindarkan karena waktu untuk penelitian jauh lebih panjang dari pada rata-rata hari perawatan pasien kasus kronis. Rata-rata hari perawatan pasien kasus kronis di rumah sakit yang dipergunakan sebagai tempat penelitian adalah sekitar 2,97 sampai 12,21 hari, padahal selisih waktu antara tahap pertama dengan tahap kedua adalah 6 bulan.
2. Sulit mencari kelompok kontrol. Dalam penelitian ini dipergunakan rancangan *one group pre test post test design* (pra eksperimental, tidak ada kelompok kontrol) Karena kesulitan mencari rumah sakit dengan karakteristik yang relatif sama, karenanya dalam penelitian ini rumah sakit menjadi *confounding factor*.
3. Saat penelitian berlangsung kemungkinan drop out dari responden cukup besar karena kondisi kesehatan responden yang relatif labil, akibatnya waktu penelitian menjadi lebih panjang.
4. Untuk sampel perawat, sulit memisahkan karakteristiknya karena pasien tidak bisa mengingat perawat satu persatu. Pasien hanya tahu bahwa yang menangani mereka adalah perawat yang bertugas. Di samping itu tidak memungkinkan untuk mengubah sistem kerja yang ada di masing-masing ruangan. Sehingga tidak memungkinkan untuk mengupayakan perawat yang menangani pasien selalu perawat yang sama.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dapat disimpulkan beberapa hal yaitu :

1. Secara kuantitas, pasien yang mengharapkan dimensi teknik keperawatan lebih besar dari pada yang berharap non teknik keperawatan
2. Intensitas harapan pasien terhadap dimensi teknik keperawatan ternyata lebih kecil dari pada harapan terhadap dimensi non teknik keperawatan. Nampaknya di masa yang akan datang ada kecenderungan bahwa harapan pasien terhadap pelayanan kesehatan justru di luar kebutuhan dasarnya sebagai pasien
3. Perlakuan (intervensi) perubahan pola kerja perawat untuk memenuhi harapan pasien menunjukkan bahwa: (1) memang benar pasien berharap dimensi non teknik keperawatan, (2) kinerja perawat (yang ditunjukkan dengan kepuasan pasien) akan meningkat bila perawat bertindak sesuai harapan pasien
4. Harapan mempengaruhi kepuasan dan karakteristik pasien memperkuat pengaruh harapan terhadap kepuasan. Karakteristik tersebut meliputi : (1) pendidikan; (2) pengalaman rawat map, (3) lama sakit dan (4) persepsi terhadap kemudahan disembuhkan.
5. Karakteristik yang mempengaruhi jenis harapan pasien adalah: umur; klas perawatan dan jenis kelamin. Pasien yang dirawat di klas dengan tarif yang lebih mahal (menunjukkan status ekonomi yang lebih tinggi) cenderung lebih berharap dimensi

dan teknik keperawatan. Pasien yang berumur di bawah 40 tahun, juga pasien yang berjenis kelamin laki-laki cenderung lebih berharap teknik keperawatan.

6. Intensitas harapan terhadap kinerja perawat dipengaruhi kelas perawatan. Intensitas harapan pasien yang dirawat di kelas perawatan dengan tarif yang lebih murah, cenderung lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang dirawat di kelas perawatan dengan tarif yang lebih mahal. Ini berarti semakin tinggi tingkat ekonomi pasien, harapannya terhadap kinerja perawat semakin tinggi.
7. Pasien yang dirawat di kelas perawatan dengan tarif yang lebih murah cenderung kurang mengharapkan kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa.
8. Kelas perawatan dan lama sakit berpengaruh terhadap penilaian pada kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Pasien yang dirawat di kelas perawatan yang tarifnya lebih murah cenderung menilai kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa sesuai harapannya. Sedangkan pasien yang lama sakitnya sudah lebih dari 1 tahun cenderung menilai kinerja perawat kurang sesuai harapannya.
9. Kelas perawatan, lama sakit dan status perkawinan berpengaruh terhadap kepuasan pasien pada kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Pasien yang dirawat di kelas perawatan yang tarifnya lebih murah, dan pasien yang tidak kawin cenderung merasa lebih puas terhadap kinerja perawat dalam 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa. Sedangkan yang lama sakitnya sudah lebih dari 1 tahun cenderung merasa kurang puas.

10. Diantara 10 (sepuluh) dimensi kualitas pelayanan jasa PZB, dimensi yang paling tidak memuaskan pasien adalah dimensi komunikasi.
11. Harapan pasien tidak dipengaruhi oleh kondisi psikologis. Tetapi kenyataan yang dirasakan dan kepuasan pasien dipengaruhi oleh kondisi psikologisnya. Pasien yang tidak cemas sampai yang cemas ringan, cenderung menilai kinerja perawat kurang sesuai harapannya dan kepuasan yang dirasakanpun cenderung lebih rendah.

6.2 Saran

Menpelajari kesimpulan di atas, maka beberapa hal penting yang dapat disarankan adalah

1. Membaca kesimpulan di atas semakin disadari betapa pentingnya dimensi non teknik keperawatan (*caring roles* perawat) bagi pasien. Tuntutan bagi perawat menjadi semakin berat. Untuk menjalankan profesinya perawat sebagai mitra dokter, dituntut tidak hanya dimensi teknik keperawatan (*technical skills*) tetapi di sisi lain pasien menuntut perawat agar lebih berfokus pada dimensi non teknik keperawatan. Diharapkan kemampuan teknik keperawatan sahng "bergandengan" dengan kemampuan non teknik keperawatan. Ini berarti kemampuan emosional atau kecerdasan emosional (EQ) harus ditatih dan di optimalkan sehingga dapat sejalan dengan kemampuan berfikir (IQ). Salah satu cara merangsang kecerdasan emosi adalah dengan merangsang kreatifitas. Hal ini bisa dilaksanakan dengan memberi tanggung jawab yang lebih besar pada perawat sehingga dalam kondisi tersebut mereka bisa kreatif.

2. Pasien adalah urai nadi kehidupan rumah sakit. Pelayanan berfokus pelanggan menuntut provider (perawat) untuk re-orientasi pemikiran dari yang semula sangat menekankan pada aspek yang berkaitan dengan teknik keperawatan (*high tech*) menjadi lebih meningkatkan perhatian pada non teknik keperawatan (*high touch*). Dan yang semula menganggap pasien adalah beban menjadi menganggap pasien adalah orang yang diharapkan. Dengan demikian di masa yang akan datang perawat mampu bertindak sesuai harapan pasien yaitu dengan *high tech* dan *high touch* untuk selanjutnya esensi *comfort always* juga akan tercapai.
3. Dengan mempelajari struktur mata ajaran pada institusi pendidikan perawat, ternyata memang komposisi mata ajaran dan terutama praktikum antara mata ajaran tentang dimensi teknik keperawatan dengan non teknik keperawatan tidak seimbang. Teori maupun praktek komponen teknik keperawatan sangat mendominasi. Untuk itu disarankan melakukan restrukturisasi mata ajaran di institusi pendidikan perawat, dengan menambah porsi praktikum untuk dimensi non teknik keperawatan.
4. Keterlibatan Indonesia dalam perjanjian multilateral GATT, GATS serta perjanjian regional AFTA dan APEC menimbulkan konsekuensi membawa Indonesia pada sistem perdagangan bebas dunia termasuk untuk bidang jasa kesehatan. Saat itu batas antar negara di dunia hampir tidak ada lagi. Sikap terbaik untuk menghadapinya adalah dengan mengembangkannya melalui peningkatan kualitas. Karenanya peningkatan kualitas perawat dan fokus pelanggan akan dapat menjadikan perawat sebagai *selling point* dari suatu rumah sakit. Institusi pendidikan perawat dan rumah sakit sangat bertanggung jawab untuk ini.
5. Untuk institusi rumah sakit, disarankan agar selalu meningkatkan kemampuan perawat dalam aspek yang berkaitan dengan dimensi non teknik keperawatan dan menanamkan motivasi

pada *"service excellent"*. Sudah saatnya rumah sakit dikelola seperti hotel (*"hotel plus"*, plus fasilitas kesehatan untuk tujuan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif)

6. Disarankan kepada rumah sakit untuk melakukan pengukuran terhadap harapan maupun kepuasan pasien secara terus menerus (*continuously*) selanjutnya hasil pengukuran tersebut diinformasikan pula kepada institusi pendidikan perawat sebagai masukan dalam penyusunan kurikulum maupun proses belajar mengajar
7. Di masa yang akan datang sangat penting bagi rumah sakit memiliki bagian atau unit yang khusus mengukur dan mengevaluasi harapan maupun kepuasan pasien, serta yang menangani keluhan pasien secara terus menerus
8. Di masa yang akan datang dengan semakin meningkatnya pengetahuan masyarakat termasuk pengetahuan tentang penyakit kronis yang dideritanya maka mereka akan bisa menerima kenyataan bahwa penyakitnya memang tidak dapat sembuh namun mereka tetap dapat memelihara dan meningkatkan kualitas hidupnya, tetap dapat melakukan aktivitas. Dengan demikian pasien yang menggunakan rumah sakit tidak lagi mencari kesembuhan, melainkan mencari tempat untuk memperoleh perlindungan, ketenangan, atau istirahat. Diharapkan rumah sakit dapat memfasilitasi kondisi seperti itu, dalam artian hendaknya rumah sakit juga dapat menyediakan fasilitas maupun suasana yang dapat membuat pasien tetap dapat melaksanakan aktivitasnya (pekerjaannya) sesuai batas yang diijinkan. Karenanya sarana komunikasi maupun kesempatan mobilisasi menjadi sangat penting. Perlu dipertimbangkan untuk melengkapi sarana internet atau computer untuk pasien atau pengunjung rumah sakit
9. Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut untuk dapat memahami hal-hal yang membuat pasien puas meskipun harapannya tidak sesuai dengan yang diperoleh. Perlu klarifikasi teori diskrepansi untuk bidang kesehatan, khususnya bidang keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Adi HRW (1994) **Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Tinjauan Dari Segi Manajemen)**. Majalah IRSJAM Ke XXXVI Hal.24-27
- As'ad M. (1991) **Psikologi Industri** Edisi Keempat. Liberty, Jogakarta.
- Belanger, Marie C dan Dube, Laurette (1996) The Emotional Experience of Hospitalization : Its Moderators and Role in patient satisfaction With Foodservices. **Journal of The American Dietetic Association**. Vol. 96 (4).
- Bellows (1961) **Expanding 2nd Health Care Horizons From a General Systems Concept of Health to National Health Policy**.
- Bernardi JH Russell JH.A. (1993) **Human Resource Management. An Experiential Approach**. McGraw-Hill, Inc. New York
- Blum, Henrik, L. (1983) **Expanding Health Care Horizons**. Third Party Publishing Company Oakland, California.
- Boediarso, A W (1997) Peluang dan Peranan Tenaga Madya Penunjuang Medik dan Organisasi Rumah sakit di Era Globalisasi. **Majalah Kedokteran Indonesia**. Volume 47 (7).
- Bowers, MR, Swan, JE and Koehler, WF. (1994) What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery ?. *Health Care Management Review, 1994, 19(14)* Aspen Publishers, Inc.
- Bradford, V (1997) **The total service medical practice. 17 steps to satisfying your internal and external customers**. Chicago. Irwin Professional Publishing.
- Brickhill (1995) ICU for The '90s The Intensive Customer Unit. **J. of Nursing Management**, Januari; 26 (1)
- Bryanton J, Davey HF, Dan Sullivan P. (1994) Women's Perceptions of Nursing Support During labor. **J. Obstet-Gyneco-Neonatal-Nurs**. Oct: Vol. 233 (8).
- Byrne, G, Heyman,R. (1997) Patient Anxiety in the Accident and Emergency Department. **J.of Clinical Nursing** Vol 6
- Chamim,M L (1998) **Tesis : Analisis Hubungan Tindakan Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo-Ujung Pandang** Program Pascasarjana Unair

- Cohen L, Delaney P, and Boston P (1994) Listening To The Customer . Implementing A Patient Satisfaction Measurement System. **J. Gastroenterol Nurs** 17(3) : 110-115.
- Cottrell B.H. and Grubbs L.M. (1994) Women's Satisfaction With Couplet Care Nursing Compared to Traditional Postpartum Care With Rooming-In **J. Research in Nursing and Health**, vol 17 : 401-409
- Damayanti N.A (1997) Dimensi Tingkat Kepuasan pasien di Perkotaan Terhadap Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Kaitannya dengan Utilisasi dan Referral. **Laporan Hasil Penelitian**. Lembaga Penelitian. Universitas Airlangga. Surabaya
- Daniel, W.W. (1991) **Biostatistics : A Foundation for Analysis in The Health Science**. 5th ed. New York Chichester Brisbane Toronto Singapore. John Wiley & Sons.
- Davis K. and Werther W (1993) **Human Resources And Personnel Management** New York McGraw-Hill.
- Davis B.A. and Bush H.A. (1995) Developing Effective Measurement Tools : A Case Study of the Consumer Emergency care satisfaction Scale. **J. Nurs Care Quality Care**, 9(2), 26-35
- Depkes RI (1992) Undang-Undang Republik Indonesia Tentang Kesehatan. Jakarta.
- Depkes RI. (1994) Standar Asuhan Keperawatan Cetakan Kedua. Direktorat Rumah sakit Umum dan Pendidikan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik.
- Dirjen Yanmed Depkes RI (1997) **Buku Saku Informasi Rumah Sakit** edisi tahun 1997 Jakarta
- Informasi Rumah Sakit. Kegiatan Pelayanan**. Seri 1. edisi Tahun 1997 Jakarta.
- Donabedian A. (1980) **Exploration in Quality and Monitoring**. Health Administration Press. An Arbor. Michigan
- Elbeck M. (1992) Patient Contribution to The Design and Meaning of Patient Satisfaction for Quality Assurance Purpose The Psychiatric Case **J. of Health Care Management Review** 17 (1) P 91-95
- Etter and Perneger, TV Jean-Francois (1997) Quantitative and Qualitative assessment of patient satisfaction in a managed care plan **Evaluation and program planning**. Vol 20, no: 2. Elsevier Science Ltd.
- Eyers K, Brodaty H and Roy K (1994) What The doctor Ordered? Referrer satisfaction With A Mood Disorders Unit. **J. of Psychiatry** 28 (3)

- Feigenbaum, Bob. (1999) Keeping patient Satisfied. **Physician Financial News**, Vol.17 (11)
- Fishbein M. and Ajzen I. (1975) **Belief, attitude, Intention and Behavior. AN Introduction to theory and research.** Addison Wesley Publishing Company Massachusetts, California. London Amsterdam. Don Mills Ontario Sydney.
- Fosbinder D. (1994) Patient Perceptions of Nursing care : An Emerging Theory of Interpersonal Competence. **J. of Advanced Nursing**, Vol. 20.
- Fottler M.D. Hernandez S.R. Joiner C.L. (1988) **Strategic Management of Human Resources in Health Services Organization** A Wiley Medical Publication John Wiley & Sons New York, Chichester Brisbane, Toronto, Singapore
- Gaspersz V. (1997) **Manajemen Kualitas dalam Industri Jasa.** Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Gross, D.A.Zyzansky, S.J. Flaine, A. Borawski, Cebul, R.D. Stange, K.C. (1998) Patient Satisfaction with Time Spent with Their Physician. **The Journal of Family Practice**, Vol.47:2
- Gualbert J.J. (1987) **Educational Handbook for Health Personnel** Sixth Edition. World Health Organization, Geneva
- Hansagi H. Carlsson B. and Brismar B. (1992). The Urgency of patient Satisfaction at a Hospital Emergency Departement. **J. of Health Care Management Review** 17 (2) P. 71-75
- Hughes J. (1991) **Satisfaction with Medical Care : A Review of The Field.** <http://www.enangesuner.com/Htm/PatSat.htm>
- Inguanzo, Joe, M. (1992) Taking a Serious Look at Patient Expectations. **J. of Hospital** Vol. 66(17)
- Iver, Patricia W. Tapuch, Barbara J. Losey Donna, B. (1986) **Nursing Process and nursing diagnosis.** W.B.Saunders Company Philadelphia London Toronto, Mexico City, Rio de Janeiro, Sydney Tokyo, Hongkong.
- Jackson A.L. (1993) Relative Satisfaction with nursing care of patients with ostomies. **J-ET-Nurs.** Nov-Dec. 20(6) p 233-238
- Jacobalis S. (1992) **Kumpulan Naskah Ilmiah Kongres II Persi ; Penilaian Mutu Pelayanan dan Akreditasi Rumah Sakit**
- Jacobalis S. (1994) Berbagai masalah menghantui Rumah sakit. **Jendela Rumah Sakit** Edisi 44, th.XII 19-20

- Jennifer J.H. Suzan H.T. and Snyder C. (1999) Patients need in the Emergency Departement. Nurses' and Patients' Perceptions. JONA. Vol.29 (1).
- John, Joby (1992) Patient satisfaction : The Impact of past Experience. **Journal of Health Care Marketing**, Vol. 12 (3).
- Joos, S.K dan Hickman D.H (1990) **How Health Professional Influence Health Behavior : Patient Provider Interaction and Health Care Outcomes**. Jossey-Bass Publishers. Sanfransisco, California
- Judith,Mc. J.L. File K M Horwitz J.E. and Prince R.A. (1995) The Effect of Urgency on Patient Satisfaction and Future Emergency Departement Choice **J. of Health Care Management Review** 20 (2) : P. 7-15.
- Kane, Robert, L. Maciejewski, M.Michael Finch. (1997) The Relation of Patient Satisfaction with care and Clinical Outcomes. **J. Medical Care**. Vol.3 (7)
- Keliat. Budi A (1996) **Hubungan Terapeutik Perawat – Klien**. Penerbit buku kedokteran EGC. Jakarta.
- Kellerman Rick. dan Kan,Salina (1996) Another Standard of Care- The Patient The Journal of the American medical Association. August.
- Kennedy, Joan. (1996). **Customer Service in the Health care Industry**. Available from :<<http://www.solutions.ibm.com/healthcare/solserv/white/custserv.html>. [Accessed Oct. 13. 1996].
- Kiagoes, A (1997) Pelayanan Rumah Sakit yang Berorientasi Pada Kebutuhan dan Kepuasan Pelanggan. **Makalah pada Seminar Nasional Rumah Sakit Proaktif II Jakarta**
- Koontz, H. dan Weihrich, H. (1990) **Essentials of Management**. McGraw-Hill Publishing Company. New York St. Louis.
- Kotler, P. dan Roberto, E.L (1989) **Strategies for Changing Public Behavior**. The Free Press. A Division of Macmillan, Inc. New York.
- Kotler P. Armstrong G (1997) **Dasar – Dasar Pemasaran**. PT. Prenhallindo, Jakarta.
- Kotler P. Hoon Ang S. Leong S.M. Tan Chin T. (1999) **Manajemen Pemasaran Perspektif Asia** Penerbit Abadi Yogyakarta
- Kozier B Blais K and Wilkonson J. (1995) **Fundamentals of Nursing. Concept, Process and Preatice**. Gunning Publishing Company, Inc. Redwood City, California.

- Kusumapradja R. (1999) **Menjaga Kepuasan Pasien. Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia**. September. Vol.1 (3).
- Larrabee J.H. (1995) The Changing Role of The Consumer in Health Care Quality. **J. of Nurs Care Quality** 9(2)
- Leebov W. and Scott G. (1994) **Service Quality Improvement. The Customer Satisfaction Strategy for Health Care**. American Hospital Publishing, Inc an American Hospital Association Company.
- Linder Pelz S (1982) Toward a Theory of Patient Satisfaction. **J. of Social Science Med**. Vol.16.p. 577-582.
- Linder Pelz S. (1982)Social Psychological Determinants of Patient satisfaction : A Test of Five. **J. of Social Science Med** Vol 16 p 583-589
- Lumenta, B. (1989) **Perawat. Citra, Peran dan Fungsi Tinjauan Fenomena Sosial**. Penerbit Kanisus. Yogyakarta.
- MacStravic, R.S. (1991) **Beyond Patient Satisfaction. Building Patient Loyalty**. Foundation of the American College of Healthcare Executives. USA.
- Martoyo S. 1994. **Manajemen Sumber Daya Manusia**.PT BPFE Yogyakarta.
- Maslow A. dalam Parkinson, CN. Rustomji, M.K. dan Sapre, S.A. (1985) **Great Ideas in Management**. Federal Publications. Singapore .Kuala Lumpur . Hongkong.
- Mendes, I.A. Trevizan, M.A. Nogueira, M.S. Sawada, N.O (1999). Humanizing Nurse-Patient Communication : A Challenge and Commitment. **Med. Law**. Vol. 18 (4).
- Mitry N.W. and Smit H.L. (1984) Consumer Satisfaction : A Health Services Administration. **J. Health Care Management Review Summer**.
- Montalto, Michel. (1996) Patients' and carers' satisfactions with hospital in the home care **International Journal for Quality to Health Care**, Vol 8 (3).
- Mulyadi (1998) **Total Quality Management. Prinsip Manajemen Kontemporer untuk Mengarungi Lingkungan Bisnis Global**. AdityaMedia. Yogyakarta.
- Neufeld V.R Norman GR, (1995) **Assessing Clinical Competence**. New York, Springer Publishing Company.
- Newman, R.D. Gloyd, S. Nyangezi,J M. machobo,F. dan Muiser, J. (1998) Satisfaction with Outpatient Health care Services in Manica Province, Mozambique. **Research Report**. Oxford University Press.

- Notoatmodjo (1993) **Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan**. Andi offset, Yogyakarta.
- Nourhouse P.G and Northouse L.L (1985) **Health Communication. A Handbook for Health Professional**. Prentice-Hall., Inc.
- Omachonu, V.K. (1990) Quality of Care and the Patient : New Criteria for Evaluation **Health Care Management Review** Vol 15 (4).
- Ourso, Corbett J. (1994) Keep customer Coming Back **J. of Drug Topics**. Vol. 138 (21)
- Pardani V.A (1989) Peran Kepemimpinan Kepala Ruang Rawat Tinggal Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Medik Spesialistik Dasar di RSUD Dr. Soetomo Surabaya **Skripsi**, Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
- Parkinson, C.N. Rustomji, M.K. and Sapre, S.A. (1985) **Great Ideas in Management** Federal Publication, Singapore.
- PERSI-KARS (1998). **Himpunan Peraturan yang Berkaitan dengan Akreditasi** Cetakan 1. Jakarta
- Peyrot, Mark. Cooper, Philip, D. and Schanapf, D. (1993) Consumer Satisfaction and Perceived Quality of Outpatient Health Services **J.of Health Care Marketing** Winter
- Potter P. and Perry A.G. (1993) **Fundamentals of Nursing. Concepts, Process and Practice 3rd.ed.** Mosby year book. Saint Louis.
- Purwanto, Heri (1993) **Komunikasi untuk Perawat**. Penerbit buku kedokteran JIGC Jakarta
- Rosenzweig J.E. and Kast F.E. (1985) **Organization And Management. McGraw Hill Book Company** New York St.Louis Sanfrancisco. P. 430 & 485.
- Ross E.K (1969) **On Death and Dying** Macmillan Publishing Company, New York.
- Sarusi S (1995). Rumah Sakit Masih Kurang Komunikatif Pada pasiennya. **Majalah IRSJAM KE XXXIX**
- Schreuder H and Douma S. (1992) **Economic Approaches to Organizations**. Prentice Hall New York London . Toronto . Sydney Tokyo Singapore. P.122.
- Shrestha (1994) **Factors Affecting Utilization of Health Centres In A Rural Area of Chon Buri Province**. Thailand, Juni, 25 (2)

- Smet B (1994) **Psikologi Kesehatan**. PT Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta
- Speedling E, and Rosenberg G. (1986). Patient Well-Being : A Responsibility For Hospital Managers. **J. of Health Care Management Review**. 11(33), P.9-19.
- Spreng RA, Mackenzie SB and Olshavsky RW. (1996) **Journal of marketing**. Vol 60 (July).
- Strasser, S. and Davis, R.M (1991) **Measuring Patient Satisfaction for Improved Patient Services**. Health administration Press. Ann Arbor, Michigan
- Sujatno A, Lubis H, dan Hadi T. (1993) **Psikologi Kepribadian**, edisi ke-6 Bumi Aksara, Jakarta, hal. 21-39
- Susadi, Dana (1991) Pasien rawat inap: beberapa aspek perilaku dan budaya. **Medika**, no: 7, tahun 17, Juli 1991, pp 565 - 566.
- Swanson, R.A. (1994) **Analysis fo Improving Performance**. Berrett-Kochler Publishers San Francisco.
- Thompson CL, and Pledger LM (1993) **Doctor-Patient Communication : Is Patient Knowledge of Medical Terminology Improving? Health Communication** . 5(2)
- Thompson, A.G.H. and Sunol, R. (1995) Expectation as Determinant of Patient Satisfaction - Concept, Theory and Evidence. **International Journal for Quality in Health Care**. Vol. 7 (2).
- Tilaar HAR. (1997) **Pengembangan Sumber Daya Manusia Dalam Era Globalisasi**. PT Gramedia Widiasarana Indonesia, Jakarta.
- Tjiptono F (1996) **Manajemen Jasa**. Penerbit Andi Yogyakarta.
- Tucker JJ. (2000) The influence of patient sosiodemographic characteristics on patient satisfaction. **Mil Med Jan** Vol.165 (1).
- Turner, Gerald dan Mapa, Joseph (1988) **Humanistic Health Care. Issues for Caregivers**. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan.
- Walgito B (1991) **Psikologi Sosial. (Suatu Pengantar)**. Andi Offset, Yogyakarta.
- Webb, Christine (1995) What Kind of Nurses do Patients Want? **J. of Clinical Nursing**. Vol.4

- Wirawan S. (1994) **Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap terhadap Asuhan Keperawatan di RSUD Dr. Soegiri Lamongan Skripsi.** Fakultas Kesehatan Universitas Airlangga.
- Wiwik W (1998) **Hubungan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap Berdasarkan Cara Masuk Rumah Sakit dengan Future Use dan Referral di rumah Sakit Islam Surabaya Tesis .** Program Pascasarjana Universitas Airlangga.
- Young G J Meterko.M. Desai. K.R. (2000) **Patient satisfaction with hospital care : effects of demographic and institutional characteristic Med Care.** Vol. 38 (3)
- Zeithaml, V.A Parasuraman. A. and Berry, L.L. (1990) **Delivering Quality Service. Balancing Customer Perception and Expectations** Collier Macmillan Publishers London
- Zeithaml, Valarie. A. and Bitner, Mary, J. (1996) **Service Marketing.** The McGraw-Hill Companies, Inc New York
- Zulkarnain E (1996) **Studi Tentang Hubungan Antara Tingkat Kepuasan Pasien dengan Klas Perawatan yang Ditempati Pasien di Rumah Sakit Adihusada Surabaya Skripsi.** Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
- Zviran M (1992) **Evaluating User Satisfaction in a Hospital Environment : An Exploratory Study J. of Health Care Management Review** Vol 17 (33).

Lampiran 1



PETA TEORI

No.	Penulis dan Sumber	Judul dan Ruang Lingkup	Paradigma Landasan Teori / Hipotesis	Metode Penelitian	Hasil dan Kesimpulan
1	2	3	4	5	6
1	Karen Glanz, Frances Marcus Lewis, Barbara K Rimer, 1997 text book	Health Behavior and Health Theory, Research and Practice Ruang Lingkup Komunikasi Dokter - Pasien	<p>Paradigma Health Behaviour</p> <p>Komunikasi adalah sarana yang sangat mendasar dan sangat penting dalam pelayanan kesehatan (<i>health care</i>). Dalam lingkup hubungan dokter-pasien, terdapat dua karakter yang dapat berpotensi menjadi konflik, yaitu otonomi pasien (<i>sick role</i>) dan sifat paternalistik dokter (<i>physician's professional obligation</i>) (Parson, 1951)</p> <p>Prototipe hubungan dokter pasien dapat dibagi menjadi empat bagian yang berbeda</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter lebih dominan dari pasien, disebut dengan <i>Paternalism</i> (Parson, 1951; Szasz & Hollender, 1956; Ende et al., 1990). 2. Pasien lebih dominan daripada dokter, disebut <i>Consumerism</i> Freidson, 1970; Roeder, 1972. Haug & Lavin, 1983). Kondisi ini adalah kecenderungan akhir-akhir ini. 3. Dominasi Dokter dan Pasien sama-sama kuat, disebut <i>Mutuality</i> (Engel, 1970; McWhinney, 1992; Kleinman, 1980). 4. Dominasi Dokter dan Pasien sama-sama lemah, disebut <i>Default</i> (Roter & Hall, 1992). 	Buku teks	<p>Karakteristik dasar hubungan Dokter - Pasien mungkin sedang mengalami evolusi (Inui & Carter 1985). Pasien menjadi lebih berorientasi <i>consumer</i> dan para dokter menghargai pasien sebagai seseorang yang sederajat dan lebih tolerans terhadap partisipasi pasien dalam menentukan keputusan (Roter & Hall, 1992) Kedua perubahan ini dianggap positif, dengan konsekuensi yang perlu diantisipasi adalah suatu perluasan dari komunikasi dokter-pasien yang melibatkan pasien sebagai partner penuh di dalam negosiasi dan mengevaluasi pelayanan medis (<i>Medical Services</i>) (Brody, 1980, Quill, 1983, Speedling & Rose, 1985).</p>
2	Donna Fosbinder, 1994 Journal of Advanced Nursing, 1994, 20, 1085 - 1093	<i>Patient perceptions of Nursing Care : An Emerging theory of Interpersonal Competence</i>	<p>Paradigma Health Behaviour</p> <p>Tujuan penelitian ini adalah untuk menemukan (di dalam perspektif pasien), apakah yang penting bagi mereka dalam berinteraksi dengan perawat.</p>	Penelitian dengan pendekatan <i>Qualitative Ethnographic</i> .	<p>Apabila pasien ditanya tentang apa yang terjadi ketika mereka dirawat</p>

		<p>3 Ruang Lingkup Kemampuan komunikasi interpersonal</p>	<p>4 Persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan (<i>Quality of Care</i>) berkorelasi dengan hubungan interpersonal, dan diduga bahwa interaksi personal antara pemberi pelayanan dengan pasien berpengaruh sangat bermakna terhadap kepuasan pasien (DiMatteo et al., 1986; Cleary et al., 1989; Peterson, 1989; Cleverley, 1990).</p> <p>Sepuluh tahun terakhir, <i>Consumerism</i> dan <i>Competition</i> di antara provider pelayanan kesehatan telah menyoroiti kemaknaan dari hubungan antara pasien dengan perawat. Hal ini menyebabkan peningkatan ketertarikan para professional tentang kepuasan menurut persepsi pasien terhadap pelayanan perawat (<i>Nursing care</i>) (Doering, 1983; Kasch & Knutson, 1985; Speedling & Rosenberg, 1986; Stamps & Lapriore, 1987; Stanton, 1988; Taylor et al., 1989; Peterson, 1989; Press et al. 1991; Ramos, 1992; Ervin et al. 1992).</p> <p>Staf perawat rumah sakit adalah kontributor yang sangat penting terhadap kualitas pelayanan (<i>Quality of Care</i>) yang diberikan oleh rumah sakit. Dalam sebuah survey terhadap 663 CEO (<i>Chief Executive Officers</i>) rumah sakit, 97,3% menempatkan pelayanan oleh perawat (<i>Nursing Care</i>) sebagai faktor paling penting dalam kualitas pelayanan pasien (Koska, 1989). Dalam keperawatan, penelitian empiris akhir-akhir ini telah difokuskan kepada <u>kepuasan pasien</u> akan tetapi masih sulit untuk menentukan secara tepat apa yang seharusnya diukur (Abramowitz et al., 1987; Richards & Lambert, 1987; Lewis & Woodside, 1992).</p>	<p>5 Metode Ethnographic memungkinkan peneliti untuk melihat dunia lain melalui perspektifnya (Spradley, 1979 & Leininger, 1985)</p> <p>Interview dan data observasi didapat dari sampel yang terdiri dari 40 pasien dan 12 perawat <i>Private Teaching Hospital Southern California USA</i>.</p> <p>245 observasi telah dilakukan dengan menggunakan <i>open-ended questionnaire</i>.</p> <p>Analisis data dilakukan secara simultan dengan menggunakan metoda komparasi konstan (Lofland & Lofland, 1984).</p>	<p>6 Oleh perawat, kemampuan komunikasi interpersonal (<i>Interpersonal Competence</i>) menjadi bahan komentar yang utama, bukan apa yang perawat kerjakan. Empat proses yang dimunculkan untuk mengevaluasi <i>Interpersonal Competence</i> adalah <i>translating, getting to know you, establishing trust</i> dan <i>going the extra mile</i>.</p> <p><i>Translating</i> : pasien merasa puas dengan interaksi pasien-perawat apabila pasien diberi informasi, dijelaskan dan diberi instruksi dalam aspek khusus tentang perawatan yang diberikan untuk mengobati penyakitnya dan diajari secara umum tentang prinsip perawatan penyakitnya</p> <p><i>Getting to know you</i> : Untuk saling mengenal, berbagi rasa, bergurau dan <i>clicking</i> tampaknya sangat penting.</p>
--	--	---	--	--	--

1	2	3	4	5	6
			<p>Dengan menggunakan instrumen kepuasan pasien terhadap pelayanan perawat (<i>Nursing Care</i>) yang dibuat oleh Hinshaw & Atwood's (1982), yang terdiri dari 14 variabel, 10 variabel dimensi afektif dan 4 variabel aktifitas teknik, Bader (1988) menyatakan bahwa meskipun konsep kepuasan pasien dapat digunakan untuk mengevaluasi hubungan <i>provider-client</i>, pasien dan pemberi pelayanan mempunyai ide yang berbeda tentang apa yang disebut <i>quality care</i> dan penerapan <i>quality care</i></p>		<p><i>Establishing trust</i> : Pasien merasa yakin dan percaya apabila perawat bertanggung jawab dan menikmati pekerjaannya.</p> <p><i>Going the extra mile</i>: meliputi persahabatan dan pemberian pelayanan yang diharapkan.</p> <p>Proses-proses di atas memberikan kerangka untuk membangun teori <i>Interpersonal Competence</i>.</p>
3	Susie Linder-Pelz. 1982. Soc Sci Med. Vol 16 pp 577-582.	Toward A Theory of Patient Satisfaction. Ruang Lingkup Kepuasan pasien	<p>Paradigma Health Behaviour</p> <p>Kepuasan pasien dipercaya sebagai salah satu tujuan pelayanan kesehatan (<i>health care delivery</i>).</p> <p>Dalam iklim <i>Consumerism</i> dewasa ini, peranan pasien dalam perencanaan dan penilaian pelayanan kesehatan sudah diperlukan. Kepuasan pasien dipercayai sebagai penyebab timbulnya bermacam-macam perilaku sehat dan sakit (<i>health and illness behaviour</i>).</p> <p>Definisi Kepuasan Pasien : Kepuasan pasien adalah suatu evaluasi yang positif dari pelayanan kesehatan pada dimensi tertentu. Pelayanan yang dimaksud dapat merupakan kunjungan klinik, suatu seri perawatan penyakit tertentu, perencanaan pelayanan kesehatan secara khusus atau sistem pelayanan kesehatan secara umum</p>	Telaah Jurnal	<p>Variabel-variabel calon penentu variabel kepuasan tentang pelayanan kesehatan</p> <p><i>Expectation (perception)</i> adalah subset dari <i>beliefs</i> (informasi yang dimiliki seseorang tentang sifat dari suatu objek atau kejadian), kemungkinan subjektif dari sifat yang dihubungkan dengan suatu kejadian;antisipasi kejadian, kemungkinan outcome yang disukai (Vroom, 1964)</p> <p><i>Value (attitude)</i> adalah Evaluasi, dalam arti baik / buruk atau penting/tak</p>

1	2	3	4	5	6
			<p>Faktor penentu kepuasan pasien : Fishbein & Ajzen (1975) memisahkan antara <i>attitude</i> dengan <i>perception</i>. Salah satu bentuk dari <i>perception</i> adalah <i>belief</i>. <i>Belief</i> lebih dekat dengan <i>cognition</i> sedangkan <i>attitude</i> lebih dekat ke <i>affect</i>.</p> <p><i>Belief</i> adalah informasi yang dimiliki oleh seseorang tentang sebuah objek, mereka mengkaitkan objek tersebut dengan beberapa sifat/tanda</p> <p>Untuk menjelaskan <i>attitude</i>. Fishbein & Ajzen menunjukkan hubungan antara <i>belief</i> dan <i>attitude</i> melalui teori <i>expectancy-value</i></p> <p><i>Expectation</i> (harapan) adalah <i>belief</i> atau keyakinan bahwa suatu respon yang diberikan akan diikuti oleh beberapa kejadian, sebuah kejadian mungkin mempunyai dampak yang positif maupun negatif Sehingga menurut teori <i>expectancy-value</i>, <i>belief</i> adalah faktor penentu dari <i>attitude</i></p> <p><i>Attitude</i> seseorang tentang sebuah objek berhubungan dengan keyakinannya (<i>his belief</i>) bahwa objek tersebut memiliki sifat tertentu dan evaluasinya tentang sifat tersebut. Ware (1976) mendukung pernyataan Fishbein & Ajzen (1975) dengan menyatakan bahwa <i>Belief</i> berhubungan sangat bermakna dengan Kepuasan pasien</p> <p>Vroom (1964) dalam penelitian menyatakan bahwa kepuasan pasien (analogi dengan <i>job satisfaction</i>) sama dengan <i>valence of the job</i>. Vroom (1964) menyatakan bahwa <i>job satisfaction</i> adalah fungsi (ditentukan) dari dua faktor yaitu pentingnya <i>outcome</i> untuk individu tertentu dan penilaiannya terhadap</p>		<p>penting dari suatu sifat atau aspek dari pelayanan kesehatan</p> <p><i>Entitlement (perception)</i> adalah kepercayaan seseorang bahwa dia telah tepat Landasan yang diterima untuk mencari outcome tertentu yang dimandatkan (Williams, 1975)</p> <p><i>Occurrences (perceptions)</i> adalah kejadian yang benar-benar terjadi. persepsi tentang apa yang terjadi dalam aspek pelayanan kesehatan</p> <p><i>Interpersonal Comparison</i> adalah Katego individual tentang apa yang terjadi (dalam aspek pelayanan kesehatan) dengan cara membandingkan dengan pelayanan kesehatan yang lain yang diketahuinya atau yang dialaminya sendiri.</p> <p>Hipotesis yang diusulkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Skor kepuasan akan berhubungan langaung dengan skor jumlah produk <i>beliefs (expectation)</i> dan

1	2	3	4	5	6
			usaha yang diperlukan untuk mencapai <i>outcome</i> tersebut.		
			Untuk menjelaskan teori kepuasan pasien Lawler (1971) mengemukakan tiga teori, yaitu <i>Discrepancy theory</i> , <i>Equity theory</i> dan <i>Fulfillment theory</i> .		
			<u><i>Discrepancy theory</i></u> menyatakan bahwa kepuasan adalah diskrepansi yang dirasakan (tak harus terjadi) antara keinginan individual dengan apa yang terjadi.		2. <i>valuations (values)</i> tentang berbagai aspek pelayanan kesehatan.
			<u><i>Fulfillment theory</i></u> menyatakan bahwa kepuasan adalah perbedaan antara imbalan yang dituntut dengan apa yang diterima. Atau lebih sederhana dinyatakan dengan perbedaan antara apa yang terjadi dengan apa yang seharusnya terjadi yang diharapkan yang diinginkan.		3. Skor kepuasan akan bervariasi secara positif dengan kesesuaian kejadian yang dirasakan (<i>perceived occurrence</i>) dengan <i>expectation</i> .
			<u><i>Equity theory</i></u> menyatakan bahwa kepuasan adalah kecukupan yang dirasakan atau keseimbangan antara input dan output yang dirasakan. Lebih lanjut teori ini ditekankan pada pentingnya mengevaluasi perbedaan keseimbangan antara seseorang dengan orang lain.		4. Skor kepuasan akan berhubungan secara langsung dengan skor kejadian yang dirasakan (<i>perceived occurrence</i>) dikurangi dengan skor <i>expectation</i> , semuanya dibagi dengan skor <i>expectation</i> .
					5. Kepuasan akan bervariasi positif dengan kesesuaian dari <i>perceived occurrence</i> dan <i>expectation</i> sebelumnya hanya jika objeknya telah diberi penilaian (<i>valued</i>).
					6. Kepuasan akan tinggi jika <i>occurrence</i> dirasakan <u>sama baik atau lebih baik</u> daripada yang diterima oleh orang lain.

<p>1 4</p>	<p>2 Susie L.inder-Pelz. 1982 Soc Sci Med Vol 16 pp 583 - 589</p>	<p>3 Social Psychological Determinants of Patient Satisfaction A Test of Five Hypotheses. Ruang Lingkup Kepuasan Pasien</p>	<p>4 Paradigma Health Behaviour Kepuasan pasien didefinisikan sebagai <i>individual positive attitude (positive evaluation)</i> terhadap pelayanan kesehatan yang dia alami Kepuasan pasien adalah multidimensi sebagaimana seseorang lebih menilai beberapa aspek yang berbeda terhadap pelayanan kesehatan daripada menilai secara keseluruhan pelayanan kesehatan sebagai suatu kesatuan Di antara kemungkinan-kemungkinan penentu dari <i>individual satisfaction</i> terhadap <i>event</i> pelayanan kesehatan adalah persepsi (<i>perception</i>) dan <i>attitude</i> pasien terhadap <i>event</i> tersebut Pembentuk <i>attitude</i> adalah nilai-nilai (<i>values</i>), pembentuk <i>perception</i>, di antaranya adalah <i>belief</i> tentang apa yang dianggap tepat (<i>proper</i>) oleh pasien dan harapan (<i>expectation</i>) tentang <i>event</i> pelayanan kesehatan yang akan diterima Hipotesis : 1 Skor <i>satisfaction</i> akan berkorelasi langsung dengan <i>belief</i> dan <i>values</i> dengan memperhatikan beberapa aspek yang berbeda dari pelayanan kesehatan. a Penjumlahan dari produk <i>expectation</i> dan skor item <i>values</i> ketiga dimensi pelayanan klinik <i>waiting, explanation, consideration</i> akan berkorelasi positif dengan skor kumulatif item tiga <i>counterpart</i> kepuasan pasien yaitu <i>tdap muka dengan dokter (doctor conduct)</i>, umum (<i>general</i>) dan kenyamanan (<i>convenience</i>)</p>	<p>5 <i>Prospective Study Design</i> Penelitian dilakukan di <i>Primary Care Clinic of Columbia Medical Centre</i> di <i>Upper Manhattan</i> Sampel 125 pasien 64% wanita, 60% Black, 24% Spanyol, 14% White, 30% Bayar sendiri Median usia 54 tahun, dan range antara 16-95</p>	<p>6 Hipotesis 1 a Koef Korelasi lemah ($r = 0,005$) b Koef Korelasi sangat lemah c Koef Korelasi sangat lemah. d Tidak ada korelasi Semua hasil pengujian data empiris a,b,c,d tidak mendukung hipotesis 1 Hipotesis 2 dan 3 Hasil pengujian data empiris mendukung Hipotesis 3 (teori <i>discrepancy</i>) tapi tidak mendukung Hipotesis 2 (teori <i>fulfillment</i>) Hipotesis 4 Di antara subgroup responden yang telah memberi penilaian terhadap <i>doctor's consideration, explanation</i> dan tidak harus menunggu dokter, teori <i>fulfillment</i> tidak berhubungan dengan <i>satisfaction</i>, namun teori <i>discrepancy</i> berhubungan (sesuai dengan penemuan hipotesis 2 dan 3). Tapi</p>
----------------	---	--	---	--	--

1	2	3	<p style="text-align: center;">4</p> <p>b. Penjumlahan dari produk <i>expectation</i> dan skor item <i>values</i> ketiga dimensi pelayanan klinik <i>waiting, explanation, consideration</i> akan berkorelasi positif dengan masing-masing skor item tiga <i>counterpart</i> kepuasan pasien secara terpisah</p> <p>c. Produk skor item <i>expectation dan values</i> untuk masing-masing dimensi akan berkorelasi positif dengan skor item <i>satisfaction</i> dalam dimensi tertentu</p> <p>d. Produk <i>expectation</i> dan skor faktor <i>values</i> akan berkorelasi positif dengan skor faktor <i>satisfaction</i> secara keseluruhan</p> <p>2. Skor <i>satisfaction</i> akan bervariasi secara positif dengan kesesuaian antara kejadian (<i>occurrence</i>) dengan harapan sebelum kejadian (<i>prior expectation</i>).</p> <p>a. Variabel baru OE (<i>Occurrence rating</i> dikurangi <i>Expectation rating</i> tentang jumlah waktu yang digunakan untuk <u>tatap muka</u> dengan dokter) akan berkorelasi positif dengan skor item <i>counterpart satisfaction</i>.</p> <p>3. Skor <i>satisfaction</i> berkorelasi secara langsung dengan "skor <i>occurrence</i> dikurangi dengan skor <i>expectation</i>, setelah keduanya dibagi dengan skor <i>expectation</i>".</p> <p>a. Variabel baru OFE (<i>Occurrence rating</i> dikurangi <i>expectation rating</i> tentang waktu yang digunakan untuk <u>tatap muka</u> dengan dokter, setelah keduanya dibagi dengan <i>expectation rating</i>) akan berkorelasi positif dengan item <i>counterpart</i> kepuasan pasien</p>	5	<p style="text-align: center;">6</p> <p>ternyata hasil yang mirip juga ditemukan pada subgroup yang lain</p> <p>Berdasarkan hasil pengujian di atas maka dapat disimpulkan bahwa pemberian nilai (<i>rating</i>) sebuah aspek dari pelayanan kesehatan (<i>health care</i>) tidak menyebabkan <i>occurrence-expectation discrepancy</i> berpengaruh secara linier terhadap <i>satisfaction</i>.</p> <p>Hipotesis 4 tidak didukung oleh hasil pengujian data empiris</p> <p>Hipotesis 5</p> <p>Hasil pengujian data empiris menunjukkan bahwa kedua group menunjukkan perbedaan rata-rata skor <i>satisfaction</i> yang bermakna. group dengan kombinasi <i>expectation</i> positif tapi <i>occurrence</i> negatif lebih tidak puas (<i>less satisfied</i>) daripada group yang mempunyai kombinasi <i>expectation</i> positif dan <i>Occurrence</i> positif ($p = 0,01$)</p>
---	---	---	---	---	--

1

2

3

4

5

6

- 1) *Satisfaction* akan bervariasi positif dengan kesesuaian antara *occurrence* dan *expectation* hanya jika objek telah diberi penilaian (*values*)
- a) Apabila skor faktor *value* lebih tinggi dari rata-rata, OF (dan OEE) akan berkorelasi positif dengan skor item *counterpart* kepuasan pasien. Sebaliknya jika skor faktor *value* lebih rendah dari rata-rata, tidak terjadi korelasi positif seperti di atas
- 5) Suatu kombinasi dari *expectation* positif dengan *occurrence* positif akan menghasilkan skor *satisfaction* tertinggi, sedangkan kombinasi dari *expectation* positif dengan *occurrence* negatif akan menghasilkan skor *satisfaction* yang terendah
- a) Rata-rata skor *satisfaction* tentang waktu yang digunakan untuk tatap muka dengan dokter di grup A akan lebih besar secara bermakna daripada grup B, dimana group A mempunyai skor *expectation* dan *occurrence* yang lebih tinggi daripada rata-rata, sedangkan group B mempunyai skor *expectation* yang lebih tinggi daripada rata-rata tapi mempunyai skor *occurrence* yang lebih rendah daripada rata-rata

Catatan 1,2,3,4,5 adalah hipotesis konsep
a,b,c adalah hipotesis operasional

Sejalan dengan hasil di atas, group ketiga, yaitu yang mempunyai kombinasi *expectation* dan *occurrence* negatif mempunyai skor *satisfaction* yang paling kecil

Hipotesis 5 sangat didukung hasil pengujian data empiris

1	2	3	4	5	6
5	<p>Gross, D. A Zyzanski, S J Elaine, A Borawski Cebul, R D Stange, K C (1998)</p>	<p>Patient Satisfaction with Time Spent with Their Physician</p> <p>Ruang Lingkup Kepuasan Pasien</p> <p><i>The Journal of Family Practice. Vol.(47)2.</i></p>	<p>Paradigma . Health Behaviour atau consumer behavior</p> <p>Dengan berkembangnya manajemen organisasi kesehatan akhir-akhir ini, dokter dituntut untuk lebih memperhatikan sesi kunjungan per pasien dalam rangka mempertahankan <i>patient satisfaction</i>.</p> <p>Penelitian sebelumnya telah menemukan adanya korelasi antara lama kunjungan pasien rawat jalan dengan kepuasan pasien secara keseluruhan (Mortel et al., 1986 dan Hughes, 1983)</p> <p>Kepuasan pasien berkorelasi positif dengan ketaatan terhadap rencana <i>treatment</i> (Linn et al., 1982 dan Lochman, 1983), hasil <i>treatment</i> yang lebih baik(Haff & Doman, 1988 dan Kaplan et al., 1989), kontak yang kontinu dengan dokter dan organisasi pelayanan kesehatan (Marquis et al., 1983 dan Robbins et al. 1993)</p> <p>Penelitian ini menguji korelasi yang kompleks dari karakteristik kunjungan pasien dan kepuasan pasien dengan lama kunjungannya</p> <p>Pertanyaan penelitian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Apakah sosiodemografi dan karakteristik kunjungan mempengaruhi kepuasan pasien terhadap lama waktu kunjungan ? 2 Apakah terdapat korelasi antara waktu kunjungan sesungguhnya dengan kepuasan pasien ? dan jika hasilnya 'ya', apakah korelasi ini terjadi setelah mempertimbangkan kemaknaan sosiodemografi dan karakteristik ? 	<p>Perawat yang diteliti diamati pada pasien berkunjung secara berurutan ke 138 dokter keluarga pada 84 tempat praktek</p> <p>Analisis data menguji model korelasi antara karakteristik pasien dan dokter, tipe kunjungan dan lamanya, serta waktu total yang digunakan untuk sekali kunjungan dengan kepuasan pasien tentang jumlah waktu yang digunakan untuk tatap muka dengan dokternya</p>	<p>Dari sebanyak 2315 kunjungan pasien dewasa yang mengembalikan kuesioner, kepuasan pasien dengan lama waktu tatap muka dengan dokter semakin kuat bilas semakin lama ($p < 0,001$)</p> <p>Setelah mengendalikan lama kunjungan, kepuasan pasien yang lebih besar terhadap lama tatap muka dengan dokter berkorelasi positif dengan umur pasien, kulit putih, status kesehatan yang lebih baik, kunjungan untuk kontrol kesehatan (tidak sakit) dan waktu yang lebih lama untuk bercengkerama</p> <p>Waktu yang digunakan untuk diskusi hasil pemeriksaan dokter berkorelasi dengan kepuasan yang lebih besar dengan waktu keseluruhan kunjungan lebih dari 15 menit, tapi kepuasan berkurang jika waktu kunjungan keseluruhan pendek</p>

1	2	3	4	5	6
3			<p>3 Bagaimana waktu yang digunakan untuk sebuah kunjungan dapat mempengaruhi kepuasan pasien rentang lama waktu yang digunakan untuk tatap muka dengan dokternya ?</p>		
6	<p>Thompson A G H dan Rosa Sunil 1995 <i>International Journal for Quality in Health Care</i> Vol 7 No 2 pp 127-141</p>	<p>Expectation as Determinant of Patient Satisfaction Concepts, Theory and Evidence</p> <p>Ruang Lingkup Kepuasan Pasien</p>	<p>Paradigma Health Behaviour</p> <p>Disiplin ilmu yang paling lama mempelajari <i>expectation</i> adalah psikologi. Bahasan utamanya adalah mempelajari bagaimana keyakinan seseorang (<i>Individual beliefs</i>) dan evaluasi atau penilaian individu tersebut tentang apa yang mereka yakini dapat mempengaruhi perilakunya (Fishbein & Ajzer, 1975)</p> <p>Di bidang Sosiologi bahasan utamanya adalah bagaimana seseorang membangun realitasnya melalui pengembangan jaringan sebab-akibat dengan <i>expectation</i> sebagai bahasan utama dari ramalan interaksi sosial, yaitu "apabila sesuatu diyakini akan terjadi, sesuatu itu akan terjadi dengan segala konsekuensinya" (Thomas & Thomas, 1928)</p> <p><i>Marketing</i> sebagai ilmu termuda, dengan dilasari oleh psikologi, mempelajari cara atau metode segmentasi pasar dan target market dalam upaya meningkatkan pembelian baru maupun ulangan. Upaya itu dicapai dengan memahami <i>expectation</i> yang kemudian disesuaikan dengan persediaan barang atau jasa (Westbrook & Oliver, 1991)</p> <p>Penelitian biomedik tentang <i>expectation</i> digambarkan sebagai efek plasebo terhadap outcome, yang didefinisikan sebagai "simtom dan perubahan psikologi yang dialami oleh pasien yang yakin bahwa</p>	<p><i>Journal Review</i></p> <p>Telaah artikel dan rethabitu (5 tahun terakhir) dan berbagai disiplin ilmu: Psikologi, sosiologi, <i>social policy, health care services and management</i> dan <i>marketing</i>.</p> <p>Ditengkapi pula dengan artikel yang lebih tua sebagai referensi teori</p>	<p>Akhir-akhir ini, perhatian peneliti ditujukan pada prekondisi dan penyebab <i>satisfaction</i>, dimana <i>expectation</i> mempunyai peranan yang amat penting dan dominan</p> <p>Pelayanan kesehatan (<i>health care</i>) mempunyai banyak sifat unik atau perbedaan secara spesifik dengan pelayanan yang lain. Oleh karena itu <i>questioner</i> yang dipakai untuk mengukur <i>expectation</i> harus dibuat spesifik</p> <p>Perlu diciptakan suatu alat ukur dan cara analisis yang didasari oleh beberapa dimensi <i>expectation</i> di bidang pelayanan kesehatan</p> <p>Hal yang masih menjadi problem adalah bahwa <i>satisfaction</i> didefinisikan sebagai aspek afektif, sedangkan <i>expectation</i> adalah aspek kognitif</p> <p>Perlu dikembangkan penelitian-penelitian untuk</p>

1	2	3	4	5	6
			<p>dia sedang diobati dengan obat mujarab padahal kenyataannya dia diberi obat berkhasiat lemah (Flood et al., 1993).</p> <p>Penelitian di bidang <i>Health Care Management</i> lebih memfokuskan pada <i>quality assurance</i> (Donabedian, 1980, Doering, 1983 dan Kao, 1984), atau yang mutakhir, peningkatan kualitas secara terus-menerus (<i>continuous quality improvement</i>), sebagai aspek-aspek standar pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan (Wilson, 1992), selubungan dengan perubahan mendumia dalam struktur pelayanan kesehatan.</p> <p>Hubungannya dengan kepuasan pasien adalah karena kepuasan pasien adalah salah satu tujuan dari pelayanan kesehatan. Oleh karenanya perlu mempertimbangkan input pelanggan dalam perencanaan dan penituan pelayanan, dan menghubungkan kepuasan pasien dengan perilaku sehat dan sakit (Linder-Pelz, 1982 dan Williams, 1994). <i>Expectation</i> diyakini sebagai salah satu faktor penentu kepuasan pasien.</p> <p>Penelitian tentang peranan <i>expectation</i> dalam interaksi pasien dengan jasa pelayanan kesehatan telah dilakukan sejak 30 tahun yang lalu. Friedson (1961) menekankan bahwa <i>ideal expectation adalah</i> (dalam arti) "outcome yang lebih disukai oleh pasien" tergantung kepada evaluasinya secara pribadi terhadap masalah yang sedang dihadapinya dan aktifitas (<i>effort</i>) untuk mencapai tujuan tersebut (pelayanan kesehatan).</p>		<p>mempelajar, hubungan antara <i>expectation</i> dan <i>satisfaction</i> di bidang pelayanan kesehatan, dengan tipe pasien dan need yang berbeda.</p>

1	2	3	4	5	6
			<p><i>Practical expectation</i>, didefinisikan sebagai <i>anticipated outcome</i>, yang berhubungan dengan pengalaman atau pengetahuannya sendiri atau orang lain. Germaine (1974), <i>expectation</i> meliputi (harapan terhadap) ketersediaan perawatan profesional, pelayanan perawatan pribadi (<i>individuality of treatment</i>) dan kecakapan, kematangan, pengalaman, ketergantungan, pengetahuan dan ketrampilan staf perawat.</p> <p>Beberapa penelitian menyatakan bahwa <i>satisfaction</i> adalah perbedaan antara harapan (<i>expectations</i>) dan hasil perawatan (<i>outcome of care</i>) (Slinson et al., 1975 dan Locker & Dunt, 1978). Woolly et al., 1978 menyatakan bahwa bukan saja kedua faktor di atas, namun juga tingkat komunikasi antara dokter dan pasien tentang hasil yang diharapkan.</p> <p>Penelitian Larsen & Rootman (1976) tentang hubungan <i>performance</i> peran dokter dengan harapan pasien menyatakan bahwa <i>expectation</i> adalah salah satu sudut pandang dari <i>satisfaction</i>.</p> <p>Thompson (1983) dan Thompson (1986), di dalam penelitiannya tentang pasien rawat inap yang aktif, menyatakan bahwa <i>expectations</i> berhubungan sangat erat dengan beberapa dimensi <i>satisfaction</i>, menjelaskan 14% variasi pada kepuasan terhadap pelayanan perawat, 17% pada kepuasan terhadap makanan dan fasilitas fisik serta 6% pada kepuasan terhadap pelayanan medis dan informasi.</p> <p>Fitzpatrick & Hopkins (1983) menemukan bahwa <i>expectation</i> muncul dari pengalaman mengunjungi klinik.</p>	<p>untuk membahas perubahan kepuasan TKp - NTKp</p>	

1	2	3	<p data-bbox="1030 247 1052 263">4</p> <p data-bbox="750 279 1267 422">Locker & Durr (1978) menegaskan bahwa <i>expectation</i> terus berubah seiring dengan terkumpulnya pengalaman, dan <i>satisfaction</i> akan dilaporkan sebagai hasil dari perubahan lingkak pengalaman</p> <p data-bbox="750 430 1325 574">Car & Hill (1992) menyimpulkan bahwa memori atau kecacauan pengetahuan pribadi (<i>memory or cognitive dissonance</i>) mungkin adalah faktor-faktor yang menjelaskan cara <i>expectation</i> mempengaruhi <i>satisfaction</i>.</p> <p data-bbox="750 614 1325 702">Suah sumbangan penting teoritis dan empiris untuk memahami bagaimana <i>expectation</i> mempengaruhi <i>satisfaction</i> diberikan oleh Linder-Pelz (1982)</p> <p data-bbox="750 710 1325 1340">Berdasarkan teori Fishbein & Ajzen (1975) yang menyatakan bahwa <i>expectation</i> adalah " . keyakinan (<i>beliefs</i>) bahwa respon yang diberikan akan diikuti oleh beberapa kejadian (<i>event</i>), sebuah <i>event</i> mempunyai dampak positif maupun negatif". Menurut peneliti-peneliti ini (Fishbein & Ajzen), kepuasan pasien dilandasi oleh suatu kombinasi dari kekuatan keyakinan (<i>belief strength</i>) dan hasil evaluasi (<i>attribue evaluation</i>). Hal ini secara empiris didukung oleh penelitian Ware (cit Linder-Pelz, 1982). Linder-Pelz (1982) menguji secara berurutan lima buah hipotesis tentang <i>expectation</i> sebagai penentu (<i>determinant</i>) dari kepuasan pasien (<i>patient satisfaction</i>). Tidak ada dukungan empiris untuk teori Fishbein & Ajzen dan hanya sedikit saja yang mendukung hipotesis-hipotesis tersebut. Linder-Pelz (1982) menyimpulkan bahwa harapan (<i>expectations</i>) dan kejadian-kejadian yang dirasakan (<i>perceived occurrence</i>) lebih mempunyai pengaruh yang independen untuk kepuasan pasien, daripada pengaruh interaksi antara harapan (<i>expectation</i>), nilai (<i>value</i>),</p>	5	6
---	---	---	--	---	---

1	2	3	<p data-bbox="1056 255 1088 279">4</p> <p data-bbox="776 287 1358 502">dan kejadian (<i>occurrence</i>). Akan tetapi <i>expectation</i>, walaupun berakna, hanya menjelaskan 8% terhadap kepuasan pasien, dan meskipun apabila nilai (<i>values</i>) dan kejadian (<i>occurrence</i>) dilibatkan, sumbangannya tidak lebih dari 10%. Selanjutnya penelitian Linder-Pelz dan Strucning (1985) juga gagal mendukung hubungan <i>expectation</i> dengan <i>values</i> dan <i>satisfaction</i>.</p> <p data-bbox="776 534 1358 1236">Williams (1994) menyimpulkan bahwa hanya sedikit bukti empiris yang mendukung bahwa sebagian besar <i>satisfaction</i> adalah hasil dari pemenuhan harapan (<i>expectation</i>) dan <i>values</i>. Lebih lanjut, dia menanyakan apakah <i>values</i> dan <i>expectation</i> sesungguhnya ada dalam setiap situasi. Contohnya dalam perawatan teknis medis, variabel keramahan (<i>amenities</i>) tidak harus ada. Pasien hanya menerima secara pasif (<i>taken for granted</i>). West (1976) juga menduga bahwa <i>expectation</i> dibentuk oleh kondisi pada saat seseorang kontak pertamakali dengan system. Williams percaya bahwa <i>satisfaction</i> merefleksikan "peran-sakit" pasif (<i>passive sick role</i>) yang didapatkan pasien dari hubungannya dengan dokter/perawat, dan juga kualitas perawatan. Hal ini dapat menjelaskan penelitian yang dilakukan oleh Cleary & McNeil yang menemukan bahwa evaluasi teknik perawatan (<i>technical care</i>) hanya sedikit menyumbang kepuasan, akan tetapi teknik perawatan adalah penentu utama (<i>main determinant</i>) dari hasil klinik (<i>clinical outcome</i>). Williams mengartikan hal ini lebih ke "ekspresi kepercayaan diri" daripada evaluasi.</p> <p data-bbox="776 1268 1358 1356">Berdasarkan telah teori di atas, jelas bahwa tampak banyak kemiripan diantara beberapa disiplin ilmu, ilmu-ilmu itu menyatakan bahwa perilaku</p>	5	6
---	---	---	--	---	---

1

2

3

4

5

6

(behavior) adalah sebuah hasil dari komponen kognitif dari keyakinan (*beliefs*) dan evaluasinya

Untuk itu diperlukan kombinasi dari berbagai disiplin ilmu yang akan dapat menjelaskan dengan lebih jelas dalam aplikasinya di bidang pelayanan kesehatan

Para peneliti telah berhasil mengidentifikasi bahwa harapan (*expectation*) disebabkan oleh *cognitive* dan *affective expectation* dan proses kognitif yang lain seperti *attribution* pada gilirannya menentukan *satisfaction*, dimana *expectation* itu sendiri adalah suatu tingkat *affective*.

Di sisi lain terdapat kesepakatan bahwa *expectation* adalah keyakinan (*beliefs*), hal ini menunjukkan bahwa *expectation* diciptakan dan ditopang oleh proses kognitif

Dalam kaitannya dengan pelayanan kesehatan (*health services*), *expectation* adalah hasil rumusan pasien tentang pelayanan yang menurut pemikirannya, akan dia dapatkan

Akan tetapi jika kita melihat pada literatur, kita menentukan suatu rentang makna dan penggunaan yang gagal menherikan hubungan-hubungan secara empiris. Di bawah ini adalah beberapa type *expectation* yang banyak digunakan

Ideal : *expectation* adalah suatu aspirasi, keinginan, outcome yang disukai dimana hal itu semua dikaitkan dengan tingkat ideal keyakinan (*beliefs*), yang cocok dengan perspektif pasien tentang pelayanan yang potensial

1

2

3

4

5

6

Predicted : Hal ini digambarkan sebagai **outcome yang realistis, praktis dan outcome yang telah diantisipasi**. Kemudian, perasaan ini sesuai dengan apa yang diyakini oleh pasien akan terjadi pada saat menerima pelayanan kesehatan. Hal ini sepertinya adalah hasil pengalaman seseorang itu sendiri, pengalaman orang lain dan sumber-sumber pengetahuan dari media.

Normative : menggambarkan apa yang seharusnya terjadi dan selarasnya sama dengan yang diceritakan oleh pasien-pasien lain, atau yang seharusnya diyakini, anggapan pribadi tentang apa yang seharusnya diterima dari pelayanan kesehatan. Hal ini berhubungan dengan evaluasi subyektif tentang apa yang seharusnya didapatkan dalam suatu situasi, dan dalam beberapa hal, ini adalah juga didukung oleh penilaian masyarakat.

Unformed : tingkat ini terjadi apabila pasien tidak dapat berharap, dalam beberapa alasan, untuk mengucapkan harapannya, yang dikarenakan menantang mereka tidak punya harapan, atau terlalu sulit untuk dinyatakan, atau tidak ingin disampaikan (karena takut, resah, tidak sesuai dengan norma sosial).

Pasien baru belum mempunyai pengalaman atau pengetahuan sehingga belum dapat merumuskan *expectation* (West, 1976).

Banyak *expectation* sepertinya berbentuk *epiphenomenal*, berubah-ubah bentuk seperti pengalaman yang selalu berkenibang (Denzin, 1983). Pada kenyataannya realitas tidak dapat diantisipasi sehingga *expectation* yang dinyatakan seringkali tidak cocok dengan kenyataan (Arnould & Price, 1993).

1	2	3	4	5	6
			<p>MODEL KONSEPTUAL DASAR</p> <p>Banyak teori <i>expectation</i> yang telah berkembang ditemukan dalam literatur marketing dewasa ini. Namun pengembangan teori ini tidak lepas dari peran penelitian psikologi.</p> <p>Tema yang dominan dalam teori <i>satisfaction</i> adalah ketidaktegasan teori <i>expectation</i> (<i>expectation disconfirmation theory</i>), dimana untuk itu telah dilakukan banyak penelitian empiris, termasuk model <i>SARI/QUAL</i> (Parasuraman et al., 1988).</p> <p>Kesepakatan utama dari teori <i>expectation disconfirmation</i> ini adalah bahwa kepuasan atau ketidakpuasan adalah hasil dari perbandingan antara harapan sebelumnya (<i>prior expectation</i>) dan persepsi (<i>perception</i>) dari produk atau kualitas pelayanan (<i>service attribute</i>). Semakin besar perbedaan antar keduanya, semakin tampak kepuasan atau ketidakpuasannya, tergantung pada arah dari perbedaan tersebut. Bukti-bukti cukup membingungkan. Beberapa peneliti mendukung teori ini (Oliver & De Sarbo, 1988; Tse & Wilson, 1988; Babakus & Mangold, 1992), sedangkan yang lain gagal membuktikan model ini secara empiris (Carman, 1990; Bolton & Drew, 1991 dan Cronin & Taylor, 1992).</p> <p>Ini paradigma <i>disconfirmation</i> berlandaskan pada proses kognitif dan asumsi bahwa seseorang yang memasuki suatu hubungan barter/pertukaran (<i>exchange</i>), membawa <i>expectation</i> yang sebelumnya telah dipunyai dan suatu kemampuan serta kemauan untuk menilai kualitas hubungan tersebut.</p>		

Hal yang belum banyak dikembangkan adalah komponen afektif dari *satisfaction*.

Westbrook (1987) menyatakan bahwa pada saat pasien sedang terlihat hubungan barrier, pasien mempunyai 2 sikap (*affection*) yang tidak tergantung satu sama lain yaitu sikap positif (*positive aspect*) seperti, menikmati perawatan dan sikap negatif (*negative affect*) seperti marah, muak

Perkembangan lebih lanjut juga tampak pada hubungan konsep keseimbangan (*equity*) dan sumbuangan (*attributions*) aspek kognitif. Oliver & Swan (1989) menyatakan bahwa *satisfaction* akan bertambah tinggi apabila seseorang menerima perawatan yang baik dan Folks (1999) menyatakan bahwa *satisfaction* akan bertambah tinggi apabila menerima apa yang disukai dan tidak disukai oleh orang lain. Meskipun teori bukti empiris dari teori ini sangat kurang, Oliver & Swan (1989) telah mengusulkan model komposit yang menawarkan suatu cara yang bermanfaat untuk mempelajari hubungan antara bermacam-macam komponen *satisfaction* atau disebut sebagai *Cognition-Affect Model of Satisfaction* (Gambar 1 hal 132)

Paradigma *disconfirmation* terletak diantara prekondisi *expectation* dan kualitas kinerja (*attribute performance*) serta kepuasan (*outcome of satisfaction*). Hubungan langsung kualitas kinerja dengan kepuasan juga dikenal sangat penting (Crosbie & Taylor, 1992), yang menyatakan bahwa *expectation* mempunyai kontribusi yang lebih besar terhadap kepuasan daripada terhadap *disconfirmation*

1	2	3	<p data-bbox="1045 247 1078 279">4</p> <p data-bbox="765 279 1358 343">Alasannya adalah bahwa <i>expectation</i> lebih ditentukan oleh persepsi</p> <p data-bbox="765 375 1358 590">Aspek afeksi, baik positif maupun negatif, dapat dilihat sebagai variabel antara, di antara kualitas kinerja (<i>attribute performance</i>) dengan kepuasan, dan <i>Attribution</i> dengan kepuasan <i>Equity</i> diposisikan sebagai variabel yang langsung mempengaruhi kepuasan (<i>satisfaction</i>), tidak berhubungan dan tidak dipengaruhi variabel lain</p> <p data-bbox="765 622 1358 933">Temuan Oliver adalah bahwa <i>disconfirmation</i> adalah prediktor terbaik untuk pembeli mobil, tapi afeksi adalah prediktor terbaik untuk bidang pendidikan, sebagai contoh : ketakutan murid di dalam kelasnya mengarah ke ketidakpuasan. Dalam bidang pelayanan kesehatan (<i>health care</i>), temuan ini membantu menjelaskan mengapa paradigma <i>disconfirmation</i> (sebagai komponen afektif) tidak terlalu produktif untuk menjelaskan <i>satisfaction</i>, asal kita menganggap pasien lebih mirip murid daripada pembeli mobil</p> <p data-bbox="765 965 1358 1149">Teori lain untuk menjelaskan pengaruh teori <i>expectancy disconfirmation</i> terhadap kepuasan adalah teori <i>assimilation-contrast</i> yang dikemukakan oleh Anderson (1973 dan Ross et al, 1987) Teori ini adalah hasil kombinasi dengan teori ketidak sesuaian kognitif (<i>cognitive dissonance</i>) oleh Festinger (1957)</p> <p data-bbox="765 1181 1358 1356">Teori Festinger dengan teori antagonisnya tentang melebih-lebihkan keganjilan/ketidak-cocokan antara <i>expectation</i> dan <i>perception</i>. Pada dasarnya teori ini menduga bahwa apabila <i>perception</i> terhadap kualitas kinerja (<i>attribute performance</i>) mirip dengan <i>expectation</i>, maka ada kecenderungan masyarakat</p>	5	6
---	---	---	---	---	---

untuk salah menempatkan persepsinya terhadap harapannya, hal ini dikenal sebagai efek asimilasi

Gambar 2 menayangkan sebagian dari teori Andersen (1973) yang menunjukkan garis horisontal sebagai kualitas produk yang sebenarnya (*objective product performance*) dan garis vertikal sebagai kualitas produk yang dirasakan (*perceived product performance*). Tingkat *expectation* digambarkan sebagai garis diagonal yang mempengaruhi persepsi. Jika perbedaan antar keduanya sangat kecil disebut efek asimilasi, akan tetapi diluar garis ini disebut efek kontras. Kegunaan dari model ini adalah bahwa model ini mengasumsikan hubungan ini sebagai sebuah rumus hner terbatas, yang menggambarkan suatu dukungan empiris yang menjelaskan mengapa menggunakan paradigma *disconfirmation*. Pada grafik ini terlihat sedikit sekali kontribusi paradigma *disconfirmation* terhadap *satisfaction*, kecuali pada kondisi yang ekstrim

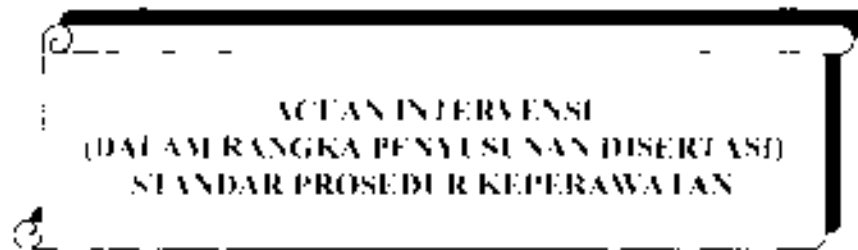
Model ke tiga, diusulkan oleh Parasuraman (1991) yang menggambarkan sebuah daerah toleransi yang disebut sebagai range antara tingkat harapan yang dianggap cukup (*adequate levels service expectations*) dan tingkat harapan yang diinginkan (*desired levels of service expectations*)

Model ini bertujuan untuk menduga bahwa di antara level harapan normatif yang dapat dicapai (*achievable normative expectation*) dan level minimum harapan yang diramalkan (*minimum predictable expectation*), persepsi pelayanan akan memuaskan, meskipun tidak terlalu besar. Lebih jauh, model ini dapat membedakan harapan terhadap outcome (*outcome expectation*) dan harapan terhadap proses (*process*

1	2	3	<p data-bbox="750 284 1338 437">4 <i>expectation</i>), tidak seperti teori-teori sebelumnya yang menganggap <i>expectation</i> murni dalam konteks outcome. Hal ini tampaknya sesuai untuk bidang pelayanan kesehatan oleh karena harapan pasien adalah harapan terhadap outcome</p> <p data-bbox="750 472 1310 807">Seperti pada gambar, kepuasan orang yang lebih mementingkan <i>outcome expectation</i>, posisi range toleransi akan lebih tinggi (ke kanan) daripada yang lebih mementingkan <i>process expectation</i>, namun mempunyai lebar range yang lebih kecil. Sebagai contoh kepuasan terhadap pengobatan (lebih mementingkan <i>outcome expectation</i>) mempunyai posisi range yang lebih tinggi (ke kanan) daripada kepuasan terhadap kualitas makanan (lebih mementingkan proses), namun mempunyai lebar range yang lebih kecil (lebih susah memuaskannya)</p> <p data-bbox="750 842 1252 868">Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>expectation</i></p> <p data-bbox="750 903 858 928">Personal</p> <ol data-bbox="793 935 1252 1270" style="list-style-type: none"> 1. Needs 2. Values 3. Valences 4. Roles Capabilities 5. Experience 6. Information 7. Intention 8. Attributions 9. Interests 10. Moods Emotions 11. Perceived Consequences of Outcomes. 	5	6
---	---	---	--	---	---

1	2	3	4	5	6
7	<p>Nyoman Anita Damayanti</p>	<p>Judul Kontribusi Kinerja Perawat dan Harapan Pasien dalam Dimensi Non Teknik Keperawatan terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kasus Kronis (Studi Eksplorasi dan Intervensi di Rumah Sakti)</p> <p>Ruang Lingkup Manajemen Sumber Daya Manusia & Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan</p>	<p>Social</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sociodemography</i> 2. <i>Social Norms</i> 3. <i>Groups Pressures</i> 4. <i>Task Requirements</i> 5. <i>Conditions Restrictions</i> 6. <i>Equity</i> <p>Paradigma manajemen</p> <p>Tujuan penelitian membuktikan bahwa bagi pasien dengan kasus kronis, maka dimensi non teknik keperawatan (dimensi <i>caring</i> yang menggambarkan <i>high touch</i>) sama pentingnya dengan dimensi teknik keperawatan (dimensi <i>caring</i> atau <i>high tech</i>)</p> <p>Landasan teor</p> <p>Ada empat teori dasar yang digunakan dalam penelitian ini yakni (1) harapan pasien, (2) kepuasan pasien; (3) pengembangan sumber daya manusia, (4) kinerja perawat</p> <p>Kinerja perawat dibedakan atas dimensi teknik (<i>practical skill medic technic dimensi caring</i>) dan non teknik keperawatan (<i>human skill communication skill dimensi caring</i>). Mengacu pada rumusan Zeithalm, Parasuraman dan Berry (1990) tentang kualitas jasa di mata pelanggan, maka kinerja perawat juga dikelompokkan dalam sepuluh dimensi sebagai penjabaran dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan. Sepuluh dimensi kualitas tersebut meliputi : <i>tangibles; reliability; responsiveness; credibility; competence; courtesy; security; access; communications; understanding the customer</i>. Kualitas dalam pelayanan kesehatan dapat ditinjau dari dua aspek yakni (1) kualitas dalam praktek (kesesuaian dengan standar) dan (2) kualitas dalam</p>	<p>Dilaksanakan dalam dua tahap Tahap pertama <i>cross-sectional</i> dan tahap kedua quasi eksperimental dengan rancangan <i>one group pre test post test design</i>.</p>	<p>Secara kuantitas ternyata jumlah pasien yang berharap dimensi teknik keperawatan (dimensi <i>caring</i>) lebih tinggi dibandingkan dengan harapan terhadap dimensi non teknik keperawatan (dimensi <i>caring</i>). Sedangkan secara kualitas, ternyata intensitas harapan pasien justru lebih tinggi terhadap dimensi non teknik keperawatan (dimensi <i>caring</i>). Kinerja perawat akan meningkat bila dalam menangani pasien, perawat lebih meningkatkan dimensi non teknik keperawatannya. Penilaian terhadap perawat menjadi lebih tinggi bila perawat berorientasi pada harapan pasien dan dalam penelitian ini intensitas harapan pasien cenderung lebih besar pada dimensi non teknik keperawatan atau non teknik medik atau dimensi <i>caring</i> perawat</p>

1	2	3	4	5	6
			persepsi. Dalam penelitian ini kualitas kinerja perawat diukur berdasarkan persepsi pasien dan indikator yang dipergunakan adalah kepuasan pasien. Kepuasan pasien dipengaruhi harapan sedangkan harapan dipengaruhi oleh karakteristik pasien		Disimpulkan bahwa kontribusi kinerja perawat dalam dimensi non teknik keperawatan dapat memberikan kepuasan yang lebih besar terhadap pasien



**ACUAN INTERVENSI
(Dalam Rangka Penyusunan Disertasi)
STANDAR PROSEDUR KEPERAWATAN**



Oleh:

**Nyoman Anita Damayanti
dan
Tim Bidang Keperawatan
RSUD Dr. Soetomo, Surabaya
1999**

PELAKSANAAN TINDAKAN KEPERAWATAN (STANDAR PROSEDUR)

PETUNJUK (berlaku untuk jenis kegiatan 1 sampai):

- a. BERTANDA “+” BILA KEGIATAN DILAKUKAN dan SEKALIGUS BERTANDA “A, B, C, D atau E, dimana A = sangat baik sampai E = sangat tidak baik”
 b. BERTANDA “-” BILA KEGIATAN TIDAK DILAKUKAN

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT								KET.
			A		B		C		D		
			+/	Nil	+/	Nil	+/	Nil	+/	Nil	
(1)	(2)	(3)	(4)								(5)
1.	Melakukan lavement tinggi / rendah	I. Menyiapkan pasien 1. Memperkenalkan diri 2. Menerangkan tujuan dilakukan tindakan atau prosedur 3. Menerangkan reaksi-reaksi yang mungkin terjadi akibat tindakan atau prosedur 4. Meminta persetujuan pasien (secara informal/lisan, untuk kesopanan) II. Menyiapkan alat : 1. Irrigator lengkap dg. isinya 1.1 Air hangat (suhu 37 C - 39 C) 1.2 PZ 0,9 % (suhu 37 C - 39 C) 2. Selimut mandi 3. Perfak atau alas bokong 4. Jelly dan kasa dalam tempatnya 5. Bengkok berisi cairan desinfektan lysol ± 2 - 3% 6. Sarung tangan 7. Sampiran/sketsel 8. Standart infus 9. Pasu najis (pispot) satu dan urinal untuk pasien laki-laki 10. Air cebok dalam botol 11. Tissue / selstof / handuk (milik Rumah Sakit atau pasien)									

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT										KET.	
			A											
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil		
(1)	(2)	(3)	(4)										(5)	
		<p>III. Tahap Pelaksanaan Kegiatan</p> <p>a Mencuci tangan sebelum dan sesudah prosedur dilakukan</p> <p>b Selalu mengamati kondisi maupun reaksi pasien <u>sebelum, selama</u> prosedur dijalankan; <u>setelah</u> prosedur dijalankan</p> <p>c Merujuk bila ada masalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memasang sampiran/menutup pintu 2. Memasang pernak dan alas bokong 3. Mengatur posisi pasien <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Miring kanan untuk luknah tinggi 3.2 Miring kiri untuk luknah rendah 4. Meminta pasien membuka baju bagian bawah, bila keadaan memungkinkan 5. Memasang sarung tangan 6. Memasang canule pada ujung slang 7. Mengeluarkan udara yang ada pada slang lalu di klem 8. Memasang irrigator setinggi 30 cm dari anus 9. Memasang irrigator setinggi 50 cm dari tempat tidur 10. Mengolesi canule dengan jelly memakai kasa 11. Memasukkan canule 5 - 7 cm atau 10 - 15 cm 12. Merujuk segera bila ada hambatan waktu memasukkan canule 13. Membuka klem 14. Menyuruh pasien bernafas panjang/bernafas melalui mulut selama cairan dimasukkan 15. Mengamati respon verbal dan non verbal pasien selama cairan dimasukkan 16. Memasukkan cairan ± 1 liter Menutup klem bila merasa mual/sakit meskipun cairan belum habis tetapi bila pasiennya kooperatif, perawat menyuruh menahan sebentar sampai cairannya habis 17. Menutup klem bila cairan habis 18. Menutup canule perlahan-lahan 19. Memasang paku najis, (memberi urinal dudu bila pasiennya laki-laki) 												

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT								KET.		
			A		B		C		D				
			-/+	Nil	+/-	Nil	-/+	Nil	-/+	Nil			
(1)	(2)	(3)	(4)								(5)		
		20 Menanyakan perasaan pasien setelah dilakukan prosedur 20.1 Perasaan lega 20.2 Masih terasa mulas / tidak 21 Meminta pasien untuk membersihkan bokong, bila keadaan memungkinkan, bila tidak memungkinkan maka perawat yang melakukan 22 Mengembalikan pasien ke posisi yang menyenangkan. (menanyakan pada pasien posisi yang menurutnya paling nyaman) 23 Membereskan alat-alat IV. Menatat hasil lavement : 1 Sifat faeces 2 Volume 3 Warna 4 d.Keberhasilan Berhasil atau tidak											
2.	Memasang Catheter	I. Menyapkan Pasien 1 Memberi salam 2 Memperkenalkan diri (bila pasien baru) 3 Menanyakan kesediaan pasien untuk dipasang catheter 4 Menjelaskan tujuan pemasangan catheter II. Menyiapkan alat-alat 1 Sarung tangan steril 2 Kasa steril 3 Catheter sesuai dengan nomer yang diperlukan 4 Spuit 10 cc 5 Urine bag 6 Korentang 7 Plester 8 Pengalas 9 Bengkok 10 Gunting verband 11 Kapas savlon 3% 12 Jelly KY 13 PZ / Aquadest											

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT								KET.	
			A									
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil		
(1)	(2)	(3)	(4)								(5)	
		<p>III. Pelaksanaan :</p> <p>III.1 Perhatian khusus :</p> <p>a. Mencuci tangan sebelum dan sesudah bekerja, di air mengalir memakai sabun cair atau sabun: dilap dengan handuk bersih dan kering</p> <p>b. Memperhatikan sterilitas selama pemasangan</p> <p>c. Selalu mengobservasi respon pasien, baik verbal maupun non verbal</p> <p>d. Menanyakan keadaan pasien selama prosedur setelah prosedur pemasangan</p> <p>e. Merujuk pada dokter atau penanggung jawab bila ada hambatan</p> <p>III.2 Tahap-tahap kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mendekatkan alat-alat yang siap pakai Menyiapkan posisi pasien secara rileks sesuai jenis kelamin Laki-laki : lurus Perempuan : dorsal recombent Memasang alas bokong dan meletakkan hengkok diantara tungkai Memasang sarung tangan Membersihkan daerah genitalia dengan kapas savlon 3 % Menentukan lokasi dan kondisi meatus Membasahi catheter dengan jelly KY sepanjang 2 - 3,5 cm, jangan menutupi ujung catheter Memasukkan catheter ke dalam meatus pelan-pelan, pasien disuruh tarik nafas dalam Merujuk bila ada hambatan ↳ Tanda catheter sudah masuk ke kandung kencing : bila keluar urine Memasukkan cairan steril pada balon catheter sesuai dengan ukuran yang tertulis pada poli catheter Melakukan fiksasi sesuai jenis kelamin - Laki-laki : ante abdominal - Perempuan : lurus di paha Mengembalikan pasien ke posisi yang menyenangkan setelah selesai tindakan Menanyakan keadaan pasien Mencatat hasil : jumlah, warna urine Membersihkan alat-alat dan mencuci tangan 										

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT					KET.
			Nil	Nil	Nil	Nil	Nil	
(1)	(2)	(3)	(4)					(5)
3.	Injeksi intra muscular	<p>I. Menyiapkan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam dan memperkenalkan diri (bal pasien harus) 2. Mencocokkan nama pasien sesuai buku injeksi 3. Menjelaskan tujuan tindakan <p>II. Menyiapkan alat-alat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bak injeksi steril, dialasi kassa steril 2. Spuit steril 3. Kapas alkohol dalam tempat tertutup 4. Obat-obat injeksi yang diperlukan 5. Bengkok tempat penampungan kotoran <p>III. Pelaksanaan :</p> <p>III.1 Perhatian khusus :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mencuci tangan sebelum dan sesudah mengerjakan prosedur b. Mengamati reaksi verbal dan non verbal pasien selama maupun sesudah pemberian obat c. Membedakan jarum untuk menghisap (jarum khusus) d. Membaca etiket atau label obat minimal 3 kali <ul style="list-style-type: none"> ◆ Pertama pada saat mengambil di tempat obat ◆ Kedua saat mengambil obat ◆ Ketiga pada saat meletakkan kembali ke tempat obat e. Membaca tanggal kadaluwarsa obat f. Menjaga kesterilan alat g. memperhatikan 5T dan 1W <ul style="list-style-type: none"> ◆ Tepat pasien ◆ Tepat obat ◆ Tepat dosis ◆ Tepat cara atau lokasi pemberian ◆ Tepat waktu ◆ Waspada terhadap efek samping obat (H.S.O) h. Mencatat jam dan tanggal pemberian, membubuhkan tanda tangan perawat yang memberikan 						

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT								KET.
			A								
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	
(1)	(2)	(3)	(4)								(5)
		<p>III.2 Tahap-tahap kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Mendekatkan alat-alat ke dekat pasien 2 Mengambil obat, membaca etikel, mencocokkan dengan program yang telah ditulis pada buku injectie 3 Menyendirikan (membedakan dengan yang untuk pasien) jarum untuk mengambil obat pada flacon, bila obat flacon mengoplos dengan aqua bidest steril 4 Menentukan tempat penyuntikan . <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Pada otot bokong pada 1/3 bagian SAS ⊗ Pada otot pangkal paha bagian luar yaitu 1/3 tengah paha sebelah luar ⊗ Pada otot pangkal lengan <i>INTRATEL N DELTOTOIDEN</i> 5 Mendesinfeksi daerah yang akan ditusuk. dengan kapas alkohol 6 Menegangkan kulit dengan tangan kiri, tangan kanan menusukkan jarum tegak lurus dengan permukaan kulit (90°) 7 Menarik penghisap sedikit (aspirasi). (menghentikan aspirasi dan mencari posisi penyuntikan yang tepat, bila ada darah dan obat tidak diteruskan) 8 Memasukkan obat-obat perlahan-lahan sampai habis 9. Setelah obat masuk seluruhnya, menarik jarum ke luar dengan cepat, bekas tusukan ditahan dengan kapas alkohol ± 30 detik 10 Membedakan alat-alat 11 Mencatat reaksi yang timbul setelah obat diberikan 									
4.	Injectie intra vena	<p>I. Menyiapkan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Memberi salam dan memperkenalkan diri (bila pasien baru) 2 Mencocokkan nama pasien sesuai dengan buku injectie 3 Menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan prosedur <p>II. Menyiapkan alat-alat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Bak injectie steril yang telah dialasi kasa steril 2 Spuit steril dengan berbagai ukuran menurut kebutuhan 3 Kapas alkohol 70 - 76 % dalam tempat tertutup 4 Obat-obat yang diperlukan 5 Perlak dan alasnya 6 Karet pembendung 7 Bengkok kosong tempat penampung kotoran 									

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT										KET.	
			A											
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil		
(1)	(2)	(3)	(4)										(5)	
		<p>III. Pelaksanaan :</p> <p>III.1 Perhatian khusus :</p> <p>a. Mencuci tangan sebelum dan setelah mengerjakan perawat</p> <p>b. Selalu mengamati dan mencatat reaksi verbal dan non verbal pasien selama maupun sesudah pemberian obat</p> <p>c. Mencatat jam dan tanggal pemberian dan tanda tangan perawat yang memberikan</p> <p>III.2 Tahap-tahap kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendekatkan alat-alat ke pasien 1. Mengambil obat, membaca etiket, mencocokkan dengan program yang telah ditulis pada buku injectie 2. Menyendirikan jarum. Bila obat flacon oplos dengan aqua bidest lalu menghisap obat, kemudian memasukkan pada bak injectie 3. Menentukan tempat penyuntikan secara tepat 4. Memasang perlek dan pengalas di bawahnya 5. Memasang karet pembendung pada daerah atas lokasi yang akan ditusuk 6. Mendesinfeksi daerah yang akan ditusuk, dengan kapas alkohol 7. Menegangkan kulit dengan tangan kiri, tangan kanan menusukkan jarum ke dalam pembuluh darah vena (lubang jarum menghadap ke atas) 8. Melakukan aspirasi (bila berhasil darah akan masuk ke dalam spuit, karet pembendung segera dilepas) 9. Memasukkan obat pelan-pelan 10. Memperhatikan reaksi pasien 11. Mencabut jarum perlahan-lahan 12. Menekan dengan kapas alkohol sampai pendarahan berhenti (30 detik) 13. Mengembalikan posisi pasien secepat mungkin (tanyakan pada pasien posisi yang menurutnya paling tepat) 14. Membereskan alat-alat 												

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT						KET.
			A		B		C		
(1)	(2)	(3)	✓	Nil	✓	Nil	✓	Nil	(5)
5.	Pemasangan naso gastric tube (NGT)	<p>I. Persiapan pasien : Bila pasien sadar a. Memperkenalkan diri b. Menjelaskan terlebih dahulu tujuan pemasangan NGT</p> <p>II. Persiapan Alat-Alat 1. NGT (naso gastric tube) no 18 atau sesuai kebutuhan 2. Disposable spuit 50 cc atau blas spuit 3. Bengkok 4. Jelly: karet / tutup infus 5. Plester dan gunting 6. Pengalas untuk dada pasien 7. Stetoskop 8. Waskom berisi air</p> <p>III. Pelaksanaan</p> <p>Tahap-tahap kegiatan : Perhatian khusus : a. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan b. Memperhatikan keadaan umum pasien c. Memperhatikan kebersihan</p> <ol style="list-style-type: none"> Meletakkan alat - alat di sebelah pasien arah kepala Mengatur posisi pasien, tidur terlentang, kepala diinggikan pakai 1 - 2 bantal Mengukur NGT, dengan meletakkan ujung NGT pada ujung tulang dada kemudian memanjang lurus sampai ke dahi, membelok ke telinga lalu diberi tanda (dengan plaster) Memasang alas dada Mengolesi ujung NGT dengan jelly Secara perlahan memasukkan NGT melalui lubang hidung Meminta pasien untuk menelan bila pasien sadar, bersamaan dengan itu, NGT dimasukkan perlahan-lahan Mengontrol apakah alat sudah masuk ke dalam lambung Menutup NGT lalu menifiksasi, bila semua telah sempurna. Mengembalikan pasien ke posisi yang nyaman lalu membereskan alat - alat dan mencuci tangan 							

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT								KET.
			A								
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	
(1)	(2)	(3)	(4)								(5)
6.	Pemasangan infus	<p>I. Persiapan Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri (dilakukan oleh perawat) 2. Menjelaskan tujuan serta sebab dan akibat pemasangan infus baik terhadap pasien maupun keluarganya 3. Menjelaskan langkah atau tindakan pemasangan infus yang akan dilakukan perawat 4. Menyiapkan posisi pasien 5. Menyiapkan suasana lingkungan pasien <p>II. Persiapan Alat – alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infus set steril 2. Jarum infus steril (misal Abbocath, Venflon, Surflow, dsb) 3. Kasa steril pada tempatnya 4. Kaps Alkohol 70 % 5. Cairan infus yang diperlukan 6. Cairan Bethadine 7. Perlak dan alasnya 8. Karet pembendung (Tourniquet) 9. Korentang steril pada tempatnya 10. Plaster, gunting verband, verband 11. Gantungan atau standar infus 12. Bidai atau spalk yang sudah dibalut (khusus untuk anak-anak) 13. Bengkok <p>III. Pelaksanaan Tahap-tahap kegiatan <i>Perhatian khusus :</i> <i>Cuci tangan sebelum dan sudah melakukan perawat</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendekatkan alat-alat pada pasien 2. Memasang alat pada lokasi yang dipasang infus 3. Menggantung cairan yang diperlukan pada standar infus 4. Membuka infus set dan menutup selang infus, memasukkan pipa saluran infus pada botol cairan 5. Mengisi reservoir / tabung selang infus sampai batas yang telah ditentukan 6. Membuka tutup jarum selang infus, mengalirkan cairan infus dengan membuka kran selang infus secara perlahan 7. Menutup kembali kran selang infus setelah cairan keluar 8. Memastikan lagi bahwa pada vena tersebut dapat dipasang infus! 9. Tourniquet dipasang pada daerah yang akan dipasang infus 									

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT								KET.
			A		B		C		D		
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	
(1)	(2)	(3)	(4)								(5)
		10 Melakukan desinfeksi pada lokasi yang akan ditusuk jarum (alcohol, venon) dengan kapas alkohol 70% atau bethadine, dan menunggu sampai kering 11 Menusukkan jarum infus ke dalam vena yang sudah disiapkan, dengan posisi lubang jarum infus menghadap ke atas (bila pembuluh darah vena baik dan tidak collaps), bila collaps, lubang jarum infus menghadap ke bawah 12 Mengobservasi reaksi verbal pasien 13 Mengobservasi reaksi non verbal pasien 14 Menarik mandril jarum infus sedikit (untuk mengontrol apakah jarum sudah masuk vena dengan tepat) 15 Tourniquet dilepas 16 Membuka carula jarum infus dan menyambungny dengan slang infus 17 Membuka kran sehingga cairan meneles perlahan 18 Memfiksasi pangkal jarum dengan tepat, mengolesi dengan bethadin dan menutup dengan kapas steril 19 Membuat catatan daftar observasi (meliputi reaksi pasien & tetesan cairan infus) 20 Mengembalikan pasien pada posisi yang nyaman, memasang spalk bila / bidai bila perlu 21 Membersihkan alat dan mencuci tangan									

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT								KET.
			A		B		C		D		
			+/	Nil	+/	Nil	+/	Nil	+/	Nil	
(1)	(2)	(3)	(4)								(5)
7.	Perawatan luka bersih	<p>I. Menyiapkan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Memperkenalkan diri 2 Menjelaskan tujuan dilakukan prosedur 3 Menjelaskan langkah perasa 4 Meminta persetujuan pasien 5 Menyiapkan pasien sesuai dengan kebutuhan <p>II. Persiapan alat-alat</p> <p><i>A Alat-alat steril (dalam duk steril) :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Pinset anatomi 2 Pinset chirurgic 3 Gunting lurus 4 Kapas lidi (2 batang) 5 Kasa steril sesuai dengan kebutuhan 6 Kasa atau kapas penekan 7 Mangkok kecil <p><i>B Alat-alat tidak steril</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Gunting pembalut 2 Plester 3 Bungkuk/kantong plastik 4 Kain pembalut/verband secukupnya 5 Botol berisi alkohol 70% 6 Iod bensi 2% didalam tempatnya 7 Obat-obat desinfektan - bethadine - sevlon <p>8. Alat-alat tersedia dalam haki/kereta pembalut dengan kondisi baik</p>									

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT										KET.	
			A											
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil		
(1)	(2)	(3)	(4)										(5)	
		<p>III. Pelaksanaan</p> <p>Perhatian Khusus</p> <p><i>a. Memperhatikan sterilitas alat-alat dan perkembangan luka</i></p> <p><i>b. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</i></p> <p>Tahap-tahap kegiatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menempatkan alat-alat ke dekat pasien 2. Membuka pembalut dengan pinset dan dibuang pada tempatnya 3. Membersihkan bekas plester dengan yod bpsin (memakai kapas) arah dari dalam ke luar 4. Membersihkan luka dengan kapas alkohol atau bethadine dioleskan dari arah dalam keluar 5. Membuang kapas kotor pada tempatnya, pinset yang sudah tidak steril diletakkan pada bengkok yang berisi larutan desinfektan 6. Mengolesi luka dengan bethadine dengan mempergunakan lidi watten ditutup dengan kasa steril lalu dibalut/diplester dengan rapi 7. Merapikan Pasien 8. Membersihkan alat-alat 9. Mencuci tangan <p>IV. Mencatat perkembangan keadaan luka</p>												

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT								KET.
			A								
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	
(1)	(2)	(3)	(4)								(5)
B.	Perawatan luka kotor	<p>I. Menyiapkan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan dilakukan prosedur 3. Menjelaskan langkah perasat 4. Meminta persetujuan pasien 5. Menyiapkan pasien sesuai dengan kebutuhan <p>II. Persiapan Alat-alat</p> <p>A. <i>Alat-alat steril (dalam duk steril)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pinset anatomi 1 2. Pincet chirurgie 2 3. Gunting lurus/bengkok 4. Kaps lidi 5. Kasa penekan atau kapas bulat 6. Kasa steril secukupnya 7. Mangkok kecil 2 8. Handscoon 1 pasang <p>B. <i>Alat-alat tidak steril (diletakkan pada haki atau kereta pembalut)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunting pembalut 2. Plester 3. Botol berisi alkohol 70%, bethadine 4. Bensin 2% didalam tempatnya 5. Obat-obat desinfektan : - Perhydrol 3%, savlon 2% 6. Pembalut secukupnya 7. Bengkok atau kantong plastik 									

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT					KET.	
			A	B	C	D	E		
			-/+ Nil	-/+ Nil	-/+ Nil	+/- Nil	+/- Nil		
(1)	(2)	(3)	(4)					(5)	
		<p>III. Pelaksanaan</p> <p><i>Perhatian khusus</i></p> <p>a. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan</p> <p>b. Memastikan tidak ada sisa sereton pada luka</p> <p>Tahap-tahap kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Menempatkan alat-alat ke dekat pasien 2 Menyiapkan alat-alat sesuai dengan kebutuhan 3 Membuka pembalut dengan pincet dan membuangnya pada tempatnya 4 Membersihkan bekas plester dengan yod bensi 5 Mencuci/membersihkan luka dengan kapas desinfektan sesuai advis dokter (perhydrol, savlon, PK) sampai bersih (melakukan necrotomi bila perlu) kemudian dibilas BWC/PZ 6 Mengkompres luka dengan BWC/bethadine sesuai advis dokter, kemudian menutup dengan kassa steril 7 Membalut/plester dengan rapi 7 Merapikan dan mengembalikan pasien ke posisi semula 8 Membereskan alat-alat <p>IV. Mencatat perkembangan keadaan luka</p>							

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT					KET.					
			A		B		C		D		E		
			+/	Nil	+/	Nil	+/		Nil	+/	Nil	+/	Nil
(1)	(2)	(3)	(4)					(5)					
9.	Pemberian obat melalui mulut	<p>I. Persiapan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Meja/baki Obat yang diperlukan Gelas atau tempat obat Sendok obat Air minum dalam tempatnya atau yang tersedia pada meja pasien Lap kerja (bila perlu) Buku catatan/kartu obat yang mencantumkan : <ol style="list-style-type: none"> Nama pasien No tempat tidur No Register Jenis dan nama obat Dosis obat Jadwal pemberian <p>II. Pelaksanaan</p> <p>A Perhatian khusus :</p> <ol style="list-style-type: none"> Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan prosedur Membaca etiket pada waktu menyiapkan obat, dari tiap-tiap obat sekurang-kurangnya 3 kali yaitu pada saat : <ol style="list-style-type: none"> Mengambil obat Membuka tutup pembungkus Menyumpun atau menutup kembali obat Tidak mempergunakan obat yang tidak jelas etiketnya Bila menggunakan obat dalam bentuk cair, sisi botol yang beretiket harus dapat dibaca dengan mudah Bila obat sudah masuk, mengobservasi reaksi obat Melapor dengan segera bila ada reaksi obat (yang tidak diinginkan) Segera melaporkan ke kepala ruangan bila terjadi kesalahan pemberian obat <p>B Tahap-tahap kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menyiapkan meja/baki obat lengkap dengan obat dan gelas obat sesuai dengan kebutuhan Memeriksa kembali obat yang telah disiapkan beserta kartu-kartunya untuk masing-masing pasien, Memberikan langsung kepada pasien dan menunggu sampai ditelan habis, bila perlu petugas membantunya Mencatat obat yang sudah diberikan pada status pasien 											

NO	KEGIATAN	DINILAI	PERAWAT					KET.
			A	B	C	D	E	
			Nil	Nil	Nil	Nil	Nil	
(1)	(2)	(3)	(4)					(5)
10.	Mengukur suhu badan (aksilair)	<p>I. Mengidentifikasi pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> A Dilakukan rutin tiap 6 - 8 jam pada pasien 1 Pasien yang akan diberikan transfusi 2 Pasien post operasi 3 Pasien yang akan dilakukan operasi 4 Pasien yang mengeluh menggigil <p>II. Menyiapkan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Memperkenalkan diri 2 Menerangkan tujuan dilakukan prosedur <p>III. Persiapan alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Termometer bersih pada tempatnya 2 Tiga buah botol, masing-masing berisi larutan sabun, larutan desinfektan dan air bersih 3 Bengkok 4 Potongan kertas tissue/kassa 5 Buku catatan suhu nadi/lembaran observasi <p>IV. Pelaksanaan</p> <p>A Perhatian khusus : <i>Mencuci tangan sebelum dan sesudah prosedur dikerjakan</i></p> <p>D Tahap-tahap kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Mengeringkan terlebih dahulu ketiak pasien, apabila perlu membuka lengan baju pasien 2 Memeriksa termometer, air raksa tepat pada angka nol 3 Menjepitkan dengan reservoirnya tepat di tengkuk ketiak, dan melipat lengan pasien ke dada 3 Setelah 5 - 10 detik, mengangkat termometer dan langsung membacanya kemudian mencatat pada buku suhu atau lembaran observasi 						

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT										KET.		
			A		B		C		D		E				
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil			
(1)	(2)	(3)	(4)										(5)		
		<p>4. Memasukkan termometer ke dalam larutan desinfektan, selanjutnya dibersihkan dengan air dan dikeringkan</p> <p>5. Menurunkan air raksa sampai angka nol dan mengeringkan termometer lalu memasukkannya ke dalam tempatnya</p> <p>V. Perhatian</p> <p>1. Tidak memberikan minuman panas atau dingin kepada pasien sebelum pengukuran suhu</p> <p>3. Melakukan pengukuran suhu sebelum makan</p> <p>4. Petugas mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan prosedur perawatan ini,</p> <p>5. Memeriksa termometer apakah dalam keadaan baik dan air rakasnya sudah diturunkan sampai batas yang ditentukan ($34 - 35^{\circ}\text{C}$), sebelum dipakai</p> <p>5. Waktu menurunkan air raksa, termometer harus dalam keadaan kering dan jangan sampai menyentuh sesuatu agar tidak pecah</p> <p>6. Membersihkan termometer tidak menggunakan air panas</p>													
11.	Menghitung pernafasan	<p>I. Mengidentifikasi pasien :</p> <p>1. Dilakukan pada pasien dengan kelainan jantung</p> <p>2. Dilakukan pada pasien dengan kelainan paru</p> <p>3. Pasien yang akan dilakukan operasi</p> <p>4. Pasien post operasi</p> <p>II. Menyiapkan pasien</p> <p>1. Memberi penjelasan kepada pasien tentang hal-hal yang akan dilakukan</p> <p>III. Persiapan alat-alat :</p> <p>1. Arloji tangan dengan petunjuk detik</p> <p>2. Buku catatan/formulir/lembaran observasi</p> <p>IV. Perhatian khusus :</p> <p>4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</p>													

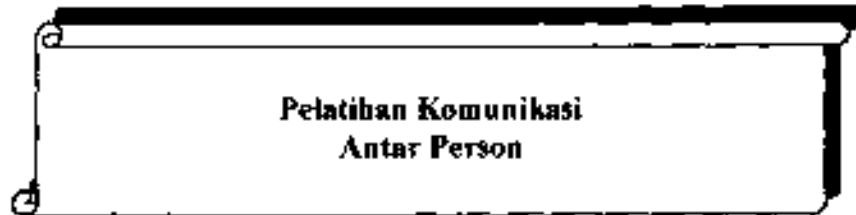
NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT										KET.		
			A		B		C		D		E				
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil			
(1)	(2)	(3)	(4)										(5)		
		<p>Tahap-tahap kegiatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan penghitungan pernafasan bersamaan dengan pengukuran suhu, nadi Melakukan penghitungan dalam satu menit dan mencatat hasilnya Segera melapor kepada penanggung jawab ruangan atau dokter ruangan bila ada masalah 													
12.	Menghitung denyut nadi	<p>I. Mengidentifikasi pasien :</p> <p>A. Dilakukan rutin setiap 4 jam</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien yang akan dilakukan operasi Pasien post op Pasien yang akan diberikan transfusi Pasien yang mengeluh menggigil <p>II. Mempersiapkan pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberi penjelasan kepada pasien supaya tenang Pada waktu pengukuran nadi pasien dalam posisi berbaring atau duduk <p>III. Persiapan alat-alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> Arloji tangan dengan petunjuk detik Buku catatan suhu nadi atau lembar observasi <p>IV. Pelaksanaan</p> <p>Perhatian khusus : <i>Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawat</i></p> <p>Tahap-tahap kegiatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Menghitung denyut nadi dilakukan bersamaan dengan pengukuran suhu Pada waktu menghitung nadi pasien harus benar-benar istirahat dalam posisi berbaring atau duduk Melakukan penghitungan dengan menempelkan jari telunjuk dan jari tengah di atas arteri selama setengah menit dan mengalikan dua hasilnya ($1/2 \times 2$) Khusus pada anak dihitung selama 1 menit Mencatat hasil penghitungan pada buku suhu atau nadi atau lembar observasi 													

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT					KET.	
			A	B	C	D	E		
			+/ Nil	-/ Nil	0/ Nil	+/ Nil	0/ Nil		
(1)	(2)	(3)	(4)					(5)	
		<p>V. Perhatian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan isi (volume), denyut nadi, iramanya teratur atau tidak dan tekanannya keras atau tidak 2. Memegang denyut nadi tidak boleh dilakukan jika tangan petugas baru saja memegang es 3. Bila keadaan pasien payah atau bila diperlukan untuk waktu-waktu tertentu, melakukan penghitungan lebih sering dan mencatatnya pada lembar 4. Bila terjadi perubahan pada denyut nadi pasien segera melaporkan kepada penanggung jawab ruangan atau dokter yang bertanggung jawab 5. Bila terjadi perubahan pada iramanya (irama tidak teratur) sebaiknya melakukan penghitungan dalam satu menit 							
13.	Pemberian makanan atau minuman melalui lambung	<p>I. Mengkaji pasien yang akan diberi makan atau minum lewat sonduga lambung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mencocokkan identitas 2. Menentukan pasien yang harus diberi makan atau minum peronde 3. Menjelaskan kepada pasien hal-hal yang akan dikerjakan (maksud dan tujuan) <p>II. Mengatur posisi pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sikap pasien semi fowler sedikit flexi 2. Anak dengan satu bantal <p>III. Menyiapkan alat yang akan dipakai untuk memasang sonde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengalas/serbet makan 2. Naso gastric tube dan tutupnya 3. Jelly dan gas 4. S spuit 10 - 50 cc - Anak 10 cc - Dewasa 50 cc 5. Plester dan gunting 6. Stetoscope 7. Bengkok 8. Mangkok/bengkok berisi air 9. Corong 10. Minuman yang akan diberikan 							

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT										KET.
			A		B		C		D		E		
			+/	Nil	+/	Nil	+/	Nil	+/	Nil	+/	Nil	
(1)	(2)	(3)	(4)										(5)
		<p>IV. Pelaksanaan</p> <p>Perhatian khusus : <i>Mencuci tangan sebelum dan sesudah bekerja</i></p> <p>Tahap-tahap kegiatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan pasien dalam keadaan aman dan nyaman 2. Memasang pengalas atau serbet makan 3. Mengukur NG tube 4. Memberi tanda dengan plester 5. Memoles NG tube dengan jelly 6. Memasukkan NG tube ke lubang hidung dan meminta pasien untuk menarik nafas panjang dan pasien dianjurkan menelan NG tube sampai batas yang telah diberi plester, sambil mengobservasi reaksi yang terjadi selama pemasangan 7. Mengecek apakah NG tube sudah masuk dengan benar dengan cara <ul style="list-style-type: none"> • Mengisi 10 cc udara sambil mendengarkan dengan stetoscope pada daerah epigastrium • Memastikan ujung NG tube ke dalam air • Melakukan aspirasi 8. Melakukan fiksasi yang benar dengan plester 9. Memeriksa cairan yang akan dimasukkan macam, suhu, jumlah 10. Memiringkan corong yang akan diisi minuman 11. Memberikan minum masuk melalui corong secara pelan-pelan 12. Membilas sampai bersih 13. Menutup ujung NG tube 14. Membersihkan alat-alat 15. Mencatat jumlah minum yang akan diberikan <p>V. Mengevaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan bagaimana perasaannya selama prosedur dikerjakan 2. Menanyakan bagaimana sudah kenyang atau belum 3. Menyendawakan pada anak 4. Ada tidaknya reaksi muntah 											

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT										KET.	
			A		B		C		D		E			
			+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil	+/-	Nil		
(1)	(2)	(3)	(4)										(5)	
14.	Memberikan glycerin	<p>I. Menyiapkan Penderita :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan penjelasan tujuanpelaksaan kepada penderita / keluarganya 2. Menerangkan reaksi yang mungkin timbul akibat pelaksanaan <p>II. Menyiapkan Alat-alat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selimut mandi 2. Alas bokong dan perlak 3. Semprit glycerin 4. Mangkok karet berisi glycerin hangat, sesuai suhu tubuh. Perbandingan glycerin air 1 : 1 5. Pot beserta alasnya 6. Botol air 7. Kertas kloset / selstof 8. Bengkok berisi cairan desinfektan lysol 2-3% 9. Sampiran 10. Handscoon <p>III. Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan sebelum dan sesudah bekerja 2. Beritahu penderita 3. Pasang sampiran atau tutup pintu 4. Pasang selimut mandi 5. Pasang perlak dan alas bokong 6. Isi semprit dengan glycerin sebanyak 10 - 20 cc 7. Atur posisi penderita miring ke kiri 8. Minta penderita membuka baju bagian bawah bila keadaan memungkinkan 9. Letakkan bengkok di sisi bokong penderita 10. Pakai handscoon 11. Keluarkan udara dari dalam semprit, masukkan kanula (sampai ke pangkalnya) ke dalam lubang pelepasan (ujung kamula yang bengkok mengarah ke depan penderita, searah dengannya) 12. Segera merujuk bila ada hambatan waktu pelaksanaan 												

NO	JENIS KEGIATAN	ASPEK YANG DINILAI	PERAWAT					KET.	
			A	B	C	D	E		
			Nil	NR	Nil	Nil	Nil		
(1)	(2)	(3)	(4)					(5)	
		13 Suruh penderita bernafas panjang /bernafas melalui mulut selama cairan dimasukkan							
		14 Amati respon verbal dan non verbal penderita selama cairan di masukkan							
		15 Cabut kanule dengan perlahan-lahan kemudian direndam pada tempat yang berisi larutan lysol 2-3%							
		16 Suruh penderita menahan sebentar sekitar 3-5 menit							
		17 Pasang pasu najis, bila penderitanya laki-laki diberi urinal dan bila keadaan memungkinkan anjurkan penderita untuk ke WC							
		18 Tanyakan perasaan penderita (perasaan inules, perasaan lega)							
		19 Minta penderita membersihkan bokong bila keadaan memungkinkan							
		20 Kembalikan penderita ke posisi yang menyenangkan (tanyakan pada pasien)							
		21 Bereskan alat-alat							
		22 Catat hasil pemberian gliserin -sifat faeces -warna dan volume -keherhasilan							



**PELATIHAN
KOMUNIKASI ANTAR PERSON
Tgl. 18,19, dan 20 Agustus 1999**

SESI I ICE BREACKING

SESI II PERSEPSI

SESI III KOMUNIKASI VERBAL DAN NON VERBAL

SESI IV ANALISIS TRANSAKSIONAL

+

**MATERI DIBERIKAN DALAM BINGKAI / FRAME OF REFERENCE
" PSIKOLOGI PELAYANAN "**

TUJUANNYA peningkatan pelayanan dengan cara komunikasi yang baik

SESI I ICE BREACKING

- **Tujuan** : pencairan suasana, melatih komunikasi, dan melatih membuka diri, sehingga dapat lebih percaya diri ketika melakukan komunikasi
- **Waktu pelaksanaan** : 30 menit
- **Proses pelaksanaan** : peserta diminta melakukan pengenalan diri tetapi dengan cara harus memperkenalkan teman kelompoknya, setelah melakukan komunikasi antar kelompok/pasangannya. Satu kelompok hanya terdiri dari dua orang.

SESI II PERSEPSI

- **Tujuan** : peserta dapat memahami tentang peras persepsi dalam komunikasi, sehingga dapat lebih berhati-hati dalam berkomunikasi dengan yang lainnya
- **Waktu pelaksanaan** : 45 menit
- **Proses pelaksanaan** : pemberian ceramah, dan melakukan permainan untuk mengetahui adanya perbedaan persepsi yang terjadi ketika melakukan komunikasi

SESI III KOMUNIKASI VERBAL DAN NON VERBAL

- **Tujuan** : peserta dapat memahami aspek-aspek non verbal yang ada dalam komunikasi sehingga dapat cepat memahami ekspresi wajah orang lain sehingga pada akhirnya akan meningkatkan kepuasan bagi pelanggan
- **Waktu pelaksanaan** : 45 menit
- **Proses pelaksanaan** : Peserta diminta melihat rekaman video yang ada tentang pasien-pasien yang ada di rumah sakit, kemudian diminta untuk menebak ekspresi yang ada. Kemudian baru diberikan ceramah tentang aspek-aspek nonverbal dalam komunikasi

SESI IV ANALISIS TRANSAKSIONAL

- **Tujuan** : Peserta dapat mengenali status ego lawan komunikasi, sehingga dapat mengeliminir terjadinya miss komunikasi/ konflik dalam komunikasi yang berasal dari factor psikologis
- **Waktu pelaksanaan** : 60 menit
- **Proses pelaksanaan** : Peserta diberi ceramah, kemudian mengenali ego dengan melihat komunikasi verbal dan non verbal, baru kemudian diadakan role playing untuk melihat : mempraktekkan analisis transaksional

Total waktu pelaksanaan : 3 jam

Tehnik yang dipakai :

1. Ceramah.
2. Tanya jawab.
3. Diskusi kelompok
4. Praktek komunikasi / role playing

Kuesioner wawancara dengan pasien,
hamilton rating scale-depression
dan *hamilton rating*
scale-anxiety

KUESIONER I
PANDUAN WAWANCARA DENGAN PASIEN
EXPLORASI HARAPAN PASIEN

a. Responden :

1. *pasien rawat inap di rumah sakit dengan kasus kronis (diabetes mellitus; gagal ginjal; post stroke; hipertensi dan kanker)*
2. *wawancara dilakukan maksimal 2 hari admisi*

b. Metode pengambilan data : wawancara

I. IDENTITAS RESPONDEN

- | | | |
|--|----------|---|
| 1 Nama | / ... th | 10 Jenis kasus |
| 2 Alamat/telpon | | 11. Pengalaman dirawat jln. /> |
| 3 Umur | | 12. Pengalaman rawat inap /> |
| 4 Jenis kelamin | | 13. Mulai / lama sakit |
| 5 Pendidikan terakhir | | 14 Penanggung biaya sendiri/keluarga/
perusahaan/askes/asuransi swasta/lain- |
| 6 Agama | | |
| lain .. | | |
| 7 Pekerjaan | | 15. Klas ruang perawatan |
| 8 Penghasilan/pengeluaran : | | 16 Klas yang dituju |
| 9 Status perkawinan : belum kawin/ tidak kawin
/kawin/janda/ duda | | 17 Pengirim/cara MRS |
| | | 18 Suku bangsa |
| | | 19. Mulai kenal Dx. |

III. EXPLORASI HARAPAN PASIEN TERHADAP PERAWAT (EXPECTED SERVICES)

1. **Mohon disebutkan sedikitnya lima (5) hal penting yang saudara harapkan dari perawat yang menangani saudara dan beri nomor sesuai prioritas. Bila memungkinkan mohon agar meliputi baik aspek pengetahuan, sikap maupun tindakannya.**

HAL-HAL YANG DIHARAPKAN	URUTAN PRIORITAS
1	
2	
3	
4	
5	

2. **Manakah yang akan saudara pilih saudara diminta memilih salah satu dari dua orang perawat dengan kriteria seperti di bawah ini ?**
 - a. Perawat "A" yang memiliki keterampilan medik baik (misalnya : terampil menyuntik, memasang infus, mengukur tensi) namun yang bersangkutan kurang ramah, kurang sabar, kurang memperhatikan keadaan saudara,, kurang dapat berkomunikasi dengan saudara, kurang mau memberikan informasi
 - b. Perawat "B" yang ramah, sabar, penuh perhatian, selalu memperhatikan keadaan saudara, sopan, mampu berkomunikasi dengan saudara, selalu memberikan informasi khususnya tentang segala hal yang berkaitan dengan tindakan yang dilakukannya namun keterampilan mediknya tidak sebaik perawat "A"

KUESIONER II
PANDUAN WAWANCARA DENGAN PASIEN
EXPLORASI HARAPAN PASIEN

a. Responden :

1. *pasien rawat inap di rumah sakit dengan kasus kronis (diabetes mellitus; gagal ginjal; post stroke dan kanker)*
2. *wawancara dilakukan saat admisi atau hari pertama admisi*

b. Metode pengambilan data : in-depth interview dan wawancara terstruktur

I. IDENTITAS RESPONDEN

- | | | | |
|--|--------|--|-------|
| 1 Nama | / / th | 10 Jenis kasus | |
| 2. Alamat/telpon | | 11 Pengalaman dirawat jln. | 1/ >1 |
| 3 Umur | | 12 Pengalaman rawat inap | 1/ >1 |
| 4 Jenis kelamin | | 13 Mulai / lama sakit | |
| 5 Pendidikan terakhir | | 14 Penanggung biaya sendiri/keluarga/ perusahaan/askes/asuransi swasta/lain-lain | |
| 6 Agama | | 15 Klas ruang perawatan | |
| 7. Pekerjaan | | 16 Klas yang dituju | |
| 8. Penghasilan/pengeluaran | | 17 Pengiriman/cara MRS | |
| 9. Status perkawinan belum kawin/ tidak kawin /kawin/janda/ duda | | 18 Suku bangsa | |
| | | 19 Mulai kenal Dx. | |

II. STATUS PSIKOLOGIS

(ditanyakan setelah mengisi kebutuhan)

II 1 Jenis reaksi psikologis (kuesioner tersendiri)

II 2 Persepsi pasien terhadap penyakit, terhadap rumah sakit dan terhadap perawat.

Untuk pernyataan II.2.1 sampai II.2.6. Mohon dilingkari satu pernyataan pada tiap-tiap nomor, yang paling sesuai dengan pendapat saudara.

II 2 1 Bila dilihat dari kemudahan pengobatannya, maka menurut saudara penyakit saudara ini termasuk pada kelompok penyakit yang bagaimana?

- 1 yang mudah disembuhkan
- 2 yang relatif mudah disembuhkan
- 3 yang sulit disembuhkan
- 4 yang sangat sulit disembuhkan
- 5 yang tidak mungkin disembuhkan
- 6 Tidak tahu
- 7 lain-lain, sebutkan

II 2 2 Bila dilihat dari berbahaya tidaknya suatu penyakit, maka menurut saudara, sakit yang saudara alami ini adalah

- 1 Sangat tidak berbahaya
- 2 Tidak berbahaya
- 3 Biasa saja
- 4 Berbahaya
- 5 Sangat berbahaya
- 6 Tidak tahu
- 7 Lain-lain

- II 2 1 Bila ditinjau dari jenis penyakitnya, menurut saudara penyakit saudara ini adalah
- 1 Penyakit keturunan
 - 2 Penyakit yang menular
 - 3 Penyakit yang terjadi karena perbuatan orang yang tidak senang dengan saudara (*magic*)
 - 4 Penyakit yang terjadi karena kutukan Tuhan
 - 5 Tidak tahu
 - 6 Lain-lain, mohon disebutkan
- II 2 4 Menurut saudara rumah sakit adalah
- 1 Sebuah tempat yang khusus memberikan pelayanan pengobatan dan dapat membuat saudara sembuh Atau dengan kata lain yang penting rumah sakit dapat menyembuhkan saudara
 - 2 Sebuah tempat yang disamping dapat memperbaiki kondisi kesehatan saudara juga dapat dipergunakan untuk beristirahat dan dapat memberikan ketenangan pada saudara
 - 3 Sebuah tempat yg sangat menakutkan
 - 4 Lain-lain mohon disebutkan
- II 2 5 Menurut saudara perawat adalah
- 1 Orang yang harus memberi pelayan pada saudara selama saudara di rumah sakit
 - 2 Orang yang seharusnya dapat memahami kebutuhan ataupun harapan saudara, yang seharusnya dapat berfungsi sebagai teman dekat di rumah sakit, yg bisa saudara ajak berbagi masalah atau berbagi rasa
 - 3 Orang yang seharusnya selalu siap membantu saudara terutama saat diperlukan
 - 4 Orang yang seharusnya mampu memenuhi kebutuhan saudara terhadap obat-obatan
 - 5 Lain-lain, mohon disebutkan
- II 2 6 Menurut saudara perawat yang baik adalah
- 1 Yang mau bekerja untuk saudara
 - 2 Yang mau bekerja sama dengan saudara

4. (Diisi oleh pewawancara)

- a. Pada kolom "pilihan" (kolom 2) : lingkarilah angka 1,2,3,4,5 atau 6 yang sesuai dengan harapan pasien. Lingkarilah angka 1 bila pasien mengatakan amat sangat tidak mengharapkan, 2 = sangat tidak mengharapkan (betul-betul tidak mengharapkan), 3- biasa-biasa saja (agak mengharapkan), 4- mengharapkan; 5- sangat mengharapkan; 6= amat sangat mengharapkan (betul-betul sangat mengharapkan)
- b. Pada kolom "yang didapat" (kolom 4) , lingkarilah satu angka yang paling sesuai dengan kenyataan yang menurut pasien didaparkannya di rumah sakit ini. Lingkarilah 1 bila pasien mengatakan sama sekali tidak mendapatkan; 2 = tidak mendapatkan atau tidak seperti yang diharapkan, 3= kadang-kadang mendapatkan atau kadang-kadang sesuai harapan, 4- jarang mendapatkan; 4=sering mendapatkan atau sesuai harapan, 5=sangat sering mendapatkan atau sangat sesuai harapan, 6=selalu mendapatkan atau betul-betul sesuai harapan
- c. Pada kolom "Kepuasan I dan II", lingkarilah satu angka sesuai dengan perasaan pasien yang dikatakannya melalui pernyataan kepuasannya. Lingkarilah angka 1 bila pasien mengatakan amat sangat tidak puas; 2=sangat tidak puas, 3=cukup puas, 4= puas, 5=sangat puas; 6= amat sangat puas

(1) DIMENSI /JENIS HARAPAN PASIEN (Expected Services)	(2) PILIHAN	KEPUASAN I		KEPUASAN II
		diukur 5 - 11 hari MRS		Diukur setelah intervensi, minimal 5 hari admisi
		Selama Dirawat (min 5hr. admisi)		Akan/Setelah Pulang
		(3) Yg. didapat / Perceived Services (beri tanda "V")	(4) Kepuasan (Interpretasi)	(5) Kepuasan (Interpretasi)
I. TANGIBLES : Penampilan Fisik <i>Apakah saudara mengharapkan</i>				
1 a. ... perawat berpenampilan baik (pakaian bersih & rapi, rambut rapi)? b. Apakah perawat di sini berpenampilan baik? c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
2. a. ... perawat memiliki wajah menarik (meskipun tidak harus cantik atau ganteng, tetapi mimik yang ditunjukkannya menyenangkan, tidak ketus) b. Apakah perawat disini berwajah menarik? c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
3. a. ... perawat berpenampilan modern (model atau warna pakaian mengikuti perkembangan jaman, tetapi tetap sopan, misalnya tidak terlalu ketat; model sederhana, praktis/tidak mengganggu gerakan, rok sebatas lutu) ? b. Apakah perawat di sini berpenampilan berpenampilan modern? c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
4. a. ... perawat berpakaian putih bersih ? Bila menjawab 1,2 atau 3 apakah harus putih ? ya / tidak b. Apakah perawat di sini berpakaian putih? c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
II. RELIABILITY (Keterandalan: Kemampuan memenuhi janji)				
<i>Apakah saudara mengharapkan :</i>				
1 a . perawat menangani saudara tepat waktu saat melakukan kegiatan non medik seperti memandikan, meminum saudara makan, dsb)?	1 2 3 4 5 6			1 2 3 4 5 6
b. Apakah perawat di sini menangani tepat waktu saat melakukan kegiatan non teknik keperawatan?		1 2 3 4 5 6		
c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?			1 2 3 4 5 6	
2 a . perawat menjalankan peraturan jam bezoek dengan ketat (misalnya jam bezoek pk 16.30 - 17.30 WIB, maka bila di luar jam tersebut tidak boleh ada orang luar / teman yang mengunjungi saudara) ?	1 2 3 4 5 6			
b. Apakah perawat di sini melakukan peraturan jam bezoek dengan ketat?		1 2 3 4 5 6		
c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?			1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
3 a . perawat melakukan tindakan sesuai prosedur yang ditetapkan ?	1 2 3 4 5 6			
b. Apakah perawat di RS ini melakukan tindakan sesuai prosedur ?		1 2 3 4 5 6		
c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?			1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
4. a. ... perawat menepati janjinya dan akan memberi-tahu saudara bila yang bersangkutan berhalangan?	1 2 3 4 5 6			
b. Apakah perawat di sini menepati janjinya dan memberi tahu saudara bila berhalangan?		1 2 3 4 5 6		
c. Puaskah saudara dengan hal itu ?			1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
5 a . perawat selalu menepati janjinya dan akan memberi pengganti untuk memenuhi janjinya pada saudara, bila perawat tersebut berhalangan (perawat "Ani" janji menjemput saudara untuk foto pk 09.00 WIB, maka dia datang tepat pukul 09.00. Namun bila si "Ani" tidak bisa datang, maka akan datang si "Ana" sebagai pengganti si "Ani"	1 2 3 4 5 6			
b. Apakah perawat di sini menepati janjinya dan memberi pengganti untuk memenuhi janjinya bila yang bersangkutan berhalangan?		1 2 3 4 5 6		
c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?			1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
6.a. . . Selalu meberi informasi termasuk saat si perawat tidak memenuhi janjinya	1 2 3 4 5 6			
b. Apakah perawat di sini selalu menepati janji?		1 2 3 4 5 6		
c. Puaskah saudara dengan hal itu?			1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>III. RESPONSIVENESS : Ketaaggapan; kemampuan perawat untuk membantu pasien dan memberikan pelayanan yang tepat dan cepat</p> <p><i>Apakah saudara mengharapkan</i></p> <p>1. a. ... perawat segera menawarkan bantuan tanpa diminta saat mereka melihat saudara kesulitan ? b. Apakah perawat di sini menawarkan bantuan tanpa diminta ? c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>2. a. ... perawat segera datang bila dipanggil, minimal menerima keluhan, khususnya <u>keluhan tentang sakit</u> saudara? (harapan didatangi menit ?) b. Apakah perawat di sini segera datang bila dipanggil? (didatangi menit ?) c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu ?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>3. a. bersedia memberikan <u>waktu khusus</u>, misalnya membantu berjalan, BAB, BAK setiap saat bila dibutuhkan ? b. Apakah perawat bersedia memberi waktu khusus pada saudara? c. Seberapa puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>4. a. Bila saudara tidak mampu mandi sendiri atau menyisir rambut, apakah saudara mengharapkan perawat memandikan saudara ? b. Apakah perawat di sini memandikan saudara? c. Puaskah saudara dengan hal itu ?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>IV. COMPETENCE : (Aspek pengetahuan dan keterampilan)</p> <p><i>Apakah saudara mengharapkan</i></p> <p>1. a. ... perawat memiliki <u>pengetahuan baik</u> tentang <u>cara-cara</u> berkomunikasi dengan pasien, tentang cara mendekati atau memotivasi pasien agar mau berobat dengan baik, tentang cara mengetahui harapan pasien (<i>pengetahuan non teknik keperawatan</i>) b. Apakah perawat di sini memiliki kemampuan seperti poin "a" ? c. Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>2 a. ... perawat memiliki pengetahuan tentang cara mengetahui kondisi psikologis atau emosi saudara, tentang cara memahami kondisi pasien . (terutama bila ditanya)</p> <p>b Apakah perawat di sini memiliki pengetahuan tentang cara mengetahui kondisi psikologis atau emosi saudara?</p> <p>c Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>3 a. ... perawat terampil atau memiliki kemampuan non teknik keperawatan yang baik, seperti mampu memberi penjelasan atau berkomunikasi dengan pasien, memotivasi pasien (membangkitkan semangat sembuh, membuat pasien kooperatif), mampu menggali kebutuhan pasien, mampu mengidentifikasi reaksi psikologis atau emosi pasien , mampu mengenali kondisi pasien ?</p> <p>b Apakah perawat di sini memiliki keterampilan non teknik keperawatan yang baik?</p> <p>c Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>4 a. ... perawat yang memiliki pengetahuan teknik keperawatan yg baik seperti pengetahuan tentang cara-cara menyuntik, memasang infus, memeriksa tensi, memasang sonde, oksigen dengan baik dan lemah (terutama bila ditanya) ?</p> <p>b Apakah perawat di sini memiliki pengetahuan teknik keperawatan yang baik ?</p> <p>c Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>5 a. ... perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang kegunaan dan penggunaan peralatan medik (terutama bila ditanya) ?</p> <p>b Apakah perawat di sini memiliki pengetahuan tentang kegunaan dan penggunaan peralatan medik dengan baik ?</p> <p>c Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>6 a. ... perawat memiliki pengetahuan yang baik tentang kegunaan dan penggunaan obat-obatan ?</p> <p>b Apakah perawat disini memiliki pengetahuan yang baik tentang kegunaan dan penggunaan obat-obatan ?</p> <p>c Puaskah saudara dengan hal itu ?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>7 a. ... perawat terampil di bidang teknik keperawatan , artinya melakukan tindakan medik dengan baik dan benar Misalnya melakukan kegiatan menyuntik, memasang infus, mengukur tensi dan melakukan kegiatan teknik keperawatan lain ?</p> <p>b Apakah perawat di sini terampil di bidang non teknik keperawatan?</p> <p>c Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
V. COURTESY : (sabar, memiliki rasa hormat dan bersahabat)				
<i>Apakah saudara menghavapkan :</i>				
1 a perawat bersikap sabar dan telaten (dan tidak tergantung umur atau tingkat sosial)? b Apakah perawat di sini sabar dan telaten? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
2 a perawat sopan dan memiliki rasa hormat pada pasien (dan tidak tergantung umur atau tingkat sosial)? b Apakah perawat di sini sopan dan memiliki rasa hormat pada pasien? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
3 a perawat menunjukkan sikap bersahabat dengan pasien (dan tidak tergantung umur atau tingkat sosial)? b. Apakah perawat di sini menunjukkan sikap bersahabat dengan pasien ? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
4 a perawat tidak membentak terutama bila berhadapan dengan pasien ? b Apakah perawat di sini tidak membentak bila berhadapan dengan pasien? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
5 a . . . perawat murah senyum ? b Apakah perawat di sini murah senyum? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
VI. CREDIBILITY : (dapat dipercaya)				
<i>Apakah saudara menghavapkan:</i>				
1. a . . . perawat berbicara jujur kepada saudara dalam "berbagai hal" termasuk bila keadaan kesehatan saudara tidak ada perubahan atau menurun ? b. Apakah perawat di sini berbicara jujur dalam berbagai hal kepada saudara meskipun keadaan kesehatan saudara tidak ada perubahan? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
2. a . . . perawat berbicara jujur kepada keluarga saudara tentang "berbagai hal", termasuk bila perkembangan atau keadaan kesehatan saudara tidak ada perubahan atau menurun ? b. Apakah perawat di sini berbicara jujur kepada keluarga saudara tentang "berbagai hal", bila perkembangan kesehatan saudara tidak ada perubahan ? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3 a . perawat bertindak dengan pasti, minimal tidak keliru memasuki ruangan pasien yang hendak diobati? b Apakah perawat di sini bertindak dengan pasti? c Puaskah saudara dengan hal itu? d Apakah saudara merasa terganggu bila ada perawat keliru memasuki ruangan saudara atau keliru membawa status atau obat?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
4 a . perawat memiliki reputasi baik . yang berprestasi, yang sering kali lebih unggul dari teman-temannya? b Apakah perawat di sini memiliki reputasi baik? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
VII. SECURITY : bebas dari rasa takut, risiko atau keraguan				
<i>Apakah saudara mengharapkan:</i>				
1 a . . perawat memperkenalkan diri atau mengucapkan salam saat akan menangani saudara? b Apakah perawat di sini memperkenalkan diri saat akan menangani saudara? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
2. a. . perawat siap membantu, misalnya bila ada resep dokter, obat tetap dapat diambil meskipun tidak ada keluarga yang menunggu saudara? b Apakah perawat di sini siap membantu? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
3 a. . perawat dapat menjamin bahwa barang-barang yang saudara bawa takkan hilang? b Apakah perawat menjamin barang-barang saudara takkan hilang? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
4 a . perawat dapat menjadi mediator atau penghubung antara saudara dg. dokter atau rumah sakit? b Apakah perawat di sini dapat menjadi mediator? c. Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
5. a. . perawat senantiasa memeriksa cairan infus atau obat saudara? b. Apakah perawat mengecek cairan infus saudara? c. Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6 a perawat memperhatikan reaksi fisik / biologis yg. timbul pada saudara setiap saat, terutama sebelum ataupun setelah pemberian suatu pengobatan tertentu (misalnya memeriksa daerah sekitar infus) b Apakah perawat di sini memperhatikan reaksi fisik/biologis yang timbul pada saudara? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
7 a perawat memperhatikan reaksi psikologis saudara, misalnya apakah saudara cemas, sedih, senang dan sebagainya? b Apakah perawat disini memperhatikan reaksi psikologis saudara? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
8 a perawat mampu melakukan tindakan dalam batas-batas tertentu, tanpa harus menunggu perintah dokter (misalnya memberi pertolongan pertama) ? b Apakah perawat di sini dalam batas-batas tertentu mampu melakukan tindakan tanpa harus menunggu perintah dokter? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
VIII. ACCES : kemampuan mengadakan pendekatan dan kemudahan kontak <i>Apakah saudara mengharapkan :</i>				
1 a . perawat yang mudah ditemui, khususnya bila ada masalah meskipun lokasi "ngeposnya" agak jauh dari saudara? b Apakah perawat di sini lokasi ngeposnya dekat dengan saudara? c. Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
2. a. ... perawat yang lokasi ngeposnya dekat dengan saudara dan dapat terlihat dari ruang perawatan saudara ? b Apakah perawat di sini lokasi ngeposnya dekat dengan saudara? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
3 a . perawat yang sering menengok saudara tanpa diminta, minimal untuk menanyakan keadaan saudara? b. Apakah perawat sering menengok saudara tanpa diminta? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
4 a. . perawat yang mudah dan mau dihubungi, meskipun melalui interkom atau bel ? b Apakah perawat di sini mudah dan mau dihubungi ? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>IX. COMMUNICATIONS : memberikan informasi pada pasien dengan bahasa yang dimengerti pasien; mendengarkan pasien dengan empati</p> <p><i>Apakah saudara memperhatikan :</i></p> <p>1 a. ... perawat yang memberikan penjelasan tentang segala peraturan RS, khususnya tentang aspek yang berkaitan dengan pembayaran, peraturan rumah sakit tentang jam berkunjung, dan sejenisnya?</p> <p>b. Apakah perawat di sini memberi penjelasan tentang segala hal?</p> <p>c. Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>2 a. ... perawat yang memberikan penjelasan tentang peraturan penggunaan fasilitas RS?</p> <p>b. Apakah perawat memberi penjelasan tentang segala peraturan RS?</p> <p>c. Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>3 a. ... perawat mengajak saudara untuk merencanakan dan sekaligus mematuhi segala tindakan yang dilakukan dokter atau perawat terhadap saudara?</p> <p>b. Apakah perawat mengajak saudara merencanakan perawatan?</p> <p>c. Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>4 a. ... perawat memberi informasi jelas dan lengkap tentang segala hal atau segala tindakan medik yang akan dilakukan oleh perawat atau dokter terhadap saudara?</p> <p>b. Apakah perawat di sini memberi informasi jelas dan lengkap tentang tindakan medik yang akan dilakukan?</p> <p>c. Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>5 a. ... perawat memanggil nama saudara bila berbicara atau menyapa?</p> <p>b. Apakah perawat di sini memberi jalan keluar tentang yang saudara butuhkan?</p> <p>c. Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>6 a. ... perawat selalu memberi informasi tentang hasil tindakan medik yang dilakukannya meskipun yang bersangkutan sebelumnya tidak memberi informasi tentang prosedurnya?</p> <p>b. Apakah perawat memberi informasi tentang hasil tindakan medik?</p> <p>c. Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
<p>7 a. ... perawat selalu memberi informasi tentang hal-hal yang boleh ataupun yang tidak boleh dilakukan sehubungan dengan penyakit saudara, misalnya tidak boleh makan makanan bertekstur, harus santai, banyak istirahat dan sering jalan-jalan atau bergerak?</p> <p>b. Apakah perawat disini selalu memberi informasi tentang hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan sehubungan dengan penyakit saudara?</p> <p>c. Puaskah saudara dengan hal itu?</p>	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8 a. perawat memberi penjelasan tentang akibat-akibat yg mungkin terjadi bila tidak mematuhi aturan pengobatan, misalnya akibat bila tidak teratur minum obat atau bila terlalu banyak berbaring b. Apakah perawat memberi penjelasan tentang akibat saudara mematuhi atau tidak mematuhi aturan pengobatan? c. Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
9 a. . . perawat memberi informasi tentang perawatan atau pemeriksaan lanjutan? b. Apakah perawat memberi informasi tentang perawatan lanjutan? c. Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
10 a. perawat memberi informasi tentang hal-hal yg boleh maupun yg tidak boleh dilakukan bila saudara diijinkan pulang (misalnya yang berkaitan dengan makanan, kegiatan fisik)? b. Apakah perawat di sini memberi informasi tentang hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan bila saudara diijinkan pulang? c. Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
11 a. . . perawat yang lebih banyak mendengarkan saudara dari pada selalu memberi informasi tentang berbagai hal khususnya yang berkaitan dengan tindakan yang dilakukan pada saudara? b. Apakah perawat disini lebih banyak mendengarkan saudara dari pada memberi informasi tentang hal yang berkaitan dengan tindakan yang dilakukan? c. Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
X. UNDERSTANDING THE CUSTOMER : mengupayakan agar memahami pasien <i>Apakah saudara mengharapkan</i>				
1 a. perawat mengerti kebutuhan dan keadaan saudara? b. Apakah perawat di sini mampu mengerti kebutuhan saudara? c. Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
2 a. perawat memiliki tenggang rasa yang besar (berempati)? Bila saudara mengatakan "mengharapkan sampai sangat memperhatikan" maka diartikan aja yang saudara maksud dengan "tenggang rasa besar" b. Apakah perawat di sini memiliki tenggang rasa yang besar? c. Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	a perawat menganggap saudara sebagai orang yang dekat dengannya? b Apakah perawat menganggap saudara sbg orang dekat dengannya? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
4	a perawat selalu memantau keadaan keseluruhan saudara? b Apakah perawat selalu memantau perkembangan kesehatan saudara? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6
5	a perawat tidak acuh tentang selera makan saudara (tidak perlu bertanya tentang selera makan saudara, meskipun makanan dari rumah sakit hanya saudara makan sedikit bahkan hampir tidak termakan) ? b Apakah perawat di sini tidak acuh tentang selera makan saudara? c Puaskah saudara dengan hal itu?	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6

HAMILTON RATING SCALE – DEPRESSION

Nama / No. Responden : Tgl. Masuk :
 Alamat & No. bed : Tgl. Wawancara :

- 1 Keadaan perasaan depresi (sedih, putus asa, tak berdaya, tak bergaul)
 - 0 tidak ada
 - 1 - perasaan ini hanya dinyatakan bila ditanya
 - 2 - perasaan ini dinyatakan secara verbal spontan
 - 3 - perasaan yang nyata tanpa komunikasi verbal misalnya ekspresi, mukanya bentuk, suara dan kecenderungan menangis
 - 4 pasien menyatakan perasaan yang sesungguhnya ini dalam komunikasi baik verbal maupun non verbal

- 2 Perasaan bersalah
 - 0 - tidak ada
 - 1 - menyalahkan diri sendiri, merasa sebagai penyebab penderitaan orang lain
 - 2 ide-ide bersalah atau renungan tentang kesalahan-kesalahan pada masa lalu
 - 3 sakit ini adalah sebagai hukumannya, delusi bersalah
 - 4 - suara-suara kejaran atau tuduhan-tuduhan dengan dan halusinasi penglihatan tentang hal-hal yang mengancamnya

- 3 Bunuh diri
 - 0 - tidak ada
 - 1 - merasa hidup tak ada artinya
 - 2 - mengharapkan kematian atau pikiran-pikiran lain ke arah hal itu
 - 3 - ide-ide bunuh diri atau langkah-langkah ke arah itu
 - 4 percobaan bunuh diri

- 4 Insomnia (initial)
 - 0 - tidak ada kesukaran masuk tidur
 - 1 keluhan kadang-kadang sukar masuk tidur misalnya lebih dari setengah jam baru dapat tertidur
 - 2 - keluhan tiap malam sukar masuk tidur

- 5 Insomnia (middle)
 - 0 tidak ada kesukaran untuk mempertahankan tidur
 - 1 - pasien mengoluh, gelisah dan terganggu sepanjang malam
 - 2 - terjaga sepanjang malam (bangun dari tempat tidur, kecuali buang air)

- 6 Insomnia (late)
 - 0 - tidak ada kesukaran, atau keluhan bangun terlalu pagi
 - 1 - bangun di waktu fajar tetapi tidur lagi
 - 2 - bila telah bangun, tak bisa tidur lagi di waktu fajar

- 7 Kerja dan kegiatan-kegiatannya
 - 0 tidak ada kesukaran
 - 1 pikiran-pikiran dan perasaan-perasaan ketidakmampuan, keletihan atau kelemahan-kelemahan yang berhubungan dengan kegiatan-kegiatan kerja atau hobi
 - 2 - hilangnya minat akan kegiatan-kegiatan, hobi atau pekerjaan baik secara langsung maupun tidak pasien menyatakan kelesuan, keragu-raguan dan rasa bimbang (merasa bahwa ia harus memaksa diri untuk bekerja atau dalam kegiatan lainnya)
 - 3 berkurang waktu untuk beraktivitas sehari-hari atau kurang produktivitas di rumah sakit. Bila pasien tidak sanggup beraktivitas sekurang-kurangnya tiga jam sehari dalam kegiatan sehari-hari kecuali tugas-tugas di bangsal

- 4 = tidak bekerja karena sakitnya sekarang. Di rumah sakit. bila pasien tidak bekerja sama sekali kecuali tugas-tugas di bangsal atau jika pasien gagal melaksanakan kegiatan-kegiatan di bangsal tanpa bantuan.
- B Kelambanan (lambat dalam berfikir dan berbicara, gagal berkonsentrasi, aktifitas motorik menurun)**
- 0 = normal dalam bicara dan berfikir
 - 1 = sedikit lamban dalam wawancara
 - 2 = jelas lamban dalam wawancara
 - 3 = sukar di wawancarai
 - 4 = stupor (diam sama sekali)
- 9. Kegelisahan/agitasi**
- 0 = tidak ada
 - 1 = kegelisahan ringan
 - 2 = memainkan tangan, rambut dan lain-lain
 - 3 = bergerak terus, tidak bisa duduk tenang
 - 4 = meremas-remas tangan, menggigit-gigit kuku, menarik-narik rambut, menggigit-gigit bibir
- 10. Ansietas psikis**
- 0 = tidak ada kesukaran
 - 1 = ketegangan subjektif dan mudah tersinggung
 - 2 = mengawatirkan hal-hal kecil
 - 3 = sikap keawatiran yang tercernin di wajah atau pembicaraanya
 - 4 = ketakutan yang diutarakan tanpa di tanya
- 11. Ansietas somatik**
- 0 = tidak ada ansietas berhubungan fisiologi seperti
 - 1 = ringan - gastrointestinal mulut kering, diarehoe
 - 2 = sedang - cardio vaskuler palpitasi, sakit kepala
 - 3 = berat pematasan, frekuensi buang air kecil berkeringan dan lain-lain
- 12. Gejala somatik gastrointestinal**
- 0 = tidak ada
 - 1 = nafsu makan berkurang tetapi dapat makan tanpa dorongan teman. Merasa perutnya penuh
 - 2 = sukar makan tanpa dorongan teman, membutuhkan penghancur untuk buang air besar atau obat-obatan untuk saluran pencernaan
- 13. Gejala somatik umum**
- 0 = tidak ada
 - 1 = anggota gerakanya, punggung atau kepala terasa berat. Sakit punggung, kepala dan otot-otot, hilangnya kekuatan dan kemampuan
 - 2 = gejala-gejala di atas yang jelas
- 14. Genital (gejala pada genital dan libido)**
- 0 = tidak ada misalnya gejala-gejala; hilang libido dan gangguan menstruasi
 - 1 = ringan
 - 2 = berat
- 15. Hypochondriasis**
- 0 = tidak ada
 - 1 = dihayati sendiri
 - 2 = preokupasi mengenai kesehatan diri sendiri
 - 3 = sering mengeluh, membutuhkan pertolongan dan lain-lain
 - 4 = delusi hypochondris

HAMILTON RATING SCALE - ANXIETY

Nama / No. Responden : Tgl. Masuk :
 Alamat & No. bed : Tgl. Wawancara :

1. **Perasaan Anxietas**
 - cemas - takut akan pikiran sendiri
 - firasat buruk - mudah tersinggung
2. **Ketegangan**
 - merasa tegang - mudah menangis
 - lesu - gemetar
 - tak bisa istirahat tenang - gelisah
 - mudah terkejut
3. **Ketakutan**
 - pada gelap - pada binatang besar
 - pada orang asing - pada keramaian lalu lintas
 - ditinggal sendiri - pada kerumunan orang banyak
4. **Gangguan tidur**
 - sukar masuk tidur - mimpi-mimpi
 - terbangun malam hari - mimpi buruk
 - tidak pulas - mimpi yang menakutkan
 - bangun dengan lesu
5. **Gangguan kecerdasan**
 - sulit berkonsentrasi - daya ingat buruk
6. **Perasaan depresi**
 - hilangnya minat - bangun dini hari
 - berkurangnya kesenangan pada hobi - perasaan berubah-ubah sepanjang hari
 - sedih
7. **Gejala somatik (otor)**
 - sakit dan nyeri di otot-otot - gigi gemeretak
 - kaku - suara tidak stabil
 - kedutan otot
8. **Gejala somatik (sensorik)**
 - rinus - merasa lemas
 - penglihatan kabur - perasaan di tusuk-tusuk
 - muka merah atau pucat
9. **Gejala kardiovaskuler**
 - takikardia - denyut nadi mengeras
 - berdebar - rasa lesu/lemas seperti mau pingsan
 - nyeri di dada - detak jantung hilang (berhenti) sekejap
10. **Gejala respiratori**
 - rasa tertekan atau sempit dada - sering menarik nafas
 - perasaan tercekik - nafas pendek/sesak

11. Gejala gastro-intestinal

- sulit menekan
- perut melilit
- gangguan pencernaan
- nyeri sebelum dan sesudah makan
- perasaan terbakar di perut
- rasa perut ariau gembung
- enek
- buang air besar lembek
- muntah
- konstipasi

12. Gejala urogenital

- sering buang air seni
- tak dapat menahan air seni
- amenorrhoe
- menorrhagia
- menjadi dingin (frigid)
- ejakulasi prekok
- ereksi hilang
- impotensi

13. Gejala otonom

- mulut kering
- muka merah
- mudah berkeringat
- pusing, sakit kepala
- bulu-bulu berdiri

14. Tingkah laku pada wawancara

- gelisah
- tak tenang
- jari gemetar
- kerut kening
- muka tegang
- tonus otot meningkat
- nafas pendek dan cepat
- muka merah

Pewawancara

11 D

Lampiran 5

Hasil Uji Statistik

0.	Deskriptif, Independent samples test dan Logistik regresi
----	---

T-Test

Group Statistics

	VAR00005	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
hardom dikurangi yg. kembar	1.00	74	4.9687	.3682	4.281E-02
	2.00	35	5.2404	.4870	8.232E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
hardom dikurangi yg. kembar	Equal variances assumed	4.324	.040
	Equal variances not assumed		

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
							Lower	Upper
hardom dikurangi yg. kembar	Equal variances assumed	-3.232	107	.002	-.2716	8.405E-02	-.4383	-.1050
	Equal variances not assumed	-2.928	53.064	.005	-.2716	9.279E-02	-.4578	-.855E-02

Frequencies

Statistics yg. sama kode 0

harapan dominan yg. sama kode 0

N	Valid	112
	Missing	0

harapan dominan yg. sama kode 0

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	3	2.7	2.7	2.7
	1.00	74	66.1	66.1	68.8
	2.00	35	31.3	31.3	100.0
	Total	112	100.0	100.0	

NPar Tests: Chi Square test; Frequencies

harapan dominant missing .

	Observed N	Expected N	Residual
1.00	74	54.5	19.5
2.00	35	54.5	-19.5
Total	109		

Test Statistics

	harapan dominan missing
Chi-Square ^a	13.954
df	1
Asymp. Sig.	.000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 54.5

Frequencies

Statistics yg. sama missing

harapan dom. nar missing .

N	Valid	109
	Missing	3

harapan dominan missing -yg. sama dianggap missing

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 00	74	66.1	67.9	67.9
	2 00	35	31.3	32.1	100.0
	Total	109	97.3	100.0	
Missing	System	3	2.7		
Total		112	100.0		

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
kopuasan total (NTKp.+TKp.)	111	3.17	5.57	4.4856	.6906
Valid N (listwise)	111				

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
harapan dominan (yg. sama kode 0) * kpuaaandominan	108	99.1%	1	.9%	109	100.0%

harapan dominan (yg. sama kode 0) * kpuaaandominan Crosstabulation

Count

		kpuaaandominan		Total
		>1m	>n1m	
harapan dominan (yg sama kode 0)	lkp>tkp	52	22	74
	tkp>n1kp	15	19	34
Total		67	41	108

Descriptives. Harapan yang lebih dominan ant. TKp. dan NTKp.
(data: hardom(s))

Descriptive Statistics. Rerata TKp. dari yg. dominan berharap TKp.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std Deviation
harapan dimensi teknik medik	74	4,37	5,76	5,2165	,3373
HAR_NTM	74	4,20	5,72	4,9687	,3682
Valid N (listwise)	74				

Descriptive Statistics. Rerata harapan NTKp. dari yg. dominan berharap NTKp.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std Deviation
HAR_NTM	35	3,86	5,86	5,2404	,4870
harapan dimensi teknik medik	35	3,84	5,70	5,1055	,5100
Valid N (listwise)	35				

Logistic Regression. karakt. vs.jenis harapan dom. (hardomin 1,2; 1=tkp &2=ntkp) (layak)

Total number of cases: 109 (Unweighted)

Number of selected cases: 109

Number of unselected cases: 0

Number of selected cases: 109

Number rejected because of missing data: 0

Number of cases included in the analysis: 109

Dependent Variable Encoding:

Original Internal

Value Value

1.00 0

2.00 1

	Value	Freq	Parameter Coding
-1			
XLSRWTO			
rsah	.00	30	1.000
pav	1.00	28	.000
klas1	2.00	12	.000
klas2	3.00	39	.000
		121	(3)
XLSRWTO			
rsah	.00	.000	.000
pav	1.00	1.000	.000
klas1	2.00	.000	1.000
klas2	3.00	.000	.000
-1			
JEN_KEL			
Laki-laki	1	61	1.000
Perempuan	2	48	.000
UNUR40			
	1.00	21	1.000
	2.00	88	.000

Dependent Variable: . HARNOI harapan dominan (yg. sama kode DI

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	R	Exp(B)
UMUR40(1)	2.3393	.9659	5.8654	1	.0154	.1661	10.3745
JEN_KEL(1)	3.0194	1.0607	7.9062	1	.0052	.2060	20.4791
KLSRW70			12.3215	3	.0064	-.2149	
KLSRW70(1)	-12.3891	34.2524	.0996	1	.7523	.0000	.0000
KLSRW70(2)	-3.9834	1.1447	12.1714	1	.0006	-.2726	.0184
KLSRW70(3)	-2.4637	1.2690	4.4003	1	.0319	-.1324	.0697
SUKU			4.8935	4	.2984	.0000	
SUKU(1)	6.5310	3.0749	4.5387	1	.0321	.1362	699.9138
SUKU(2)	5.3278	3.5787	2.5557	1	.1095	.0953	275.9914
SUKU(3)	-.1608	63.4079	.0000	1	.9970	.0000	.8514
SUKU(4)	6.9444	195.5083	.0013	1	.9716	.0000	1847.8013
DEPRES1			3.5694	3	.1619	.0000	
DEPRES1(1)	13.3046	170.4417	.0123	1	.9116	.0000	637076.33
DEPRES1(2)	12.9105	120.4423	.0115	1	.9147	.0000	406508.92
DEPRES1(3)	15.5585	120.4445	.0167	1	.8972	.0000	5714638.1
ANXIET1			7.9769	4	.0925	.0000	
ANXIET1(1)	-11.6363	120.4586	.0093	1	.9230	.0000	.0000
ANXIET1(2)	-14.7261	120.4623	.0149	1	.9027	.0000	.0000
ANXIET1(3)	-13.3184	120.4606	.0122	1	.9120	.0000	.0000
ANXIET1(4)	-9.4026	120.4377	.0061	1	.9378	.0000	.0001
Constant	-6.9621	3.7777	3.3965	1	.0653		

----- Model if Term Removed -----

Based on Conditional Parameter Estimates

Term Removed	log Likelihood	-2 Log LR	df	Significance of Log LR
UMUR40	-28.554	7.904	1	.0049
JEN_KEL	-30.937	12.659	1	.0004
KLSRW70	-39.199	29.192	3	.0000
SUKU	-28.984	8.768	4	.0672
DEPRES1	-35.850	22.496	3	.0001
ANXIET1	-32.594	15.964	4	.0030

Logistic Regression depresi & anxiety vs kenyataan ekstrim pzb

Number of selected cases: 112
 Number rejected because of missing data: 11
 Number of cases included in the analysis: 101

Dependent Variable Encoding:

Original Value	Internal Value
1.00	0
2.00	1

	Value	Freq	Parameter Coding
-1			
AMN.2KL			
tak ada ank. of ringan	1.00	71	1.000
ada anxiety	2.00	30	.000
DEPR.2KL			
tak ada s/ ringan	1.00	80	1.000
ada	2.00	21	.000

Dependent Variable... EKSTNYP2 persepsi kenyataan pzb

Variables in the Equation							
Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	P	Exp(B)
AMN.2KL111	-.8509	.4548	3.8761	1	.0502	-.1146	-.4103
Constant	.6930	.7273	3.2021	1	.0735		

Univariate Analysis of Variance. Pengaruh harapan vs. kepuasan dg. karakt. sbg. covariate (dg. select if.hardomin tak sama dengan 0)

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
harapan dominan (yg. sama kode 0)	1.00	74
	2.00	34

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: kepuasan total (NTKp.+TKp)

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	31.724 ^a	18	1.762	8.062	.000
Intercept	870	1	870	3.979	.049
UMUR40	7.343E-02	1	7.343E-02	.336	.564
JEN_KEL	.104	1	.104	.478	.492
PENDRANG	1.367	1	1.367	6.251	.014
KLPKERJA	.175	1	.175	.800	.374
KAWIN_BK	.156	1	.156	.713	.401
KASUSJNS	.205	1	.205	.938	.336
RI	2.311	1	2.311	10.572	.002
LAMSXTAH	1.271	1	1.271	5.815	.018
BIAYA_S	.146	1	.146	.669	.416
KLRWT2KL	.891	1	.891	4.076	.046
SUKU2KL	2.351E-02	1	2.351E-02	.108	.744
DEPRES	7.255E-02	1	7.255E-02	.332	.566
ANXIET1	.196	1	.196	.898	.345
I121_2KL	1.123	1	1.123	5.137	.028
I122_2KL	6.113E-02	1	6.113E-02	.280	.598
I123_2KL	1.596E-02	1	1.596E-02	.073	.788
I1_2_6	.372	1	.372	1.703	.195
HARDOMIN	1.520	1	1.520	6.955	.010
Error	19.457	89	.219		
Total	2231.752	108			
Corrected Total	51.181	107			

a. R Squared = .620 (Adjusted R Squared = .543)

Univariate Analysis of Variance. Pengaruh harapan vs. kepuasan dg. kaarkt. sbg. covariate (tanpa select if pada hardomin.)

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
harapan dominan (yg. sama kode 0)	.00	3
	1.00	74
	2.00	34

Logistic Regression. karakt.vs.intensitas dari 74 orang.>tkp.

Total number of cases: 74 (Unweighted)
 Number of selected cases: 74
 Number of unselected cases: 0

Number of selected cases: 74
 Number rejected because of missing data: 0
 Number of cases included in the analysis: 74

Dependent Variable Encoding:

Original Value	Internal Value
1.00	0
2.00	1

	Value	Freq	Parameter Coding			
			(1)	(2)	(3)	(4)
KASUSJMS						
dm	1.00	38	1.000	.000	.000	.000
Ca	2.00	20	.000	1.000	.000	.000
GGK	3.00	9	.000	.000	1.000	.000
post stroke	4.00	5	.000	.000	.000	1.000
HT	5.00	10	.000	.000	.000	.000
ANX.ZKL						
tak ada anx. s/ ringan	.00	58	1.000			
ada anxiety	1.00	16	.000			
JEM_KEL						
laki-laki	1	35	1.000			
Perempuan	2	36	.000			
PEND.ZKL						
tidak sekolah	1.00	2	1.000			
sekolah	2.00	72	.000			
KERJA_ZKL						
tidak kerja	1.00	42	1.000			
kerja	2.00	32	.000			
KWIN_ZKL						
tak kawin	.00	16	1.000			
kawin	1.00	58	.000			
RI_1KALI						
>1kali	.00	69	1.000			
1 kali	1.00	5	.000			
MSAKIT1						
>= 1 tahun	.00	41	1.000			
<1 tahun	1.00	33	.000			
DEP_ZKL						
tak ada s/ ringan	.00	65	1.000			
ada	1.00	9	.000			
SUKU_ZKL						
jawa	1.00	50	1.000			
bukan	2.00	24	.000			

KLSRWZKL			
bukan rsah	.00	44	1.000
rsah	1.00	50	.000
BIAYA_S			
pihak lain	.00	41	1.000
sendiri	1.00	33	.000
UMUR50			
<50 tahun	1.00	16	1.000
>=50 tahun	2.00	58	.000

Dependent Variable.. EKSHARTM ekstrem harta

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	R	Exp(B)
KASUSJNS			21.539	4	.0000	.0000	
KASUSJNS(1)	1.2526	.8712	2.0479	1	.1504	.0256	3.5000
KASUSJNS(2)	1.1856	.9004	1.7497	1	.1893	.0000	3.0707
KASUSJNS(3)	1.1632	1.0368	1.2595	1	.2619	.0000	3.2000
KASUSJNS(4)	9.5888	17.9372	1.256	1	.2629	.0000	14599.693
Constant	-1.3863	.7906	3.0745	1	.0795		

----- Model if Term Removed -----

Based on Conditional Parameter Estimates

Term	Log Likelihood	-2 Log LR	df	Significance of Log LR
Removed				
KASUSJNS	-51.196	11.034	4	.0262

Logistic Regression

Dependent Variable.. EKSPUSMT kelompok ekstrem kepuasan st.

----- Variables in the Equation -----

Variable	B	S.E.	Wald	df	Sig.	R	Exp(B)
KLSRWZKL(1)	3.2763	1.0669	9.5368	1	.0020	.2893	26.4770
Constant	-3.3672	1.0171	10.9609	1	.0009		

Logistic Regression

Total number of cases: 35 (Unweighted)
 Number of selected cases: 35
 Number of unselected cases: 0

Number of selected cases: 35
 Number rejected because of missing data: 0
 Number of cases included in the analysis: 35

```
----- Variables in the Equation -----
Variable          B          S.E.      Wald    df      Sig        R      Exp(B)
Constant         -1.7802      .3641      4.5905    1      .0321
```

Logistic Regression

Dependent Variable.. EKHYTWTM ekscres nyata ncm

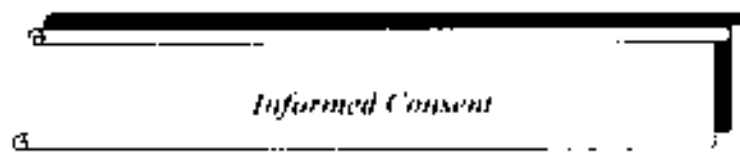
```
----- Variables in the Equation -----
Variable          B          S.E.      Wald    df      Sig        R      Exp(B)
Constant          1.5754      .4485     12.1397    1      .0004
```

Logistic Regression

Dependent Variable.. EKPOSNTM ekscres kepuasan ntm

```
----- Variables in the Equation -----
Variable          B          S.E.      Wald    df      Sig        R      Exp(B)
LNSAKIT1(1)     -1.8326      .9761      3.5105    1      .0610     -.2077     .1600
Constant         1.8326      .5385     11.5805    1      .0007
```


Lampiran 6



Penelitian :

Kontribusi kinerja perawat dan harapan pasien dalam dimensi non teknik keperawatan terhadap kepuasan pasien rawat inap di rumah sakit (studi eksplorasi dan intervensi pada pasien kasus kronis)

Oleh : drg. Nyoman Anita Damayanti, MS

**PERSETUJUAN SUKARELA UNTUK BERPARTISIPASI
SEBAGAI SUBYEK PENELITIAN**

1. Saya, staf pengajar pada bagian Administrasi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga yang saat ini berstatus sebagai mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Airlangga, meminta dengan hormat kesediaan Bapak/Ibu/Sdr(i) untuk berpartisipasi secara sukarela dalam penelitian yang berjudul **Kontribusi Kinerja Perawat Dan Harapan Pasien Dalam Dimensi Non Teknik Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit (Studi Eksplorasi Dan Intervensi Pada Pasien Kasus Kronis)**. Penelitian ini bertujuan untuk menemukan kecenderungan harapan dominan pasien terhadap kinerja perawat antara dimensi teknik keperawatan dan non teknik keperawatan. Penelitian ini sangat bermanfaat bagi rumah sakit dan instansi pendidikan perawat, juga untuk pasien sendiri, karena dengan diketahuinya harapan pasien maka pendidikan maupun pelatihan bagi perawat dapat disesuaikan dengan harapan pasien. Dengan demikian diharapkan pasien dapat menjadi lebih puas dan lebih tenang serta lebih patuh dalam menjalani perawatan di rumah sakit sehingga pengobatan dapat berhasil dengan lebih baik.
2. Tindakan yang saya lakukan adalah mewawancarai Bapak/Ibu/Sdr(i) tentang harapan-harapan Bapak/Ibu/Sdr(i) terhadap kinerja perawat dan mengukur kondisi psikologis Bapak/Ibu/Sdr(i) saat di rumah sakit yang juga dilakukan dengan wawancara. Wawancara akan dilaksanakan sekitar 1,5 sampai dengan 2 jam, namun bila Bapak/Ibu/Sdr(i) menghendaki untuk istirahat dan dilanjutkan pada jam tertentu, kami persilahkan. Demikian pula bila di tengah perjalanan Bapak/Ibu/Sdr(i) memutuskan untuk berhenti sebagai responden, kami persilahkan dan tidak ada sanksi apapun bagi Bapak/Ibu/Sdr(i).
3. Hampir tidak ada resiko yang mungkin terjadi bila Bapak/Ibu/Sdr(i) ikut dalam penelitian ini, kecuali waktu Bapak/Ibu/Sdr(i) yang tersita.
4. Identitas Bapak/Ibu/Sdr(i) dan semua informasi yang Bapak/Ibu/Sdr(i) sampaikan akan dicatat pada lembar khusus (kuesioner) yang disimpan di tempat yang aman dan kami jamin kerahasiaannya. Semua informasi yang Bapak/Ibu/Sdr(i) sampaikan betul-betul untuk tujuan akademik dan untuk perbaikan pelayanan bagi pasien, khususnya yang menjalani rawat inap di rumah sakit.
5. Apabila Bapak/Ibu/Sdr(i) setuju ikut dalam penelitian ini, selain hasil ini bermanfaat bagi Bapak/Ibu/Sdr(i) juga akan sangat bermanfaat bagi instansi pendidikan perawat khususnya dan juga instansi rumah sakit serta untuk para pasien lain di rumah sakit.

- 6 Apabila Bapak/Ibu/Sdr(i) tidak bersedia ikut dalam penelitian ini tidak ada sanksi sama sekali. Bapak/Ibu/Sdr(i) tidak akan dirugikan dan tidak akan kehilangan keuntungan yang menjadi hak Bapak/Ibu/Sdr(i)
- 7 Hasil penelitian ini akan diumumkan pada pertemuan ilmiah, tetapi jati diri Bapak/Ibu/Sdr(i) akan tetap dirahasiakan
- 8 Kami tidak memberikan imbalan apapun (berupa materi), kecuali tanda terima kasih (kartu dan tissue) dan rasa terima kasih kami yang sedalam-dalamnya atas partisipasi Bapak/Ibu/Sdr(i) yang telah bersedia ikut dan memberi informasi sejujurnya kepada kami
- 9 Sesiranya ada hal yang kurang jelas mengenai penelitian ini, Bapak/Ibu/Sdr(i) dapat menghubungi saya

drg. Nyoman Anita Damayanti, MN

Staf Pengajar Administrasi Kesehatan Masyarakat

Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

Jalan Mulyorejo Kampus C Unair Surabaya. Telepon (031) 5920948; 5927113

Alamat rumah : Jalan KBP.M. Duryat 20-1 Surabaya. Telepon : (031) 5343959

**SURAT PERSETUJUAN
IKUT SERTA DALAM PENELITIAN**

Setelah memperoleh keterangan yang lengkap dan jelas serta mengerti sepenuhnya manfaat dan risiko dari penelitian yang berjudul

**KONTRIBUSI KINERJA PERAWAT DAN HARAPAN PASIEN DALAM DIMENSI NON
TEKNIK KEPERAWATAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP
DI RUMAH SAKIT
(STUDI EKSPLORASI DAN INTERVENSI PADA PASIEN KASUS KRONIS)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama

Umur / Jenis kelamin

tahun, Laki-laki / Perempuan

Pekerjaan

No. KTP / SIM

Alamat

Untuk

Diri sendiri / anak / istri / suami / orang tua / lainnya.

Nama pasien

Umur / Jenis kelamin

tahun, Laki-laki / Perempuan

No. KTP / SIM

Alamat

Rekam Medik No

Dengan ini menyatakan sesungguhnya telah memberikan **persetujuan untuk ikut serta dalam penelitian ini**, termasuk untuk diwawancarai

Surabaya,

Penanggung-jawab penelitian,

(drg. Nyoman Anita Damayanti, MS)

Nama jelas

SAKSI

1

2

**SURAT PENOLAKAN
IKUT SERTA DALAM PENELITIAN**

Setelah memperoleh keterangan yang lengkap dan jelas serta mengerti sepenuhnya manfaat dan risiko dari penelitian yang berjudul

**KONTRIBUSI KINERJA PERAWAT DAN HARAPAN PASIEN DALAM DIMENSI NON
TEKNIK KEPERAWATAN TERHADAP KEPUASAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH
SAKIT
(STUDI EKSPLORASI DAN INTERVENSI PADA PASIEN KASUS KRONIS)**

Saya yang henda-tangan di bawah ini

Nama

Umur / Jenis kelamin

tahun, Laki-laki / Perempuan

Pekerjaan

No. KTP / SIM

Alamat

Untuk

Diri sendiri / anak / istri / suami / orang tua / lainnya

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah menyatakan

PENOLAKAN

Untuk dilakukan wawancara terhadap diri saya sendiri/istri/suami/anak/ayah/ibu saya dengan

Nama pasien

Umur / Jenis kelamin

tahun, Laki-laki / Perempuan

No. KTP / SIM

Alamat

Di rawat di

Rekam Medik No

Surabaya, Tgl

Bulan

Tahun

Penanggung Jawab Penelitian

Yang membuat pernyataan

(drg. Nyoman Anita Daniavanti, MS)

(Nama jelas)

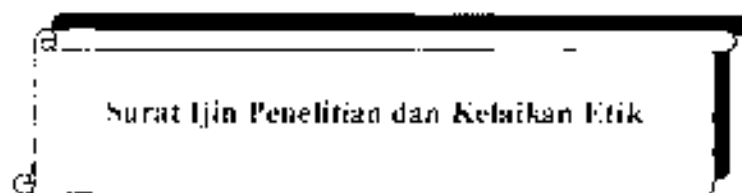
SAKSI

1.

()

2.

()





**PANITIA KELAIKAN ETIK
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 54/Panke/KKE/1998

PANITIA KELAIKAN ETIK FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA - RSUD
Dr. SOETOMO SURABAYA, TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA RANCANGAN
PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN

" Kontribusi Perilaku Aspek Non Teknis
Medik Perawat Terhadap Kinerja
JUDUL: Dengan Orientasi Kepuasan Pasien "

PENELITI UTAMA: Drg. Nyoman A. Damayanti, MS

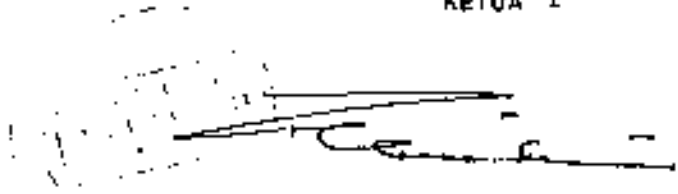
UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN :

RSUD Dr. Soetomo Surabaya

DINYATAKAN LAIK ETIK.

22 OCT 1998
SURABAYA,

KETUA I


 (Prof. dr. H. R. Harjadi)

