



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN DIABETES
MELITUS YANG MENDAPATKAN PERAWATAN PALIATIF DI
BALAI ASUHAN KEPERAWATAN JABODETABEK**

SKRIPSI

**IIN NUR INDAH SARI
1106008012**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JUNI 2015**



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN TINGKAT KEPUASAN PASIEN DIABETES
MELITUS YANG MENDAPATKAN PERAWATAN PALIATIF DI
BALAI ASUHAN KEPERAWATAN JABODETABEK**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana

**IIN NUR INDAH SARI
1106008012**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
DEPOK
JUNI 2015**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Iin Nur Indah Sari

NPM : 1106008012

Tanda Tangan : 

Tanggal : 17 Juni 2015

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini dibuat diajukan oleh

Nama : Iin Nur Indah Sari

NPM : 1106008012

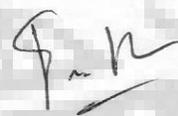
Program Studi : Ilmu Keperawatan

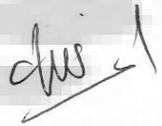
Judul Skripsi :

Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Diabetes Melitus yang Mendapatkan Perawatan Paliatif di Balai Asuhan Keperawatan Jabodetabek

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Tuti Nuraini, S.Kp, M.Biomed ()

Penguji : Efy Afifah, S.Kp., M.Kes ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 17 Juni 2015

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT yang telah memberikan berkat dan rahmat-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Diabetes yang Mendapatkan Perawatan Paliatif di Balai Asuhan Keperawatan Jabodetabek”. Penulisan skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan hingga pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk melewatinya. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

- 1) Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- 2) Ibu Kuntarti, S.Kp., M.Biomed., selaku koordinator mata ajar skripsi yang telah menyusun program mata ajar ini dengan sangat baik
- 3) Ibu Tuti Nuraini, S.Kp., M.Biomed, selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membimbing dan mengarahkan saya dalam penulisan skripsi ini.
- 4) Ibu Efy Afifah, S.Kp., M.Kes, selaku dosen penguji yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan dan memberikan banyak masukan demi kesempurnaan skripsi ini.
- 5) Mbak Dwi, Mbak Ida, Pak Agus, Himella, dan seluruh staf FIK UI yang telah membantu dalam pengurusan surat dan perizinan selama penyusunan skripsi ini.
- 6) Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare yang telah memberikan izin untuk melakukan pengambilan data penelitian.
- 7) Seluruh responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
- 8) Orang tua dan ketiga kakak saya (Ardi, Ari dan Yudi) yang selalu mendoakan, mendukung, memberikan motivasi dan bantuan dari segi moral maupun finansial.
- 9) Payuban Karya Salemba Empat Universitas Indonesia (KSE UI) yang telah memberikan dukungan materil dalam penulisan skripsi ini.

- 10) Sahabat SMA saya (Anisa Novita Sari, Erick Santo, Gerry Hadiwijaya, Nur Falah Triwibowo) yang telah memberikan semangat dan doa dalam penyelesaian skripsi ini.
- 11) Sahabat seperjuangan saya (Ade Nurmalasari, Erna Silvia, Fitri Alfisah dan Shifa Syahidatul Wafa) yang telah memberikan banyak bantuan dan bimbingan dari awal masa perkuliahan hingga penyelesaian skripsi ini.
- 12) Sahabat terbaik saya Rizki Reynaldo yang telah memberikan banyak motivasi, semangat, saran, masukan, dan bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.
- 13) Teman satu bimbingan saya (Afif Ni'matullah, Barnis Lady dan Hutami) yang telah memberikan masukan, semangat dan bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.
- 14) Teman-teman FIK UI yang telah memberikan banyak inspirasi, motivasi, dan bantuan selama proses perkuliahan sampai penyelesaian skripsi ini.
- 15) Teman-teman di Paguyuban KSE UI yang telah banyak memberikan inspirasi dalam proses perkuliahan saya

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, 17 Juni 2015

Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Iin Nur Indah Sari

NPM : 1106008012

Program Studi : Ilmu Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Diabetes Melitus yang Mendapatkan
Perawatan Paliatif di Balai Asuhan Keperawatan Jabodetabek**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmediakan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok

Pada tanggal: 17 Juni 2015

Yang menyatakan



(Iin Nur Indah Sari)

ABSTRAK

Nama : Iin Nur Indah Sari
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi :

Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Diabetes Melitus yang Mendapatkan Perawatan Paliatif

Diabetes merupakan penyakit progresif yang tidak hanya membutuhkan perawatan kuratif dan rehabilitatif tetapi juga perawatan paliatif.. Kepuasan merupakan salah satu indikator penting tercapainya perawatan paliatif yang efektif sehingga pengukuran kepuasan pasien terhadap perawatan menjadi hal yang penting dilakukan. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien diabetes yang mendapatkan perawatan paliatif. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah desain penelitian *cross sectional* menggunakan sampel pasien diabetes di balai asuhan keperawatan Jabodetabek sebanyak 43 responden yang dipilih dengan teknik *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah *Home Care Client Satisfaction Instrument-Revised (HCCSI-R)*, *Client Satisfaction Inventory (CSI)*, dan *Long-form Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-III)*. Hasil penelitian ini menunjukkan sebanyak 14% responden merasa cukup puas, 60,5% merasa puas, dan 25,6% merasa sangat puas. Pada penelitian ini juga ditemukan tidak ada perbedaan yang bermakna antara karakteristik responden dengan tingkat kepuasan ($p>0,05$). Penelitian ini merekomendasikan kepada praktisi kesehatan untuk memperdalam pengetahuan mengenai perawatan paliatif dan mengaplikasikannya pada pelayanan kesehatan.

Kata kunci: diabetes, kepuasan, perawatan paliatif.

ABSTRACT

Name : Iin Nur Indah Sari
Studi Program : Nursing
Title :

Description of Diabetes Mellitus Patients' Satisfaction Level Undergoing Palliative Care

Diabetes is a progressive disease that needs palliative care aside from curative and rehabilitative. Satisfaction play as one of the most important indicator to get effective achievement of palliative care, so the measurement of patient satisfaction with treatment is necessary. This study was conducted to describe the level of satisfaction of diabetes patients who receive palliative care. This study used cross sectional approach with 43 respondents of diabetic patients accommodate under nursing care centers in Jabodetabek selected with purposive sampling technique. This study used Home Care Client Satisfaction Instrument-Revised (HCCSI-R), ClieN Satisfaction Inventory (CSI), and the Long-Form Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ-III) to measure satisfaction level. The results showed that 14% of respondents felt quite satisfied, 60.5% were satisfied, and 25.6% felt very satisfied. This research also found that there is no significant differences between the characteristics of the respondents with the level of satisfaction ($p > 0.05$). The study recommend-healthcare practitioners to deepen their knowledge about palliative care and apply it to health services.

Keywords: diabetes, satisfaction, palliative care.

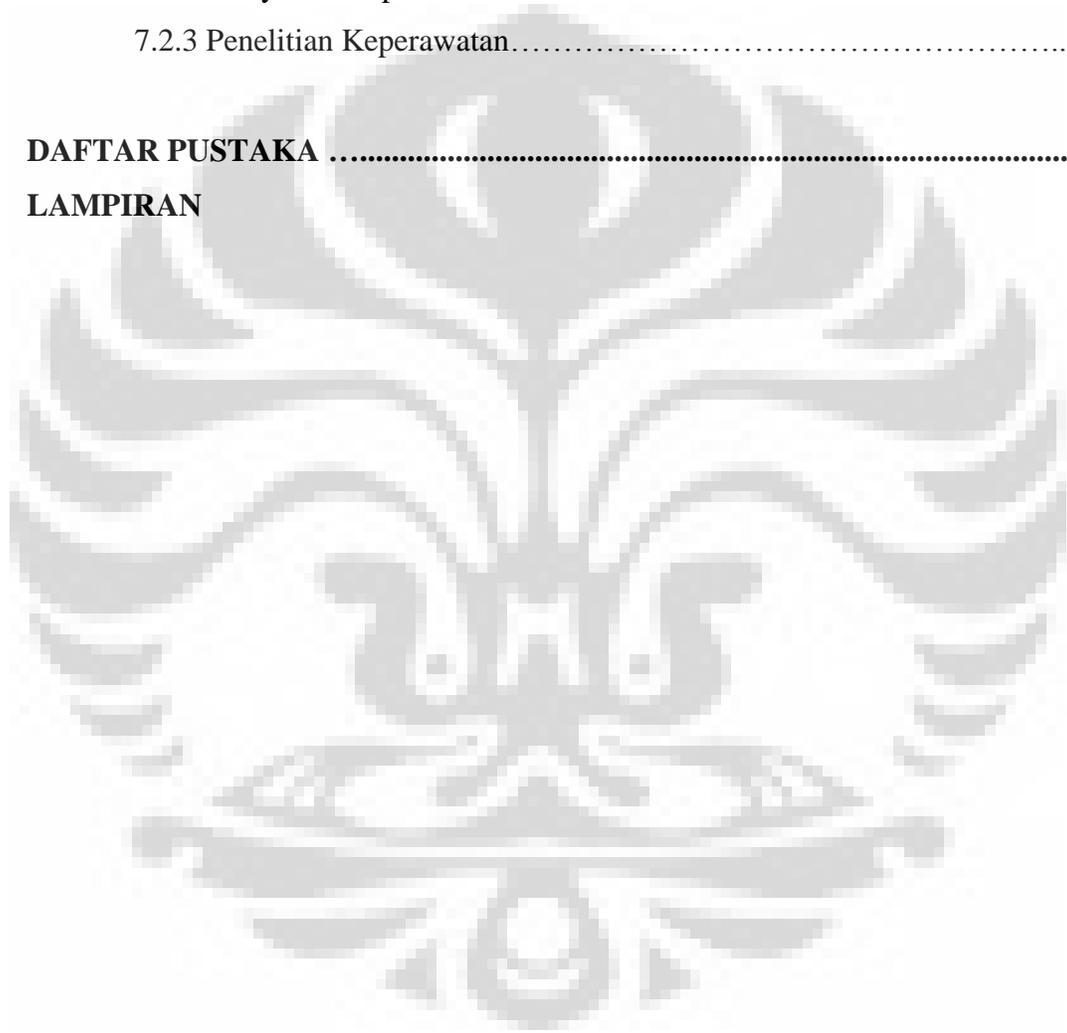
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.5.1 Bidang Pendidikan Keperawatan.....	6
1.5.2 Bagi Pelayanan Keperawatan.....	6
1.5.3 Bagi Pengembangan Penelitian.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Kepuasan Klien.....	7
2.1.1 Definisi.....	7
2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Klien.....	7
2.1.3 Tingkat Kepuasan Klien.....	8
2.1.4 Dimensi Kualitas.....	8
2.2 Perawatan Paliatif.....	9
2.2.1 Definisi Perawatan Paliatif.....	9

2.2.2 Prinsip Dasar Perawatan Paliatif	10
2.2.3 Tempat Perawatan Paliatif	12
2.2.4 Tim Paliatif	13
2.3 Diabetes Melitus.....	14
2.3.1 Definisi Diabetes Melitus.....	14
2.3.2 Gejala Diabetes Melitus.....	15
2.3.3 Komplikasi Diabetes Melitus.....	16
2.4 Kerangka Teori	17
BAB 3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN.....	18
3.1 Kerangka Konsep Penelitan.....	19
3.2 Definisi Operasional.....	20
3.3 Hipotesis Penelitian.....	21
BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN.....	22
4.1 Desain Penelitian.....	22
4.2 Populasi dan Sampel.....	22
4.2.1 Populasi.....	22
4.2.2 Sampel.....	22
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	25
4.4 Etika Penelitian.....	25
4.5 Alat Pengumpulan Data.....	29
4.6 Uji Coba Instrumen.....	30
4.7 Proses Pengumpulan Data.....	31
4.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	31
4.8.1 Pengolahan Data.....	33
4.8.2 Analisis Data.....	35
BAB 5 HASIL PENELITIAN.....	36
5.1 Gambaran Karakteristik Pasien.....	36

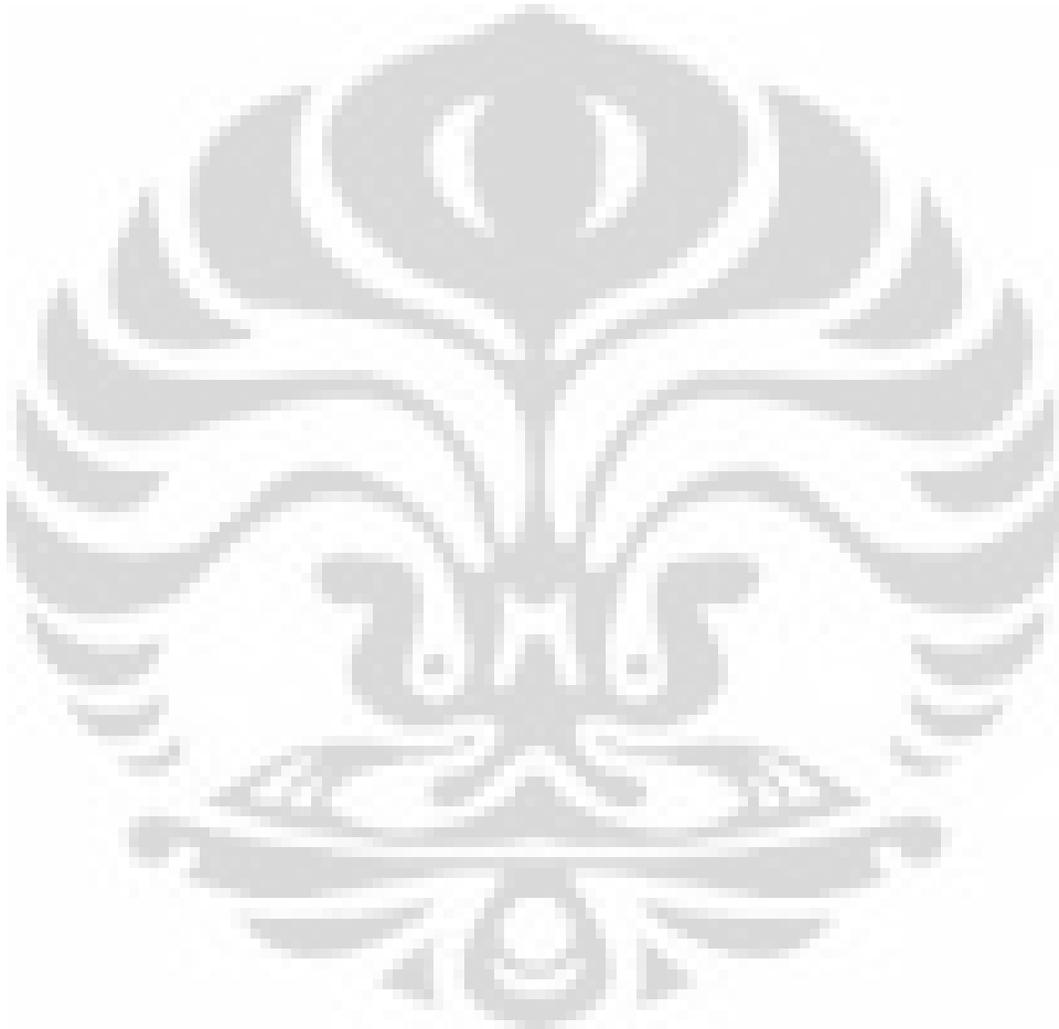
5.2	Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien.....	37
5.3	Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Kepuasan.....	38
5.4	Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Karakteristik Pasien...	38
5.4.1	Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Usia.....	38
5.4.2	Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin...	39
5.4.3	Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Pendidikan.....	40
5.4.4	Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Jenis Pekerjaan..	40
5.4.5	Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Pendapatan.....	39
5.5	Hubungan Karakteristik Pasien dengan Tingkat Kepuasan.....	42
BAB 6 PEMBAHASAN.....		45
6.1	Karakteristik Pasien.....	45
6.1.1	Usia.....	45
6.1.2	Jenis Kelamin.....	45
6.1.3	Pendidikan.....	46
6.1.4	Pekerjaan dan Pendapatan	47
6.2	Tingkat Kepuasan Pasien.....	48
6.3	Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Karakteristik Pasien.....	50
6.3.1	Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Usia.....	50
6.3.2	Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin.....	51
6.3.3	Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Pendidikan	51
6.3.4	Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Jenis Pekerjaan.....	52
6.3.5	Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Pendapatan	53
6.4	Keterbatasan Penelitian.....	54
6.4.1	Keterbatasan Responden	54
6.4.2	Keterbatasan Instrumen.....	55
6.5	Implikasi Penelitian.....	56
6.5.1	Pelayanan Keperawatan.....	56
6.5.2	Pendidikan Keperawatan.....	56
6.5.3	Penelitian Keperawatan.....	57

BAB 7 HASIL PENUTUP	58
7.1 Kesimpulan.....	58
7.2 Saran.....	58
7.2.1 Balai Asuhan Keperawatan.....	58
7.2.1 Pendidikan Keperawatan	59
7.2.2 Pelayanan Keperawatan	59
7.2.3 Penelitian Keperawatan.....	59
DAFTAR PUSTAKA	60
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	18
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	19



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional.....	20
Tabel 4.8.2 Analisis Data Univariat.....	32
Tabel 4.9 Jadwal Kegiatan	33
Tabel 5.1 Distribusi karakteristik pasien di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43).....	34
Tabel 5.2 Distribusi tingkat kepuasan pasien di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43).....	35
Tabel 5.3 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan dimensi kepuasan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43).....	36
Tabel 5.4.1 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan usia di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43).....	37
Tabel 5.4.2 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan jenis kelamin di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43).....	37
Tabel 5.4.3 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan pendidikan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43).....	38
Tabel 5.4.4 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan pekerjaan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43).....	39
Tabel 5.4.5 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan pekerjaan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43).....	39
Tabel 5.5 Distribusi hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepuasan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43).....	40

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 2 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 4 : Kuesioner Penelitian Tingkat Kepuasan Terhadap Perawatan Paliatif
- Lampiran 5 : Surat Permohonan Pengambilan Data Penelitian di Rumah Perawatan
Indonesia
- Lampiran 6 : Surat Permohonan Pengambilan Data Penelitian di Wocare



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Transisi demografi dan epidemiologi menyebabkan struktur penduduk semakin menua dan pola penyakit berubah dari penyakit menular ke penyakit-penyakit kronik tidak menular. Saat ini penyakit tidak menular (PTM) menjadi penyebab utama kematian secara global. Lebih dari dua pertiga (70%) dari populasi global diperkirakan akan meninggal akibat penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit jantung, stroke dan diabetes mellitus (World Health Organization [WHO], 2011). Salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang terus berlangsung dan menjadi masalah besar kesehatan masyarakat adalah diabetes melitus. Diabetes Melitus (DM) merupakan sekelompok penyakit metabolik yang ditandai dengan adanya peningkatan kadar glukosa dalam darah (Hyperglukemia) karena kelainan dalam sekresi insulin, aksi insulin atau keduanya (American Diabetes Association [ADA], 2004; Smeltzer & Bare, 2008). Smeltzer & Bare (2008) mengatakan bahwa salah satu komplikasi jangka panjang dari diabetes melitus adalah neuropati diabetes. Neuropati dalam diabetes dapat menyebabkan terjadinya disfungsi hampir seluruh organ tubuh seperti kardiovaskuler, gastrointestinal, urinarius, kelenjar adrenal, dan disfungsi seksual.

International Diabetes Federation (IDF, 2008) menyebutkan bahwa saat ini jumlah penderita Diabetes Melitus (DM) sudah mencapai 230 juta di seluruh dunia. Penderita DM diperkirakan akan meningkat menjadi 333 juta jiwa pada tahun 2025 (World Health Organization [WHO], 2003). Berdasarkan hasil penelitian WHO (2001), jumlah penderita DM di Indonesia mencapai 17 juta orang atau 8,6% dari 220 juta populasi penduduk. Hasil penelitian Departemen Kesehatan (2001) juga menunjukkan bahwa penyakit DM menempati urutan ke empat dunia setelah India, Cina dan Amerika Serikat. Secara epidemiologi, diperkirakan bahwa pada tahun 2030 prevalensi Diabetes Melitus (DM) di Indonesia akan mencapai 21,3 juta orang

(Diabetes Care, 2004). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (2007), diproporsi penyebab kematian akibat DM pada kelompok usia 45-54 tahun di daerah perkotaan menduduki peringkat ke-2 yaitu 14,7% dan menduduki peringkat ke-6 yaitu 5,8% pada daerah pedesaan.

Penyakit diabetes merupakan salah satu penyakit progresif yang memerlukan penanganan lama dan biaya yang besar. Pasien dengan penyakit progresif tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas, tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Maka kebutuhan pasien yang memiliki penyakit pada stadium lanjut tidak hanya pemenuhan atau pengobatan gejala fisik, tetapi juga membutuhkan dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual. Dukungan terhadap kebutuhan tersebut dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif (Doyle & Macdonald, 2003). Hal ini sejalan dengan Keputusan Kemenkes RI (2007) yang mengatakan bahwa kardiovaskuler, kanker, penyakit pencernaan, diabetes, dan penyakit PTM lainnya tidak hanya membutuhkan perawatan kuratif dan rehabilitatif tetapi juga membutuhkan perawatan paliatif dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien.

Banyak negara-negara yang telah mengaplikasikan perawatan paliatif pada pelayanan kesehatan mereka, salah satunya adalah Amerika. Berdasarkan hasil penelitian Diane Meier (2011), Di Amerika Serikat perawatan paliatif disediakan baik di dalam dan luar program sisi rumah sakit. Program perawatan paliatif untuk pasien yang memiliki penyakit serius, kompleks, dan mengancam jiwa dilakukan bersamaan dengan terapi kuratif. Selain Amerika Serikat, Negara Jepang juga merupakan salah satu negara yang telah menyelenggarakan program perawatan paliatif di negaranya. Berdasarkan hasil penelitian Morita, Chihara, & Kashiwagi (2002), Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan di Jepang sangat mendukung gerakan rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan paliatif sebagai subjek untuk asuransi kesehatan

nasional dari tahun 1991. Jumlah *hospice* rawat inap dan unit perawatan paliatif di Jepang meningkat secara dramatis dalam dekade ini yakni 5 pada tahun 1991, 18 tahun 1994, 31 pada tahun 1996, 50 tahun 1998, dan 80 pada tahun 2000 (Morita, Chihara, & Kashiwagi, 2002)

Indonesia juga merupakan salah satu negara yang sedang berupaya menyelenggarakan program perawatan paliatif pada sistem pelayanan kesehatan. Berdasarkan data Kemenkes RI (2007), pelayanan kesehatan Indonesia belum banyak yang menyediakan program perawatan paliatif untuk pasien yang memiliki penyakit kronik terutama pada penyakit stadium lanjut. Berdasarkan data Kemenkes RI (2007), rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih terbatas di lima ibu kota propinsi yaitu Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar dan Makassar. Jika ditinjau dari besarnya kebutuhan pasien maka bisa dikatakan jumlah tenaga kesehatan yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif juga masih terbatas (Kemenkes RI, 2007). Selain itu, keadaan sarana dan prasarana pelayanan perawatan paliatif di Indonesia juga masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik. Hal ini menyebabkan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tidak terpenuhi sehingga akan mempengaruhi kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang tersedia.

Kotler (2005) menjelaskan bahwa kepuasan konsumen diukur dengan seberapa besar harapan konsumen terhadap produk dan pelayanan yang diberikan. Pasien sebagai konsumen jasa kesehatan akan merasa puas jika pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien (Sangadji & Sopiah, 2013). Hasil studi pendahuluan dalam penelitian Diane Meier (2011), menunjukkan bahwa pasien di salah satu *hospice* Amerika Serikat menerima perawat medis berkualitas rendah yang ditandai dengan tidak terpenuhinya kebutuhan psikososial, perawatan pribadi, penanganan gejala, dan biaya yang besar sehingga pasien beserta keluarga memiliki rasa kepuasan yang rendah. Hasil studi pendahuluan dalam penelitian Elfira

(2012), menunjukkan bahwa pasien dan keluarga kurang puas cenderung puas dengan nilai rata-rata 2,98 terhadap pelayanan perawatan paliatif yang diberikan di Puskesmas Balongsari Surabaya.

Berdasarkan fenomena yang ada saat ini dimana terjadi ketidaksesuaian antara harapan masyarakat terhadap perawatan paliatif dengan ketersediaan pelayanan kesehatan yang ada, maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih jauh tentang gambaran tingkat kepuasan masyarakat yang mendapatkan perawatan paliatif.

1.2 Rumusan Masalah

Prevalensi penyakit tidak menular (PTM) yang menjadi penyebab utama kematian secara global kini semakin meningkat. Salah satu penyakit tidak menular (PTM) yang terus berlangsung dan menjadi masalah besar kesehatan masyarakat adalah Diabetes Melitus. Diabetes Melitus (DM) kini menjadi ancaman serius bagi umat manusia di dunia karena jumlahnya yang meningkat dari tahun ke tahun. Diabetes merupakan salah satu penyakit progresif yang tidak hanya membutuhkan perawatan kuratif dan rehabilitatif tetapi juga membutuhkan perawatan paliatif dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan pasien. Pendekatan perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah terkait dengan penyakit progresif yang mengancam jiwa, salah satunya adalah penyakit diabetes.

Saat ini pelayanan kesehatan Indonesia belum banyak yang menyediakan program perawatan paliatif untuk pasien yang memiliki penyakit kronik terutama pada penyakit stadium lanjut. Keadaan sarana dan prasarana pelayanan perawatan paliatif di Indonesia juga masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik. Keterbatasan fasilitas pada instansi yang menyediakan pelayanan perawatan paliatif tentu saja menjadi salah satu kendala pasien untuk mendapatkan perawatan paliatif secara optimal dan akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang

didapatkan. Di sisi lain, keterlibatan pasien diakui sebagai peran yang diperlukan untuk mengukur dimensi kualitas suatu pelayanan yang nantinya akan menjadi tolak ukur pengembangan suatu institusi penyedia perawatan paliatif (Geron, Smith, Tennstedt, Jette, & Chassler, 2000). Saat ini belum diketahui bagaimana gambaran tingkat kepuasan pasien diabetes mellitus yang mendapatkan perawatan paliatif?

1.3 Tujuan

Penelitian mengenai “Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Diabetes Melitus yang Mendapatkan Perawatan Paliatif di Balai Asuhan Keperawatan Jabodetabek” memiliki dua tujuan, yaitu tujuan umum dan khusus.

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien diabetes melitus yang mendapatkan perawatan paliatif.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini memiliki beberapa tujuan khusus:

- a. Diketahui karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan dan tingkat pendapatan) yang mendapatkan perawatan paliatif di balai asuhan keperawatan Jabodetabek.
- b. Teridentifikasi tingkat kepuasan pasien terhadap perawatan paliatif yang diberikan di balai asuhan keperawatan Jabodetabek.
- c. Teridentifikasi tingkat kepuasan berdasarkan karakteristik pasien diabetes di balai asuhan keperawatan Jabodetabek.
- d. Teridentifikasi hubungan antara tingkat kepuasan dengan karakteristik pasien diabetes

1.4 Manfaat

Penelitian mengenai “Gambaran Kepuasan Pasien Diabetes yang Mendapatkan Perawatan Paliatif” memiliki manfaat, mencakup empat bidang yaitu pendidikan keperawatan, pelayanan keperawatan, dan pengembangan penelitian.

1.4.1 Bidang pendidikan keperawatan

Penelitian ini merupakan penelitian pertama yang membahas tentang gambaran tingkat kepuasan pasien diabetes melitus yang mendapatkan perawatan paliatif. Bagi tenaga pengajar di institusi pendidikan keperawatan, penelitian ini diharapkan bermanfaat sebagai pengetahuan baru yang berhubungan dengan perawatan paliatif dan gambaran tingkat kepuasan pasien serta kualitas perawatan paliatif di wilayah Jabodetabek. Selain itu, penelitian ini juga diharapkan menjadi masukan bagi bidang pendidikan keperawatan untuk memasukkan materi pembelajaran mengenai perawatan paliatif yang meliputi definisi menyeluruh mengenai perawatan paliatif, prinsip dasar perawatan, tempat perawatan, tim perawatan paliatif, dll.

1.4.2 Bidang pelayanan keperawatan

Penelitian ini bermanfaat sebagai masukan untuk tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang lebih komprehensif kepada pasien yang membutuhkan perawatan paliatif. Penelitian ini juga dapat dijadikan bahan pembelajaran bagi tenaga keperawatan untuk lebih mendalami pengetahuan perawatan paliatif. Selain itu penelitian ini juga dapat menjadi salah satu acuan dalam memperbaiki kualitas pelayanan dalam memberikan perawatan paliatif.

1.4.3 Bidang pengembangan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian bersifat deskriptif yang bertujuan untuk mengetahui tingkat kepuasan pasien diabetes melitus yang mendapatkan perawatan paliatif. Kedepannya, semoga penelitian ini terus dikembangkan metodenya menjadi penelitian kualitatif agar pembahasan mengenai perawatan paliatif dapat dikaji lebih mendalam sehingga perawat dapat memberikan perawatan paliatif yang lebih komprehensif. Penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi topik penelitian yang hasil akhirnya dapat disebarluaskan kepada masyarakat umum terutama untuk masyarakat yang mendapatkan perawatan paliatif.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kepuasan Klien

2.1.1 Definisi

Klien atau pasien merupakan individu terpenting di sebuah institusi kesehatan yaitu sebagai konsumen sekaligus sasaran produk dari institusi kesehatan. Klien tidak akan berhenti hanya sampai pada proses penerimaan pelayanan tetapi juga akan mengevaluasi pelayanan yang diterimanya tersebut. Hasil dari proses evaluasi itu akan menghasilkan perasaan puas atau tidak puas. Menurut Imbalo Pohan (2004), kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan hasil yang dirasakan dengan harapannya. Apabila hasil yang dirasakannya sama atau melebihi harapannya, maka akan timbul perasaan puas. Sebaliknya, apabila hasil yang dirasakannya tidak sesuai dengan harapannya, maka akan timbul perasaan kecewa atau ketidakpuasan. Berdasarkan definisi tersebut kita dapat menarik kesimpulan bahwa kepuasan klien adalah keadaan saat keinginan, harapan dan kebutuhan klien dapat terpenuhi. Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pasien (Husein, 2000).

2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Klien

Menurut Handi Irawan (2003), terdapat lima faktor penting yang mempengaruhi kepuasan klien yaitu kualitas produk, kualitas pelayanan, faktor emosional, harga, dan biaya serta kemudahan untuk mendapatkan suatu produk atau jasa. Faktor pertama adalah kualitas produk. Setiap konsumen atau klien akan merasa puas jika hasil evaluasi menunjukkan bahwa produk yang mereka gunakan berkualitas. Faktor kedua adalah kualitas pelayanan. Konsumen dalam hal ini klien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan. Faktor ketiga adalah faktor emosional. Klien akan cenderung mempunyai tingkat kepuasan yang lebih tinggi jika memiliki keyakinan bahwa produk atau jasa yang digunakannya adalah terbaik dan ternama. Faktor keempat adalah harga. Suatu

pelayanan yang mempunyai kualitas bagus tetapi menetapkan harga yang relatif murah akan memberikan tingkat kepuasan yang lebih tinggi kepada klien. Faktor kelima adalah biaya dan kemudahan untuk mendapatkan produk atau jasa. Klien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau memiliki akses yang mudah untuk mendapatkan suatu produk atau jasa akan cenderung puas terhadap produk atau jasa tersebut.

2.1.3 Tingkat Kepuasan Klien

Metode SERVQUAL memperkenalkan konsep kepuasan sebagai fungsi dari penilaian klien terhadap pelayanan dan harapan klien dari sebuah pelayanan (Asubonteng et al., 1996). Metode ini dikembangkan untuk menilai persepsi klien mengenai kualitas pelayanan suatu institusi seperti institusi kesehatan. Kelima dimensi SERVQUAL yakni *tangibleness*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, dan *empathy* dibuat menjadi item-item pertanyaan dalam kuesioner. Berpedoman pada skala pengukuran yang dikembangkan Likert yang dikenal dengan istilah skala Likert, kepuasan klien dikategorikan menjadi sangat tidak puas, tidak puas, cukup puas, puas, dan sangat puas.

2.1.4 Dimensi Kualitas

Pasien atau masyarakat akan menganggap suatu layanan kesehatan bermutu jika layanan kesehatan tersebut dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya secara sopan, santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Terdapat banyak model pengukuran kualitas pelayanan, salah satunya adalah pendekatan *Service Quality* (SERVQUAL) yang dikembangkan oleh Imbalo Pohan (2004). Pada awalnya, SERVQUAL memiliki 10 determinan kualitas pelayanan tetapi pada akhirnya diringkas menjadi 5 dimensi utama yang menentukan kualitas pelayanan (Imbalo Pohan, 2004):

- a. *Tangibleness* (Tampilan Fisik)

Tangibleness yaitu kemampuan suatu institusi kesehatan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pasien. Penampilan pegawai, sarana dan prasarana fisik (gedung, perlengkapan, peralatan, dan keadaan lingkungan) adalah salah satu bukti nyata pelayanan yang diberikan.

b. *Reability* (Kehandalan)

Reability adalah kemampuan sebuah institusi kesehatan untuk memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya. Kinerja tenaga kesehatan harus sesuai dengan harapan klien yang berkaitan dengan ketepatan waktu dan pelayanan tanpa membedakan klien satu dengan yang lainnya.

c. *Assurance* (Jaminan)

Assurance adalah kemampuan, pengetahuan, keterampilan staf dalam menangani setiap pelayanan yang diberikan sehingga mampu menumbuhkan kepercayaan dan rasa aman pada pelanggan.

d. *Responsiveness* (Daya Tanggap)

Responsiveness merupakan suatu kemampuan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada klien dengan penyampaian informasi yang jelas.

e. *Empathy* (Empati)

Empathy yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para klien dengan berupaya memahami keinginannya. Suatu institusi kesehatan diharapkan memiliki pengertian dan pengetahuan tentang klien, memahami kebutuhannya secara spesifik serta memiliki waktu pengoperasian yang nyaman.

2.2 Perawatan Paliatif

2.2.1 Definisi Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah yang berhubungan dengan suatu penyakit. Perawatan tersebut dilakukan dengan menangani masalah fisik seperti

nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas, serta menangani masalah psikososial dan spiritual (WHO, 2004; Linda & Lawrence, 2007). Sedangkan menurut *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) dalam Jenny Buckley (2008), perawatan paliatif adalah perawatan holistik secara aktif kepada pasien yang memiliki penyakit progresif. Hal yang terpenting dalam perawatan ini adalah manajemen nyeri dan gejala lainnya, penyediaan pelayanan psikologis, sosial, dan dukungan spiritual. Tujuan dari perawatan paliatif adalah memberikan kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarganya (Jenny Buckley, 2008).

Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas, tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Maka kebutuhan pasien pada stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan atau pengobatan gejala fisik, tetapi juga pemenuhan kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif (Doyle & Macdonald, 2001). Saat ini, masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial, dan spiritual dapat diatasi dengan baik. Perawatan paliatif adalah pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya (Doyle & Macdonald, 2003).

2.2.2 Prinsip Dasar Perawatan Paliatif

Perawat serta tenaga kesehatan lainnya harus memperhatikan prinsip-prinsip dasar perawatan paliatif dalam memberikan perawatan paliatif guna mencapai pelayanan dan hasil kesehatan yang optimal. Perawatan yang diberikan tidak hanya kebutuhan fisik pasien tetapi juga kebutuhan emosi, pendidikan, dan kebutuhan sosial (Cooke &

Mc. Namara, 2008). WHO (2004, dalam Linda & Lawrence, 2007) menekankan bahwa dalam memberikan pelayanan paliatif harus berpijak pada prinsip dasar yakni membantu menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu, membantu merubah persepsi pasien dan menganggap kematian sebagai proses yang normal, serta meningkatkan kualitas hidup dan tidak mempercepat atau menunda kematian. Prinsip dasar lainnya yakni menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual, mengusahakan agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya, mengusahakan dan membantu mengatasi suasana duka cita pada keluarga, dan menggunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga mereka terkait penyakit yang diderita termasuk menyediakan pelayanan konseling.

Selain prinsip dasar yang telah disebutkan di atas, terdapat juga hal-hal yang harus diperhatikan dalam mendukung semua aspek pada perawatan paliatif yang didefinisikan oleh WHO (2004, dalam Linda & Lawrence, 2007) yakni:

a. *Patient Family Focused*

Keluarga harus dijadikan sebagai satu unit saat perawatan diberikan jika pasien memiliki keluarga maka pasien dan. Semua aspek perawatan harus memperhatikan nilai-nilai budaya, agama, suku, serta kepribadian dari pasien dan keluarga.

b. *High Quality*

Semua aspek perawatan paliatif harus menjunjung tinggi prinsip etika, kebaikan, keadilan, kebenaran, berlandaskan pada standar praktik secara nasional serta berdasarkan norma-norma praktik dan standar perilaku profesional.

c. *Safe and Effective*

Semua kegiatan perawatan paliatif dilakukan secara kolaboratif dengan mengedepankan hak dan privasi pasien, tanpa paksaan, diskriminasi, pelecehan, serta menjamin keamanan dan keselamatan pasien dan keluarga.

d. *Accessible*

Pasien dan keluarga memiliki akses yang mudah untuk mendapatkan pelayanan perawatan paliatif seperti jarak yang tidak terlalu jauh dari tempat tinggal dan di waktu yang sesuai.

e. *Adequately Resourced*

Keuangan, Sumber Daya Manusia (SDM) professional, fasilitas kesehatan, lingkungan fisik yang mendukung merupakan aspek penting dalam menjalankan perawatan paliatif demi tercapainya tujuan yang diharapkan.

f. *Collaborative*

Segala kebutuhan pasien dan keluarga terkait dengan layanan perawatan paliatif ditangani secara kolaboratif oleh tim yang berisikan tenaga-tenaga kesehatan professional.

g. *Knowledge Based*

Pasien dan keluarga memiliki hak untuk mengetahui pendidikan dan pengetahuan terkait penyakit yang diderita dan terkait layanan perawatan paliatif. Hal ini merupakan bagian integral dari layanan perawatan paliatif.

h. *Advocay Based*

Semua aspek perawatan paliatif harus berlandaskan peraturan perundangan dan kebijakan yang telah ditetapkan.

i. *Research Based*

Pengembangan, sosialisasi, dan integrasi pengetahuan baru merupakan hal yang penting untuk meningkatkan kualitas perawatan paliatif di suatu rumah sakit.

2.2.3 Tempat Perawatan Paliatif

Perawat harus menghargai keluarga dan pasien dalam memilih tempat perawatan yang disukai bila memungkinkan. Tempat perawatan harus memiliki fasilitas kesehatan yang mendukung pemberian perawatan paliatif. Berikut merupakan tempat perawatan paliatif menurut Sheila, Jane & Christine (2008):

a. Rumah Sakit

Perawatan di rumah sakit diperlukan jika pasien harus mendapatkan perawatan yang memerlukan tindakan khusus, pengawasan ketat, dan peralatan khusus.

b. *Hospice*

Perawatan di *hospice* diperlukan jika kondisi pasien tidak memerlukan pengawasan ketat atau tindakan khusus tetapi memerlukan pengawasan tenaga kesehatan. Perawatan *hospice* dapat dilakukan di rumah sakit, rumah atau rumah khusus perawatan paliatif.

c. *Home Care*

Perawatan di rumah hanya mungkin dilakukan jika pasien tidak memerlukan alat khusus atau keterampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga. Pada perawatan di rumah, peran keluarga akan lebih menonjol karena sebagian perawatan dilakukan oleh keluarga. Keluarga yang menjadi *care giver* diberikan latihan pendidikan keperawatan dasar.

2.2.4 Tim Paliatif

Pelaksana perawatan paliatif adalah dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga terkait lainnya (Kemenkes RI, 2007). Pendekatan dalam perawatan paliatif melibatkan berbagai disiplin ilmu yang meliputi pekerja sosial, ahli agama, perawat, dan dokter (dokter ahli atau dokter umum). Anggota tim lainnya adalah psikologis, fisioterapi, dan okupasi. Masing-masing profesi terlibat sesuai dengan masalah yang dihadapi penderita. Penyusunan tim perawatan paliatif juga disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan tempat perawatannya. Anggota tim perawatan paliatif dapat memberikan kontribusi yang sesuai dengan keahliannya (Matzo, 2006). Menurut Craig (2007) seluruh anggota tim perawatan paliatif harus memenuhi kriteria dan kesadaran akan tugas serta tanggung jawabnya yaitu dengan memberikan perawatan secara komprehensif kepada pasien dan keluarga dengan memperhatikan nilai, harapan dan kepercayaan pasien serta keluarganya.

2.3 Diabetes Melitus (DM)

2.3.1 Definisi

Diabetes mellitus merupakan suatu gangguan metabolisme akibat gangguan atau insufisiensi insulin yang menyebabkan tingginya kadar gula darah dalam tubuh disertai dengan gangguan metabolisme lipid, karbohidrat dan lipid (Black, 2001). Insufisiensi fungsi insulin dapat terjadi karena adanya gangguan atau defisiensi insulin oleh sel-sel beta Langerhans kelenjar pancreas. Insufisiensi fungsi insulin juga dapat terjadi karena kurang responsifnya sel-sel tubuh terhadap insulin. Perkeni, (2002) mengatakan bahwa seseorang dikatakan menderita diabetes mellitus jika memiliki kadar gula darah puas >126 mg/dl atau memiliki kadar gula darah sewaktu >200 mg/dl. Sedangkan menurut Riskesdas (2007), kadar normal gula darah (Non DM) adalah <140 mg/dl dan rentang kadar gula yang dianggap diabetes mellitus adalah >200 mg/dl.

Menurut Powers (2005) terdapat dua jenis tipe diabetes yakni diabetes melitus tipe 1 dan diabetes mellitus tipe 2. DM tipe 1 yaitu terjadinya defisiensi insulin absolut akibat destruksi dari sel beta pankreas. Sederhananya, DM tipe 1 terjadi karena kegagalan pankreas dalam memproduksi insulin. Insulin yang dikeluarkan oleh sel-sel beta dapat diibaratkan sebagai anak kunci yang dapat membuka pintu masuknya glukosa ke dalam sel untuk kemudian di dalam sel glukosa tersebut dimetabolisasikan menjadi tenaga. Jika tubuh kekurangan produksi insulin atau terdapat resistensi insulin maka akan terjadi peningkatan kadar glukosa darah hingga melebihi nilai normal. Para penderita DM tipe 1 biasanya akan bergantung pada pemberian insulin untuk mempertahankan keseimbangan kadar glukosa darah dalam tubuh (Peter & Catherine, 2007).

DM tipe II yaitu defisiensi insulin relatif akibat dari resistensi insulin dan defek sekresi insulin (Bruner & Suddarth, 2002). Diabetes Mellitus (DM) tipe II terjadi karena intensivitas sel terhadap insulin sehingga terjadi kegagalan dalam menggunakan insulin. Pada DM tipe II, jumlah insulin bisa berada dalam keadaan

normal atau lebih banyak tetapi jumlah reseptor (penangkap) insulin di permukaan sel kurang. Reseptor insulin dapat diibaratkan sebagai lubang kunci pintu untuk masuk ke dalam sel. Pada keadaan DM tipe II, jumlah lubang kuncinya kurang, sehingga meskipun anak kuncinya (insulin) banyak, tetapi karena lubang kuncinya (reseptor) kurang, maka glukosa yang masuk ke dalam sel sedikit, sehingga sel kekurangan bahan bakar (glukosa) dan kadar glukosa dalam darah meningkat.

Keadaan ini sama dengan keadaan DM tipe I, bedanya adalah pada DM tipe II disamping kadar glukosa tinggi, kadar insulin juga tinggi atau normal. Pada DM tipe II juga bisa ditemukan jumlah insulin cukup atau lebih tetapi kualitasnya kurang baik, sehingga gagal membawa glukosa masuk ke dalam sel. Di samping penyebab di atas, DM juga bisa terjadi akibat gangguan transport glukosa di dalam sel sehingga gagal digunakan sebagai bahan bakar untuk metabolisme energy. Faktor-faktor yang banyak berperan sebagai penyebab resistensi insulin yaitu obesitas, diet tinggi lemak dan rendah karbohidrat, kurang gerak badan, dan faktor keturunan (Bruner & Suddarth, 2002).

2.3.2 Gejala Diabetes Melitus (DM)

Menurut Misnadiarly (2006), gejala dan tanda-tanda penyakit diabetes mellitus dapat digolongkan menjadi gejala akut dan gejala kronik. Gejala akut dari penyakit DM tidaklah sama antara penderita satu dengan yang lainnya. Secara umum, permulaan gejala ditunjukkan dengan polifagia (banyak makan), polidipsi (banyak minum), dan poliuria (banyak kencing). Dalam fase ini biasanya penderita akan terus mengalami kenaikan berat badan karena jumlah insulin masih mencukupi. Apabila keadaan tersebut tidak segera ditangani maka akan mulai timbul gejala lain yang diakibatkan oleh mulai berkurangnya insulin pada tubuh. Beberapa keluhan lainnya seperti nafsu makan mulai berkurang dan terkadang timbul rasa mual jika glukosa darah melebihi 500 mg/dl yang disertai dengan polyuria, polidipsi, penurunan berat badan, dan mudah lelah (Daniel & Robert, 2001).

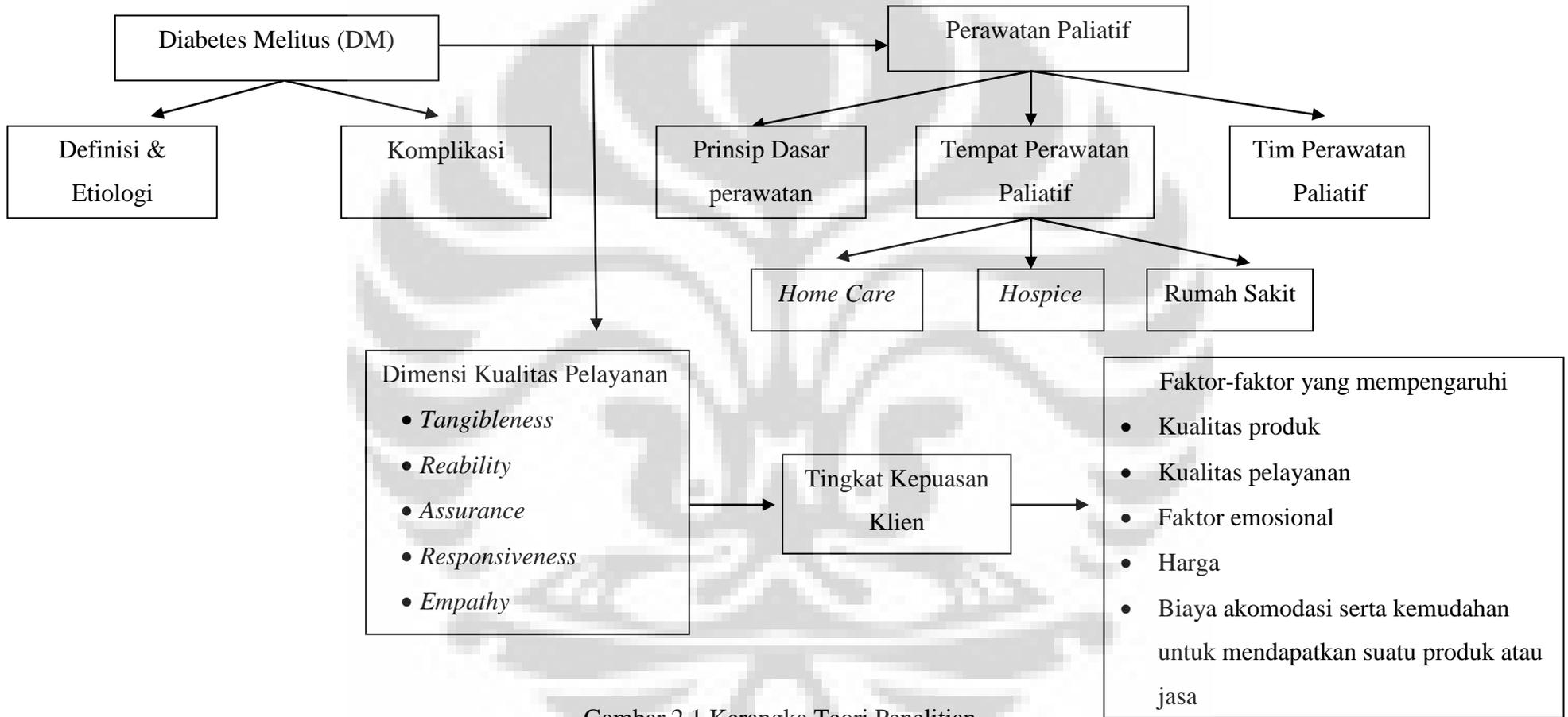
Para penderita DM pada umumnya akan menunjukkan gejala setelah mengidap penyakit DM selama beberapa bulan atau beberapa tahun kemudian. Gejala ini disebut dengan gejala kronik atau menahun (Misnadiarly, 2006). Beberapa gejala kronik yang sering timbul pada penderita DM yaitu kesemutan, kulit terasa panas atau seperti tertusuk-tusuk jarum, rasa tebal di kulit, kram, mudah mengantuk, pandangan mulai berkurang, gatal di sekitar kemaluan terutama pada wanita, gigi mudah goyang dan tanggal, kemampuan seksual menurun bahkan impoten, dan dapat mengakibatkan terjadinya keguguran pada ibu hamil (Misnadiarly, 2006).

2.3.3 Komplikasi Diabetes Melitus

Diabetes Mellitus dapat menyebabkan komplikasi pada berbagai sistem tubuh baik komplikasi jangka panjang ataupun jangka pendek. Menurut Smeltzer & Bare (2008), komplikasi DM jangka pendek meliputi hypoglikemia dan ketoasidosis, sedangkan komplikasi jangka panjang dapat berupa kerusakan mikroangiopati dan makroangiopati. Kerusakan makroangiopati dapat menyebabkan penyakit arteri koroner, kerusakan pembuluh darah serebral dan kerusakan pembuluh darah perifer. Sedangkan kerusakan mikroangiopati dapat menyebabkan retinopati, nefropati dan neuropati (Smeltzer & Bare, 2008).

Neuropati dalam diabetes mengacu kepada sekelompok penyakit yang menyerang semua tipe saraf, termasuk saraf perifer (sensorimotor), otonom, dan spinal. Terdapat dua tipe neuropati diabetik yang paling sering dialami penderita DM yakni polineuropati sensorik (perifer) dan neuropati otonom. Polineuropati sensorik (perifer) mengakibatkan rasa tertusuk-tusuk, kesemutan, rasa terbakar, dan kaki terasa baal. Sedangkan neuropati otonom mengakibatkan disfungsi berbagai organ tubuh seperti kardiovaskuler, gastrointestinal, urinarius, kelenjar adrenal, dan disfungsi seksual (Smeltzer & Bare, 2008).

2.1 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian

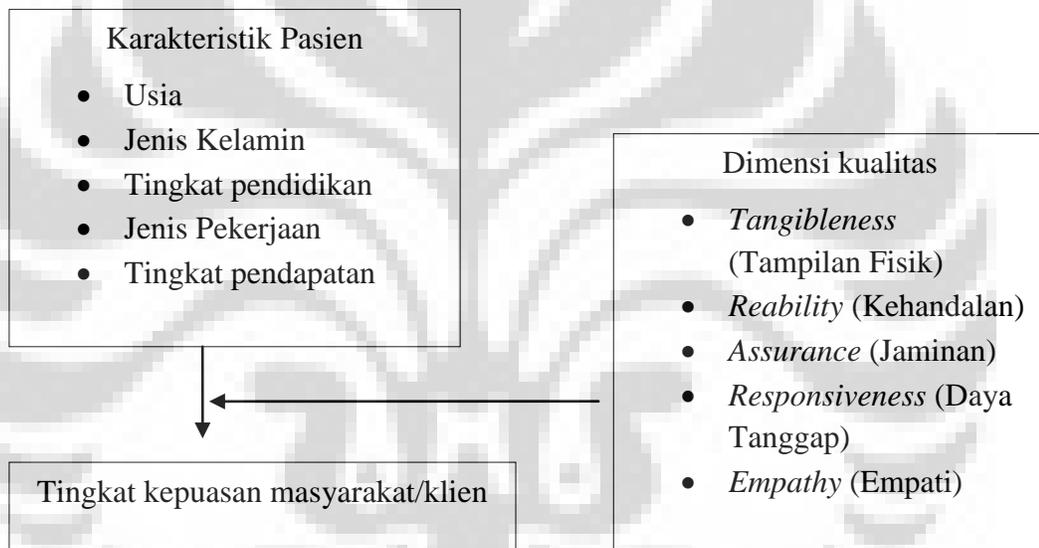
Sumber: Asunbonteng (1996); Craig (2007); Doyle & Macdonald (2003); Husein (2000); Handi (2003); Jenny Buckley, 2008; Linda & Lawrence (2007); Pohan (2004); Smeltzer & Bare (2008).

BAB 3

KERANGKA KERJA PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kerangka konsep dalam penelitian ini akan dijelaskan dengan skema sebagai berikut:



Keterangan



Variabel yang diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Komsep Penelitian

3.2 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah batasan ruang lingkup atau pengertian variabel-variabel yang diamati atau diteliti untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel-variabel yang bersangkutan serta pengembangan instrumen atau alat ukur (Notoatmojo, 2010). Berikut merupakan definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini:

Tabel 3.2 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pasien	Seseorang yang mendapat pelayanan kesehatan karena memiliki keluhan suatu penyakit	Kuesioner A			
Usia	Umur seseorang dihitung dari tanggal lahir sampai tanggal saat dilakukan penelitian	Kuesioner A	1 pertanyaan pada data demografi	1. Dewasa awal 2. Dewasa Tengah 3. Dewasa Akhir 4. Lansia	Ordinal
Jenis Kelamin	Gender yang dimiliki seseorang secara biologis sejak lahir	Kuesioner A	1 pertanyaan pada data demografi	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Tingkat pendidikan	Proses pengajaran dan pelatihan terakhir yang diikuti oleh seseorang	Kuesioner A	1 pertanyaan pada data demografi	1. SD 2. SMP 3. SMA 4. PT	Ordinal

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Pekerjaan	Jenis kegiatan yang rutin dilakukan responden untuk memperoleh penghasilan rutin	Kuesioner A	1 pertanyaan pada data demografi	1. Pegawai Negeri 2. Pegawai Swasta 3. Wiraswasta 4. Tidak bekerja	Nominal
Pendapatan	Penghasilan rata-rata per bulan yang diterima oleh responden	Kuesioner A	1 pertanyaan pada data demografi	1. $\leq 2.700.000$) 2. $> 2.700.000 - 5000.000$ 3. $> 5000.000 - 7.500.000$ 4. $> 7.500.000$	Ordinal
Kepuasan	Tingkat perasaan seseorang atau masyarakat setelah membandingkan hasil yang dirasakan dengan harapannya.	Kuesioner <i>Home Care Client Satisfaction Instrument-Revised</i> (HCCSI-R)	Terdiri dari 15 pertanyaan. Setiap pertanyaan memiliki lima kolom jawaban yang diberi angka 1-5. Responden menceklist salah satu kolom yang paling sesuai	1. Sangat tidak puas 2. Tidak puas 3. Cukup puas 4. Puas 5. Sangat puas	Ordinal

3.3 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah dugaan sementara terhadap terjadinya hubungan variable yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Hipotesis yang dirumuskan oleh peneliti dalam penelitian ini yaitu ada hubungan antara karakteristik pasien (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, dan tingkat pendidikan) dengan tingkat kepuasan yang dirasakan pasien terhadap pelayanan yang diberikan di balai asuhan keperawatan Jabodetabek.



BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah deskriptif kategorik. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang hanya menggambarkan atau memaparkan variabel-variabel yang diteliti tanpa menganalisis hubungan antar variabel (Kelana, 2011). Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* adalah suatu penelitian yang dilakukan dengan cara melakukan pengambilan data terhadap beberapa variabel penelitian pada satu waktu (Dharma, 2011). Oleh karena itu, peneliti memilih desain penelitian deskriptif kategorik dengan pendekatan *cross sectional* karena peneliti tidak perlu mengkaji secara mendalam tentang kepuasan pasien diabetes yang mendapatkan perawatan paliatif, tetapi hanya sebatas melihat gambaran tingkat kepuasannya.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subjek penelitian yang diteliti, di dalam objek tersebut terkandung informasi yang ingin diketahui. Objek penelitian ini juga disebut dengan satuan analisis yang mengandung perilaku atau karakteristik dari permasalahan penelitian (Notoatmodjo, 2010). Populasi target dalam penelitian ini adalah pasien diabetes yang mendapatkan perawatan paliatif di balai asuhan keperawatan wilayah jabodetabek.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dianggap mewakili keseluruhan dari objek penelitian (Notoatmodjo, 2010). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *non probability sampling*. Pemilihan sampel secara *non probability sampling* adalah pemilihan sampel yang tidak dilakukan secara acak. Metode *non probability sampling* menghasilkan peluang yang tidak sama pada

individu dalam populasi untuk terpilih menjadi sampel. Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *purposive sampling* yaitu menentukan sampel dengan cara melakukan pertimbangan tertentu agar dapat memberikan data secara maksimal (Kelana, 2011).

Peneliti menganggap bahwa teknik ini merupakan teknik yang tepat untuk penelitian tentang gambaran tingkat kepuasan masyarakat terhadap perawatan paliatif yang didapatkan karena respondennya sudah terspesifikasi dengan baik, yaitu masyarakat yang pernah atau sedang mendapatkan perawatan paliatif. Namun, untuk mengontrol variabel perancu pada penelitian ini maka peneliti menetapkan beberapa kriteria inklusi dan eksklusi dari sampel penelitian. Kriteria inklusi dari sampel yang akan diambil dari populasi adalah sebagai berikut:

- a. Pasien Diabetes Melitus
- b. Sedang mendapatkan perawatan paliatif
- c. Bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi inklusi dari sampel yang akan diambil dari populasi adalah sebagai berikut:

- a. Responden yang tidak mengisi instrumen penelitian dengan lengkap dan jelas.
- b. Responden mengundurkan diri dari proses penelitian.

Perhitungan sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus perhitungan besar sampel penelitian deskriptif kategorik. Rumus besar sampel penelitian deskriptif kategorik adalah:

$$n = \frac{N}{N \cdot d^2 + 1}$$

Keterangan :

n = Ukuran Sampel

N = Ukuran Populasi

d = Persen kelonggaran ketidaktelitian karena kesalahpahaman pengambilan sampel yang masih dapat di toleransi atau diinginkan, penelitian ini menggunakan persisi 105 (d=0,1)

Jumlah sampel minimum yaitu

$$n = \frac{65}{65 \cdot (0,1)^2 + 1}$$
$$n = \frac{65}{1,65}$$
$$n = 39,39 \text{ (dibulatkan menjadi 39 orang)}$$

Dari hasil perhitungan di atas, maka penelitian ini menggunakan 39 responden. Dalam penelitian ini peneliti akan mengantisipasi kemungkinan terjadinya *drop out* seperti data yang kurang lengkap, rusak, atau responden mengundurkan diri dari proses penelitian dengan menambahkan 10% dari hasil sampel yang diperoleh.

Formula yang digunakan untuk koreksi jumlah sampel yaitu:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

Keterangan:

n' = Jumlah sampel setelah dikoreksi

n = Jumlah sampel berdasarkan estimasi sebelumnya

f = Prediksi persentase sampel *drop out*

Jumlah sampel minimum setelah ditambah dengan perkiraan sampel *drop out* yaitu:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

$$n' = \frac{39}{1 - 0,1}$$

1 - 0,1

$n' = 43,3$ responden (dibulatkan menjadi 43 responden)

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di balai asuhan keperawatan yang memberikan pelayanan perawatan paliatif yakni Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare. Penelitian ini dilakukan di beberapa cabang Rumah Perawatan Indonesia yakni di Jakarta, Depok, Tangerang, Bekasi dan di Wocare Bogor. Pengumpulan data penelitian dilakukan mulai Bulan Maret sampai Mei tahun 2015. Proses penelitian dari pembuatan proposal sampai dengan laporan penelitian adalah 10 bulan, mulai dari Bulan 2014 Oktober sampai Juli tahun 2015.

4.4 Etika Penelitian

Penelitian dalam bidang keperawatan pada umumnya melibatkan manusia sebagai subjek penelitian. Manusia sebagai subjek penelitian adalah makhluk yang terintegrasi dari aspek fisik, psikologis, sosial dan spiritual dan tidak dapat dipisahkan dari aspek satu dengan yang lainnya. Penelitian yang dilakukan pada salah satu atau lebih dari aspek yang dimiliki subjek berisiko menimbulkan masalah pada aspek lainnya. Oleh karena itu, penelitian keperawatan harus didasari dengan etika penelitian untuk memberikan jaminan bahwa keuntungan dalam penelitian yang dilakukan melebihi kerugian yang ditimbulkan. Setiap peneliti dalam bidang keperawatan harus memahami etika penelitian sebelum penelitian tersebut dilakukan. Secara umum terdapat empat prinsip utama dalam etik penelitian keperawatan (Loiselle, Profetto-Mc Ggrath, Polit & Beck, 2004):

1. *Beneficence*

Beneficence adalah prinsip kebermanfaatan yang diberikan dalam penelitian, meliputi:

- a. Tidak memberikan kerugian pada responden

Penelitian ini tidak mengakibatkan atau memberikan hal-hal yang dapat membahayakan responden. Penelitian ini dilakukan tanpa ada perlakuan

tertentu yang dapat memberikan kerugian pada responden. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh pasien dengan menggunakan pulpen untuk mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan sehingga tidak akan mengakibatkan sesuatu yang berbahaya bagi responden.

b. Tidak melakukan eksploitasi pada responden

Penelitian ini tidak memaksa pasien untuk menghadapi situasi yang tidak nyaman. Jika pasien sebagai responden merasakan ketidaknyamanan, responden berhak mengundurkan diri dari keikutsertaan dalam penelitian. Peneliti tidak akan memaksa pasien sebagai responden untuk mengisi kuesioner dalam penelitian ini. Apabila pasien tidak memiliki waktu dan terburu-buru, pasien boleh menolak atau boleh membawa kuesioner tersebut untuk diisi di rumah dan mengembalikan pada peneliti pada saat melakukan perawatan di jadwal berikutnya. Apabila pasien merasa tidak mampu mengisi kuesioner karena kondisi yang lemas, nyeri, atau pusing, peneliti akan membantu responden dalam pengisian seperti membantu menulis dan membacakan.

c. Rasio manfaat dan risiko

Peneliti harus mempertimbangkan keuntungan dan kerugian yang akan didapatkan oleh responden dalam penelitian. Peneliti harus memberikan jaminan bahwa informasi yang didapatkan dari responden, tidak akan disebarluaskan kepada orang lain. Peneliti juga harus memberikan pemahaman bahwa penelitian ini tidak memberikan suatu perlakuan khusus yang mungkin dapat memberikan kerugian pada pasien sebagai responden. Peneliti harus menjelaskan bahwa instrumen yang digunakan dalam penelitian ini hanya berupa kuesioner tentang pengukuran tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang didapatkan sehingga tidak akan menimbulkan risiko yang membahayakan untuk pasien. Penelitian ini tidak memberikan keuntungan langsung kepada responden. Hasil

penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi atau acuan untuk instansi yang memberikan pelayanan perawatan paliatif sehingga pasien bisa mendapatkan pelayanan yang lebih baik dan sesuai dengan harapan.

2. *Respect Human Dignity*

Respect human dignity yaitu menghargai harkat dan martabat responden.

a. Hak menentukan keputusan untuk diri sendiri

Responden berhak memutuskan untuk terlibat atau tidak dalam kegiatan penelitian termasuk mengundurkan diri ketika kegiatan penelitian sedang berlangsung. Penelitian ini dilakukan secara sadar dan tanpa paksaan. Calon responden yang memenuhi kriteria diberi kebebasan untuk berpartisipasi atau menolak berpartisipasi dalam penelitian ini. Pasien diabetes yang dijadikan sampel penelitian mempunyai hak memutuskan apakah bersedia untuk terlibat dalam penelitian atau tidak, tanpa adanya sanksi apapun.

b. Keterbukaan

Peneliti memberikan penjelasan dan pemahaman terkait penelitian yang akan dilakukan. Peneliti menjelaskan bagaimana keterlibatan pasien sebagai responden dalam penelitian, dan hak responden untuk menolak berpartisipasi. Sebelum memberikan penjelasan, peneliti memperkenalkan diri terlebih dahulu sebagai mahasiswi FIK UI yang sedang melakukan penelitian untuk tugas akhir di bangku perkuliahan. Setelah itu peneliti menjelaskan tujuan penelitian ini yakni untuk mengetahui gambaran tingkat kepuasan pasien diabetes terhadap perawatan paliatif yang didapatkan. Peneliti menjelaskan bahwa pasien dimohon kesediaannya untuk mengisi kuesioner terkait gambaran tingkat kepuasan pasien terhadap perawatan paliatif yang didapatkan. Peneliti juga menjelaskan kepada pasien bahwa responden berhak menolak untuk berpartisipasi atau mengundurkan diri pada saat proses penelitian berlangsung tanpa dikenakan sanksi apapun.

3. *Justice*

a. Keadilan perlakuan terhadap responden

Responden akan diberlakukan secara adil sebelum, selama, dan sesudah berpartisipasi dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi. Keadilan yang diberikan pada responden adalah dengan memberikan kesempatan yang sama kepada semua responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan tidak membedakan responden yang satu dengan yang lainnya. Setiap responden penelitian akan mendapatkan penjelasan yang sama terkait prosedur, tujuan, dan manfaat penelitian. Selain itu setiap responden juga akan mendapatkan souvenir yang sama setelah berpartisipasi dalam penelitian ini.

b. Kerahasiaan informasi

Responden berhak mendapatkan kerahasiaan informasi terhadap data yang diberikan. Instrumen penelitian berupa kuesioner telah peneliti sediakan dengan hanya menggunakan inisial atau tanpa nama (*anonymity*) dan bersifat rahasia (*confidentiality*). Semua informasi yang telah diberikan oleh pasien mengenai akan dijaga dan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti secara legal dan tidak akan disebarluaskan kepada orang lain.

4. *Informed Consent*

Informed consent adalah lembar yang berisi penjelasan mengenai penelitian yang akan dilakukan dan merupakan lembar bukti persetujuan calon responden yang sesuai dengan kriteria inklusi untuk menjadi responden. Pemberian *informed consent* bertujuan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian. Pada *informed consent* akan dijelaskan terkait tujuan penelitian, dampak yang berisiko timbul dari penelitian, manfaat penelitian, prosedur penelitian, dan pernyataan bahwa apabila responden mengundurkan diri sewaktu-waktu dalam proses penelitian ini tidak akan dikenakan sanksi apapun. Responden memiliki

hak untuk memutuskan keterlibatannya dalam proses penelitian. Kesiapan responden dibuktikan dengan menandatangani lembar persetujuan untuk bersedia terlibat dalam penelitian. Pada *informed consent* juga dijelaskan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk penelitian.

Semua prinsip terkait kode etik penelitian yang tertuang dalam lembar penjelasan penelitian dan lembar persetujuan responden bertujuan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian. Jika pasien bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian maka pasien harus menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Apabila pasien menolak menjadi responden maka peneliti tidak akan memaksanya pasien untuk terlibat dalam penelitian dan menghargai keputusan pasien.

4.5 Alat Pengumpulan Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah hasil modifikasi dan penggabungan dari kuesioner *Home Care Client Satisfaction Instrument-Revised* (HCCSI-R), *Client Satisfaction Inventory* (CSI), dan *Long-form Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ-III). Kuesioner ini terdiri dari 35 pertanyaan yang dinilai dengan menggunakan 5 poin pada skala *Likert* dengan 1 menunjukkan bahwa responden “sangat tidak puas”, 2 “tidak puas”, 3 “cukup puas”, 4 “puas”, dan 5 “sangat puas”. Pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner ini mencakup lima dimensi kualitas pelayanan perawatan yaitu dimensi *tangibleness* (tampilan fisik), dimensi *reability* (kehandalan), dimensi *responsiveness* (daya tanggap), dimensi *empathy* (empati) dan dimensi *assurance* (jaminan).

Pada kuesioner ini terdapat 7 item pertanyaan untuk penilaian kepuasan pada dimensi *tangibleness* yang terdapat pada nomor 1-7, 7 item pertanyaan untuk penilaian kepuasan pada dimensi *reability* yang terdapat pada nomor 8-14, 7 item pertanyaan

untuk penilaian kepuasan pada dimensi *responsiveness* yang terdapat pada nomor 14-21, 7 item pertanyaan untuk penilaian kepuasan pada dimensi *empathy* yang terdapat pada nomor 22-28, dan 7 item pertanyaan untuk penilaian kepuasan pada dimensi *assurance* yang terdapat pada nomor 29-35.

4.6 Uji Coba Instrumen

Setelah menentukan atau membuat instrumen penelitian, langkah berikutnya adalah melakukan pengujian instrumen. Uji coba instrumen dilakukan dengan tujuan menguji apakah kuesioner yang dibuat peneliti telah memenuhi uji validitas dan reliabilitas sebelum kuesioner diberikan kepada responden. Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang diukur, sedangkan reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya (Notoatmodjo, 2010). Instrumen *Home Care Client Satisfaction Instrument-Revised* (HCCSI-R), *Client Satisfaction Inventory* (CSI), dan *Long-form Patient Satisfaction Questionnaire* (PSQ-III) sudah teruji pada beberapa literatur tetapi peneliti tetap harus melakukan uji validitas dan reliabilitas karena instrumen yang digunakan pada penelitian ini merupakan hasil penggabungan dan modifikasi dari ketiga kuesioner baku tersebut.

Peneliti dalam penelitian ini akan melakukan uji validitas muka (*face validity*) dan validitas isi (*content validity*) pada alat ukur yang akan digunakan. Validitas muka adalah validitas yang menunjukkan apakah instrumen penelitian dari segi rupanya dapat mengukur apa yang ingin diukur. Sedangkan validitas isi menunjukkan kemampuan item pertanyaan dalam instrumen mewakili semua unsur dimensi konsep yang sedang diteliti. Peneliti dalam penelitian ini melakukan uji coba kuesioner pada 25 responden pasien diabetes di Wocare Bogor. Uji validitas dilakukan dengan cara memberikan kuesioner pada subjek yang memenuhi kriteria penelitian, namun responden yang telah mengikuti uji coba kuesioner ini tidak diikutsertakan kembali dalam pengambilan data penelitian.

Validitas pada penelitian ini diuji dengan cara menghitung korelasi antara masing-masing pertanyaan dengan skor total menggunakan rumus Korelasi Pearson *Product Moment* (Nisfiannoor, 2009). Hasil yang diperoleh yaitu 34 dari 35 pertanyaan memiliki $R_{table} > 0,396$ (R_{table} untuk 25 responden). Hal ini menunjukkan bahwa 34 pertanyaan dinyatakan valid. 1 pertanyaan yang tidak valid terdapat pada nomor satu yakni pertanyaan pada dimensi *tangibleness* (tampilan fisik). Sedangkan semua pertanyaan pada dimensi *reability* (kehandalan), dimensi *responsiveness* (daya tanggap), dimensi *empathy* (empati) dan dimensi *assurance* (jaminan) dinyatakan valid.

Peneliti dalam penelitian ini melakukan uji reliabilitas dengan teknik *one shot* yaitu pengukuran atau tes hanya dilakukan satu kali pada sekelompok subjek, kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain atau mengukur korelasi antar jawaban pertanyaan. Pendekatan sekali ukur ini menghasilkan informasi mengenai konsistensi internal alat ukur. Teknik estimasi reliabilitas yang dapat digunakan untuk pengukuran satu kali, yaitu dengan membelah suatu tes menjadi beberapa bagian. *Software* SPSS menyediakan fasilitas ini dengan uji statistik cronbach alpha (α). Suatu konstruk atau variabel dinyatakan reliabel jika memberikan nilai cronbach alpha $> 0,964$ (Nisfiannoor, 2009). Uji reliabilitas dalam penelitian ini diuji dengan menggunakan rumus cronbach's alpha dan menghasilkan nilai cronbach alpha $> 0,964$ yang menunjukkan bahwa instrumen dalam penelitian ini bersifat reliabel.

4.7 Proses Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data penelitian dilakukan berdasarkan prosedur sebagai berikut:

1. Peneliti mengajukan surat perizinan penelitian kepada pihak akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk ditujukan kepada beberapa balai asuhan keperawatan penanganan luka diabetes yaitu Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare.

2. Peneliti melakukan perizinan ke Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare dengan memberikan kelengkapan berkas sesuai dengan peraturan yang ditetapkan.
3. Setelah pihak dari Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare menyetujui perizinan pengambilan data, peneliti memulai pengambilan data.
4. Proses pengumpulan data dari responden dimulai dengan melakukan identifikasi terhadap calon responden sesuai kriteria inklusi dan eksklusi yang telah dibuat oleh peneliti. Identifikasi dilakukan dengan menganalisis data sekunder klien yang dimiliki Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare.
5. Peneliti bekerja sama dengan pihak dari Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare untuk mencari waktu yang tepat dalam memberikan kuesioner kepada responden yang sudah sesuai dengan kriteria peneliti.
6. Peneliti melakukan pendekatan terhadap responden yang sesuai, memperkenalkan diri kepada responden, serta menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian.
7. Peneliti memberitahukan hak-hak responden saat penelitian. Peneliti juga menjamin kerahasiaan dan menjaga kenyamanan responden selama penelitian.
8. Jika responden telah menyetujui untuk terlibat dalam penelitian maka responden harus menandatangani *informed consent* yang diberikan peneliti.
9. Peneliti memberikan kuesioner yang akan diisi oleh responden dan menjelaskan prosedur pengisian kuesioner tersebut.
10. Peneliti mendampingi responden saat mengisi kuesioner untuk mengantisipasi pertanyaan yang muncul dari responden selama pengisian kuesioner.
11. Peneliti menganjurkan dan memastikan responden untuk mengisi semua pertanyaan sesuai dengan yang dirasakan.
12. Peneliti memberikan waktu kepada responden untuk mengisi kuesioner, kemudian setelah selesai diserahkan kepada peneliti.

13. Peneliti melakukan pengumpulan kuesioner yang telah diisi oleh responden dan memeriksa kembali kelengkapan isinya.

4.8 Pengolahan dan Analisis Data

4.8.1 Pengolahan data

Setelah semua data yang diperlukan terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data menggunakan program komputer. Berikut merupakan beberapa tahapan pengolahan data yang dilakukan oleh peneliti (Notoatmojo, 2010):

1. *Editing*

Peneliti melakukan proses pengecekan atau pengoreksian kelengkapan data setelah semua data yang dibutuhkan terkumpul. Tujuan dari proses *editing* adalah untuk menghilangkan kesalahan-kesalahan yang terdapat pada pengisian data dalam instrumen penelitian. Beberapa hal-hal yang harus diperhatikan ketika proses *editing* yakni kelengkapan jawaban yang terisi pada instrumen, kejelasan jawaban yang terisi pada instrument, kecocokan antara jawaban dengan pertanyaan, dan konsistensi jawaban dari pertanyaan satu dengan pertanyaan lainnya.

2. *Coding*

Peneliti melakukan pengodean setelah semua kuesioner dilakukan pengeditan. Coding adalah pemberian kode-kode pada setiap data yang termasuk dalam kategori yang sama dengan cara mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi angka atau bilangan. Peneliti mengubah data berbentuk kalimat atau huruf yang diperoleh dari isian instrumen responden menjadi data angka atau bilangan untuk mempermudah pengolahan data dalam program komputer. Kode untuk variabel jenis kelamin pasien yaitu responden dengan jenis kelamin perempuan diberi kode "1", dan laki-laki "2". Kode untuk variabel pendidikan pasien yaitu responden dengan tingkat pendidikan SD diberi kode "1", SMP "2", SMA "3", dan perguruan tinggi "4". Kode untuk variabel tingkat pendapatan yaitu responden dengan penghasilan $\leq 2.700.000$ diberi kode "1", $> 2.700.000 - 5.000.000$ diberi kode

“2”, >5.000.000-7.500.000 diberi kode “3”, dan >7.500.000 diberi kode “4”. Kode untuk variabel jenis pekerjaan yaitu responden yang memiliki pekerjaan PNS diberi kode “1”, pegawai swasta diberi kode “2”, wiraswasta diberi kode “3”, dan tidak bekerja diberi kode “4”. Kode untuk instrumen tingkat kepuasan yaitu responden yang menjawab sangat tidak puas diberi kode “1”, tidak puas diberi kode “2”, cukup puas diberi kode “3”, puas diberi kode “4”, dan sangat puas diberi kode “5”.

3. *Data entry dan processing*

Peneliti memasukkan data ke *software* computer untuk dianalisis setelah melakukan pengodean data. Dalam proses ini dituntut ketelitian dalam memasukkan data. Apabila terjadi kesalahan maka akan terjadi bias pada hasil penelitian.

4. *Cleaning*

Peneliti melakukan pengecekan kembali setelah data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan. Tujuan dari pengecekan adalah untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya. Jika ditemukan kesalahan maka peneliti akan melakukan pembetulan. Adapun cara membersihkan data antara lain dengan mengetahui *missing* data, mengetahui variasi data, dan mengetahui konsistensi data.

4.8.2 Analisis data

Proses analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis univariat bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Bentuk analisis univariat tergantung dari jenis data pada penelitian (Notoatmojo, 2010). Data yang disajikan berupa tabel distribusi frekuensi. Analisis univariat dalam penelitian ini menggambarkan seluruh variabel yang akan diteliti meliputi karakteristik responden (usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan dan tingkat pendapatan), tingkat kepuasan yang

dirasakan secara umum, tingkat kepuasan berdasarkan dimensi kepuasan, serta tingkat kepuasan berdasarkan karakteristik responden.

Tabel 4.8.2 Analisis Data Univariat

Jenis Analisa	Varibel	Jenis Data	Uji Statistik
Univariat	Data Demografi		
	Usia	Kategorik	Proporsi, Presentase
	Jenis Kelamin	Kategorik	Proporsi, Presentase
	Pendidikan	Kategorik	Proporsi, Presentase
	Pekerjaan	Kategorik	Proporsi, Presentase
	Tingkat Pendapatan	Kategorik	Proporsi, Presentase
	Tingkat Kepuasan	Kategorik	Proporsi, Presentase
	Tingkat Kepuasan Berdasarkan Dimensi		
	Dimensi <i>Tangibleness</i>	Numerik	Mean, SD
	Dimensi <i>Reability</i>	Numerik	Mean, SD
	Dimensi <i>Responsiveness</i>	Numerik	Mean, SD
Dimensi <i>Empathy</i>	Numerik	Mean, SD	
Dimensi <i>Assurance</i>	Numerik	Mean, SD	
Tingkat Kepuasan Berdasarkan Karakteristik Responden	Kategorik	Proporsi, Presentase	
Bivariat	Karakteristik responden – tingkat kepuasan responden	Numerik - numerik	Uji <i>chi square</i>

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Karakteristik Pasien

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik pasien di balai asuhan keperawatan wilayah
Jabodetabek, Mei 2015 (n=43)

Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
Usia		
Dewasa Awal	8	18.6
Dewasa Tengah	12	27.9
Dewasa Akhir	17	39.5
Lansia	6	14
Total	43	100
Jenis Kelamin		
Laki-laki	19	44.2
Perempuan	24	55.8
Total	43	100
Pendidikan		
SD	8	18.6
SMP	4	27.9
SMA	15	34.9
Perguruan Tinggi	16	37.2
Total	43	100
Pekerjaan		
Pegawai Negeri	6	14
Pegawai Swasta	18	41.9
Wiraswasta	6	14.0
Tidak bekerja	13	9.3
Total	43	100
Pendapatan		
≤2.700.000	15	37.2
>2.700.000-5.000.000	12	27.9

Karakteristik	Frekuensi	Presentase (%)
Pendapatan		
>5.000.000-7.500.000	9	20.9
>7.500.000	7	16.3
Total	43	100

Tabel 5.1 menjelaskan karakteristik pasien berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, penghasilan, dan pekerjaan. Berdasarkan data di atas menunjukkan karakteristik responden paling banyak adalah dewasa akhir (39,5%), berjenis kelamin perempuan (55,8%), berpendidikan perguruan tinggi (37,2%), bekerja sebagai pegawai swasta (46,5%), dan berpenghasilan $\geq 2.700.000$ (62,8%).

5.2 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien

Tabel 5.2 Distribusi tingkat kepuasan pasien di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43)

Tingkat Kepuasan	Frekuensi	Presentase (%)
Sangat Tidak Puas	0	0
Tidak Puas	0	0
Cukup Puas	6	14.0
Puas	26	60.5
Sangat Puas	11	25.6
Total	43	100

Tabel 5.2 menjelaskan tingkat kepuasan pasien. Berdasarkan data di atas menunjukkan 14% responden merasa cukup puas, 60,5% merasa puas, dan 25,6% merasa sangat puas.

5.3 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Dimensi Kepuasan

Tabel 5.3 Distribusi tingkat kepuasan responden berdasarkan dimensi kepuasan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43)

Variabel	Kategori Tingkat Kepuasan					Total
	Sangat Tidak Puas	Tidak Puas	Cukup Puas	Puas	Sangat Puas	
Dimensi <i>tangibleness</i> (tampilan fisik)	1 2.3%	1 2.3%	9 20.9%	28 65.1%	4 9.3%	43 100%
Dimensi <i>reability</i> (kehandalan)	0 0.0%	0 0.0%	4 9.3%	29 67.4%	10 23.3%	43 100%
Dimensi <i>responsiveness</i> (daya tanggap)	0 0.0%	0 0.0%	6 14.0%	26 60.5%	11 25.6%	43 100%
Dimensi <i>empathy</i> (empati)	0 0.0%	0 0.0%	3 7.0%	29 67.4%	11 25.6%	43 100%
Dimensi <i>assurance</i> (jaminan)	0 0.0%	0 0.0%	5 11.6%	27 62.8%	11 25.6%	43 100%

Tabel 5.3 menjelaskan tingkat kepuasan responden pada tiap dimensi. Berdasarkan data di atas menunjukkan bahwa 65,1% responden merasa puas pada dimensi dimensi *tangibleness* (tampilan fisik), 67,4% responden merasa puas pada dimensi *reability* (kehandalan), 60,5% responden merasa puas pada dimensi *responsiveness* (daya tanggap), 67,4% responden merasa puas pada dimensi *empathy* (empati), dan 62,8% responden merasa puas pada dimensi *assurance* (jaminan).

5.4 Gambaran Tingkat Kepuasan Berdasarkan Karakteristik Pasien

5.4.1 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Usia

Tabel 5.4.1 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan usia di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43)

Karakteristik	Kategori Tingkat Kepuasan			Total
	Cukup Puas	Puas	Sangat Puas	
Dewasa Awal	1 12.5%	6 75.0%	1 12.5%	8 100.0%
Dewasa Tengah	1 8.3%	5 41.7%	6 50.0%	12 100.0%
Dewasa Akhir	3 17.6%	11 64.7%	3 17.6%	17 100.0%
Lansia	1 16.7%	4 66.7%	1 16.7%	6 100.0%
Total	6 14.0%	26 60.5%	11 25.6%	43 100.0%

Tabel 5.4.1 menjelaskan tingkat kepuasan pasien berdasarkan usia. Berdasarkan data di atas menunjukkan 6 dari 8 atau sebanyak 75% pasien dewasa akhir merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 6 dari 12 atau sebanyak 50% pasien dewasa tengah merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan. 11 dari 17 atau sebanyak 64% pasien dewasa akhir merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 4 dari 6 atau sebanyak 66,7% pasien lansia merasa puas dengan pelayanan yang diberikan.

5.4.2 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.4.2 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan jenis kelamin di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43)

Karakteristik	Kategori Tingkat Kepuasan			Total
	Cukup Puas	Puas	Sangat Puas	
Laki-laki	5 26.3%	10 52.6%	4 21.1%	19 100.0%
Perempuan	1 16.4%	16 66.7%	7 29.2%	24 100.0%
Total	6 14.0%	26 60.5%	11 25.6%	43 100%

Tabel 5.4.2 menjelaskan tingkat kepuasan pasien berdasarkan jenis kelamin. Berdasarkan data di atas 10 dari 19 atau sebanyak 52,6% pasien laki-laki merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Sedangkan 16 dari 24 atau sebanyak 66,7% pasien perempuan merasa puas dengan pelayanan yang diberikan.

5.4.3 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Pendidikan

Tabel 5.4.3 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan pendidikan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43)

Karakteristik	Kategori Tingkat Kepuasan			Total
	Cukup Puas	Puas	Sangat Puas	
SD	0 .0%	8 100.0%	0 .0%	8 100.0%
SMP	0 .0%	4 100.0%	0 .0%	4 100.0%
SMA	1 6.7%	6 40.0%	8 53.3%	15 100.0%
Perguruan Tinggi	5 31.3%	8 50.0%	3 18.8%	16 100.0%
Total	6 14.0%	26 60.5%	11 25.6%	43 100.0%

Tabel 5.4.3 menjelaskan tingkat kepuasan pasien berdasarkan jenis kelamin. Berdasarkan data di atas 100% pasien berpendidikan SD dan SMP merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 8 dari 15 atau sebanyak 53,3% pasien berpendidikan SMA merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan. 8 dari 16 atau sebanyak 50% merasa puas dengan pelayanan yang diberikan.

5.4.4 Gambaran Tingkat Kepuasan Klien Berdasarkan Tingkat Pekerjaan

Tabel 5.4.4 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan pekerjaan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43)

Karakteristik	Kategori Tingkat Kepuasan			Total
	Cukup	Puas	Sangat Puas	
Pegawai Negeri	2 33.3%	4 66.7%	0 .0%	6 100.0%
Pegawai Swasta	3 16.7%	10 55.6%	5 27.8%	18 100.0%
Wiraswasta	1 16.7%	3 50.0%	2 33.3%	6 100.0%
Pedagang	0 .0%	2 50.0%	2 50.0%	4 100.0%
Tidak Bekerja	0 .0%	9 69.2%	4 30.8%	13 100.0%
Total	6 14.0%	26 60.5%	11 25.6%	43 100.0%

Tabel 5.4.4 menjelaskan tingkat kepuasan pasien berdasarkan pekerjaan. Berdasarkan data di atas 4 dari 6 atau sebanyak 66,7% pasien yang berkerja sebagai PNS merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 11 dari 20 atau sebanyak 55% pasien yang bekerja sebagai pegawai swasta merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 8 dari 12 atau sebanyak 66,7% pasien yang tidak bekerja merasa puas dengan pelayanan yang diberikan.

5.4.5 Gambaran Tingkat Kepuasan Klien Berdasarkan Tingkat Pendapatan

Tabel 5.4.5 Distribusi tingkat kepuasan pasien berdasarkan pekerjaan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43)

Karakteristik	Kategori Tingkat Kepuasan			Total
	Cukup	Puas	Sangat Puas	
≤ 2.700.000	0 .0%	10 66.7%	5 33.3%	15 100.0%
>2.700.000-5.000.000	1 8.3%	7 58.3%	4 33.3%	12 100.0%

Karakteristik	Kategori Tingkat Kepuasan			Total
	Cukup Puas	Puas	Sangat Puas	
>5.000.000-7.500.000	3 33.3%	6 66.7%	0 .0%	9 100.0%
>7.500.000	2 28.6%	3 42.9%	2 28.6%	7 100.0%
Total	6 14.0%	26 60.5%	11 25.6%	43 100.0%

Tabel 5.4.5 menjelaskan tingkat kepuasan pasien berdasarkan tingkat pendapatan. Berdasarkan data di atas, 10 dari 15 atau sebanyak 67,7% pasien berpenghasilan $\leq 2.700.000$ merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 7 dari 12 atau sebanyak 58,3% pasien berpenghasilan $>2.700.000-5.000.000$ merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 6 dari 9 atau sebanyak 66,7% pasien yang berpenghasilan $>5.000.000-7.500.000$ merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 3 dari 7 atau sebanyak 42,9% pasien yang berpenghasilan $>7.500.000$ merasa puas dengan pelayanan yang diberikan.

5.5 Hubungan Karakteristik Pasien dengan Tingkat Kepuasan

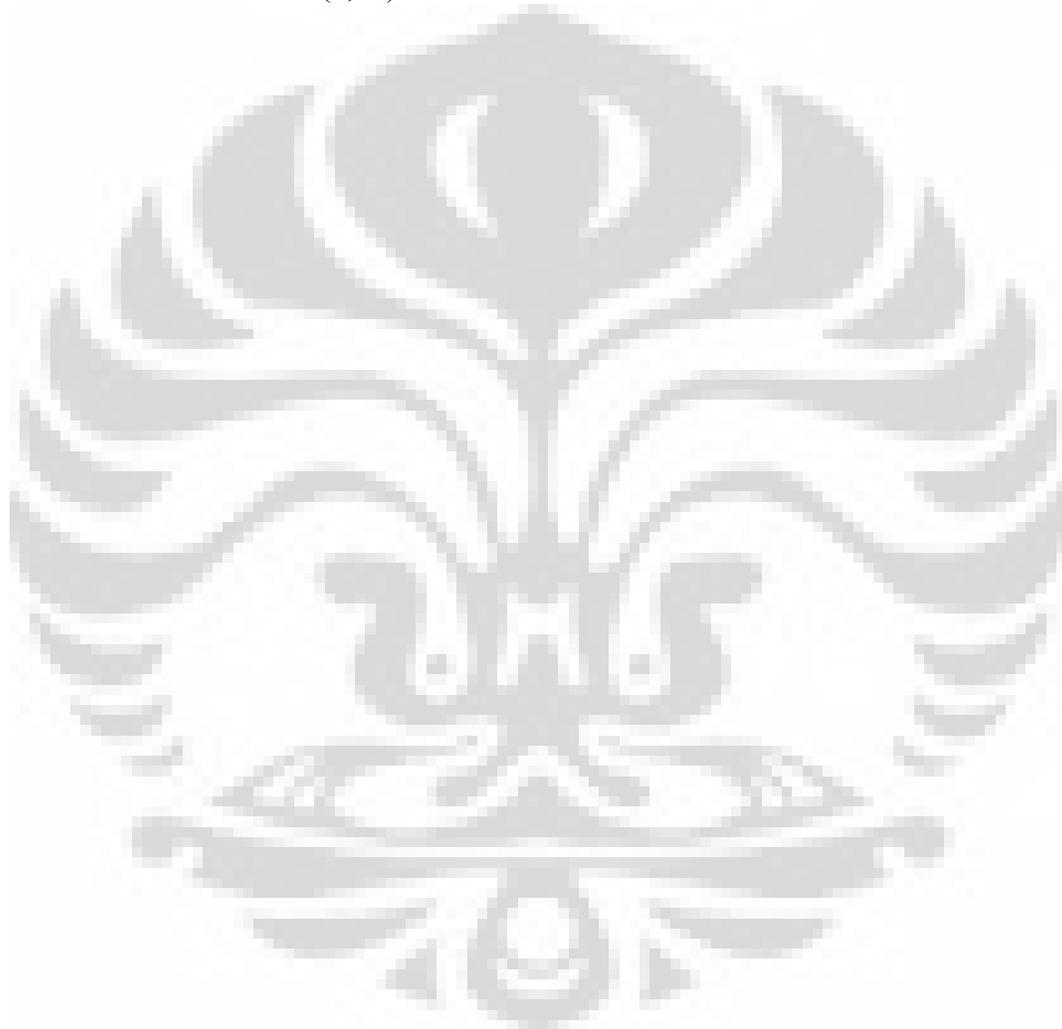
Tabel 5.5.1 Distribusi hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepuasan di balai asuhan keperawatan wilayah Jabodetabek, Mei 2015 (n=43)

Variabel	Mean	SD	95% CI	P
Usia				
Dewasa Awal	136,38	13,416	125,16;147,59	
Dewasa Tengah	144,83	19,954	132,16;157,51	0,534
Dewasa Akhir	135,88	16,120	127,59;144,17	
Lansia	135,50	21,333	113,11;157,89	
Jenis Kelamin				
Laki-laki	133,74	20,322	-19,004;2,228	0,118
Perempuan	142,13	14,112	-19,568;2,791	

Pendidikan				
SD	133,50	6,234	128,29;138,71	
SMP	134,75	7,228	123,25;146,25	0,036
SMA	148,73	18,979	138,22;159,24	
Perguruan Tinggi	132,13	17,910	122,58;141,67	
Pekerjaan				
Pegawai Negeri	125,83	13,378	111,79;139,87	
Pegawai Swasta	139,00	17,690	130,20;147,80	0,267
Wiraswasta	139,83	24,384	114,24;165,42	
Tidak bekerja	142,77	14,019	134,30;151,24	
Pendapatan				
≤2.700.000	143,60	13,410	136,17;151,03	
>2.700.000- 5.000.000	141,67	19,392	129,35;153,99	0,163
>5.000.000- 7.500.000	128,22	12,377	118,71;137,74	
>7.500.000	134,86	23,547	113,08;156,63	

Tabel 5.5.1 menjelaskan hubungan karakteristik pasien dengan tingkat kepuasan. Berdasarkan pengolahan data statistik mengenai karakteristik usia dan tingkat kepuasan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara usia dengan tingkat kepuasan pasien. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji anova yang memperoleh nilai *p value* 0,534 sehingga lebih besar dari nilai α (0,05). Pengolahan data statistik mengenai jenis kelamin dan tingkat kepuasan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kepuasan pasien. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji T yang memperoleh nilai *p value* 0,118 sehingga lebih besar dari nilai α (0,05). Pengolahan data statistik mengenai jenis pendidikan dan tingkat kepuasan menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kepuasan pasien. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji anova yang memperoleh nilai *p value* 0,036 sehingga lebih besar dari nilai α (0,05). Pengolahan data statistik mengenai jenis pekerjaan dan tingkat kepuasan juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan

tingkat kepuasan pasien. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji anova yang memperoleh nilai *p value* 0,267 sehingga lebih besar dari nilai α (0,05). Pengolahan data statistik mengenai pendapatan dan tingkat kepuasan juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kepuasan pasien. Hal ini dibuktikan dengan hasil uji anova yang memperoleh nilai *p value* 0,163 sehingga lebih besar dari nilai α (0,05).



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Pasien

6.1.1 Usia

Penelitian ini menjadikan usia ke dalam empat kategori berdasarkan tahap perkembangan manusia yakni dewasa awal (25-35 tahun), dewasa tengah (36-45 tahun), dewasa akhir (46-60 tahun), dan lansia (>60 tahun). Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas pasien yang terlibat pada penelitian ini berada dalam rentang dewasa akhir (46-60 tahun). Umumnya, manusia akan mengalami perubahan dan penurunan fisiologis secara drastis setelah usia 40 tahun atau dewasa akhir. Penyakit diabetes pada umumnya dialami oleh seorang yang sudah memasuki dewasa akhir. Teori yang ada mengatakan bahwa seseorang >45 tahun memiliki peningkatan risiko terhadap terjadinya DM dan intoleransi glukosa yang disebabkan oleh faktor degeneratif yaitu menurunnya fungsi tubuh, khususnya kemampuan sel β dalam memproduksi insulin untuk memetabolisme glukosa (Sujaya, 2009).

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Darmayanti, Nelly, & Richardo (2014) di Manado. Berdasarkan penelitian yang dilakukan pada kesepuluh wanita usia produktif di Puskesmas Wawonasa Manado menunjukkan bahwa 50% berusia 46-60 tahun. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Kurnia (2012), menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara umur dengan risiko terjadinya diabetes. Kelompok umur <45 tahun merupakan kelompok yang kurang berisiko menderita DM Tipe 2. Risiko pada kelompok ini 72 persen lebih rendah dibanding kelompok umur ≥ 45 tahun (Kurnia, 2012).

6.1.2 Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 55,8% pasien diabetes di balai asuhan keperawatan Jabodetabek berjenis kelamin perempuan dan 44,2% berjenis kelamin

laki-laki. Namun, hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh CDE, Gucciardi, Li, & Wong (2007) di Kanada. Berdasarkan penelitian Enza, Louisa, Mildred, & Sherry (2005), penderita diabetes laki-laki lebih banyak dibandingkan dengan penderita diabetes perempuan. Sebanyak 561 orang yang menghadiri Diabetes Education Centre di Toronto Western Hospital, 53% berjenis kelamin laki-laki dan 47% berjenis kelamin perempuan. Perbedaan hasil penelitian tersebut dapat disebabkan oleh perbedaan budaya di tempat penelitian yang dapat mempengaruhi pola hidup masyarakat laki-laki atau perempuan pada umumnya. Pola hidup yang dimaksud adalah pola makan dan olahraga yang bisa menjadi faktor pemicu terjadinya penyakit diabetes.

Penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Nursiswati, Prawesti, Sihombing, (2012) di Jakarta yang menunjukkan bahwa dari 92 pasien diabetes, 84,78% berjenis kelamin perempuan. Wanita lebih berisiko terkena diabetes karena wanita berpeluang lebih besar untuk mengalami peningkatan indeks masa tubuh dibandingkan laki-laki. Selain itu, sindroma siklus bulanan (*presmenstrual syndrome*) dan pasca menopause juga membuat distribusi lemak tubuh menjadi terakumulasi akibat proses hormonal. Terjadinya akumulasi lemak tubuh menyebabkan otot akan semakin resistensi terhadap kerja insulin sehingga wanita berisiko menderita diabetes melitus tipe 2 (Kurnia, 2012).

6.1.3 Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 34,9% pasien berpendidikan SMA, dan 37,2% berpendidikan sarjana. Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa rata-rata pasien memiliki latar belakang pendidikan yang tinggi. Namun, hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kurnia (2012). Berdasarkan hasil penelitian Kurnia (2012), 61,29% pasien diabetes melitus di Puskesmas Cengkareng memiliki latar belakang pendidikan yang rendah. Menurut Irawan (2010), tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap kejadian penyakit diabetes melitus karena masyarakat berpendidikan tinggi akan memiliki banyak pengetahuan

tentang kesehatan sehingga mereka memiliki kesadaran tinggi dalam menjaga kesehatan.

Seharusnya masyarakat yang berpendidikan tinggi akan memiliki banyak pengetahuan tentang kesehatan dan memiliki kesadaran tinggi untuk menjaga kesehatannya. Namun, saat ini tingkat pendidikan yang tinggi tidak menjadi jaminan masyarakat dapat sadar menjaga kesehatannya. Tidak sedikit dari mereka memiliki gaya hidup yang kurang baik. Gaya hidup yang dimaksud seperti kebiasaan mengonsumsi makanan yang berisiko seperti *fastfood*, *westernfood*, *cookies* dengan tingkat glukosa tinggi, minuman berkafein, minuman bersoda, jeroan, makanan berlemak, dll. Kebiasaan mengonsumsi alkohol dan merokok juga merupakan salah satu gaya hidup kurang sehat yang dapat menyebabkan terjadinya diabetes (Kurnia, 2012).

Berdasarkan hasil wawancara kepada beberapa informan, sebagian besar tingkat pengetahuan mereka cukup tinggi terhadap faktor risiko yang dapat menyebabkan diabetes. Namun, mereka merasa kurang peduli dan tetap meneruskan gaya hidup terutama pola makan yang kurang sehat. Sebagian dari mereka mulai sadar akan mahalnnya sebuah kesehatan ketika penyakit diabetes yang diderita telah memberikan komplikasi terhadap berbagai organ tubuh, salah satunya adalah ulkus diabetes. Bahkan, berdasarkan wawancara singkat kepada salah satu anggota keluarga pasien mengatakan bahwa sampai sekarang pun suaminya (pasien) masih sulit diatur dalam hal pola makan. Dengan demikian latar belakang pendidikan dan tingkat pengetahuan tentang kesehatan tidak menjadi jaminan seseorang akan memiliki kesadaran tinggi untuk menjaga kesehatannya.

6.1.4 Pekerjaan dan Pendapatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 41% pasien memiliki pekerjaan sebagai pegawai swasta dan 14,0% wiraswasta. Hasil penelitian menunjukkan 62,8% berpendapatan >2.700.000 atau di atas UMR DKI Jakarta. Bahkan sebanyak 37,2%

berpendapatan antara 5000.000-7.500.000. Biaya perawatan paliatif untuk luka diabetes cukup mahal dan membutuhkan dana yang tinggi untuk memenuhi kebutuhan selama perawatan. Dari hasil penelitian menunjukkan sebanyak 37,2% pasien berpendapatan \leq 2.700.000. Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan semua pasien yang tidak bekerja, didapatkan informasi bahwa mereka tetap memiliki biaya untuk pengobatan dengan berbagai sumber seperti uang hasil penjualan rumah, harta warisan, tabungan, uang pensiun, dan biaya keluarga meskipun tidak bekerja. Hal ini membuat pasien yang tidak bekerja tetap memiliki biaya untuk pengobatan.

6.2 Tingkat Kepuasan Pasien

National of Nursing Research (2011) menjelaskan bahwa perawatan paliatif merupakan perawatan komprehensif dari rasa tidak nyaman, gejala, dan stres dari suatu penyakit serius atau kronik yang bertujuan untuk mencegah dan meringankan penderitaan serta meningkatkan kualitas hidup penderita. Sedangkan menurut National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2004, dalam Jenny Buckley, 2008), perawatan paliatif adalah perawatan holistik secara aktif kepada pasien yang memiliki penyakit progresif. Hal yang terpenting dalam perawatan ini adalah manajemen nyeri dan gejala lainnya, penyediaan pelayanan psikologis, sosial, dan dukungan spiritual. Tujuan dari perawatan paliatif adalah memberikan kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarganya (Jenny Buckley, 2008). WHO (2004, Linda & Lawrence, 2007) dalam pun telah memelopori strategi kesehatan masyarakat untuk mengintegrasikan perawatan paliatif ke dalam sistem kesehatan dengan menyediakan strategi yang efektif bagi negara-negara untuk membangun perawatan paliatif.

Berdasarkan wawancara singkat kepada beberapa perawat di Rumah Perawatan Indonesia, mereka mengatakan merasa bingung mengenai justifikasi pasien mereka dianggap sebagai pasien yang mendapatkan perawatan paliatif. Mereka beranggapan bahwa perawatan paliatif hanya diberikan kepada pasien dalam kondisi terminal seperti pada pasien kanker stadium akhir. Hal ini menandakan bahwa, tidak hanya

masyarakat tetapi para tenaga kesehatan khususnya perawat juga masih banyak yang belum memahami konsep perawatan paliatif seutuhnya. Jika dilihat dari tujuan dan prinsip dasar perawatan paliatif yakni memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan maka tidak hanya pasien penyakit terminal tetapi semua pasien yang memiliki penyakit kronik juga membutuhkan perawatan ini.

Saat ini, perawatan paliatif memang belum banyak diaplikasikan pada rumah sakit yang ada di Indonesia. Beberapa rumah sakit yang telah mengaplikasikannya pun, biasanya tidak mengaplikasikan prinsip dasar perawatan paliatif secara utuh. Selain karena tenaga kesehatan yang kurang memiliki pengetahuan tentang perawatan paliatif, hal ini juga dikarenakan fasilitas kesehatan penunjang yang masih kurang. Keterbatasan tenaga kesehatan khususnya perawat dan fasilitas yang tersedia tentu akan berpengaruh pada tingkat kepuasan masyarakat yang membutuhkan perawatan paliatif. Perawatan paliatif seharusnya menjadi hak semua pasien dengan penyakit kronis, salah satunya adalah pasien diabetes.

Hasil penelitian tentang gambaran tingkat kepuasan pasien secara umum menunjukkan 14% pasien merasa cukup puas, 60,5% merasa puas, dan 25,6% merasa sangat puas terhadap pelayanan yang diberikan. Jika dilihat tingkat kepuasan berdasarkan tiap dimensi, maka didapatkan bahwa pasien merasa puas pada semua dimensi pelayanan yang diberikan yakni dimensi *tangibleness* (tampilan fisik), dimensi *reability* (kehandalan), dimensi *responsiveness* (daya tanggap), dimensi *empathy* (empati) dan dimensi *assurance* (jaminan). Secara umum, semua pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Namun, terdapat dua pasien yang merasa tidak puas dengan pelayanan pada dimensi *tangibleness* (tampilan fisik). Berdasarkan hasil wawancara dengan kuesioner, pasien merasa tidak puas pada fasilitas toilet dan ruang tunggu yang disediakan oleh pelayanan kesehatan. Mereka merasa kurang nyaman dengan fasilitas yang tersedia dan berharap mendapatkan sarana dan prasarana yang lebih baik guna menunjang proses pemberian pelayanan.

Masyarakat atau pasien menilai sebuah pelayanan bermutu jika suatu pelayanan kesehatan dapat memenuhi kebutuhan yang diharapkan pada lima dimensi pelayanan yang telah disebutkan di atas. Beberapa contoh harapan yang diinginkan pasien seperti memberikan pelayanan secara sopan dan santun, tepat waktu, tanggap, mampu menyembuhkan keluhannya, serta mampu mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit. Menurut Kotler (2005), kepuasan konsumen diukur berdasarkan tingkat harapan konsumen tentang produk dan pelayanan dengan pelayanan aktual yang diberikan. Pasien akan merasa puas jika pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien.

6.3 Tingkat Kepuasan Berdasarkan Karakteristik Pasien

6.3.1 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Usia

Hasil penelitian menunjukkan 6 dari 8 atau sebanyak 75% pasien dewasa akhir merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 6 dari 12 atau sebanyak 50% pasien dewasa tengah merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan. 11 dari 17 atau sebanyak 64% pasien dewasa akhir merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 4 dari 6 atau sebanyak 66,7% pasien lansia merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Jika dilihat dari hasil analisis data statistik pada penelitian ini maka terlihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan tingkat kepuasan klien. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oroh, Pondaag, & Rompas (2014) dengan metode kuantitatif. Dalam hasil penelitiannya, Oroh, Pondaag, & Rompas (2014) memaparkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan tingkat kepuasan klien rawat inap di Manado.

Peneliti berpendapat bahwa tidak adanya hubungan antara usia dengan tingkat kepuasan dikarenakan semua pasien dalam setiap rentang usia memiliki harapan yang sama besar terhadap pelayanan kesehatan yang didapatkannya. Semua pasien dalam penelitian ini pun memiliki cara penilaian dan pengukuran yang sama terhadap semua dimensi kesehatan sehingga perbedaan umur tidak menjadikan sebuah perbedaan.

Selain itu, Maslow (2003) dalam teorinya tentang kebutuhan manusia menjelaskan bahwa setiap manusia membutuhkan cinta, kasih sayang, harga diri, serta perasaan ingin dimiliki dan memiliki sehingga semua manusia dalam rentang usia menginginkan hubungan interpersonal yang baik dan pelayanan yang baik dari tenaga kesehatan. Konsep sehat dan sakit berlaku sama dalam semua rentang usia hanya gejalanya yang mungkin berbeda. Setiap pasien yang datang dalam keadaan sakit memiliki harapan yang sama untuk sembuh dan mendapatkan pelayanan yang sesuai. Jadi semua pasien dalam semua rentang umur memiliki pengukuran yang sama terhadap tingkat kepuasan.

6.3.2 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan 10 dari 19 atau sebanyak 52,6% pasien laki-laki merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Sedangkan 16 dari 24 atau sebanyak 66,7% pasien perempuan merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Jika dilihat dari hasil analisis data statistik pada penelitian ini maka terlihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kepuasan klien. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Oroh, Pondaag, & Rompas (2014) dengan metode kuantitatif. Dalam hasil penelitiannya, Oroh, Pondaag, & Rompas (2014) menjelaskan bahwa ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kepuasan pasien di rawat inap. Dalam hasil penelitiannya, didapatkan data bahwa sebanyak 87,2% pasien laki-laki lebih merasa puas dibandingkan pasien perempuan. Hal ini didukung oleh Gunarsa (2008) yang mengatakan bahwa perempuan lebih memperhatikan sesuatu secara detail, dibandingkan laki-laki. Hal ini menyebabkan indikator yang dinilai untuk mengukur tingkat kepuasan pada perempuan cenderung lebih banyak.

6.3.3 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 100% pasien berpendidikan SD dan SMP merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 8 dari 15 atau sebanyak 53,3% pasien berpendidikan SMA merasa sangat puas dengan pelayanan yang diberikan. 8 dari 16

atau sebanyak 50% merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Jika dilihat dari hasil analisis data statistik pada penelitian ini maka terlihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat kepuasan klien. Hasil penelitian ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayati (2014) dengan metode kuantitatif. Dalam hasil penelitiannya, Hidayati (2014) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan tingkat kepuasan. Setiap pasien memiliki cara penilaian yang berbeda terhadap pelayanan yang diberikan. Pasien yang memiliki pendidikan tinggi akan lebih kritis dalam memberikan pelayanan. Peneliti berpendapat bahwa tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan tingkat kepuasan dikarenakan oleh kinerja perawat yang baik dalam memberikan pelayanan. Perawat memberikan fasilitas dan pelayanan yang sangat sesuai dengan harapan pasien tanpa membedakan karakteristik pasien yang satu dengan yang lainnya sehingga baik pasien yang berpendidikan tinggi atau rendah merasakan kepuasan yang sama.

6.3.4 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Jenis Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan 4 dari 6 atau sebanyak 66,7% pasien yang berkerja sebagai PNS merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 11 dari 20 atau sebanyak 55% pasien yang bekerja sebagai pegawai swasta merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 8 dari 12 atau sebanyak 66,7% pasien yang tidak bekerja merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Jika dilihat dari hasil analisis data statistik pada penelitian ini maka terlihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis pekerjaan dengan tingkat kepuasan klien. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aulia (2014) dengan metode kuantitatif. Dalam hasil penelitiannya, Aulia (2014) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna jenis pekerjaan dengan tingkat kepuasan.

Perbedaan jenis pekerjaan yang dimiliki oleh pasien tentu akan mempengaruhi tingkat pendapatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 9,3% pasien tidak bekerja dan 90,7% pasien memiliki pekerjaan serta pendapatan yang tetap.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan semua pasien yang tidak bekerja, didapatkan informasi bahwa mereka tetap memiliki biaya untuk pengobatan dengan berbagai sumber seperti uang hasil penjualan rumah, harta warisan, tabungan, uang pension, dan biaya keluarga meskipun tidak bekerja. Hal ini membuat pasien yang tidak bekerja tetap memiliki biaya untuk pengobatan.

Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare selalu beorientasi terhadap kebutuhan pelayanan pasien dengan memberikan fasilitas dan pelayanan yang terbaik. Berdasarkan hasil wawancara peneliti kepada semua pasien, didapatkan informasi bahwa pasien memiliki penilaian yang baik terhadap pelayanan yang didapatkan. Meskipun biaya yang harus dikeluarkan cukup mahal tetapi pasien hal itu tidak mengurangi tingkat kepuasan yang didapatkan. Pasien merasa tetap puas karena biaya yang harus dikeluarkan sesuai dengan pelayanan dan perubahan kesehatan yang mereka harapkan.

6.3.5 Gambaran Tingkat Kepuasan Pasien Berdasarkan Tingkat Pendapatan

Hasil penelitian menunjukkan 10 dari 15 atau sebanyak 67,7% pasien berpenghasilan $\leq 2.700.000$ merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 7 dari 12 atau sebanyak 58,3% pasien berpenghasilan $> 2.700.000-5.000.000$ merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 6 dari 9 atau sebanyak 66,7% pasien yang berpenghasilan $> 5.000.000-7.500.000$ merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. 3 dari 7 atau sebanyak 42,9% pasien yang berpenghasilan $> 7.500.000$ merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Jika dilihat dari hasil analisis data statistik pada penelitian ini maka terlihat bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendapatan dengan tingkat kepuasan klien. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Aulia (2014) dengan metode kuantitatif. Dalam hasil penelitiannya, Aulia (2014) menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna tingkat pendapatan dengan tingkat kepuasan.

Peneliti berpendapat bahwa tidak adanya hubungan antara tingkat pendapatan dengan tingkat kepuasan pasien karena para perawat memberikan pelayanan yang sama tanpa membedakan karakteristik pasien yang satu dengan yang lainnya. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada beberapa perawat, didapatkan informasi bahwa setiap pasien memiliki hak dan kewajiban yang sama di dalam pelayanan. Biaya pengobatan pasien disesuaikan dengan tingkat kesulitan dalam memberikan perawatan bukan disesuaikan berdasarkan tingkat pendapatan pasien. Selain itu, para perawat memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan pasien sehingga pasien yang memiliki pendapatan rendah atau tinggi tetap merasakan kepuasan yang sama terhadap pelayanan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Rustanti (2003) menunjukkan bahwa semakin tinggi pendapatan pasien atau keluarga maka semakin tinggi pula tuntutan pasien terhadap kemampuan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan. Jika perawat dapat memberikan pelayanan yang sesuai dengan harapan pasien baik kepada pasien yang memiliki pendapatan tinggi atau rendah maka semua pasien akan merasakan kepuasan terhadap pelayanan yang didapatkan.

6.4 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih membutuhkan penyempurnaan yang dapat dilakukan pada penelitian-penelitian berikutnya. Peneliti dalam penelitian ini memiliki keterbatasan yang ditemukan selama penelitian ini berlangsung, antara lain:

6.4.1 Keterbatasan Responden

Jenis penyakit yang mendapatkan perawatan paliatif cukup beragam seperti jantung, kanker, HIV/AIDS, diabetes, dll. Peneliti memutuskan untuk memilih salah satu jenis penyakit sebagai objek penelitian agar data yang didapatkan memiliki karakteristik pengukuran yang sama. Awalnya, peneliti memilih pasien kanker sebagai kriteria inklusi dalam penelitian ini. Setelah melakukan proses perizinan di salah satu institusi kesehatan yang menaungi pasien kanker, didapatkan keputusan bahwa institusi tersebut tidak dapat memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian karena jumlah pasien yang dibutuhkan tidak terpenuhi. Akhirnya, peneliti mengganti kriteria inklusi menjadi pasien diabetes yang mendapatkan perawatan paliatif.

Penelitian ini dilakukan di dua balai asuhan keperawatan yang memberikan perawatan paliatif pada pasien diabetes yakni Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare. Peneliti menemukan banyak kesulitan dalam mencari pasien pasien diabetes yang mendapatkan perawatan paliatif. Sedikitnya jumlah pasien mengharuskan peneliti melakukan pengambilan data di wilayah Jabodetabek. Dalam satu waktu pengambilan data, peneliti hanya bisa mendapatkan 2-7 pasien sehingga peneliti membutuhkan waktu yang lama dan biaya transportasi yang cukup banyak selama pengambilan data. Selain itu, sekitar 50% pengambilan data ini dilakukan bersamaan dengan perawatan yang diberikan kepada pasien sehingga peneliti harus melakukan pengambilan data dengan metode wawancara. Tidak sedikit dari mereka yang menjawab pertanyaan dalam keadaan nyeri karena perawatan yang diberikan sehingga pasien menjadi tidak fokus. Hal ini bisa membuat jawaban pasien pada kuesioner menjadi kurang valid.

6.4.2 Keterbatasan Instrumen

Pada uji coba instrumen penelitian, peneliti hanya melakukan pengambilan data pada 25 pasien karena keterbatasan jumlah pasien. Padahal, suatu pengujian instrumen akan memiliki nilai valid dan reliabilitas lebih tinggi jika dilakukan pada 30 pasien. Selain itu, terdapat satu pertanyaan tidak valid yang kemudian dimodifikasi oleh peneliti. Pernyataan yang tidak valid seharusnya dilakukan uji keterbacaan ulang dan diubah struktur bahasa sehingga mudah dipahami oleh pasien. Selanjutnya instrumen dapat diuji kembali oleh peneliti sampai semua item pernyataan valid. Namun, secara umum instrumen yang digunakan sudah cukup memotret tingkat kepuasan pasien pada tiap dimensi (dimensi *tangibleness*, dimensi *empathy*, dimensi *responsiveness*, dimensi *assurance*, dan dimensi *reability*) secara keseluruhan.

6.5 Implikasi Penelitian

6.5.1 Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini memberikan gambaran tingkat kepuasan pasien diabetes yang mendapatkan perawatan paliatif di balai asuhan keperawatan Jabodetabek. Secara umum, semua pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Namun, terdapat dua pasien yang merasa tidak puas dengan pelayanan pada dimensi *tangibleness* (tampilan fisik). Berdasarkan hasil wawancara dengan kuesioner, pasien merasa tidak puas pada fasilitas toilet dan ruang tunggu yang disediakan oleh pelayanan kesehatan. Mereka merasa kurang nyaman dengan fasilitas yang tersedia dan berharap mendapatkan sarana dan prasarana yang lebih baik guna menunjang proses pemberian pelayanan. Hal ini dapat menjadi acuan kepada balai asuhan keperawatan yang menyediakan perawatan paliatif untuk meningkatkan dimensi pelayanan yang masih kurang dan mempertahankan dimensi pelayanan yang sudah baik.

6.5.2 Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini memberikan informasi bahwa banyak tenaga kesehatan khususnya perawat yang kurang memahami perawatan paliatif secara utuh. Tidak sedikit dari mereka yang masih memiliki pandangan bahwa perawatan paliatif hanya diberikan pada pasien yang memiliki penyakit terminal dan mendekati kematian. Jika dilihat dari tujuan dan prinsip dasar perawatan paliatif yakni memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan maka tidak hanya pasien penyakit terminal tetapi semua pasien yang memiliki penyakit kronik juga membutuhkan perawatan ini. Penelitian ini dapat digunakan oleh mahasiswa keperawatan sebagai informasi mengenai perawatan paliatif dan gambaran tingkat kepuasan pasien diabetes terhadap perawatan paliatif yang didapatkan. Hal ini juga dapat menjadi masukan bagi institusi pendidikan untuk menambahkan materi pembelajaran mengenai perawatan paliatif secara lengkap agar mahasiswa keperawatan memiliki bekal pengetahuan yang cukup ketika mengaplikasikannya pada pelayanan kesehatan.

6.5.3 Penelitian Keperawatan

Penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai perawatan paliatif secara utuh, pandangan tenaga kesehatan tentang perawatan paliatif serta gambaran tingkat kepuasan pasien terhadap perawatan paliatif yang diberikan. Selain itu, dalam penelitian ini juga ditemukan bahwa sebagian besar pasien memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi terhadap diabetes. Sebagian besar pasien mengetahui bagaimana proses terjadinya diabetes, faktor-faktor risiko, dampak, komplikasi bahkan pasien mengetahui diet yang baik untuk para penderita diabetes. Namun, pengetahuan yang dimiliki oleh pasien tersebut tidak menjadi suatu motivasi untuk menjalankan hidup sehat dalam mencegah terjadinya diabetes dan komplikasi yang akan terjadi. Hal ini dapat mengindikasikan bahwa tingkat pengetahuan kesehatan yang dimiliki masyarakat tidak menjamin seseorang memiliki kesadaran yang tinggi terhadap kesehatan. Hal tersebut dapat menjadi masukan bagi perawat untuk melakukan inovasi dalam membuat strategi keperawatan. Tidak hanya edukasi kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tetapi juga promosi kesehatan yang lebih aplikatif guna meningkatkan tingkat kesadaran masyarakat dalam menjaga kesehatan.

BAB 7

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Penelitian ini meneliti tingkat kepuasan masyarakat yang mendapatkan perawatan paliatif. Jenis penyakit kronis yang membutuhkan perawatan paliatif cukup beragam. Dalam penelitian ini, peneliti memilih pasien diabetes yang mendapatkan perawatan paliatif. Berdasarkan hasil penelitian diperoleh gambaran tingkat kepuasan masyarakat terhadap perawatan paliatif yang didapatkan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum semua pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan. Semua pasien merasa puas terhadap semua dimensi pelayanan yakni dimensi *tangibleness* (tampilan fisik), dimensi *reability* (kehandalan), dimensi *responsiveness* (daya tanggap), dimensi *empathy* (empati) dan dimensi *assurance* (jaminan). Hasil penelitian ini juga menjelaskan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara karakteristik pasien yakni usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis pekerjaan, dan tingkat pendapatan dengan tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang didapatkan. Kepuasan pasien diukur berdasarkan tingkat harapan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan perubahan kesehatan yang didapatkan. Pasien akan merasa puas jika pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien.

7.2 Saran

7.2.1 Balai Asuhan Keperawatan Rumah

- d. Dapat dijadikan gambaran tentang kualitas pelayanan yang diberikan baik pada dimensi *tangibleness* (tampilan fisik), dimensi *reability* (kehandalan), dimensi *responsiveness* (daya tanggap), dimensi *empathy* (empati) ataupun dimensi *assurance* (jaminan).

- e. Dapat dijadikan evaluasi mengenai kualitas pelayanan yang diberikan. Penelitian ini bisa dijadikan acuan untuk mengembangkan pelayanan dalam semua dimensi.

7.2.2 Pendidikan Keperawatan

- f. Memasukkan materi pembelajaran mengenai perawatan paliatif yang meliputi definisi menyeluruh mengenai perawatan paliatif, prinsip dasar perawatan, tempat perawatan, tim perawatan paliatif, dll.

7.2.3 Pelayanan Keperawatan

- g. Bahan pembelajaran bagi tenaga keperawatan untuk lebih mendalami pengetahuan perawatan paliatif karena masih banyak perawat yang memiliki persepsi yang salah mengenai perawatan paliatif
- h. Masukan untuk mengembangkan pelayanan keperawatan. Balai asuhan keperawatan seperti Rumah Perawatan Indonesia dan Wocare dapat menjadi motivasi kepada para perawat untuk berinovasi dalam bidang keperawatan

7.2.2 Penelitian Keperawatan

- Menganalisis lebih dalam terkait tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan perawatan paliatif dengan metode kualitatif
- Observasi dan wawancara secara mendalam pasien untuk mendapatkan data akurat
- Melakukan penelitian lebih dalam, tidak hanya mengenai gambaran tingkat kepuasan tetapi juga mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan
- Memilih objek penelitian dengan jenis penyakit yang lebih berat seperti kanker atau HIV/AIDS agar pengetahuan tentang perawatan paliatif lebih tergambar secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, Maslow. (2003). *Motivasi dan kepribadian*. Jakarta: Midas Surya Grafindo
- Asubonteng, P., McCleary, K.J., & Swan, J. E. (1996). SERVQUAL revisited: A critical review of service quality. *Journal of Services Marketing*, 10, 62-81.
- Black, J.M., Hawks, J.H., & Keene, A.M., (2001). *Medical surgical nursing clinical management for positives outcomes. 6th ed.* Philadelphia: Saunders Company.
- Brogaard, T., et al. (2013). Congruence between preferred and actual place of care and death among danish cancer patients. *Palliat Med*, 27(2): 155–164.
- Buckley, Jenny. (2008). *Palliative care: An integrated approach*. Chichester: Wiley Blackwell.
- CDE, Gucciardi, E., Li, L., & Wong, M. (2007). Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 66(4): 215-220, 10.3148/66.4.2005.215
- Chihara, S., Kashiwagi, T., Mikatabara, & S., Morita, T. (2002). A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care. *Palliative Medicine*, 16: 141-150
- Christine, Jane, & Sheila. (2008). *Palliativecare nursing: Principles and evidence for practice*. London: McGraw Hill.
- Cooke, R., McNamara, & Coodger, K. (2008). Family support in pediatric palliative care: Families impacted by their children's illness. *Juornal Palliative Care*, 13, 40-47.
- Craig, F., et al. (2007). IMPaCCT: Standard for pediatric palliative care in Europe. *Journal of palliative care*, 14, 109-114.
- Depkes, RI. (2001). *Pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia*. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI.
- Depkes, RI. (2013). *Laporan riset kesehatan dasar (riskesdas) 2013 bidang biomedis*. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI.
- Depkes, RI. (2007). *Riset kesehatan dasar 2007*. Jakarta: Badan Litbangkes, Depkes RI.
- Dharma, K.K. (2011). *Metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.

- Damayanti, Nelly, & Richardo. (2014). Analisis faktor resiko penyebab terjadinya diabetes mellitus tipe 2 pada wanita usia produktif di puskesmas wawonosa. *Jurnal e-Biomedik (eBM)*, 2(2), 404-412.
- Doyle, D., Hanks, G.W.C., & MacDonald, N. (2001). *Oxford textbook of palliative medicine. 2nd edition*. Newyork: Oxford University Press.
- Doyle, D., Hanks, G.W.C., & MacDonald, N. (2003). *Oxford textbook of palliative medicine. 3rd edition*. New York: Oxford Medical Publications.
- Emanuel, L., & Lawrence, S. (2007). *Palliative care: Core skills and clinical competencies*. Philadelphia: Saunders Elsevier.
- Elfira, S. (2012). *Gambaran kualitas hidup dan kepuasan pasien kanker terhadap peran farmasis dan perawatan paliatif di puskesmas balongsari Surabaya*. Surabaya: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Surabaya
- Franks, P.J., Salisbury, C., Bosanquet, N., et al. (2000). The level of need for palliative care: A systematic review of the literature. *Palliative Medicine*, 14: 93–104.
- Geron, S. M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., & Chassler, D. (2000). The home care satisfaction measure: A client-centered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with home care services, *55*(5), 259–270.
- Gunarsa, Singgih.(2008). *Psikologi perawatan*. Jakarta: Gunung Mulia
- Hidayati, A. N. (2014). Analisis hubungan karakteristik pasien dengan kepuasan pelayanan rawat jalan Semaran Eye Center (SEC) Rumah Sakit Islam Sultan Agung. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 2 (1), 9-14.
- International Diabetes Federation. (2008). *Diabetes prevalence: World diabetes day*. <http://www.diabetes@idf.int>
- Irawan, Dedi. (2010). *Prevalensi dan faktor risiko kejadian diabetes melitus tipe 2 di daerah urban Indonesia (analisa data sekunder riskesdas 2007)*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Irawan, Handi. (2003). *Indonesian customer satisfaction*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Jack, B. A., Baldry, C. R., Groves, K. E., Whelan, A., Sephton, J., & Gaunt, K. (2013). Supporting home care for the dying: an evaluation of healthcare professionals' perspectives of an individually tailored hospice at home service, 2778–2786. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04301.x.
- Karen Buhler-Wilkerson. (2001). *No place like home: A history of nursing and home care in the united states*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Karien, J., Mary, C., & Monica, S. (2010). The health care needs of the physically disable patient in a home-based care environment: Implications for the training of ancillary health care workers. *Interdisciplinary Health Science*, 15 (1), 486-8. doi:10.4102/hsag.v15i1.486.
- Kemendes RI. (2007). *Kebijakan perawatan paliatif*. Jakarta: Menteri Kesehatan Republik Indonesia.
- Kotler, Philip. (2005). *Manajemen pemasaran, jilid 1*. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.
- Kurnia, Shara. (2012). Faktor risiko kejadian diabetes mellitus tipe II di puskesmas kecamatan cengkareng Jakarta barat tahun 2012. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(1), 6-11.
- Matzo, M.L., & Sherman, D. W. (2006). *Palliative care nursing: Quality care to the end of life. 2 ed*. New York: Springer Publishing Company.
- Meier, D. E. (2011). Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care. *The Milbank Quarterly*, 89(3), 343–380. doi:10.1111/j.1468 0009.2011.00632.x
- Nursiswati, Prawesti, A., & Sihombing, D. (2012). *Gambaran perawatan kaki dan sensasi sensorik kaki pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di poliklinik DM RSUD*. Bandung: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran.
- Misnadiarly. (2006). *Diabetes melitus gangren, ulcer, infeksi, mengenali gejala, menanggulangi, dan mencegah komplikasi*. Jakarta: Pustaka Obor.
- National Institute of Nursing Research. (2011). *Palliative care: The relief you need when you're experiencing the symptoms of serious illness*. Diakses dari <http://www.ninr.nih.gov/sites/www.ninr.nih.gov/files/Palliative-Care-Relief-When-Experiencing-Symptoms-Serious-Illness-508.pdf>.
- Notoatmojo, S. (2010). *Metodelogi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Oroh, M. E., Pondaag, L., & Rompas, S. (2014). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan keperawatan di ruang interna RSUD Noongan*. Manado: Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi.
- Otto, Shirlley. (2005). *Buku saku keperawatan onkologi*. Jakarta: EGC.
- Peter, D.A.J., & Catherine, W. (2007). *Diabetes: penemuan baru memerangi diabetes melalui diet golongan darah*. Yogyakarta: B First.
- Perkeni. (2006). *Konsensus pengelolaan diabetes mellitus tipe 2 di Indonesia*. Jakarta: Perkeni.

- Pohan, Imbalo. (2004). *Jaminan mutu layanan kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Porte, D., & Sherwin, R.S. (2001). *Ellenberg & Rifkin's diabetes melitus 5th ed.* Stamford: Elseiver Science Publishing Co. Inc.
- Powers, A.C. (2005). Diabetes Melitus. In : Jameson, L.J., ed. *Harrison's Endocrinology*. USA: The McGraw-Hill Companies, 314-317.
- Rice, R. (2006). *Home care nirsing practice: concepts and applications. 4th edition*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Riolfi, M., Buja, A., Zanardo, C., Marangon, C. F., Manno, P., & Baldo, V. (2014). Effectiveness of palliative home-care services in reducing hospital admissions and determinants of hospitalization for terminally ill patients followed up by a palliative home-care team: A retrospective cohort study. *Palliative Medicine*, 28(5), 403–11.
- Rustanti, Marti. (2003). *Hubungan antara karakteristik dan persepsi pasien tentang mutu pelayanan fisioterapi dengan tingkat kepuasan pasien rawat jalan fisioterapi pada RSO "Prof Dr. R Soeharso" Surakarta Tahun 2003*. Semarang: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro.
- Sangadji, E., & Sopiah.(2013). *Perilaku konsumen; pendekatan praktis disertai himpunan jurnal penelitian*.Yogyakarta: Andi.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., Cheever, K.H. (2008). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing.11th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Wolter Kluwer Business.
- Smeltzer S.C., Brunner, & Suddarth. (2002). *Buku ajar keperawatan medical bedah*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B.G. (2008). *Buku ajar keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth*. Jakarta: EGC.
- Stokes, Jane. (2007). *How to do media and cultural studies*. Yogyakarta: PT hBentang Pustaka.
- Stuart & Sundeen. (1998). *Principles and practices of psychiatric nursing. 2nd edition*. St. Louis: The C.V Mosby Company.
- Sugiyono. (2009). *Metode penelitian kuantitatif dan kualitatif*. Bandung: CV Alfabeta.

- Sujaya, I.N. (2009). Pola konsumsi makanan tradisional Bali sebagai faktor risiko diabetes melitus tipe 2 di Tabanan. *Jurnal Skala Husada*, 6(1), 75-81.
- Umar, Husein. (2000). *Riset pemasaran & perilaku konsumen*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- World Health Organization. (2003). *Pencegahan diabetes mellitus, laporan kelompok studi WHO*. Jakarta: Hipokrateas.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of diseases: 2004 update*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Global status report non-communicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). *Noncommunicable disease country profiles 2011 WHO global report*. Geneva: World Health Organization.
- Wiguna, M. (2010). *Persepsi Kalangan Medis dan Pasien terhadap Gagasan Produk Pelayanan Kesehatan Rawat Rumah (Home care) di Jakarta*. *Majalah Ilmu Fakultas Kedokteran USAKTI*, 2010;15(2):1527-45.
- William, Crain. (2007). *Teori perkembangan: Konsep dan aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Wild, S. (2004). Global prevalence of diabetes-estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27(5), 1047– 1053.
- Wong, D., Hockenberry, M., Wilson, D. Winkelstein, M., & Schwartz, P. (2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Jakarta: EGC.

Jadwal Kegiatan

Kegiatan	Bulan										
	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	
Proposal penelitian	■	■	■								
Pengumpulan proposal			■								
Sidang proposal					■						
Revisi proposal					■						
Uji Validitas dan Realibilitas					■						
Pelaksanaan penelitian						■	■	■	■		
Pengolahan dan analisis data							■	■	■	■	
Penyempurnaan hasil akhir								■	■	■	
Sidang										■	■
Penggandaan laporan untuk diserahkan ke akademik											■

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Assalamu'alaikum wr wb. Selamat Pagi/Siang/Sore Saudara/i yang saya hormati.

Saya mahasiswa program S1 Reguler Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Peneliti sedang mengumpulkan data terkait penelitian yang berjudul "Gambaran Tingkat Kepuasan Masyarakat yang Mendapatkan Perawatan Paliatif". Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran tingkat kepuasan masyarakat yang mendapatkan perawatan paliatif.

Saudara/i telah terpilih secara random (acak) untuk menjadi calon responden dari peneliti. Peneliti mengharapkan kesediaan Saudara/i untuk menjadi responden. Pengisian data penelitian ini akan memerlukan waktu kurang lebih 10 menit dengan cara mengisi kuesioner. Penelitian ini tidak memberikan manfaat secara langsung kepada Saudara/i, namun memberikan pengetahuan dan menjadi informasi baru tentang tingkat kepuasan masyarakat yang mendapatkan perawatan paliatif. Penelitian ini tidak akan membahayakan Saudara/i karena tidak ada tindakan khusus dalam penelitian ini. Penelitian ini juga sudah mendapatkan persetujuan dari dosen pembimbing peneliti di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas Saudara/i selama proses penelitian ini berlangsung dan tidak akan mempublikasikan kepada pihak lain tanpa seizin Saudara/i. Apabila terdapat hal-hal yang belum jelas dan ingin ditanyakan lebih lanjut, Saudara/i dapat menghubungi Iin Nur Indah Sari nomor HP 0878-8283-7847.

Terima kasih atas kesediaan Saudara/i untuk menjadi responden penelitian ini. Salam hormat dari peneliti untuk Saudara/i.

, April 2015

Iin Nur Indah Sari
1106008012

Universitas Indonesia

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh:

Nama : Iin Nur Indah Sari

Judul Penelitian : Gambaran Tingkat Kepuasan Masyarakat yang Mendapatkan Perawatan Paliatif

Peneliti telah menjelaskan tentang penelitian yang akan dilakukan. Saya mengerti bahwa saya telah menjadi bagian dalam penelitian ini. Saya juga diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai penelitian ini dan penjelasan mengenai peran saya dalam penelitian ini.

Saya mengerti bahwa catatan penelitian ini akan dirahasiakan dan dijamin kerahasiaannya secara legal. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan semua jawaban saya hanya dipergunakan untuk pengolahan data. Apabila data atau informasi dari saya tidak digunakan akan dimusnahkan. Oleh karena itu saya secara sukarela dan sadar seutuhnya berperan dalam penelitian ini.

, April 2015

Saksi

Responden

.....
Tanda Tangan

.....
Tanda Tangan

KUESIONER PENELITIAN TINGKAT KEPUASAN TERHADAP PERAWATAN PALIATIF

PETUNJUK UMUM:

1. Isi setiap pertanyaan dengan jelas dan lengkap
2. Pada soal pilihan, berilah tanda *ceklist* (√) pada tempat yang disediakan
3. Pada soal isian, jawaban ditulis di tempat yang telah disediakan
4. Jika Saudara/i ingin mengganti jawaban, coret jawaban awal
5. Jika ada hal yang kurang jelas, Saudara/i bisa menanyakan kepada peneliti

Tanggal:

A. IDENTITAS RESPONDEN

Inisial Responden: Kode Responden (diisi oleh peneliti):

No Telp/Hp :

1. Umur : _____ tahun
2. Jenis Kelamin : P () L ()
3. Pendidikan terakhir :
 SD SMP SMA Perguruan Tinggi
4. Pekerjaan saat ini :
 Pelajar/Mahasiswa Buruh
 Pegawai Negeri Pedagang
 Pegawai Swasta Tidak Bekerja
5. Tingkat Pendapatan :
 <3.000.000 >5.000.000
 3.000.000-5000.000

B. INDEKS TINGKAT KEPUASAN

Pertanyaan ini didesain untuk mengukur apa yang anda rasakan dengan pelayanan yang anda dapatkan. Ini bukanlah sebuah ujian, jadi tidak ada jawaban yang salah atau benar. Jawablah setiap pertanyaan dengan baik dan tepat dengan menempatkan angka sesuai dengan masing-masing pertanyaan.

Petunjuk:

Berikan pendapat Saudara/i tentang pernyataan tersebut dengan cara memberi tanda (√) pada salah satu kategori jawaban yang berada di sebelah kanan pertanyaan. Kategori jawaban meliputi:

Jawaban	Keterangan
1	Sangat Tidak Puas
2	Tidak Puas
3	Cukup Puas
4	Puas
5	Sangat Puas

PERTANYAAN

No	Pertanyaan	Jawaban				
		1	2	3	4	5
1	Bangunan/gedung terlihat rapi dan bersih.					
2	Bangunan/gedung memiliki ruang tunggu yang cukup dan nyaman.					
3	Bangunan/gedung memiliki toilet yang bersih.					
4	Penataan exterior dan interior ruangan rapi.					
5	Perawat dan petugas lainnya berseragam dan memakai sepatu yang sesuai, bersih dan rapi.					
6	Perawat dan petugas lainnya berpenampilan menarik dan rapi.					
7	Perawat menyediakan obat-obatan dan alat-alat medis yang lengkap.					
8	Perawat dan petugas lainnya membantu jika ada permasalahan pada responden.					
9	Perawat memberikan pelayanan dengan teliti dan hati-hati.					
10	Perawat memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan responden tanpa membedakan responden satu dengan yang lainnya.					

No	Pertanyaan	Jawaban				
		1	2	3	4	5
11	Perawat terampil ketika memberikan pelayanan.					
12	Perawat memiliki kemampuan yang baik dalam memenuhi kebutuhan responden.					
13	Perawat memberitahu informasi terkait penyakit responden secara lengkap dan memberitahu cara perawatan dengan jelas.					
14	Perawat selalu menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan.					
15	Perawat selalu bersedia menanggapi keluhan responden.					
16	Perawat peka terhadap kebutuhan responden.					
17	Perawat memberikan respon dengan cepat terhadap keluhan responden					
18	Perawat tanggap dalam melayani kebutuhan responden.					
19	Perawat melakukan tindakan secara cepat dan tepat.					
20	Perawat melakukan tindakan sesuai dengan prosedur.					
21	Perawat membuat jadwal perawatan dengan jelas.					

No	Pertanyaan	Jawaban				
		1	2	3	4	5
22	Perawat memberikan pelayanan sesuai dengan keluhan dan memahami kebutuhan responden.					
23	Perawat selalu sabar dalam memberikan perawatan.					
24	Perawat memberikan perhatian yang sangat baik kepada responden.					
25	Perawat selalu mendengarkan dan menghargai pendapat responden.					
26	Perawat mendengarkan keluhan tentang penyakit responden dan memberikan jalan keluar dalam konsultasi.					
27	Perawat memiliki cara berkomunikasi yang baik dan memberikan informasi dengan jelas.					
28	Perawat memberi dukungan dan semangat untuk kesembuhan responden.					
29	Perawat bersikap ramah, sopan dan menghormati responden.					
30	Perawat memberikan perasaan aman, nyaman sehingga responden terhindar dari ketakutan terhadap tindakan yang dilakukan.					
31	Perawat mempunyai kemampuan dan pengetahuan dalam menetapkan					

No	Pertanyaan	Jawaban				
		1	2	3	4	5
	diagnosa dengan tepat sehingga mampu menjawab pertanyaan responden secara meyakinkan.					
32	Perawat bertanggung jawab dalam pemenuhan kebutuhan responden selama perawatan.					
33	Perawat mempunyai catatan medis responden.					
34	Terjadi perubahan kesehatan kearah yang lebih baik karena perawatan yang diberikan					
35	Perawat selalu memantau perkembangan perkembangan kesehatan responden.					

Mohon cek kembali jawaban Saudara/i

Terima kasih atas partisipasinya



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI, Depok Jawa Barat 16424
T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
E. fik@ui.ac.id | www.fik.ui.ac.id

Nomor : 882 /UN2.F12.D/PDP.04.04/2015
Lamp : --
Perihal : Permohonan data penelitian dan
Uji Validitas Instrumen Penelitian

24 Februari 2015

Yth. Direktur
Wocare Center Indonesia
Bogor

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Program Studi Sarjana (S1) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI), bersama ini kami sampaikan bahwa :

Nama mahasiswa : **Iin Nur Indah Sari**
NPM : **1106008012**

akan melakukan pengumpulan data penelitian dan Uji Validitas Instrumen penelitian dengan judul "**Gambaran Tingkat Kepuasan Masyarakat yang Mendapat Pelayanan Home Care**".

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa FIK-UI tersebut untuk melakukan pengumpulan data penelitian dan Uji Validitas instrument Penelitian di **Wocare Center Indonesia** pada bulan Maret s.d April 2015.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dra. Junaiti Sahar, Ph.D

NIP. 19570115 198003 2 002

Tembusan:

1. Ketua Pusat Administasi Fakultas FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Kemahasiswaan FIK UI



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Gedung Fakultas Ilmu Keperawatan
Kampus UI, Depok Jawa Barat 16424
T. 62 21 788 49 120 F. 62 21 786 41 24
E. fik@ui.ac.id | www.fik.ui.ac.id

Nomor : 796 /UN2.F12.D/PDP.04.04/2015

23 Februari 2015

Lamp : --

Perihal : Permohonan data penelitian

Yth. Direktur Utama
Rumah Perawatan Indonesia
Jakarta

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir (skripsi) bagi mahasiswa Program Studi Sarjana (SI) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI), bersama ini kami sampaikan bahwa :

No.	NPM	Nama Mahasiswa	Judul Penelitian
1.	1106008012	Iin Nur Indah Sari	Gambaran Tingkat Kepuasan Masyarakat yang Mendapat Pelayanan Home Care
2.	1106018966	Barnis Lady Mentari Alamdani	Gambaran Tingkat Stress dan Strategi Koping Caregiver Dalam Melakukan Perawatan Paliatif

Akan melakukan penelitian dengan judul diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa FIK-UI tersebut untuk melakukan pengumpulan data awal penelitian di Rumah Perawatan Indonesia pada bulan Februari s.d April 2015.

Atas perhatian dan ijin yang diberikan, disampaikan terima kasih.

Dekan,


Dra. Junaiti Sahar, Ph.D
NIP. 19570115198003 2 002

Tembusan:

1. Ketua Pusat Administasi Fakultas FIK-UI
2. Manajer Pendidikan dan Kemahasiswaan FIK UI