

UNIVERSITAS INDONESIA

**CITRA PERAWAT MENURUT PERSPEKTIF PASIEN
DI RUMAH SAKIT PEMERINTAH DI WILAYAH
BLITAR,
JAWA TIMUR: STUDI FENOMENOLOGI**

Tesis

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh Gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Oleh

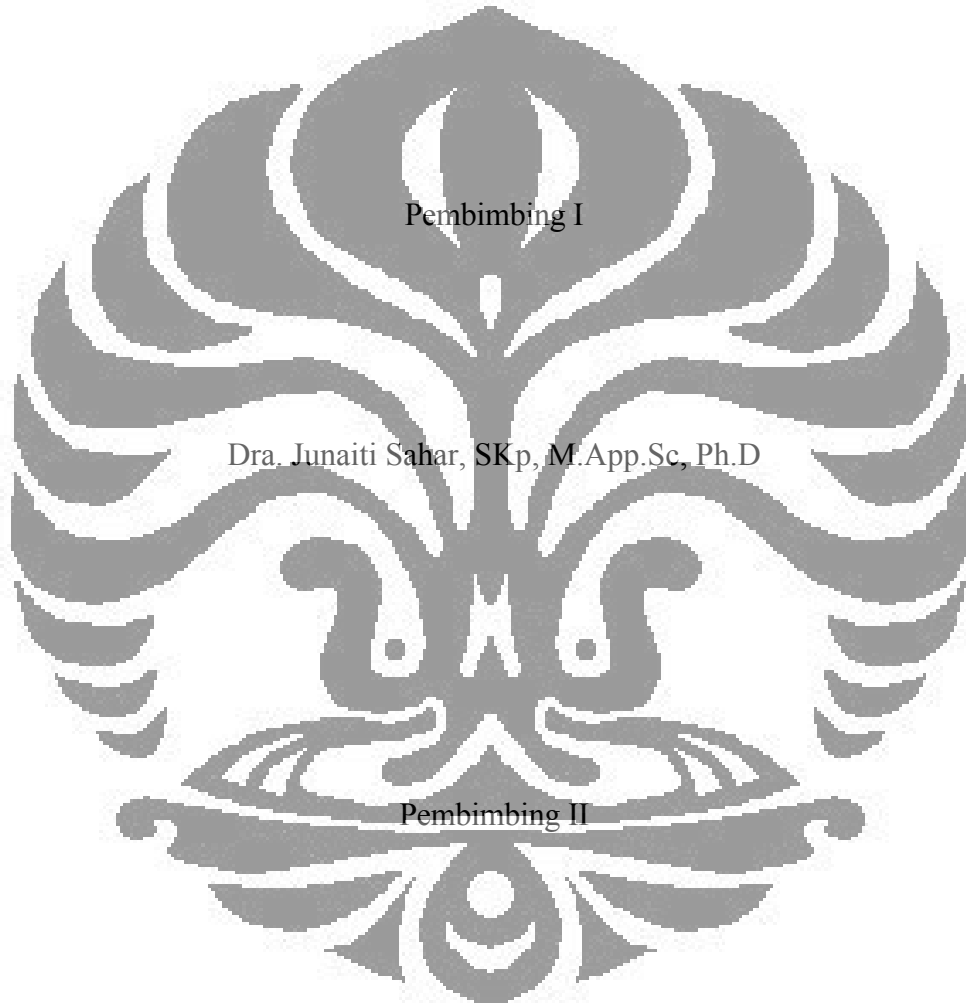
Sri Mugianti
0606027354

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Sidang Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Depok, Juli 2008



Wiwin Wiarsih, SKp, MN

**TIM PENGUJI TESIS
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 16 Juli 2008

Pembimbing I

Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, Ph.D

Pembimbing II

Wiwin Wiarsih, SKp, MN

Anggota

Yunita Asima Fenny, SKp, MKep

Anggota

Enie Novieastari, SKp, MSN

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008

Sri Mugianti

Citra perawat menurut perspektif pasien di rumah sakit pemerintah di wilayah Blitar, Jawa Timur.

xi + 140 hal + 1 tabel + 11 lampiran

Abstrak

Pasien selalu menginginkan dirawat oleh perawat profesional. Perawat merupakan tenaga kesehatan terbanyak di rumah sakit, 24 jam bersama pasien, namun keberadaan perawat sering terlupakan. Pengakuan terhadap perawat masih banyak diragukan. Tujuan penelitian adalah mendapatkan gambaran bagaimana pandangan pasien terhadap citra perawat. Studi kualitatif fenomenologi belum banyak dilakukan untuk menggali pengalaman pasien tentang citra perawat setelah pasien dirawat di rumah sakit. Partisipan dipilih menggunakan metode purposif dengan kriteria berusia minimal 18 tahun dan telah menjalani perawatan minimal 3 hari di Bapelkes RSUD Ngudi Waluyo Blitar. Enam partisipan berperan dalam penelitian ini. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan dilengkapi dengan catatan lapangan. Wawancara direkam kemudian dibuat transkrip wawancara. Ada 13 tema yang diperoleh untuk menjawab tujuan penelitian. Sikap perawat, ketrampilan dan kegiatan perawat merupakan tiga tema yang didapat dari pandangan pasien terhadap perilaku perawat. Pandangan terhadap pelayanan keperawatan terwakili oleh tiga tema yakni kualitas pelayanan keperawatan, aturan dan penilaian terhadap layanan. Satu tema status perawat merupakan hasil dari pandangan pasien terhadap peran fungsi perawat. Makna pengalaman terhadap pelayanan keperawatan diwakili oleh dua tema yakni penilaian citra positif dan penilaian citra negatif. Profesionalisme perawat, pengembangan layanan, aktivitas perawat dan meningkatkan citra adalah empat tema yang mewakili harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Penilaian citra positif pasien yang dirawat di Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo tentang pelayanan keperawatan menjadi makna pengalaman pasien yang telah menggeser penilaian citra negatif walaupun masih ada makna pengalaman penilaian citra negatif dari partisipan. Hasil penelitian ini memberikan implikasi berupa informasi yang bermanfaat untuk

memperbaiki citra perawat, melalui perbaikan pelayanan, dukungan penentu kebijakan dan mempersiapkan calon perawat profesional dengan baik dan benar.

Kata kunci: Citra perawat, perspektif pasien.

Daftar pustaka 87 (1985-2008)

**UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF NURSING
POSTGRADUATE NURSING PROGRAM**

Thesis, July 2008

Sri Mugianti

Image of Nurses as Perceived by Patients Hospitalized at a Public Hospital in Blitar, East Java

xi + 140 pages + 1 table + 11 appendices

Abstract

Patients always expect to get a professional nursing care. Among other health care professionals, the number of nurses have been regarded as the majority. However the existence of nurses has been overlooked. The existence of the nurses in some parts has remained ignored. This study was intended to get descriptions of patient's perception on the nurses' image. There has been limited exploration on the image of nurses perceived by patients who admitted in the hospital. Six participants were chosen using a purposive sampling method, who were at the minimum age of 18 years old and had been admitted at Ngudi Waluyo General Hospital at least 3 days. The data were gathered through in-depth interviews and field notes. The interviews were recorded and transcribed. There were 13 themes revealed from this study. Nurses' behaviors, skills and nurses' activities were the three themes concerning the patients' perceptions on the nurses' behaviors. The themes on the nursing services included the quality of nursing services, rules and evaluation on the services. One theme on the nurses' role and functions of nurses was a theme of the status of nurses. Other theme on the patients' experiences included the positive and negative experiences. Further more, themes on the patients expectation to the health care services consisted of four different themes; nurses professionalism, services development, nurses' activities and improve the nurses' image. The positive experience of the participants on the nursing services substituted the negative experiences of the participants. This study provided valuable information used for enhancing nurses' image thorough the improvement of nursing service, policies and better preparations of the professional graduates nurses.

Keywords: nurses' image, patient' perspectives
References: 87 (1985-2008).

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas bimbingan dan ridho-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan penelitian yang berjudul “Citra perawat menurut perspektif pasien di rumah sakit pemerintah di wilayah Blitar, Jawa Timur”.

Pada kesempatan ini, perkenankanlah penulis menyampaikan rasa hormat dan terima kasih serta penghargaan setinggi-tingginya kepada :

1. Dewi Irawaty, MA, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan FIK UI
3. Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD, selaku koordinator mata ajar tesis sekaligus Pembimbing I yang telah memberikan bimbingan, arahan dan masukan dengan sabar, cermat dan teliti kepada penulis selama penyusunan tesis.
4. Wiwin Wiarsih, SKp, MN, selaku pembimbing II yang selalu memberikan semangat, dukungan dan bimbingan serta masukan dengan sabar dan telaten sehingga

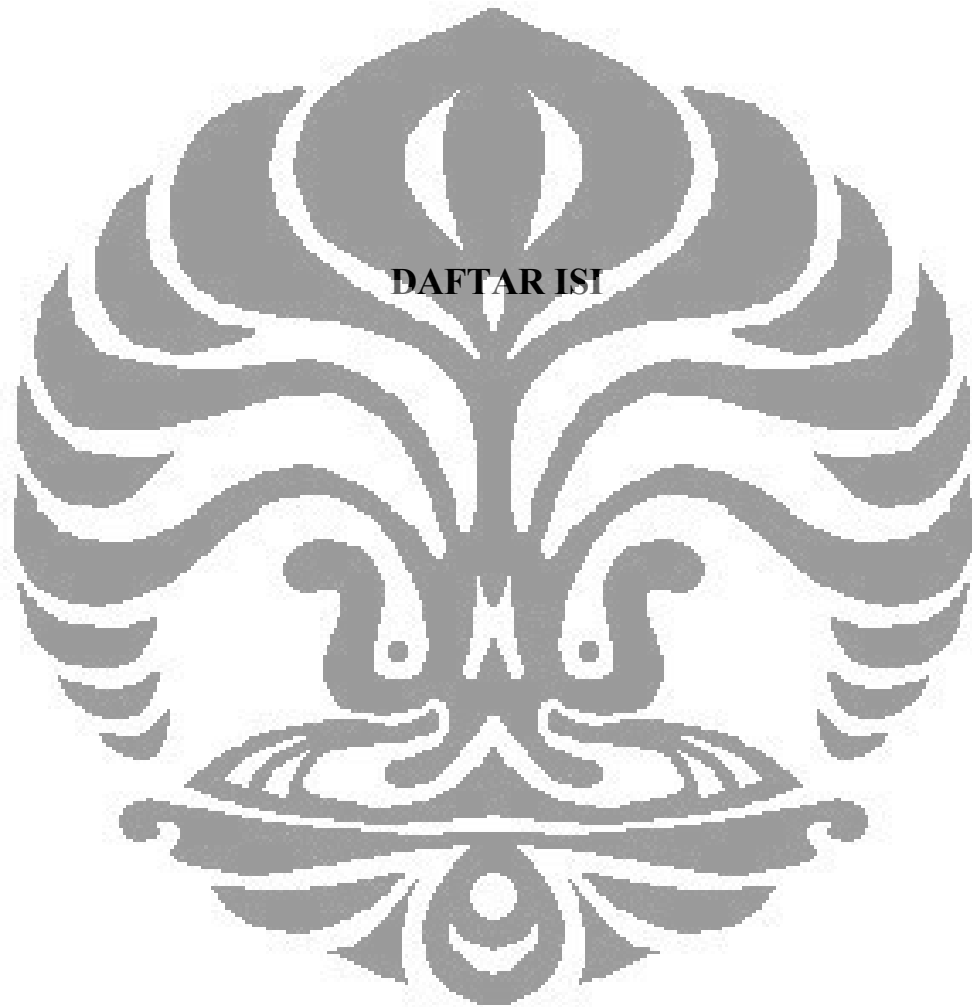
penyusunan tesis ini hasilnya menjadi lebih baik.

5. Seluruh dosen pengajar Program Pascasarjana Universitas Indonesia, khususnya kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan dan seluruh staf akademik yang telah membantu selama proses belajar mengajar.
6. Semua partisipan yang telah berpartisipasi dan bersedia sebagai sumber data dalam penelitian ini
7. Rekan-rekan mahasiswa Program Magister Keperawatan, khususnya kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan angkatan 2006, yang telah memberikan motivasi dan bantuannya.
8. Suami dan anak-anakku tercinta yang selalu memberikan dukungan, cinta dan kasih sayang serta doa yang tiada putus kepada penulis.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini.

Semoga Allah SWT senantiasa memberikan balasan atas amal baik mereka dan memberikan limpahan rahmat-Nya. Amin

Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

		Jakarta, Juli 2008
		Penulis



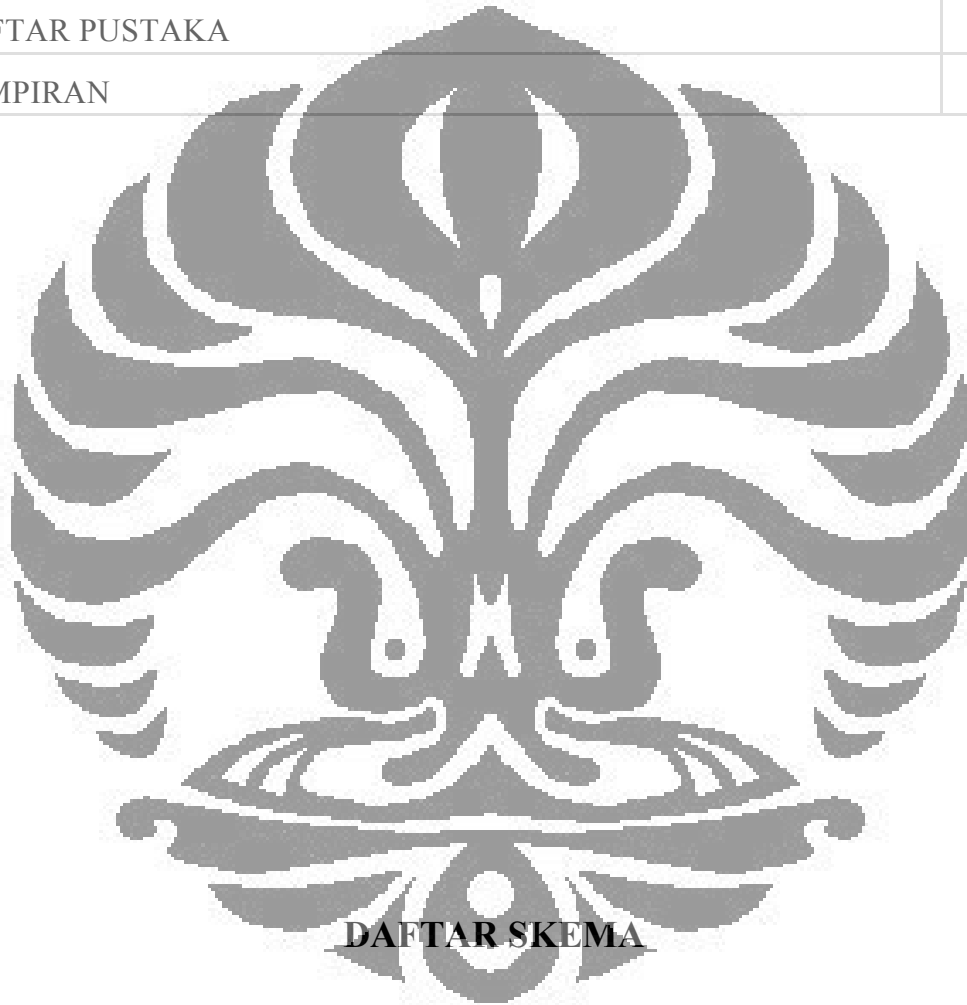
DAFTAR ISI

HALAMAN		Hal
JUDUL.....		i
PERNYATAAN		ii
PERSETUJUAN.....		iii
PENGESAHAN TIM PENGUJI		iv
TESIS.....		v
ABSTRAK.....		vi
.....		viii
ABSTRACT.....		ix
.....		x
KATA		
PENGANTAR.....		
DAFTAR		
ISI.....		
DAFTAR		
SKEMA.....		
DAFTAR		
LAMPIRAN.....		
I.	PENDAHULUAN.....	1
	
	A. Latar Belakang Masalah	1
	B. Rumusan Masalah	11
	C. Tujuan Penelitian	12
	D. Manfaat Penelitian	13

II	TINJAUAN PUSTAKA.....	14
	A. Konsep Image/ citra.....	12
	B. Perawat dan Pelayanan Keperawatan.....	26
	C. Faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan.....	33
	D. Berbagai penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi.....	35
III.	METODE PENELITIAN.....	39
	A. Desain penelitian.....	39
	B. Partisipan.....	42
	C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	44
	D. Pertimbangan etik.....	45
	E. Metode Pengumpulan Data.....	47
	F. Alat pengumpul data.....	48
	G. Analisis data.....	53
	H. Keabsahan data.....	56

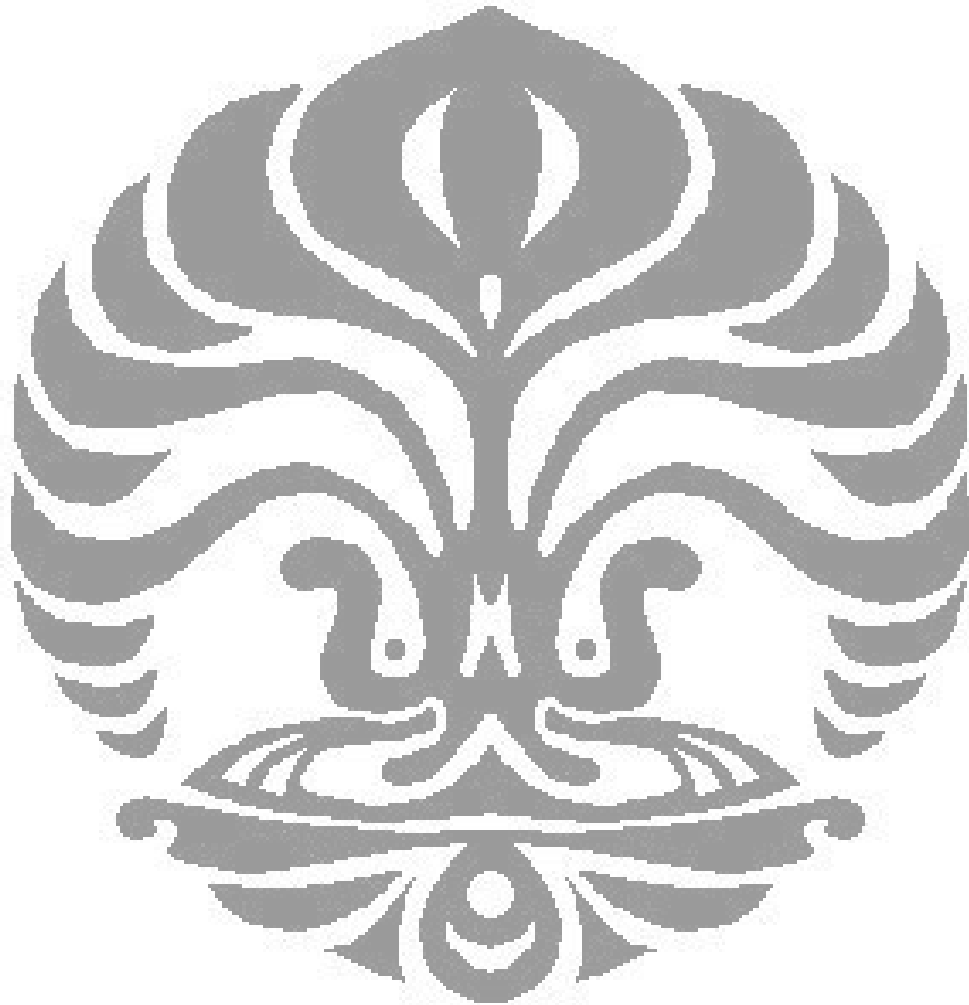
IV	HASIL PENELITIAN.....	59
	A. Karakteristik Partisipan.....	59
	B. Hasil penelitian.....	60
V	PEMBAHASAN.....	83
	A. Intepretasi hasil Penelitian 1. Pandangan pasien terhadap perilaku perawat.....	83
	2. Pandangan pasien terhadap pelayanan keperawatan.....	84
	3. Pandangan pasien terhadap peran dan fungsi perawat.....	92
	4. Makna pengalaman pasien terhadap pelayanan keperawatan.....	98
	5. Harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan.....	102
	B. Keterbatasan penelitian.....	109
	C. Implikasi hasil penelitian.....	120
VI	SIMPULAN DAN SARAN.....	121
		128

A.	Simpulan.....	128
	
B.	Saran.....	130
	
DAFTAR PUSTAKA		
LAMPIRAN		



DAFTAR SKEMA

Skema 3.1. Metode analisa data.....52



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan Penelitian	

Lampiran 2	Format Lembar Persetujuan berpartisipasi dalam penelitian	
Lampiran 3	Pedoman wawancara	
Lampiran 4	Format catatan lapangan	
Lampiran 5	Kisi-kisi tema	
Lampiran 6	Surat permohonan penelitian	
Lampiran 7	Surat keterangan melakukan penelitian dari Kesbanglinmas Kabupaten Blitar	
Lampiran 8	Surat keterangan telah melakukan penelitian dari Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo	
Lampiran 9	Jadwal penelitian	
Lampiran 10	Lembar konsultasi	
Lampiran 11	Daftar Riwayat Hidup	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada umumnya pasien menginginkan dirawat oleh perawat yang diidamkan dan berpenampilan menarik serta mampu memenuhi kebutuhannya. Orang yang berpenampilan menarik dinilai memiliki atribut-atribut positif seperti berkepribadian menarik, mampu bersosialisasi dengan baik, profesional dan dapat membina hubungan yang harmonis. Individu yang berpenampilan menarik juga lebih dihargai dan mendapat pengakuan istimewa dari lingkungannya (Hatfield & Sprecher 1980, dalam Pattiasina, 1998).

Pengakuan terhadap profesi perawat masih banyak diragukan baik oleh masyarakat atau oleh profesi lain. Citra perawat Indonesia saat ini di mata masyarakat Indonesia belum sesuai dengan harapan profesi keperawatan, sebagian mereka memandang perawat sebagai profesi yang membantu dokter dalam memenuhi segala kebutuhan klien. Keadaan ini diperkuat secara historis, dimana perawat memiliki pendidikan dan kemampuan analisis sangat rendah sehingga para dokter menganggap perawat sebagai pembantu mereka. Hal ini antara lain disebabkan perawat di Indonesia kurang menguasai ketrampilan keperawatan profesional dan mereka lebih menguasai prosedur medis daripada asuhan keperawatan yang menjadi tanggung jawab mereka (Rijadi,

2005, <http://blog.360.yahoo/blog-vkiu>, diperoleh tanggal 13 Nopember 2007).

Penilaian negatif terhadap penampilan perawat juga diungkap dari beberapa survei kepuasan pelanggan, keluhan, saran, dan dari beberapa surat pembaca media cetak; kebanyakan keluhan yang ada menyangkut keberadaan petugas, tidak profesional dalam memberikan pelayanannya, juga masih terdengar keluhan akan perawat yang tidak ramah dan acuh terhadap keluhan pasien-pasiennya (Hakim, 2006. <http://www.ujungpandangekspres.com/> diperoleh tanggal 11 Desember 2007). Hal ini didukung oleh penelitian Peluw (2007) yang menggambarkan adanya persepsi yang negatif seperti melakukan tindakan yang kurang tepat, kurang trampil, kurang komunikasi dengan pasien, kurang cepat menanggapi keluhan pasien. Kesan masyarakat tentang perilaku perawat sampai saat ini masih berkonotasi negatif seperti tidak ramah, judes, pemaarah, tidak memberikan informasi yang dibutuhkan (Hamid, 2001). Keadaan seperti ini dapat mencerminkan belum profesionalnya tenaga perawat dan citra perawat belum sesuai harapan profesi

Salah satu indikator profesional keperawatan dapat dilihat dari budaya perawat untuk menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan pendekatan ilmiah yakni proses keperawatan. Sampurna, (2003) Pakar Hukum Universitas Indonesia, mengemukakan bahwa setiap profesi pada dasarnya memiliki tiga syarat utama yaitu kompetensi yang diperoleh melalui pelatihan yang ekstensif, komponen intelektual yang bermakna dalam melakukan tugasnya, dan memberikan pelayanan yang penting kepada

masyarakat. Sikap professional adalah sikap bertanggung jawab terhadap masyarakat profesi maupun masyarakat luas. Beberapa ciri professional antara lain; kompetensi dan kewenangan yang selalu sesuai dengan tempat dan waktu, sikap yang etis dan sikap altruis untuk profesi kesehatan.(Anonym, 2003. <http://otkin.nl/info/?p=9>, diambil tanggal 26 Pebruari 2008). Kurang pekanya perawat untuk membiasakan diri dengan kaidah professional, sangat merugikan perawat dalam pandangan profesi lain. Perawat harus dapat mengantisipasi kondisi tersebut, agar perawat mempunyai nilai yang patut diperhitungkan keberadaannya.

Profesi keperawatan merupakan tulang punggung pelayanan kesehatan, tetapi keberadaannya terlupakan dan terabaikan, karena perawat kurang mampu membentuk citra positif di masyarakat. (Kompas Cyber Media, 2004). Kondisi ini sangat disayangkan bila tidak segera direspon oleh perawat. Perubahan penampilan, tanggap terhadap kebutuhan masyarakat, pemahaman tentang peran sesuai keinginan masyarakat harus diperhatikan oleh perawat.

Profesi perawat diharapkan mampu menciptakan dan mengkondisikan situasi dan lingkungan yang kondusif, agar menimbulkan kepuasan bagi pasien, sehingga informasi yang disebarluaskan oleh pasien kepada masyarakat berupa berita yang positif. Secara naluri kepuasan dan ketidakpuasan akan menjadi berita di masyarakat, karena pasien yang sudah pernah mencoba pelayanan keperawatan akan secara tidak langsung menjadi media promosi bagi perawat, mereka akan bercerita ke teman, relasi,

atau kerabat tentang pelayanan yang diberikan perawat. Bila pelayanan perawat sesuai harapan pasien, maka dapat meningkatkan citra, tetapi apabila tidak sesuai harapan akan membuat citra perawat turun sampai tidak diminati calon pasien, dan hal yang lebih ekstrim lagi perawat akan ditinggalkan pasien (Anonim, 2007, <http://www.ksh.co.id> diperoleh tanggal 11 Desember 2007).

Penelitian Lamri (1997) menjelaskan persepsi kualitas yang positif dari konsumen terhadap jasa yang pernah dipakai, akan mendorong keputusan pemanfaatan ulang jasa tersebut. Sebaliknya jika persepsi yang terbentuk berdasarkan pengalaman negatif mengkonsumsi suatu jasa, maka diramalkan bahwa jasa tersebut tidak akan disukai atau dimanfaatkan ulang. Mengharapkan perubahan citra / *image* pasien terhadap perawat tidaklah mudah. Diakui bahwa pembentukan kembali suatu *image* yang telah ada membutuhkan proses yang lama dan sulit serta beberapa faktor yakni pendidikan keperawatan dan perkembangan praktik keperawatan berkontribusi untuk pembentukan sebuah *image* (Kalisch dan Kalisch, 1983 dalam Bloomfield, 1999).

Citra merupakan persepsi masyarakat terhadap produk suatu perusahaan. Produk perusahaan bisa berupa barang dan jasa. Citra perusahaan digambarkan sebagai kesan keseluruhan yang dibuat dalam pikiran masyarakat tentang usaha suatu organisasi (Kotler, 2005). Pengertian yang sama tentang *image* dalam kamus *Oxford Large Print*, adalah “kesan umum dari seseorang, perusahaan tentang produk bisa berupa barang dan jasa yang diterima oleh masyarakat”(Bloomfield, 1999, <http://>

www.clininfo.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/stvin99/Jacqui.htm, diambil tanggal 20 Januari 2008). Kesan yang dibuat masyarakat terhadap perawat sering kali tidak hanya pada profesinya sebagai perawat, namun masyarakat menginginkan kemampuan yang lebih dari seorang perawat. Hal ini sejalan dengan penemuan Kalisch & Kalisch (1983, dalam Bloomfield, 1999) yang menyatakan bahwa masyarakat di Australia menginginkan perawat bukan hanya memahami ilmu keperawatan, namun juga kemajuan teknologi yang sedang berkembang.

Penelitian lain yang berkaitan dengan harapan dan penilaian terhadap perawat dan pelayanan keperawatan dilakukan di luar maupun di dalam negeri dapat memberikan kontribusi untuk perubahan paradigma perawat adalah Gardner (2001), mendapatkan lima besar citra perawat yang diinginkan oleh pasien yaitu: terampil, kolaboratif, tanggap terhadap keluhan pasien, cepat berespon, dan kompeten. Sedangkan Coulon et. al (1996) menegaskan persepsi pasien terhadap perawat meliputi empat kondisi yaitu profesional, perawatan secara holistik, praktik, dan humanis dimana keempat tema tersebut masing-masing memiliki tiga sub tema yaitu kualitas individu, hubungan perawat-klien, dan hubungan perawat-tim kesehatan. Pandangan lain terhadap pelayanan keperawatan, diantaranya laporan *survey Gallup Organization* (2003) menuliskan sebanyak 83% responden menginginkan pribadi perawat yang ramah dan profesional, dan 47% responden berpendapat bahwa profesi perawat dapat menjadi profesi yang prestis. Kurniawati (2005) mengidentifikasi citra perawat yang diinginkan oleh pasien adalah: tanggap akan kebutuhan pasien, menghargai pasien,

terampil, berpengalaman, komunikatif, dan mendidik

Badan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit Umum Daerah Ngudi Waluyo Wlingi Blitar adalah rumah sakit pemerintah di wilayah Kabupaten Blitar. Sebagai daerah yang memprogramkan daerah wisata maka semua aspek pelayanan ditingkatkan untuk kepuasan masyarakat. Ditunjang dengan program pemerintah *Visit Indonesia Year 2008* pemerintah daerah berbenah dengan melengkapi sarana prasarana rumah sakit dengan tampilan yang berbeda, untuk menyambut wisatawan domestik maupun luar negeri. Tidak ketinggalan profesi perawat melakukan terobosan-terobosan dengan mengikuti pelatihan-pelatihan untuk mengembangkan diri misalnya komunikasi terapeutik

Upaya dilakukan untuk meningkatkan citra perawat, namun rumah sakit dan perawat belum mengetahui sejauh mana keinginan, persepsi, harapan klien terhadap perawat. Dari hasil komunikasi personal yang dilakukan peneliti tanggal 5 Januari 2008 terhadap tiga orang pasien yang pernah dirawat di rumah sakit Ngudi Waluyo mengatakan: perawat yang merawat dirinya masih muda-muda berbeda dengan tiga tahun lalu; perilaku dan kemampuan perawat juga sudah berbeda, “misal perawat dulu mampu berkomunikasi bahasa daerah, bersahaja sehingga saya tidak enggan untuk minta tolong, sekarang ya *nrimo* saja dengan pelayanan perawat, jamannya sudah beda, nanti dikira saya cerewet apalagi saya kan dirawat di kelas 3“.

Perbedaan pandangan tentang perawat terjadi, bisa disebabkan oleh perbedaan kelas perawatan, cara pandang, dan pola pikir dari masyarakat yang dilayani. Konsumen RSUD Ngudi Waluyo berasal dari daerah perkotaan dan pedesaan. Perbedaan pola pikir yang berbeda tersebut sesuai dengan Kartajaya (2005), bahwa cara pandang dan pola pikir masyarakat pedesaan berbeda dengan masyarakat perkotaan terhadap obyek pelayanan kesehatan. Nilai-nilai budaya masyarakat pedesaan belum mampu memandang pentingnya kecukupan fasilitas sebagai dimensi jaminan mutu pelayanan kesehatan. Nilai budaya masyarakat pedesaan lebih memprioritaskan hubungan yang baik dengan rasa kekeluargaan.

Rumah sakit Ngudi Waluyo Blitar memiliki kapasitas tempat tidur untuk rawat inap sejumlah 179 tempat tidur dengan rincian 24 tempat tidur di ruang kelas utama, sedang 155 tempat tidur lainnya berada di kelas I, II dan III. Jumlah ruang perawatan 8 ruang dengan tenaga perawat 104 orang, dengan rata-rata sudah menyelesaikan D3 Keperawatan, S1 Keperawatan 8 orang. Bisa diasumsikan secara umum dengan jumlah tenaga perawat masing-masing ruang dan tingkat pendidikan perawat minimal D3 menjadi kekuatan rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang baik.

BOR rumah sakit Ngudi Waluyo dalam enam bulan terakhir mengalami naik turun dan berada dibawah 75 % yaitu rata-rata 71 % dibanding enam bulan sebelumnya rata-rata 85 %. Hasil ini menunjukkan adanya penurunan pemanfaatan rumah sakit. Bila dilihat lebih dalam lagi, hampir semua ruang perawatan , kecuali ruang kelas utama di bulan

Desember 2007 ada pasien yang pulang paksa (total 6%), dan pindah ruang atau dirujuk ke rumah sakit lain (18 %). (Rekapitulasi kegiatan seksi Keperawatan RSUD Ngudi Waluyo Blitar, Pebruari 2008) .

Pindahnya pasien ke rumah sakit lain dan pasien pulang paksa bisa saja karena keterbatasan dana pasien atau pasien memang harus dirujuk ke rumah sakit yang lebih lengkap, namun juga perlu diwaspadai kemungkinan lain akibat pelayanan keperawatan yang tidak memuaskan. Data kepuasan pasien di rumah sakit Ngudi Waluyo tidak dilakukan dalam setahun terakhir tanpa alasan yang jelas.

Menurut pengamatan peneliti ketika membimbing mahasiswa di ruang perawatan kelas, perawat kurang kontak langsung dengan pasien, menemui pasien bila pasien/keluarga memanggil karena infus habis, melakukan tindakan dependen misal menyuntik, memasang infus. Tindakan mandiri untuk pemenuhan kebutuhan sehari-hari lebih sering diserahkan kepada keluarga pasien. Perawat berkumpul di *nurse station* sambil menunggu jam visite dokter. Perawat kurang tanggap terhadap keluhan pasien, tidak memberikan kesempatan leluasa kepada pasien untuk bertanya, yang ditunjukkan dengan sikap tergesa-gesa dan segera meninggalkan pasien. Penampilan sebagian perawat dengan tampilan menggunakan sandal ketika berdinias, pakaian yang kurang rapi dan kurang bersih, rambut terurai/kurang rapi. Kondisi ini menampakkan perawat kurang profesional.

Di BPK RSUD Ngudi Waluyo Wlingi Blitar tersebut belum pernah dilakukan

penelitian tentang citra masing-masing profesi berdasarkan perspektif pasien. Data atau hasil secara ilmiah melalui sebuah penelitian belum pernah dilakukan, sehingga perlu dilakukan penelitian untuk mengungkap secara dalam dan menyeluruh dari fenomena yang terjadi.

Agar suatu fenomena dapat dipahami arti dan maknanya dengan baik, maka penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi penting dilakukan. Penelitian kualitatif diasumsikan bahwa perilaku manusia hanya dapat diperoleh melalui penggalian langsung terhadap pengalaman yang diungkapkan dan dijalani oleh manusia (Polit, Beck & Hungler, 2001). Kvale (1996, dalam Basuki, 2006) menyebutkan bahwa fenomenologi mempelajari perspektif subjek tentang dunianya; berusaha menjelaskan secara detail isi dan kesadaran subjek, berusaha menunjukkan keragaman kualitatif dari pengalaman-pengalaman mereka dan mengungkapkan makna-makna yang esensial pengalaman-pengalaman tersebut. Penelitian fenomenologi didasarkan pada landasan filosofis; mempercayai realitas yang kompleks, memiliki komitmen untuk mengidentifikasi suatu pendekatan dan pemahaman yang mendukung fenomena yang diteliti, melaksanakan suatu penelitian dengan meyakini partisipasi peneliti, serta penyampaian suatu pemahaman dari fenomena dengan mendiskripsikan secara lengkap elemen-elemen penting dari suatu fenomena (Burn & Grove, 2001; Polit & Hungler, 1997, dalam Streubert & Carpenter, 1999).

Penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti, difokuskan pada perspektif pasien

tentang citra perawat yang merupakan persepsi masyarakat terhadap perawat yang digambarkan sebagai kesan keseluruhan yang dibuat dalam pikiran pasien. Persepsi merupakan sesuatu yang sangat pribadi yang dipengaruhi oleh pengalaman-pengalaman dan fenomena citra perawat menurut perspektif pasien, sangat penting untuk dipahami arti dan maknanya guna meningkatkan kualitas layanan/ asuhan keperawatan karena perubahan citra/*image* masyarakat terhadap perawat membutuhkan upaya nyata dari profesi perawat.

Upaya untuk memahami arti dan makna fenomena citra perawat menurut perspektif pasien yang akan dilakukan peneliti hanya berfokus pada penelitian fenomenologi deskriptif. Metode ini menstimulasi persepsi kita terhadap pengalaman hidup, dengan menekankan kekayaan, kekuatan, kedalaman dari pengalaman tersebut (Streubert & Carpenter, 1999).

Fenomenologi deskriptif merupakan langkah pertama dari enam elemen dasar riset fenomenologi. Fenomenologi deskriptif melibatkan eksplorasi langsung, analisis dan deskripsi dari suatu fenomena yang dilakukan sebebasmungkin terhadap perkiraan yang bertujuan untuk penyajian maksimum berdasarkan intuisi (Spiegelberg, 1975 dalam Struebert & Carpenter, 1999). Jadi jelas bahwa fenomenologi deskriptif mampu memahami dan memaknai citra perawat menurut perspektif pasien dan mengeksplorasi kesan keseluruhan dari pasien selama dirawat dan berinteraksi dengan perawat di rumah sakit.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa citra perawat menurut perspektif pasien perlu diketahui secara mendalam dan dimaknai secara utuh dan menyeluruh sebagai dasar untuk memberikan pelayanan kesehatan umumnya dan pelayanan keperawatan khususnya yang lebih efektif bagi peningkatan mutu asuhan keperawatan. Agar bisa didapatkan suatu gambaran yang luas, kaya dan mendalam dari pengalaman pasien yang dirawat di rumah sakit dan telah berinteraksi dengan perawat dan merasakan pelayanan keperawatan, maka diperlukan suatu penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi diskriptif

B. Perumusan Masalah

Beberapa fenomena yang terjadi di rumah sakit pemerintah pada umumnya hampir sama. RSUD Ngudi Waluyo Blitar sebagai salah satu rumah sakit pemerintah di wilayah Blitar juga mengalami fenomena tentang kualitas layanan. Penurunan pemanfaatan rumah sakit dalam 6 bulan terakhir, hasil observasi tindakan dan penampilan perawat yang belum mencerminkan profesional perawat, ungkapan keluhan terhadap layanan yang diberikan belum diatasi secara optimal. Kinerja perawat yang belum profesional, belum dapat memahami pentingnya hubungan perawat-pasien, masih menempatkan dirinya pada posisi *second class*, menjadikan penilaian

tersendiri dalam pandangan pasien terhadap keberadaan perawat. Pengungkapan informasi secara spesifik dan ilmiah tentang citra perawat menurut perspektif pasien belum pernah dilakukan di RSUD Ngudi Waluyo.

Aspek-aspek yang bisa mempengaruhi kepuasan pasien terhadap perawat di ruang rawat inap menurut Pohan (2007) antara lain: perawat sopan, ramah dan tanggap dalam melayani pasien. Perawat memberikan kesempatan bertanya kepada pasien dan keluarga, penampilan perawat yang bertugas rapi, bersih serta bersikap mau menolong, perawat memperhatikan kebutuhan dan keluhan pasien, perawat memberikan informasi. Persepsi pasien terhadap kualitas yang diberikan akan berlanjut pada proses terbentuknya *image/citra*. Kepuasan yang belum memadai dapat membentuk citra negatif.

Image atau citra terbentuk melalui persepsi dan pengalaman yang didapat seseorang. Pengungkapan persepsi dan pemenuhan harapan seseorang merupakan suatu pengalaman dan keinginan pribadi yang dapat menimbulkan respon bervariasi sehingga membutuhkan eksplorasi mendalam untuk mengungkap esensi pengalaman pasien yang sudah berinteraksi dengan perawat. Dari fenomena diatas dapat dirumuskan pertanyaan penelitian: Bagaimana perspektif pasien terhadap citra perawat setelah mengalami perawatan di rumah sakit pemerintah di wilayah Blitar Jawa Timur?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran bagaimana perspektif pasien terhadap citra perawat setelah mengalami perawatan di rumah sakit pemerintah di wilayah Blitar Jawa Timur

2. Tujuan Khusus

Teridentifikasi

1. Pandangan pasien terhadap perilaku perawat rumah sakit pemerintah di wilayah Blitar
2. Pandangan pasien terhadap pelayanan keperawatan rumah sakit pemerintah di wilayah Blitar
3. Pandangan pasien terhadap peran dan fungsi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan di rumah sakit pemerintah wilayah Blitar
4. Makna pengalaman pasien terhadap pelayanan keperawatan di rumah sakit pemerintah wilayah Blitar
5. Harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan di rumah sakit pemerintah wilayah Blitar

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan berguna dalam memberikan masukan bagi pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan sebagai bahan pertimbangan untuk perubahan dan peningkatan profesionalisme perawat. Diterimanya pelayanan keperawatan sesuai persepsi pasien akan meningkatkan kepuasan pasien, dan kepuasan kerja perawat, sehingga citra perawat menjadi lebih baik.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan.

Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai dasar bagi peningkatan *performance* perawat, pengembangan pelayanan keperawatan, eksistensi pengembangan ilmu dan seni keperawatan, terutama untuk kondisi masyarakat Indonesia karena sesuai dengan persepsi dan harapan masyarakat terhadap perawat, pelayanan keperawatan, peran dan fungsi perawat saat ini dan yang akan datang

3. Kebijakan pelayanan keperawatan

Pengetahuan tentang arti dan makna pengalaman pasien tentang citra perawat membantu pemerintah khususnya Departemen Kesehatan dalam mengevaluasi kebijakan pelayanan kesehatan terutama keperawatan agar masyarakat mendapatkan kepuasan sesuai dengan persepsi dan harapan terhadap profesi perawat, sehingga program pemerintah dapat terlaksana dengan lancar.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab tinjauan pustaka ini memaparkan teori dan konsep serta hasil-hasil penelitian terdahulu yang terkait dengan masalah penelitian, sebagai bahan rujukan dalam penelitian ini. Selain itu teori dalam penelitian ini juga akan membantu peneliti untuk menghubungkan pengumpulan dan analisis data dalam penelitian Moleong (2005).

A. Konsep *Image/Citra*

Image menurut Crable dan Vibert (1986, dalam Aucker, (2004) adalah gambaran mental dari seseorang yang didiskripsikan, dievaluasi, dan diperkirakan dalam hubungan dengan suatu objek. Gardner dan Levy (1995, dalam Fanning, 1999) mendefinisikan *citra/image* sebagai label untuk membedakan produk tertentu. Sedangkan Potter (1997) menjelaskan bahwa *citra diri/self image* merupakan bagian dari konsep diri. Pengertian *citra tubuh* adalah sikap individu terhadap tubuhnya baik disadari atau tidak disadari meliputi persepsi masa lalu atau sekarang, mengenal ukuran dan bentuk fungsi, penampilan dan potensi tubuh (Suliswati dkk, 2005), sedangkan menurut pandangan Potter (1997), *citra tubuh* membentuk persepsi seseorang tentang tubuh, baik secara internal maupun eksternal. Persepsi ini mencakup perasaan dan sikap yang ditujukan pada tubuh. *Citra* merupakan simbol kompleks yang mempresentasikan keanekaragaman atribut dan ide.

Pengembangan citra diri dapat digunakan sarana untuk memperbaiki kinerja. Menurut Walter (1989, dalam anonym, <http://www.p2kp.org>, didapat tanggal 12 Pebruari 2008, orang yang gagal seringkali disebabkan oleh harapan keyakinannya negatif, sebaliknya seseorang yang berhasil karena mempunyai harapan keyakinan yang positif.

Winardi (1989) membedakan citra menjadi dua pengertian yaitu; citra tentang diri sendiri (*self image*) yang menimbulkan gambaran diri yang berbeda sehingga menimbulkan segmentasi pasar menurut jalur psikologis pasien dan citra tentang merk (*brand image*). Pengertian citra diri /*self image* peneliti jelaskan pada alinea terdahulu. Pada bahasan berikutnya penekanan pada image yang lebih diartikan untuk maksud dari judul penelitian.

Pengertian *brand image* atau merk menurut *American Marketing Association* dalam Kotler (2000), adalah "nama, istilah, simbol, rancangan, atau kombinasi dari hal-hal tersebut, yang dimaksudkan untuk mengidentifikasi barang atau jasa dari seorang atau sekelompok penjual dan untuk membedakannya dari produk pesaing". Sedangkan *brand image* oleh Paul Temporal dalam Plummer (2002) didefinisikan sebagai persepsi konsumen terhadap sebuah merk yang dibangun oleh pengalaman mereka terhadap merk tertentu sehingga membentuk asosiasi-asosiasi. Dari pengertian *image* dan *brand image* yang membuat berbeda adalah *brand* selalu diposisikan ke arah positif, sedangkan image bisa berimplikasi positif maupun negatif

Menurut Killer (2003) pencitraan adalah suatu proses untuk membangun pemahaman mengenai citra sampai dengan tumbuhnya loyalitas terhadap citra yang terbentuk. Setiap individu akan memperoleh pemahaman dan pengetahuan mengenai atribut, manfaat, gambaran, pemikiran, perasaan, sikap dan pengalaman serta akumulasi analisis dan sintesis informasi yang masuk sehingga dapat mempengaruhi preferensi dan loyalitas individu terhadap citra tertentu.

Citra juga digunakan sebagai penilaian terhadap kinerja kelompok organisasi profesi termasuk profesi keperawatan seperti yang dijelaskan Mantoya, (2003, <http://www.i2.co.id>, diambil tanggal 10 Januari 2008), bahwa *Personal branding* atau kegiatan menciptakan persepsi positif tertentu bagi klien-klien prospektif, tidak harus direlasikan dengan bos korporasi, tapi juga kategori lain seperti bidang profesi dokter, pengacara, arsitek, perawat dan lain-lain ke dalamnya. Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa pencitraan positif terhadap seseorang diperoleh dari proses pemahaman terhadap kenyataan, harapan ideal dan yang dirasakan seseorang, melalui penilaian yang menimbulkan kepuasan sampai seseorang loyal terhadap citra yang terbentuk. Timbulnya citra positif membutuhkan waktu yang panjang dan tergantung dari karakteristik masyarakat suatu negara. Demikian juga dengan perkembangan *image* keperawatan.

1. Perkembangan *Image* Keperawatan sebagai Profesi

Penilaian terhadap perkembangan *image* perawat sebagai suatu profesi lebih banyak

dipengaruhi oleh sejarah perkembangan keperawatan serta peran dan tanggung jawab yang diemban perawat dapat memberikan kepuasan dan harapan terhadap keperawatan. Secara umum perkembangan image perawat di Amerika menurut Duncan (1992) dan (Schweitzer. et al, 1994, <http://proquest.umi.com/pqdweb> diambil tanggal 10 Desember 2007) dapat diidentifikasi sebagai berikut: 1854- 1919, *image* perawat sebagai malaikat yang bermurah hati; mulia, bermoral, bersedia berkorban ; 1920-1929 *image* perawat sebagai gadis bersih, tunduk dan patuh, sebagai tangan pertama dokter; 1930-1945 *image* sebagai pahlawan, pemberani, penuh pengabdian ; 1946-1965 sebagai ibu dan istri, keibuan, pasif, berada dalam rumah, 1980 ke atas sebagai seseorang yang sensual, romantis, tidak membeda-bedakan pasien, perawat dianggap sebagai karir, perawat adalah orang berpengetahuan, cerdas, dan profesional dan terhormat. Pada perjalanannya *image* terhadap profesi perawat lebih ditekankan pada mayoritas perawat adalah wanita. Sifat keibuan dan tidak mampu membuat suatu keputusan serta ibu dianggap sebagai pendamping suami maka *image* terhadap perawat adalah sebagai pembantu dokter

Perkembangan *image* terhadap perawat yang terjadi di Australia. (Bloomfield 1999, <http://www.clininfo.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincents/stvin99/Jacqui.htm>, diambil tanggal 20 Januari 2008), menuliskan bahwa perkembangan *image* perawat yang dibangun di masyarakat terpengaruh dengan perkembangan mulainya perawat bekerja di rumah sakit, yang berasal dari para tahanan yang tidak mempunyai kemampuan sebagai tukang bangunan dan petani.

Perubahan mulai terjadi, semenjak kedatangan Lucy Osburn ke Sydney tahun 1868 yang menandai reformasi keperawatan. Forsyth (1994, dalam Bloomfield, 1999) menulis *image* masyarakat Australia mulai positif ketika mulai dibuka pelatihan formal perawat tahun 1882. Perawat merupakan pekerjaan yang disukai wanita dan dianggap sebagai pekerjaan terhormat dan terpuji.

Memasuki abad 20 keperawatan dianggap sebagai karir, dan mulai tercipta *image* perawat yang romantis, pemberani, gambaran sebagai seorang malaikat suci berbaju putih, dan banyak perawat yang bercita-cita tinggi (Keneley 1988, dalam Bloomfield, 1999). Pada awal 1960, walaupun *image* masyarakat telah berkembang lebih baik yang didasarkan pada ketaatan, disiplin, kontrol kerja yang kuat, dan dihormati, namun tetap saja dianggap mengabdikan pada profesi medis (Holten, 1984, dalam Bloomfield, 1999). Perawat didominasi oleh wanita terpilih, walaupun gaji perawat relatif rendah, namun tetap setia kepada pasien-pasiennya (Dickenson, 1993, dalam Bloomfield, 1999).

Perawat laki-laki mulai diterima mengikuti pelatihan di Australia sekitar tahun 1970 (Staunton, 1997, dalam Bloomfield, 1999). Perkumpulan perawat mulai berani dan mulai vokal untuk memperjuangkan perbaikan gaji, diikuti tahun-tahun berikutnya teori-teori keperawatan berkembang. Penelitian dilakukan, pendidikan perawat ditingkatkan dan jurnal-jurnal diterbitkan. Seiring dengan perkembangan tersebut *image* masyarakat mulai berubah, perawat menerima peran dan tanggung

jawab yang lebih kompleks (Chinn & Wheeler, 1985, dalam Bloomfield, 1999). Penilaian citra/*image* perawat di Australia lebih ditekankan pada munculnya peran dan tanggung jawab yang diemban perawat. Sebagian masyarakat pada saat tertentu, masih memandang perawat sebagai pembantu dokter yang tidak berdaya dan selalu patuh.

Image yang berkembang dalam masyarakat dalam dua dekade terakhir, menunjukkan perkembangan yang bermakna. Peran media cetak dan program televisi Australia mampu menampilkan *image* perawat perawat bukan lagi tampil sebagai pembantu dokter yang mengabdikan dan tidak berfikir, namun ditampilkan perawat sebagai orang yang mempunyai keahlian dan sangat penting bagi perawatan pasien. Program televisi "All Saints" menggambarkan perawat sebagai bagian integral dari tim kesehatan yang mengambil keputusan secara rasional dan otonom, karena telah diketahui oleh media, bahwa perawat memiliki implikasi yang penting di dalam masyarakat Kalisch dan Kalisch (1993, dalam Bloomfield, 1999). Penilaian citra/*image* sangat berbeda, sesuai dengan karakteristik masyarakat suatu negara, karena itu dalam penilaian citra juga dapat dilihat dari citra diri maupun berdasar atribut jasa yang ditampilkan.

2. Penilaian/pengukuran citra

Dari sudut pandang manajemen mutu, citra/merk pelayanan bisa dinilai dari kepuasan pasien. Konsep multidisiplin kepuasan pasien menurut modifikasi Hall

dan Dornan (1998, dalam Pohan, 2007) dilihat dari sisi pelayanan yang langsung bersentuhan dengan pasien adalah sebagai berikut : 1) Hubungan antar manusia (saling menghargai & mempercayai, tepat waktu, nyaman, bersih, privasi), 2) Mempertimbangkan akses fisik, ekonomi & budaya, misal menggunakan bahasa dan istilah yang dimengerti pasien, 3) Memiliki kompetensi teknik pemberi layanan kesehatan antara lain konsisten terhadap standar layanan kesehatan, 4) Perhatian terhadap masalah psiko-sosial pasien, misal menunjukkan rasa empati, 5) Memberi informasi yang lengkap dan mudah dimengerti, selalu memberi kesempatan bertanya, 6) Ramah (ditunjukkan dengan sikap menyapa pasien dengan senyum, menghargai manusia), kreatif dalam menyelesaikan masalah pasien, memberi layanan kesehatan, penuh perhatian, dan mau mendengarkan.

Dari sudut pandang eksternal kepuasan pasien terhadap pelayanan adalah; 1) Lingkungan fisik meliputi gedung, peralatan, petugas, obat, kebijaksanaan, prosedur dan standar, 2) Kesiambungan layanan kesehatan, rujukan tepat, rekam medik akurat dan lengkap, 3) Keluaran atau hasil layanan kesehatan efektif, konsultasi teliti, tidak berulang ulang, 4) Fokus pengaturan sistem layanan kesehatan untuk memberi kemudahan pasien, 5) Biaya layanan kesehatan : paling efisien, yang sesuai dengan standar layanan kesehatan.

Cara penilaian lainnya menurut Arifin (2006), Citra diri atau *self image* dapat diukur dengan mengkonversi data kualitatif menjadi data kuantitatif untuk

membandingkan *self image* seseorang konsumen terhadap atribut atau produk dengan kinerja produk tersebut. Menurut Sabarguna (2000) dalam Susilo (2007), ada empat dimensi penilaian jasa untuk menilai citra perawat yaitu;

- a. Kredibilitas dan kompetensi yang ditampilkan dengan kemampuan perawat dalam membantu klien, kemauan perawat untuk memberikan informasi yang benar sesuai keinginan klien, hasil kerja perawat dalam menolong klien, penampilan atau kepercayaan diri perawat dalam menolong klien, kemampuan perawat dalam memberikan penjelasan rencana perawatan klien, ketrampilan perawat dalam bekerja, kemampuan perawat dalam menjelaskan penyakit klien, ketenangan perawat saat melakukan tindakan, kejelasan perawat dalam menjelaskan rencana perawatan klien, kemandirian perawat dalam melakukan tindakan dan ketelitian perawat saat melakukan tindakan perawatan pada klien.
- b. Memahami pasien ditampilkan dalam kesopanan perawat dalam menyapa klien, pengertian perawat terhadap kebutuhan klien, gaya bicara perawat kepada klien, kerapian berpakaian perawat, kesopanan perawat dalam melakukan tindakan, penjelasan yang diberikan perawat sebelum melakukan tindakan dan kemauan perawat untuk mendengarkan keluhan klien.
- c. Dapat diandalkan ditampilkan dalam perilaku perawat dalam menepati janjinya dengan klien, rutinitas perawat dalam mengontrol kondisi klien, kejelasan perawat dalam memberikan informasi, tanggungjawab perawat dalam setiap tindakan, ketepatan waktu perawat dalam bekerja dan penampilan kerja perawat dari pertama bertemu sampai saat ini.

d. Kecepatan tanggapan, terdiri dari kecepatan perawat dalam memberikan bantuan, ketepatan perawat dan melakukan tindakan yang sesuai dengan keluhan klien, keberadaan perawat saat dibutuhkan klien, kemauan perawat dalam menjawab pertanyaan klien atau keluarga.

3. Upaya meningkatkan citra / *Image*

Pengertian citra diri (*self image*) sedikit berbeda dengan merk (*brand image*). Citra tentang diri sendiri (*self image*) menimbulkan gambaran diri yang berbeda sehingga menimbulkan segmentasi pasar menurut jalur psikologis, sedangkan citra tentang merk (*brand image*), menekankan pada identifikasi barang atau jasa dari seorang atau sekelompok produsen barang atau jasa, agar berbeda dengan produk pesaing, dan *brand* tersebut dapat melindungi konsumen dari kompetitor yang berusaha untuk memberikan produk yang identik. Upaya meningkatkan *brand image* dapat dilakukan dengan menggunakan teori-teori marketing.

Merek-merek terbaik atau simbol pelayanan keperawatan terbaik melalui tampilan diri dan kinerja perawat dapat memberikan jaminan kualitas bagi pasien. Merek sebenarnya lebih dari sekedar simbol dikarenakan adanya enam level pengertian yang terkandung di dalamnya meliputi: atribut, manfaat, nilai, budaya, kepribadian, dan pemakai (Haryanto, 2003 <http://www.mqc.cjb.net> diambil tanggal 24 Pebruari 2008. Kotler (2005) mengatakan bahwa tantangan dalam pemberian merek adalah mengembangkan satu pengumpulan makna yang lebih dalam

terhadap merek tersebut. Pemberi jasa dalam hal ini perawat harus menentukan pada level mana akan menanamkan identitas merek. Dalam jangka panjang, merek yang paling tahan lama adalah nilai, budaya, dan kepribadian yang tercermin dari merek-merek itu. Hal-hal tersebut menentukan inti dari sebuah merek (Retnawati, 2003).

Branding atau sering juga disebut sebagai *brand building* banyak dikaitkan dengan upaya perusahaan bisa juga profesi membangun citra (*image*). Citra yang dimaksud tentunya harus memiliki nilai manfaat berupa persepsi tertentu yang umumnya bersifat positif. Kekuatan *branding* yang luar biasa dipandang sangat berpengaruh terhadap suksesnya bisnis (usaha) suatu perusahaan (profesi) (Mantoya, 2003 <http://www.i2.co.id>, diambil tanggal 10 Januari 2008). Proses terjadinya agar persepsi positif melekat dalam seluruh pasien, membutuhkan waktu dan strategi yang benar.

Pada dasarnya semua manusia memiliki citra personal seperti cita rasa humor, tatanan rambut, cara berpakaian, dan makanan favorit. Secara kolektif, sifat-sifat di atas akan membentuk gambaran mental diri individu. Hal ini sangat berbeda dengan *personal branding*, di mana dia akan mencari tahu bagaimana cara paling jitu menciptakan persepsi positif tertentu bagi klien-klien prospektif. Menurut Mantoya (2003) *personal branding* adalah proses yang akan membawa keterampilan, kepribadian, dan karakteristik unik seseorang dan kemudian

membungkusnya menjadi identitas yang memiliki kekuatan lebih dibanding kompetitor. Citra perusahaan (profesi) dapat dibangun dengan merek yang kuat dan memberi peluang dalam peluncuran merek-merek baru, tampilan-tampilan menarik, yang lebih mudah diterima oleh pasien sebagai pelanggan jasa keperawatan.

Pelanggan dalam hal ini pasien berdasar ekuitas merek yang baik akan mempengaruhi tanggapan mereka secara positif terhadap jasa, harga, atau komunikasi ketika merek tersebut diidentifikasi. Pemahaman akan merek tersebut dapat dilihat dari dimensi *brand awareness* dan *brand image*. Aaker (1999, dalam Retnowati, 2003) mendefinisikan *brand awareness* sebagai suatu penerimaan konsumen (pasien) terhadap sebuah merek dalam benak mereka dimana ditunjukkan dari kemampuan mereka mengingat dan mengenali kembali sebuah merek ke dalam kategori tertentu.

Ekuitas merek yang tinggi hanya terjadi saat konsumen menyadari keberadaan merek (*aware of the brand*) dan konsumen memiliki *image* kuat, menguntungkan, dan menyadari keunikan/keunggulan merek tertentu. Menurut Tjiptono (1995), strategi yang dapat ditempuh untuk membedakan penampilan organisasi/perusahaan dengan yang lain ada tiga aspek yang perlu dipertimbangkan yaitu; 1) *People*, melatih dan meningkatkan diri agar lebih profesional, 2) *Physical environment*, mengembangkan lingkungan fisik sehingga perawat lebih atraktif, 3) *Process*,

merancang proses penyampaian jasa keperawatan lebih superior.

Cara meningkatkan *branding* menurut majalah Business Week, New York: 20 Agustus, 2007, dalam <http://proquest.umi.com/pqdweb?>, diambil tanggal 9 Maret 2008 adalah ; 1) Kembangkan komunikasi, 2) Tulislah dalam buku-buku untuk promosi, 3) Jeli dengan keadaan dan permasalahan yang ada di sekitar, 4) Cari akar penyebab masalah untuk perbaikan, 5) Pilih *icon* yang mudah diingat, 6) Menjalin hubungan secara baik, 7) Penuhi kebutuhan pengguna jasa/produk. Kiat meningkatkan *branding* di atas sangat memungkinkan diadopsi oleh perawat. Perawat sebagai tenaga terbanyak di rumah sakit, 24 jam bersama pasien, dapat menerapkannya sesuai dengan kemampuan yang sudah dimiliki.

Perawat yang mengetahui, memahami dan menerapkan konsep *branding* diharapkan mampu memasarkan produk jasanya, sehingga memiliki diferensiasi dengan produk jasa kesehatan yang lain, dan dapat meningkatkan citra perawat dalam pandangan pasien. Perawat sebagai salah satu komponen dalam pelayanan kesehatan perlu menerapkan pendekatan *marketing* untuk mewujudkan pelayanan profesional berorientasi pada kepuasan dan kesembuhan pasien (Weishapple, 2001), sedangkan Alomepe (2005) menyatakan bahwa membangun citra perawat bermanfaat untuk memajukan profesi keperawatan, meningkatkan harga diri dan persepsi diri perawat, meningkatkan kualitas perawatan yang diinginkan pasien, membawa kebanggaan bagi perawat dan memberikan kepercayaan pasien pada perawat. Sosok

perawat dan pelayanan keperawatan menjadi sangat penting ketika pasien mengalami penderitaan akibat sakitnya, atau mempengaruhi pasien bergerak menuju tingkat kesehatan yang lebih baik.

B. Perawat dan Pelayanan Keperawatan

Menurut Rubenfeld (1998, dalam Depdiknas, 2002), profesional ners adalah seseorang yang mempunyai kemampuan berfikir kritis, menampakkan kebiasaan berfikir kritis dalam bentuk percaya diri, perspektif kontekstual, kreatifitas, fleksibilitas, keingintahuan, integritas intelektual, intuisi, berpikiran terbuka, dan rajin. Kalish (1983, dalam Bloomfield, 1999), menggambarkan perawat dalam hubungan ners pasien memerankan figure ibu dengan *nurturing, caring, comforting*, dan perilaku maternal lainnya. Perawat harus mempunyai kapasitas untuk berempati; menunjukkan kemampuan berperan serta dalam perasaan pasien; berbagai perasaan dan peduli dengan pasien; serta menghargai penampilan, keunikan dan individualitas pasien.

Perawat dalam melaksanakan tugasnya menggunakan *profesional relationship*, yang mengacu pada sistem interaksi perawat dengan pasien dapat menyumbangkan hal positif bagi kehidupan. Karakteristik perawat yang diharapkan dalam membentuk pola hubungan membantu menurut Depdiknas (2002), adalah perawat yang memiliki: kesadaran diri terhadap nilai yang dianut, kemampuan untuk menganalisa perasaannya sendiri, kemampuan menjadi contoh peran, altruistik, rasa tanggung jawab etik dan moral dan tanggung jawab. Sedangkan Pusat Pengembangan Keperawatan Carolus (2003), menyebutkan untuk melaksanakan tugas-tugas yang kompleks dalam

mewujudkan citra dan peran perawat, maka perawat perlu memahami kematangan pribadinya meliputi; kedewasaan emosional, kedewasaan intelektual, kedewasaan sosial, kedewasaan moral dan spiritual. Menurut Suliantoro (2003), <http://otkin.nl/info>, diambil tanggal 26 Pebruari 2008 bahwa dalam pengabdianannya, perawat dituntut bekerja profesional, memiliki sifat *caring*, bertanggung jawab dan bertanggung gugat.

Teori *caring* yang sering digunakan dalam keperawatan adalah teori yang diperkenalkan dan dipublikasikan oleh Jean Watson (1988) yaitu "*Human Care*" yang bersumber dari teori yang dipublikasikan sebelumnya yaitu "*The Phylosophy and Science Nursing*" (1979). '*Caring* adalah komponen penting dalam keperawatan dan merupakan inti dalam praktik keperawatan karena mengandung nilai humanistik, menghormati kebebasan manusia terhadap suatu pilihan, menekankan pada peningkatan kemampuan dan kemandirian, peningkatan pengetahuan dan menghargai setiap orang (Marriner-Tomey, 1994) sedang Rubenfeld (1998, dalam Depdiknas, 2002), *caring* adalah unjuk kepedulian, dukungan dan perasaan kepada pasien dan keluarganya melalui perilaku verbal dan nonverbal, merupakan sikap responsif dan bertanggung jawab untuk memenuhi harapan pasien dan keluarganya.

Menurut teori keperawatan Watson menguraikan bahwa struktur untuk ilmu *caring* dibangun dari sepuluh faktor *carative* seperti yang dituliskan Boore (1999, dalam Vance, 2003, <http://www.nursingcenter.com/search/index.asp> diambil tanggal 25 Pebruari 2008). Sepuluh '*Carative Factors*' tersebut adalah;

1. Membentuk dan menghargai sistem nilai '*humanistic*' dan '*altruistic*'. Bentuk nyata tindakan perawat : mengenali nama, mengenali kelebihan dan karakteristik lain dari pasien, memanggil pasien dengan panggilan yang disenangi pasien, selalu mendahulukan kepentingan pasien dari pada kepentingan pribadi, memberi waktu kepada pasien walaupun sedang sibuk, mendengarkan apa yang menjadi keluhan dan kebutuhan pasien, menghargai dan menghormati pendapat dan keputusan pasien terkait dengan perawatannya, serta memberikan dukungan sosial untuk memenuhi kebutuhan dan meningkatkan status kesehatannya (Stuart & Laraia, 1998; Nurrachmah, 2000)
2. Menanamkan sikap penuh pengharapan ('*faith-hope*'). Bentuk nyata tindakan perawat ; selalu memberi harapan yang realistis terhadap prognosis baik maupun buruk, memotivasi pasien untuk menghadapi penyakitnya walaupun penyakitnya terminal, mendorong pasien untuk menerima tindakan pengobatan dan perawatan yang dilakukan kepadanya, memotivasi dan mendorong pasien mencari alternatif terapi secara rasional, memberi penjelasan bahwa takdir berbeda pada setiap orang, dan memberi keyakinan bahwa kehidupan dan kematian sudah ditentukan sesuai takdir (Stuart & Laraia, 1998; Nurrachmah, 2000)
3. Menanamkan sensitifitas atau kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain. Bentuk nyata tindakan keperawatan; perawat bersikap empati dan mampu menempatkan diri pada posisi pasien, ikut merasakan atau prihatin terhadap ungkapan penderitaan yang diungkapkan pasien serta siap membantu setiap saat, dapat mengendalikan perasaan ketika pasien bersikap kasar terhadap perawat, dan mampu meluluskan keinginan

pasien terhadap sesuatu yang logis (Stuart & Laraia, 1998; Nurrachmah, 2000)

4. Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu. Bentuk nyata tindakan perawat ; memperkenalkan diri kepada pasien saat awal kontak serta membuat kontrak hubungan dan waktu, meyakinkan pasien tentang kehadiran perawat sebagai orang yang akan menolongnya setiap saat pasien membutuhkan, berusaha mengenali keluarga pasien dan kesukaan mereka, bersikap hangat dan bersahabat, menyediakan waktu bagi pasien untuk mengekspresikan perasaan dan pengalamannya melalui komunikasi yang efektif, dan selalu menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan pada pasien (Stuart & Laraia, 1998; Nurrachmah, 2000)
5. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif. Tindakan nyata perawat dapat berupa; perawat menjadi pendengar yang aktif dengan mendengarkan keluhan pasien secara sabar, mendengarkan ekspresi perasaan pasien tentang keinginannya untuk sembuh dan apa yang akan dilakukan jika sembuh, memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya baik positif maupun negatif dan menerima aspek positif maupun negatif sebagai bagian dari kekuatan yang dimilikinya (Stuart & Laraia, 1998; Nurrachmah, 2000)
6. Menggunakan metode sistematis dan menyelesaikan masalah 'caring' untuk pengambilan keputusan secara kreatif dan individualistik. Bentuk kegiatan perawat sebagai berikut; mengkaji, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi proses keperawatan sesuai masalah pasien, mempertimbangkan untuk mengabulkan permintaan pasien dalam memperoleh sesuatu yang akan membuat pasien cemas bila

tidak dikabulkan, memenuhi keinginan pasien yang bermacam-macam secara sabar, dan selalu menanyakan keinginan pasien yang spesifik dan cara pemenuhannya (Christensen dan Kenny, 1995; Nurrachmah, 2000)

7. Meningkatkan proses pembelajaran dalam hubungan interpersonal. Bentuk nyata kegiatan perawat adalah ; perawat menjelaskan setiap keluhan pasien secara rasional dan ilmiah sesuai tingkat pemahaman pasien dan cara mengatasinya, selalu menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan, menunjukkan situasi yang bermanfaat agar pasien memahami proses penyakitnya, mengajarkan cara pemenuhan kebutuhan sesuai masalah yang dihadapi pasien, menanyakan kepada pasien tentang kebutuhan pengetahuan yang ingin diketahui terkait dengan penyakitnya, dan meyakinkan pasien tentang kesediaan perawat untuk menjelaskan apa yang ingin diketahui (Potter & Perry, 1994; Nurrachmah, 2000)
8. Menciptakan lingkungan yang suportif, protektif, dan atau perbaikan mental, fisik, sosiokultural, dan spiritual. Tindakan yang bisa dilakukan perawat meliputi : menyetujui keinginan pasien untuk bertemu dengan ulama agama, menghadiri pertemuan pasien dengan ulamanya, memfasilitasi atau menyediakan keperluan pasien ketika pasien akan berdo'a atau beribadah sesuai dengan agamanya, bersedia mencari dan menghubungi keluarga atau teman yang sangat diharapkan mengunjungi pasien (Potter& Perry, 1994; Stuart, Sundeen, & Laraia, 1998; Nurrachmah, 2000)
9. Memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia. Bentuk tindakan keperawatan

adalah ; selalu bersedia memenuhi kebutuhan dasar dengan ikhlas, menyatakan perasaan bangga dapat menjadi orang yang bermanfaat bagi pasien, mampu menghargai pasien dan privasi pasien ketika memenuhi kebutuhannya dan mampu menunjukkan bahwa pasien adalah orang yang pantas dihormati dan dihargai (Taylor, Lilis & LeMone, 1998; Nurrachmah, 2000)

10. Mengizinkan untuk terbuka pada eksistensial-fenomenologikal dan dimensi spiritual *caring* serta penyembuhan yang tidak dapat dijelaskan secara utuh dan ilmiah melalui masyarakat modern. Bentuk nyata tindakan perawat adalah memberi kesempatan pada pasien dan keluarga untuk melakukan hal-hal yang bersifat ritual demi proses penyembuhannya, mampu memfasilitasi kebutuhan pasien dan keluarganya terhadap keinginan untuk melakukan terapi alternatif sesuai pilihannya, mampu memotivasi pasien dan keluarganya untuk berserah diri pada Tuhan YME, dan mampu menyiapkan pasien dan keluarganya ketika menghadapi fase berduka (proses kematian) (Stuart, Sundeen, & Laraia, 1998; Nurrachmah, 2000)

Sepuluh *caratif factors* tersebut merupakan fondasi dasar dalam melakukan pelayanan keperawatan. Pemanfaatan teori sepuluh *caratif factors*, didasarkan penelitian yang dilakukan di luar negeri. Penelitian yang berhubungan dengan *caring* yang dilakukan di Indonesia antara lain. Blacius (2007), dengan metode grounded menemukan tujuh tema dalam perilaku *caring* perawat pelaksana di rumah sakit Immanuel Bandung yaitu; 1) sikap peduli terhadap pemenuhan kebutuhan klien, 2) bertanggung jawab memenuhi kebutuhan klien, 3) ramah dalam

melayani, 4) sikap tenang dan sabar dalam melayani klien, 5) selalu siap sedia memenuhi kebutuhan klien, 6) memberikan motivasi kepada klien, dan 7) sikap empati dengan klien dan keluarganya

Pendapat lain tentang *caring* dikemukakan oleh Yani (2001), bahwa *caring* merupakan kunci penampilan profesional perawat. Perilaku *caring* yang dimaksudkan adalah ; 1) Hubungan profesional perawat klien dengan saling pengertian, 2) asuhan keperawatan yang diberikan terintegrasi tim kesehatan lain, 3) memahami diri sendiri dengan penuh kesadaran akan peran dan fungsi perawat profesional, 4) memahami klien dan keluarganya, 5) hubungan interpersonal yang menunjukkan kasih sayang dan cinta, 6) dengan penuh kesadaran memberikan pelayanan dengan penuh cinta, dan 7) Perluasan kesadaran *caring* melibatkan cinta sebagai energi yang memberi kekuatan dan alam semesta (Tuhan).

Penerapan *professional relationship* lain dapat dilihat dari perilaku perawat yang menggunakan pendekatan *humanistic*. Pendekatan *humanistic* dilakukan dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan. Perawat diharapkan menggunakan langkah-langkah *humanistic* seperti yang dijelaskan dalam (Stuart & Sundeen, 1998) yaitu: 1) Perawat seharusnya mengerti apa yang akan terjadi, 2) Perawat mengetahui kata hatinya, 3) Perawat mengetahui ilmunya, 4) Perawat mengetahui bagaimana mensintesa pengetahuan untuk memahami pasien dan 5) Kesuksesan perawat datang dari hal-hal yang kadang tidak mungkin. Pendekatan *humanistic* ini sebenarnya sudah termasuk dalam perilaku *caring* yang diungkapkan Watson.

Perilaku *caring* perawat, diharapkan dapat memberikan pengalaman positif bagi pasien dan memberikan kepuasan kepada pasien dan keluarganya, sehingga dapat meningkatkan *image* pasien terhadap perawat. Hal ini sejalan dengan pendapat Kotler dan Fox (1995, dalam Sutisna 2002), bahwa konsumen yang mempunyai pengalaman menyenangkan terhadap merk produk, akan memberikan penilaian positif. Perilaku *caring* merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan.

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan

Azwar (1996), mengelompokkan faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan menjadi 3 unsur yaitu unsur masukan, lingkungan dan proses. Unsur masukan meliputi tenaga, dana, dan sarana; unsur lingkungan meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen, sedangkan unsur proses meliputi medis dan non medis yang harus dilakukan sesuai standar.

Spiegel dan Backhaut (1980) menemukan dua faktor utama yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan yang dapat memfasilitasi kepuasan serta meningkatkan *image* pelayanan, yaitu faktor struktural dan faktor proses. Sumber daya manusia (dokter, perawat dan profesional kesehatan yang lain), rumah sakit, organisasi, manajemen dan finansial termasuk faktor struktural, sedangkan *technical care* dan *art of care* termasuk faktor proses. *Technical care* meliputi pelayanan pencegahan (*preventive*), diagnosis

(*diagnostic*), dan prosedur terapeutik (*therapeutic procedure*), sedangkan yang termasuk dalam *art of care* adalah merujuk pada lingkungan pergaulan, gaya dan perilaku pemberi jasa dalam memberikan pelayanan kepada pasien, dan komunikasi. Peabody (1927, dalam Spiegel & Backhaut 1980) menyatakan bahwa rahasia dari pelayanan pasien adalah pada caring kepada pasien. Selanjutnya juga dijelaskan bahwa seni dan hubungan interpersonal merupakan aspek yang mempunyai mutu yang tinggi.

Mutu pelayanan bisa dilihat dari kepuasan pasien. Aspek-aspek lain dari perawat yang bisa mempengaruhi kepuasan pasien rawat inap di rumah sakit menurut Pohan (2007) adalah: 1) Perawat melayani dengan sopan, ramah dan tanggap, 2) Perawat menolong/membantu mengangkat pasien dari kursi roda/brancard ke tempat tidur, 3) Perawat segera menghubungi dokter berkaitan dengan obat dan diet pasien, 4) Perawat memberi informasi tentang peraturan, waktu makan, jenis makanan, waktu tidur, kunjungan dokter, penyimpanan barang berharga, jam bertamu, dan lain-lain, 5) Perawat memberi kesempatan bertanya, 6) Penampilan perawat yang bertugas rapi dan bersih serta bersikap mau menolong, 7) Perawat memperhatikan kebutuhan dan keluhan setiap pasien, 8) Perawat memperhatikan keluhan keluarga pasien, 9) Perawat berupaya menjaga privasi pasien selama berada di instalasi rawat inap, 10) Perawat selalu memberi obat sesuai prosedur pemberian obat, 11) Perawat melaporkan kepada dokter segala perubahan keluhan pasien sewaktu dokter melakukan kunjungan, 12) Perawat menginformasikan persiapan yang harus dilakukan oleh pasien sebelum dibawa berkonsultasi dengan dokter lain, dan 13) Perawat membawa pasien dengan

kursi roda/ brancard untuk berkonsultasi dengan dokter lain. Aspek di atas merupakan kumpulan dari pendapat pasien yang diambil dari aktivitas perawat yang terlihat dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari.

D. Berbagai penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi

Fenomenologi sebagai studi tentang fenomena telah tumbuh dan berkembang sebagai suatu filosofi dan metode penelitian. Pergerakan fenomenologi sebagai filosofi dimulai dari fase persiapan, Jerman dan Perancis. Edmund Husserl merupakan salah satu tokoh pada fase Jerman yang meletakkan dasar-dasar tentang fenomenologi sekitar abad duapuluh. Husserl berkeyakinan bahwa suatu penampakan fenomena hanya akan ada bila ada subyek yang mengalami fenomena tersebut dan tujuan fenomenologi sebagai metode penelitian adalah untuk memahami arti dan makna suatu fenomena sebagaimana pengalaman manusia yang mengalaminya dalam konteks alami. Dasar pemikiran Husserl diatas merupakan pondasi bagi perkembangan fenomenologi sebagai suatu filosofi dan metode penelitian (Creswell, 1998; Struebert & Carpenter, 1999).

Fenomenologi sebagai metode pendekatan penelitian adalah teliti, kritikal, penyelidikan yang sistematis terhadap fenomena. Tujuan penelitian fenomenologi adalah menerangkan struktur atau esensi dari pengalaman hidup atau fenomena dan memberikan deskripsi yang akurat melalui pengalaman hidup sehari-hari (Rase, Buby

& Parker, 1995 dalam Struebert & Carpenter, 1999). Spiegelberg (1975 dalam Struebert & Carpenter 1999) mengidentifikasi enam elemen sentral dalam penelitian fenomenologi. Elemen-elemen tersebut adalah : 1) fenomenologi deskriptif, 2) fenomenologi esensi, 3) fenomenologi *appearance*, 4) fenomenologi konstruktif, 5) fenomenologi reduktif dan 6) fenomenologi hermeneutik.

Pendekatan yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah fenomenologi deskriptif karena meneliti suatu pengalaman hidup bertujuan untuk mengetahui arti dan makna suatu peristiwa, dengan mengeksplorasi secara langsung perasaan-perasaan individu secara maksimal, menggali secara mendalam, menelaah dan mendeskripsikan apa adanya fenomenologi dalam tingkat deskriptif dapat mendorong terbentuknya persepsi yang kaya terhadap pengalaman mereka secara mendalam. Menggali respon individu, baik respon fisik maupun respon emosional, sebagai dampak dari suatu peristiwa atau pengalaman, termasuk dukungan-dukungan yang diharapkan oleh individu tersebut lebih tepat jika menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif (Spiegelberg, 1975 dalam Carpenter, 1999).

Fenomenologi deskriptif meliputi eksplorasi langsung dan menggambarkan fenomena secara teliti, berupaya dan bebas untuk menelaah dan mendeskripsikan pengalaman hidup manusia sebagaimana adanya, tanpa proses interpretasi dan abstraksi dan bukan penyelidikan perkiraan, ditujukan untuk menampilkan perasaan secara maksimal. Lebih lanjut dijelaskan bahwa fenomenologi deskriptif mensimulasikan atau

mempersepsikan pengalaman hidup yang menekankan pada penghayatan tanpa jarak, dan penggalian pengalaman secara mendalam. Fenomenologi deskriptif ini dapat mendorong terbentuknya persepsi yang kaya terhadap pengalaman mereka secara mendalam.

Fenomenologi deskriptif mempunyai tiga tahap proses, yaitu : 1) *intuting* : peneliti memasuki secara total fenomena yang diteliti dan merupakan proses dimana peneliti mulai tahu tentang fenomena yang digambarkan partisipan. 2) *analyzing* : identifikasi intisari fenomena yang diteliti didasarkan data yang diperoleh dan diberikan. 3) *describing* : menggambarkan elemen penting dari suatu fenomena. Meskipun ketiga tahap ini terpisah seringkali dilakukan secara simultan (Spielgelberg, 1975 dalam Struebert & Carpenter, 1999).

Spielgelberg (1975 dalam Struebert & Carpenter, 1999) telah meletakkan kerangka kerja bagi penelitian fenomenologi deskriptif yang didasarkan pada filosofi Husserl. Rancangan fenomenologi deskriptif telah banyak digunakan dalam pengungkapan arti dan makna pengalaman hidup manusia termasuk pula dibidang keperawatan. Berdasarkan kerangka kerja penelitian Spielgelberg diatas, beberapa peneliti keperawatan telah menggunakan rancangan penelitian fenomenologi deskriptif untuk mendeskripsikan arti dan makna suatu fenomena sesuai pengalaman hidup partisipan.

Kurniati (2005), menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif untuk

mengeksplorasi pemahaman fenomena persepsi klien tentang perawat. Penelitian menghasilkan deskripsi tentang perawat yaitu; 1) Berespon positif terhadap kebutuhan klien dengan sub kategori tanggap terhadap kebutuhan klien dan menghargai klien; 2) Terampil dan berpengalaman; serta 3) Berkomunikasi dan mendidik. Ketiga kategori menjadi satu kesatuan yang saling berhubungan dalam bentuk lingkaran, dan tidak dapat dipecah menjadi kategori yang berdiri sendiri. Ketiga kategori saling mengisi agar perawat dapat bertindak sigap, terampil, sesuai dengan kebutuhan dan karakter klien

Bertolak dari hasil penelitian diatas maka peneliti berkesimpulan bahwa kerangka kerja penelitian yang diletakkan Spiegelberg dengan enam elemen dasar fenomenologi, tiga elemen yang paling sesuai dengan filosofi Husserl yaitu *bracketing*, menelaah fenomena dan menelaah esensi fenomena, dapat diaplikasikan dalam penelitian keperawatan untuk memperoleh arti dan makna pengalaman partisipan. Penelitian ini bertujuan mengungkap arti dan makna pengalaman pasien tentang citra perawat di rumah sakit pemerintah dengan pendekatan fenomenologi deskriptif.

BAB III

METODE PENELITIAN

Bab metode penelitian ini membahas konsep dan aplikasi serta alasan penggunaan rancangan penelitian fenomenologi deskriptif dalam usaha mengungkap arti dan makna pengalaman pasien tentang citra perawat di rumah sakit pemerintah wilayah Blitar. Rancangan penelitian fenomenologi deskriptif ini telah memandu arah langkah-langkah penelitian dalam hal pemilihan sampel penelitian, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, prosedur pengumpulan data, alat pengumpulan data, analisa data dan keabsahan data

A. Disain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi diskriptif guna memahami arti dan makna tentang citra perawat dari perspektif pengalaman pasien yang dirawat di rumah sakit pemerintah di wilayah Blitar, dengan cara berfokus pada penemuan fakta mengenai fenomena citra perawat yang ditekankan pula pada usaha untuk memahami tingkah laku manusia berdasarkan perspektif partisipan. Tujuan peneliti menggunakan desain fenomenologi diskriptif adalah untuk mengeksplorasi fenomena secara intuitif, analitik dan deskriptif dari pengalaman partisipan selama berinteraksi dengan perawat.

Metode ini memahami manusia dengan segala kompleksitasnya sebagai makhluk subyektif, melihat manusia sebagai sistem yang berpola dan berkembang (Poerwandari, 2005). Penelitian kualitatif mempelajari setiap masalah dengan menempatkannya pada situasi alamiah dan memberikan makna atau mengintrepretasikan suatu fenomena berdasarkan hal-hal yang berarti bagi manusia (Creswell, 1998). Selain itu penelitian kualitatif juga merupakan penelitian yang mempercayai tidak ada realitas tunggal dan apa yang kita ketahui mempunyai banyak arti (Burns & Grove, 1999).

Rancangan fenomenologi deskriptif ini dilaksanakan dengan berpedoman pada pendapat Spiegelberg (1975 dikutip oleh Streubert & Carpenter, 1999) yang mengidentifikasi enam elemen dasar yang umum dilakukan saat menelaah fenomena. Elemen-elemen tersebut meliputi menelaah fenomena, menelaah esensi dan pola hubungan antar esensi dari suatu fenomena, menelaah pola perwujudan suatu fenomena, mengeksplorasi struktur fenomena dalam kesadaran manusia, *bracketing*, dan menginterpretasikan makna implisit dari sebuah fenomena. Dari keenam elemen dasar fenomenologi menurut Spiegelberg (1975) terdapat tiga elemen yang paling sesuai dengan filosofi fenomenologi Husserl dan umum dilakukan saat menelaah sebuah fenomena, yaitu:

1. *Bracketing* yang bertujuan untuk membantu peneliti memahami fenomena apa adanya. Proses *bracketing* berlangsung terus menerus sepanjang proses penelitian. Pada fase awal penelitian peneliti mengidentifikasi dan menyimpan

sementara asumsi, keyakinan dan pengetahuan yang telah peneliti miliki tentang fenomena yang diteliti agar mampu berkonsentrasi pada setiap aspek fenomena, merenungkan esensi dari fenomena dan menganalisis serta mendeskripsikan fenomena. Saat mengumpulkan data peneliti bersikap netral dan terbuka terhadap fenomena. Demikian juga pada saat menganalisis data, peneliti mempertahankan kejujuran dalam menganalisis dan mendeskripsikan fenomena.

2. Menelaah fenomena yang meliputi proses eksplorasi, analisis, dan deskripsi fenomena untuk memperoleh gambaran yang utuh dan mendalam dari fenomena. Tiga langkah untuk menelaah fenomena meliputi *intuiting* atau merenungkan, menganalisis dan mendeskripsikan fenomena. *Intuiting* adalah langkah awal dimana peneliti mulai berinteraksi dan memahami apa yang diteliti. Melalui *intuiting* peneliti akan menyatu dengan data yang dianalisis dan mampu untuk memilih data yang mampu mempresentasikan fenomena. Proses *intuiting* berjalan bersamaan dengan proses analisis. Proses analisis meliputi proses identifikasi esensi atau elemen dasar dan pola hubungan antar esensi yang membentuk struktur esensial fenomena. Melalui proses analisis data yang berasal dari partisipan diubah menjadi suatu bentuk yang terstruktur dan konseptual. Langkah yang terakhir adalah mendeskripsikan fenomena yang diteliti yang bertujuan mengkomunikasikan dalam bentuk tertulis struktur esensial dari fenomena.
3. Menelaah esensi dari fenomena. Fenomenologi meyakini bahwa suatu fenomena mempunyai struktur esensial yang dibentuk oleh esensi atau elemen dasar yang

saling berhubungan. Oleh karena itu untuk memahami struktur esensial suatu fenomena dilakukan proses telaah terhadap esensi dan pola hubungan antar esensi dari fenomena. Pada dasarnya proses menelaah esensi meliputi *intuiting* dan analisis. Setelah esensi dan pola hubungannya teridentifikasi maka struktur esensial dari fenomena yang diteliti dapat disusun.

Penelitian kualitatif menekankan pada adanya kealamiah data yang diperoleh dan semua kenyataan yang ada terkait erat dengan pengalaman manusia dalam hidupnya (Moleong, 2005; Munhall & Boyd, 1999). Pengalaman dalam penelitian fenomenologi meliputi semua pengalaman persepsi (penglihatan, pendengaran, perabaan, pengecapan dan penciuman) serta fenomena-fenomena lain (seperti mempercayai, mengingat, mengantisipasi, memutuskan, berintuisi, merasakan, *caring*, mencintai, mengkhayalkan dan mendambakan atau menginginkan) (Munhall & Boyd, 1999). Pendekatan Fenomenologi bertujuan memahami respon atas keberadaan manusia, serta pengalaman yang dipahami dalam berinteraksi (Saladien, 2006).

Selain itu penelitian kualitatif juga memungkinkan peneliti untuk mendapatkan pemahaman yang utuh dan menyeluruh mengenai keunikan individu. Pada penelitian ini, peneliti berusaha memahami arti dan makna pengalaman pasien tentang citra perawat, berupa peristiwa-peristiwa yang dialami pasien dan bagaimana pasien mempersepsikan perawat dan pelayanan keperawatan selama berinteraksi dengan

perawat di rumah sakit

B. Partisipan

Partisipan penelitian fenomenologi deskriptif ini diseleksi menggunakan teknik sampling *purposive* yaitu partisipan yang mempunyai karakteristik sesuai dengan tujuan penelitian dengan kriteria sebagai berikut : 1) pasien yang pernah dirawat di rumah sakit minimal menjalani perawatan 3 hari, sehingga sudah berinteraksi dengan perawat, pendidikan minimal SMP, umur minimal 18 tahun, sehingga mampu mengungkapkan perasaanya ketika ditanya mengenai pengalamannya, dan penilaiannya secara keseluruhan mengenai perawat dan pelayanan keperawatan, serta bersedia menandatangani *informed consent*

Selama proses seleksi sampel, didapatkan 12 orang calon partisipan, dua diantara partisipan berperan dalam uji coba instrumen dan kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara mendalam. Satu orang calon partisipan menolak untuk berpartisipasi, walaupun sudah dijelaskan tentang tujuan dan manfaat penelitian dengan alasan kurang nyaman dengan kondisinya saat itu. Satu orang sudah menyatakan siap, dengan kontrak bila dalam hari ketiga perawatan partisipan masih dirawat, namun kenyataannya partisipan pulang hari ketiga dan ingin segera meninggalkan rumah sakit. Dua orang partisipan menyatakan kesanggupan, namun dalam perjalanan wawancara peneliti anggap tidak memenuhi syarat karena satu partisipan mengalami penurunan pendengaran, dan satu partisipan kurang bisa

mengungkapkan pengalamannya dan selalu menanyakan atau minta persetujuan suaminya setiap mengungkapkan pengalaman selama di rawat. Pengumpulan data dilakukan terhadap 6 (enam) partisipan setelah mencapai saturasi pada partisipan ke enam tersebut.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Ngudi Waluyo Blitar, dengan alasan pertama, di rumah sakit Ngudi Waluyo dengan visinya unggul dalam pelayanan kesehatan yang bermutu terjangkau dengan mengutamakan kepuasan pelanggan, belum pernah dilakukan penelitian untuk mengungkap secara mendalam arti dan makna pengalaman pasien tentang perilaku perawat, pelayanan keperawatan dan harapan pasien terhadap perawat dan pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit. Alasan kedua, penurunan terhadap pemanfaatan rumah sakit sebagai tempat pelayanan, bisa disebabkan oleh kualitas pelayanan keperawatan yang menurun. Proses penelitian dilakukan sejak awal Pebruari 2008 sampai awal Juli 2008

Penelitian dipersiapkan dengan penulisan proposal pada awal Pebruari 2008 sampai April 2008. Kelayakan penelitian telah diuji oleh tim dalam ujian proposal pada minggu akhir bulan Maret 2008. Setelah melalui proses perijinan dari instansi terkait di Kabupaten Blitar, pengumpulan data dilakukan pertengahan bulan April 2008 sampai akhir Mei 2008. Transkrip data dianalisis bersamaan pengumpulan data

sampai dengan minggu ke 2 Juni 2008. Penyusunan laporan penelitian pada pertengahan minggu ke 2 Juni sampai minggu ke 4 Juni 2008. Seminar hasil dan ujian tesis dilaksanakan minggu pertama dan kedua Juli 2008. Jadwal selengkapnya terlampir (lampiran 5)

D. Pertimbangan etik

Peneliti menggunakan berbagai pertimbangan etik dalam proses penelitian. Pertimbangan etik digunakan untuk mencegah munculnya masalah etik selama penelitian. Resiko atau dampak yang merugikan dalam penelitian ini relatif tidak ada, karena peneliti telah mengantisipasi kemungkinan yang timbul dengan mempertimbangkan prinsip-prinsip etik antara lain: *self determination*, *privacy*, *anonymity*, *confidentiality* dan *protection from discomfort*

Partisipan mempunyai kebebasan dengan sukarela untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini dengan menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Dalam penjelasan disebutkan bahwa partisipan bisa mengajukan keberatan dan mengundurkan diri dalam berpartisipasi dalam penelitian ini (prinsip *self determination*). Contoh lampiran 1

Peneliti menjelaskan informasi yang dieksplorasi dalam penelitian ini adalah

pengalaman pasien selama berinteraksi dengan perawat, baik pengalaman positif maupun negatif dan merupakan *privacy* dari partisipan. Peneliti sebelum melakukan wawancara meminta ijin untuk memenuhi prinsip *privacy* terlebih dahulu kepada partisipan untuk mewawancarai secara mendalam pengalaman selama berinteraksi dengan perawat.

Peneliti menggunakan kode partisipan, mulai rekaman wawancara, transkrip, kisi-kisi tema, dalam penelitian dalam rangka memenuhi prinsip *anonymity*. Informasi-informasi yang diberikan dijaga kerahasiannya dan informasi tersebut hanya digunakan untuk kegiatan penelitian. Semua dokumen disimpan secara pribadi, dalam jangka waktu tertentu, untuk mengantisipasi kemungkinan pihak yang ingin memvalidasi keaslian sumber data, dan dalam rangka memenuhi prinsip *confidentiality*

Selama pengambilan data peneliti menjaga kenyamanan partisipan dengan melakukan wawancara di tempat yang dijaga keamanannya yaitu di ruang perawatan partisipan, ruang perawatan tersendiri yang kebetulan tidak ada pasien, dan ruang pertemuan bimbingan. *Setting* tempat wawancara dibuat atas dasar pertimbangan kesan santai, tenang, dan kondusif bagi partisipan agar partisipan dapat memberikan informasi secara terbuka dan jauh dari segala sumber distraksi yang dapat mengganggu jalannya wawancara. Peneliti melakukan wawancara sesuai kontrak waktu yang telah disepakati oleh partisipan yaitu rata-rata setelah partisipan istirahat siang sekitar

pukul 14.00-16.00 WIB. Langkah-langkah tersebut dilakukan dalam rangka memenuhi prinsip *protection from discomfort*.

Semua kemungkinan ketidak nyamanan telah peneliti antisipasi, hal ini sejalan dengan ungkapan (Sumathipala & Siribaddana, 2004) bahwa proteksi bagi partisipan kadang tidak cukup menggunakan formulir persetujuan, terutama untuk penelitian klinik. Namun kemungkinan tersebut dapat diantisipasi dengan prosedur penelitian yang lebih jeli (Syse 2000, dalam Bondan, 2006, <http://bondanriset.blogspot.com/>, diambil tanggal 13 Maret 2008)

E. Prosedur Pengumpulan Data

1. Metode pengumpulan data

Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan dengan wawancara yang bersifat mendalam. Wawancara mendalam pada penelitian ini dilakukan untuk menggali berbagai pengalaman partisipan selama berinteraksi dengan perawat, bagaimana citra perawat menurut persepsi partisipan dan harapan partisipan terhadap perawat dan pelayanan keperawatan. Dalam melakukan wawancara, peneliti menggunakan pedoman wawancara yang telah dibuat sebelumnya. Bentuk pertanyaan yang diajukan selama proses wawancara adalah semi terstruktur dan *open ended question*. Bentuk pertanyaan terbuka ini dipilih didasarkan pada informasi yang digali bersifat mendalam sesuai dengan sudut pandang partisipan sehingga

partisipan memiliki kebebasan dalam memberikan informasi. Sedangkan semi terstruktur dipilih untuk mengantisipasi informasi yang diberikan partisipan melebar dari fokus penelitian. Wawancara dilakukan selama 45-60 menit untuk masing-masing partisipan. Dengan rentang waktu yang telah ditetapkan, terasa lebih enak, karena kebanyakan partisipan menyatakan sudah tidak ada yang ingin disampaikan, setelah 60 menit berlalu dan terlihat sudah bosan. Semua hasil wawancara direkam dengan *tape recorder* dan selanjutnya rekaman tersebut ditranskrip dalam suatu deskripsi tekstual.

Selain itu, untuk mendapatkan gambaran yang utuh pengalaman partisipan digunakan metode lain yaitu catatan lapangan (Creswell, 1998; Streubert & Carpenter, 1999). Catatan lapangan merupakan catatan tertulis tentang apa yang didengar, dilihat, dialami dan dipikirkan dalam rangka pengumpulan data dan refleksi terhadap data dalam penelitian kualitatif (Bogdan & Biklen, 1982 dalam Moleong, 2005). Catatan lapangan dipilih karena dapat melengkapi informasi yang diberikan partisipan secara verbal pada proses wawancara. Catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasi respon non verbal yang berisi tentang tanggal, waktu, tempat, deskripsi (gambaran proses wawancara). Catatan lapangan dibuat selama proses wawancara berlangsung (Creswell, 1998).

2. Alat pengumpul data

Alat utama pengumpulan data dalam penelitian ini adalah peneliti sendiri, sedangkan

sebagai alat bantu pendukung adalah pedoman wawancara, catatan lapangan dan *tape recorder*. Peneliti menguji kehandalan alat pengumpul data, dalam uji coba wawancara kepada dua orang partisipan yang di ruang rawat pavylyun dan ruang perawatan kelas.

Kemampuan peneliti yang diuji coba adalah ketrampilan peneliti meliputi: ketrampilan wawancara, ketrampilan mendengar, fokus pada apa yang sedang dibicarakan, melibatkan dalam pembicaraan tanpa mengganggu fokus partisipan, memperhatikan respon non verbal, melakukan catatan penting selama proses wawancara. Peneliti dikatakan layak sebagai pewawancara, ketika mampu berkomunikasi secara efektif dalam pengumpulan data. Indikator keefektifan ini adalah tergambarkannya secara verbal maupun non verbal semua informasi yang dibutuhkan sesuai pedoman wawancara dan catatan lapangan

Pedoman wawancara adalah panduan yang digunakan pewawancara selama proses wawancara. Pada penelitian ini, peneliti menggali secara mendalam informasi pengalaman tentang perawat dan pelayanan keperawatan selama dirawat di rumah sakit sesuai perspektif partisipan, sehingga sangat memungkinkan informasi yang diberikan keluar dari tujuan penelitian. Contoh pertanyaan “Bagaimana pengalaman bapak/ibu menjalani perawatan saat ini?. Ternyata dengan pertanyaan yang seperti itu partisipan kesulitan mengungkapkan yang ditandai dengan pertanyaan “Maksudnya pengalaman yang mana?” walaupun sebelum memberikan pertanyaan

peneliti sudah mengingatkan tujuan penelitian. Akhirnya peneliti ubah pertanyaan tersebut dengan “ Coba bapak/ibu, ceritakan apa yang telah bapak/ibu alami mulai masuk UGD, sampai saat ini tentang perilaku perawat dan pelayanan keperawatan? Pedoman wawancara digunakan sebagai panduan agar selama proses wawancara peneliti dapat memfokuskan arah wawancara sesuai dengan tujuan penelitian. Kelayakan pedoman wawancara dinilai melalui kemampuan partisipan untuk memahami dan menjawab seluruh pertanyaan yang ada sesuai dengan tujuan peneliti, sedangkan kelayakan catatan lapangan dinilai atas kemampuan melengkapi informasi verbal yang telah diperoleh sesuai pedoman wawancara seperti yang dijelaskan (Creswell, 1998; Moleong, 2005)

Tape recorder digunakan untuk menjamin informasi verbal selama proses wawancara dapat terekam secara lengkap. *Tape recorder* dipilih didasarkan pada proses wawancara mendalam, peneliti tidak mungkin mencatat respon verbal informan secara lengkap sehingga *tape recorder* membantu merekam seluruh respon verbal dari partisipan. Kelayakan *tape recorder* sebagai alat pengumpulan dipastikan dengan menggunakan baterai yang selalu baru dan kaset perekam berdurasi 60 menit untuk setiap wawancara. Sebelum digunakan *tape recorder* dicoba untuk merekam wawancara pada saat uji coba penggunaan pedoman wawancara. Hal-hal yang diperhatikan adalah fungsi perekaman *tape recorder* menghasilkan kualitas yang baik adalah volume diatur rendah, arah mikrofon perekam dan jarak penempatan *tape recorder* (Moleong, 2005).

Catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasi respon non verbal yang berisi tentang tanggal, waktu, tempat, deskripsi (gambaran proses wawancara). Deskripsi dari proses wawancara meliputi gambaran diri informan, siapa yang hadir, bagaimana pengaturan lingkungan fisik, interaksi sosial dan catatan tentang peristiwa khusus (Creswell, 1998). Uji coba catatan lapangan dilakukan bersamaan saat uji coba kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara dan penulisan catatan lapangan.

3. Pelaksanaan pengumpulan data

Berbekal surat pengantar permohonan izin penelitian dari Dekan FIK, peneliti mengajukan permohonan izin kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Perlindungan Masyarakat Kabupaten Blitar. Surat persetujuan secara tertulis ditandatangani oleh Kepala Badan Keshanglinmas, untuk dapat melakukan penelitian di Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo Blitar. Selanjutnya peneliti menghadap kepada Kepala Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo Blitar untuk menyampaikan persyaratan administrasi serta menyampaikan tujuan penelitian. Melalui Kepala Sub Bidang Diklat RSUD Ngudi Waluyo Blitar, diberikan surat pengantar pengumpulan data kepada Kepala Sub Bidang Keperawatan dengan tembusan kepada masing-masing kepala ruang, selanjutnya peneliti mulai membuat kontrak pertemuan dengan perawat kepala ruang atau perawat yang ditunjuk sebagai fasilitator

Sebelum bertemu dengan partisipan, peneliti bekerjasama dengan perawat ruangan memilih calon partisipan, menjelaskan kepada perawat mengenai tujuan penelitian dan kriteria calon partisipan. Bersama dengan perawat, peneliti mendatangi calon partisipan, menyeleksi apakah sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan. Pada kunjungan ini peneliti juga membangun hubungan saling percaya dengan meyakinkan bahwa identitas dan pengalaman partisipan selama berinteraksi dengan perawat dijaga kerahasiaannya dan proses penelitian tidak memberikan dampak terhadap calon partisipan. Pembicaraan dimulai dari topik yang bersifat umum mengenai biodata calon partisipan dan memberi kesempatan kepada partisipan untuk bertanya. Setelah partisipan tanpa ragu bertanya dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang diajukan peneliti, peneliti berasumsi bahwa hubungan saling percaya sudah terbentuk. Kemudian peneliti menanyakan kesediaan berpartisipasi dalam penelitian. Setelah partisipan menyatakan setuju, maka partisipan menandatangani lembar kesediaan berpartisipasi dalam penelitian (*informed consent*) dan dilanjutkan wawancara berikutnya pada waktu dan tempat sesuai kesepakatan peneliti dan partisipan

Kesepakatan penetapan tempat dan waktu wawancara peneliti lakukan untuk memberikan keleluasaan dan kenyamanan bagi partisipan. Tempat yang telah terpilih untuk melakukan wawancara mendalam adalah ruang perawatan pasien, yaitu satu partisipan di ruang perawatan penyakit dalam, satu partisipan di ruang perawatan penyakit bedah dan dua partisipan di ruang perawatan Pavilyun. Wawancara kepada

satu partisipan dilaksanakan di ruang perawatan yang kebetulan kosong, tidak memungkinkan bila dilaksanakan di ruang perawatan pasien, karena tempat tidur partisipan berada diantara 10 tempat tidur pasien yang lain. Satu partisipan dilakukan wawancara mendalam di ruang diskusi mahasiswa yang kebetulan tidak digunakan. Pemilihan tempat-tempat tersebut sebagai tempat wawancara dalam rangka memberikan suasana yang lebih *privacy* dan yakin tidak didengarkan oleh pihak lain yang tidak berkepentingan, serta untuk mengantisipasi adanya ketidaknyamanan partisipan dalam mengungkap pengalaman lebih mendalam tentang perawat dan pelayanan keperawatan. Setting wawancara bervariasi tergantung kondisi partisipan. Wawancara mendalam kepada tiga partisipan dilakukan dengan posisi duduk sejajar, saling berhadapan, sedang tiga partisipan yang lain wawancara mendalam dengan posisi partisipan semi fowler di atas tempat tidur, dan peneliti duduk di kursi berhadapan dengan partisipan. Posisi berhadapan peneliti ambil untuk memudahkan pengamatan non verbal partisipan dan sebagai cermin rasa penghargaan peneliti kepada partisipan. Jarak peneliti dengan partisipan kurang lebih satu meter, dengan penempatan alat perekam kurang lebih 0,5 m, dengan maksud agar kualitas suara lebih baik.

Data hasil wawancara dibuat dalam suatu transkrip data dan peneliti mengidentifikasi berbagai kemungkinan tema sementara dari berbagai pengalaman yang dideskripsikan para partisipan. Peneliti menginformasikan dan memvalidasi tema sementara tersebut kepada partisipan. Pelaksanaan konfirmasi tema sementara

dilakukan secara langsung kepada partisipan yang masih dirawat, sedang konfirmasi tidak langsung melalui telepon dilakukan pada partisipan yang sudah pulang. Tujuan konfirmasi ini adalah untuk mencari kesamaan pemahaman berhubungan dengan pengalaman partisipan berdasarkan interpretasi data yang dibuat peneliti. Pada kesempatan ini pula peneliti dapat membuat perbaikan atau koreksi jika terdapat berbagai kesenjangan (*gap*) dari data yang diperoleh pada wawancara.

F. Analisis Data

Setelah semua data dari hasil wawancara dibuat dalam transkrip data, kemudian peneliti melakukan interpretasi dengan mengidentifikasi berbagai kemungkinan tema sementara dari hasil wawancara pertama berdasarkan penjelasan-penjelasan yang telah diberikan oleh partisipan serta mempertimbangkan hasil dari *field note*/catatan lapangan. Interpretasi dilakukan dengan memasuki wawasan persepsi partisipan, melihat bagaimana mereka melewati suatu pengalaman kehidupan dan memperlihatkan fenomena serta mencari makna dari pengalaman partisipan (Nurachmah, 2005).

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah langkah-langkah dari Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 1999). Alasan pemilihan metode analisa ini didasarkan pada kesesuaian dengan filosofi Husserl, yaitu suatu penampakan fenomena hanya akan ada bila ada subyek yang mengalami fenomena (partisipan) dan adanya deskripsi langkah analisis yang lengkap serta operasional.

Proses analisis data dimulai dengan membaca kembali secara keseluruhan deskripsi

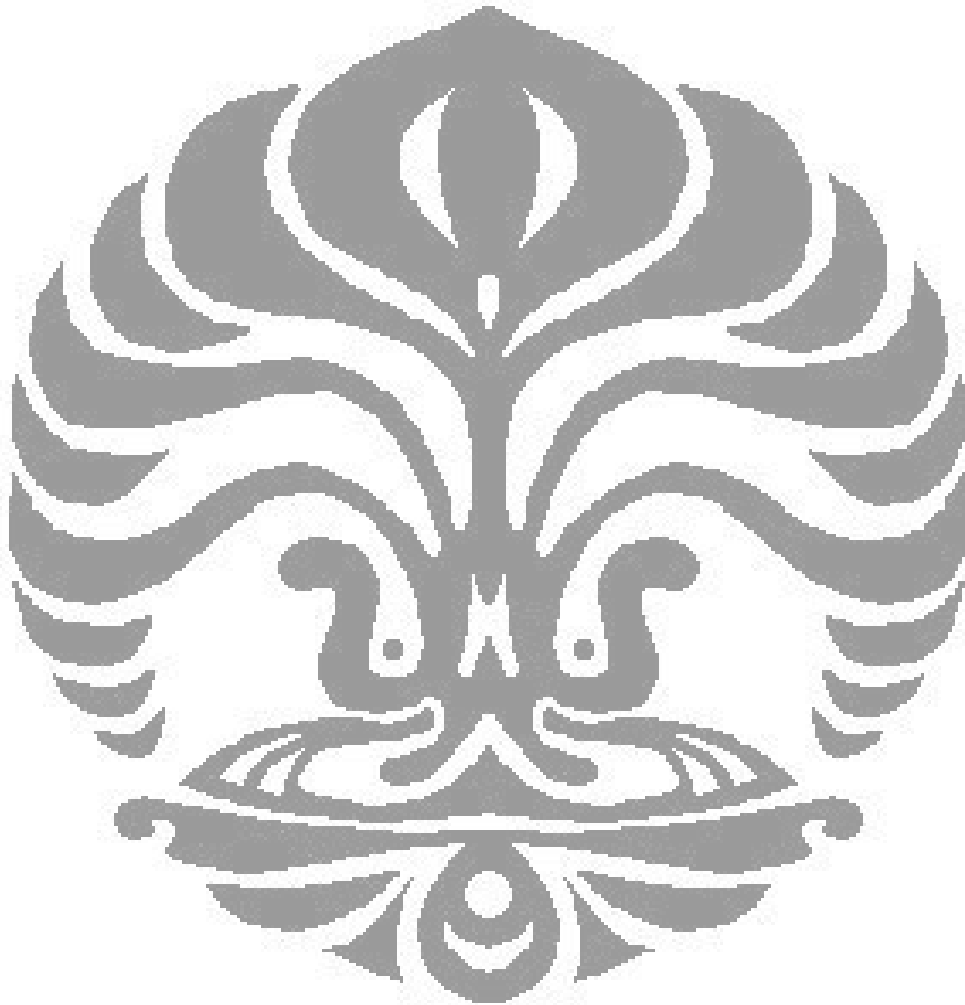
informasi dari partisipan yang ada dalam transkrip masing-masing. Peneliti membaca sampai rata-rata 4 kali, untuk memperoleh perasaan yang sama seperti yang dialami partisipan tentang citra perawat. Identifikasi kata kunci dilakukan melalui penyaringan pernyataan informasi yang signifikan dengan tujuan penelitian. Pengulangan pernyataan yang mengandung makna yang sama atau hampir sama, dianggap sudah terwakili dalam kata kunci. Frase atau kalimat yang tidak relevan dengan pengalaman yang sedang diteliti diabaikan dan tidak dijadikan sebagai data yang bermakna.

Beberapa kata kunci yang memiliki arti relatif sama dijadikan dalam satu kategori. Ketika membuat kategori peneliti seringkali harus memvalidasi lagi dengan kata kunci yang ada pada verbatim untuk mendapatkan kesesuaian arti dari pernyataan partisipan. Beberapa kategori yang sama dikelompokkan dalam satu sub tema. Selanjutnya beberapa subtema yang serupa digolongkan dalam satu tema. Tema-tema yang terbentuk dikelompokkan, dengan berpedoman pada tujuan khusus penelitian. Pengelompokan tema ini kemudian disusun dalam bentuk tabel kisi-kisi tema

Kisi-kisi tema penelitian diintegrasikan ke dalam suatu narasi hasil penelitian sesuai dengan topik penelitian. Narasi hasil penelitian ditulis berdasarkan struktur tujuan khusus dan masing-masing tema yang menyertai tujuan khusus. Sub tema dan kategori dibuat dalam bentuk uraian untuk menggambarkan mekanisme pembentukan masing-masing tema pada setiap tujuan khusus.

Ringkasan analisis data digambarkan pada skema 3.1

Skema 3.1
Metode Analisa Data



Sumber; Streubert & Carpenter. (1999). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*

G. Keabsahan Data

Pada penelitian kualitatif terdapat beberapa cara untuk memvalidasi dan memperoleh keabsahan data (*trustworthiness*). Menurut Guba dan Lincoln (1994 dalam Streubert & Carpenter, 1999) terdapat empat kriteria untuk memperoleh keabsahan data dalam studi kualitatif yaitu dengan derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*).

Beberapa kegiatan untuk mendapatkan derajat kepercayaan (*credibility*) dalam penelitian ini adalah peneliti menyusun proposal penelitian meliputi pemilihan pendekatan fenomenologi deskriptif, partisipan penelitian, tempat dan waktu penelitian, pertimbangan etik, metode pengumpulan data, alat pengumpul data, rencana analisa data, dan keabsahan data. Pada pelaksanaan penelitian, peneliti memilih partisipan yang sesuai kriteria, prosedur pengumpulan data dan analisa data yang jelas parameternya. Pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tahapan proses penelitian yaitu proses pengumpulan data, pengorganisasian data baik data hasil wawancara maupun catatan lapangan demikian pula strategi analisa data. Data yang terkumpul, peneliti cek kembali dengan menguji kembali adanya kemungkinan perbedaan interpretasi yang dapat mengarah pada temuan penelitian yang berbeda. Upaya tersebut ditujukan untuk memperoleh data yang akurat.

Transferability mengandung makna adanya kesamaan antara pengirim dan penerima. Bagaimana hasil penelitian yang dilaksanakan pada populasi tertentu dapat diterapkan

pada populasi yang lain. Peneliti menguraikan laporan penelitian secara rinci, teliti dan cermat, segala sesuatu yang dibutuhkan oleh pembaca diuraikan agar penemuan yang diperoleh mudah dipahami.

Dependability mengandung pengertian bahwa kesesuaian metode penelitian dalam menjawab pokok permasalahan penelitian dan mencapai tujuan penelitian yang diinginkan. Prinsip *dependability* ini dipenuhi peneliti melalui proses bimbingan dan ujian proposal untuk mendapatkan penilaian dan kritikan dari pihak lain. Bimbingan, masukan dan kritikan diharapkan mampu memantapkan bahwa metode yang dipilih dalam penelitian ini sesuai.

Confirmability mengandung pengertian bahwa sesuatu dikatakan obyektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak-pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Pemenuhan prinsip *confirmability* pada penelitian ini adalah sejauhmana tercapai kesamaan pandangan diantara peneliti dengan pembimbing satu dan dua mengenai aspek-aspek yang akan dibahas. *Confirmability* juga dicapai peneliti melalui keterbukaan akan kemungkinan pihak-pihak lain memberikan penilaian dan masukan-masukan dalam penelitian ini.

Selain peneliti, partisipan juga mempunyai peran yang penting dalam memperoleh keabsahan data dalam penelitian ini. Peran partisipan termasuk pada prinsip *credibility* dan *transferability* yaitu memperoleh data yang akurat dan untuk menyajikan hasil

penelitian seteliti dan secermat mungkin. Partisipan memberikan informasi yang lengkap dengan menjunjung tinggi kealiamahan data sehingga diperoleh data yang akurat sesuai dengan perspektif partisipan. Partisipan juga berperan dalam melakukan pengecekan kembali terhadap deskripsi yang telah dibuat peneliti.

Ringkasan penelitian digambarkan berikut ini berdasar pada keseluruhan isi dari bab 3: 1) Metode yang digunakan adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi diskriptif; 2) Partisipan diseleksi dengan menggunakan teknik *sampling purposive*; 3) Penelitian dilakukan di Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo Blitar dengan waktu penelitian Pebruari sampai Juli 2008; 4) Pertimbangan etik yang digunakan adalah prinsip *self determination, privacy, anonymity, confidentiality dan protection from discomfort*; 5) Metode pengumpulan data dengan wawancara mendalam; 7) Alat pengumpul data adalah peneliti sendiri, pedoman wawancara, catatan lapangan dan *tape recorder*. Analisis data menggunakan langkah dari Colaizzi; 8) Keabsahan data meliputi derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*). Pada bab berikutnya akan disajikan hasil penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan, bertujuan menggambarkan pemahaman pasien tentang citra perawat setelah menjalani perawatan di rumah sakit pemerintah. Bab ini terdiri dari 2 bagian yaitu bagian pertama menguraikan karakteristik partisipan yang berpartisipasi dalam penelitian ini dan bagian kedua menguraikan hasil penelitian berupa tema yang muncul dari perspektif partisipan tentang citra perawat setelah mereka mengalami perawatan di rumah sakit pemerintah di Blitar, ditulis secara berurutan berdasarkan tujuan khusus penelitian.

A. Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang, usia informan paling muda 25 tahun dan paling tua 65 tahun. Semua partisipan bertempat tinggal di wilayah Blitar, Jawa Timur. Partisipan terdiri dari 3 laki-laki dan 3 perempuan. Tempat ruang rawat 2 orang di pavilyun, 4 orang di ruang rawat kelas, dengan penyandang dana Askes 2 orang, JPS 1 orang, biaya sendiri 3 orang. Tingkat pendidikan partisipan yaitu 2 orang SMP atau sederajat, 2 orang SMA, 2 orang Perguruan Tinggi (Sarjana dan Diploma). Jenis kasus partisipan adalah tergolong kasus penyakit dalam 4 orang, kasus bedah 2 orang. Lama dirawat dalam rentang 3 hari sampai 10 hari. Semua partisipan dapat berkomunikasi dengan bahasa Indonesia, namun kadang menggunakan bahasa Jawa, karena kebiasaan

sehari-hari menggunakan bahasa Jawa.

B. Hasil Penelitian

Data penelitian yang berupa transkrip dan catatan lapangan dari hasil wawancara mendalam, dianalisis menggunakan metode yang dikembangkan Collaizi. Peneliti mengidentifikasi 13 tema selanjutnya tema-tema tersebut diuraikan berdasarkan tujuan khusus penelitian. Tujuan khusus pertama adalah pandangan pasien terhadap perilaku perawat di rumah sakit pemerintah Blitar teridentifikasi 3 tema yaitu sikap perawat dalam memberikan pelayanan, ketrampilan perawat, dan kegiatan perawat. Tujuan khusus kedua pandangan pasien tentang pelayanan keperawatan terbagi 3 tema yaitu kualitas layanan keperawatan, tata tertib, dan penilaian hasil layanan. Tujuan ketiga pandangan pasien tentang peran dan fungsi perawat teridentifikasi 1 tema yaitu status perawat menurut pasien. Tujuan keempat makna pengalaman pasien terhadap pelayanan keperawatan tergambar dalam 2 tema yaitu penilaian citra positif dan penilaian citra negatif. Tujuan kelima harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan teridentifikasi 4⁴ tema yaitu profesionalisme perawat, pengembangan layanan, aktivitas keperawatan dan meningkatkan citra. Uraian 13 tema yang terbagi akan disajikan dalam tema 1 sampai 13

Tujuan khusus pertama yaitu pandangan pasien terhadap perilaku perawat di rumah sakit pemerintah, tergambar dalam tema yaitu sikap perawat, ketrampilan perawat dan kegiatan perawat

Tema 1: Sikap perawat dalam memberikan pelayanan

Sikap perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merupakan faktor penting untuk memberikan kepuasan pada pasien. Faktor-faktor sikap perawat yang dipersepsikan oleh partisipan meliputi: 1) komunikasi, dan 2) kepedulian.

Faktor pertama sikap perawat adalah komunikasi dengan pasien, partisipan mendeskripsikan sikap perawat dalam berkomunikasi dalam kategori yaitu baik, kurang baik, dan derajat hubungan. Komunikasi yang baik dalam pandangan partisipan adalah komunikasi yang ditunjukkan secara etis dan ramah sebagaimana yang disampaikan partisipan, berikut :

....sopan, kalau mau gini (melakukan tindakan) permisi dulu...(P-2)

Kategori kurang baik dalam pandangan partisipan adalah komunikasi yang ditunjukkan perawat dengan nada tinggi dan sinis

...ngomongnya sengol (tidak enak nadanya, partisipan menirukan nada bicara perawat dengan bibirnya mencibir dan nada tinggi)...P-4)

Kategori derajat hubungan diungkapkan partisipan sebagai sikap perawat dalam komunikasi dengan pasien tanpa ada jarak, perawat melakukan tahap orientasi terlebih dahulu. Menurut partisipan dengan perawat melakukan komunikasi ini pasien menjadi berani mengungkapkan keluhannya, seperti ungkapan partisipan ini

...perawat di sini... pengenalan, komunikasi, jadi tidak ada sekat (pembatas) antara pasien dan perawat... akhirnya pasiennya berani, tidak sungkan menyampaikan keluhan. (P-5)

Pandangan pasien tentang kepedulian perawat terhadap kebutuhan pasien bervariasi antara ruang perawatan paviliun dan ruang perawatan kelas. Kepedulian perawat menurut pandangan partisipan meliputi: 1) peduli terhadap kebutuhan pasien, 2) kurang peduli terhadap kebutuhan pasien, dan 3) menghargai

Aspek tanggap terhadap kebutuhan pasien, menurut partisipan adalah ditunjukkan dengan sikap perawat yang bersedia membantu kebutuhan pasien, pasien ditangani dengan cepat, tanggap dengan kebutuhan pasien, diungkapkan partisipan berikut ini

... langsung cepat-cepat ditangani, perawat tanggap, tahu keluhan pasien... (P-6)

Partisipan merasa kecewa dengan sikap tidak peduli perawat. Aspek tidak peduli terhadap kebutuhan pasien menurut partisipan adalah tidak berespon ketika dilapori keadaan pasien, melakukan pekerjaan yang menurut partisipan kurang penting, perawat tidak mempedulikan kehadiran pasien. Pernyataan partisipan yang mengungkapkan kekecewaan atas ketidakpedulian perawat adalah sebagai berikut:

Saya datang dengan naik becak digandeng sama ibu, sampai di paviliun surat keterangan diserahkan kepada perawat,...saya cari duduk sendiri tanpa ada yang mempersilahkan, kondisi saya lemas, sakit. (P-4)

...dilapori anak saya” bu infusnya bu S habis” gitu itu dia ndak bilang apa-apa. Diam... aja, terus sudah 1 jam kok belum diganti.. anak saya ke situ lagi. ” Bu infusnya bu S habis” gitu masih diam saja, kok malah nulis-nulis. (P-2)

Aspek ketiga dari kepedulian menurut partisipan adalah sikap perawat yang

menghargai pasien yang ditunjukkan dengan menganggap pasien sebagai manusia, dengan cepat memberikan penanganan seperti yang diungkapkan partisipan berikut ini.
”Baiknya itu menganggap manusia... gitu lho mbak. Cepat ditangani” (P-6)

Tema 2 : **Ketrampilan Perawat**

Menurut partisipan, ketrampilan perawat dalam melakukan tindakan menjadi tolok ukur sikap profesional keperawatan. Pandangan partisipan terhadap ketrampilan perawat adalah kurang terampil ditunjukkan dengan ketidak mampuan perawat melakukan tindakan dengan tepat, seperti diungkapkan partisipan berikut ini

... masang infus itu gak pas akhirnya di sini sakit..., ambil darah gak pas sehingga 3 hari tangan saya sakit...itu berarti khan gak profesional. (P-4)

Tema 3: **Pandangan pasien tentang kegiatan perawat**

Kegiatan perawat merupakan kegiatan rutin yang dilakukan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien. Kegiatan perawat dipandang oleh partisipan sebagai kegiatan: 1) memenuhi kebutuhan, 2) *monitoring*, 3) pendidikan kesehatan.

Memenuhi kebutuhan digambarkan oleh partisipan adalah: 1) memenuhi makan minum, 2) memenuhi rasa nyaman, dan 3) pengobatan.

Perawat memenuhi makan minum digambarkan pasien sebagai kegiatan perawat yang memberikan makanan dan minuman kepada pasien, seperti diungkap partisipan berikut

... selesai mandi ...saya dikasih makan...(P-6)

Perawat memenuhi rasa nyaman pasien digambarkan oleh partisipan sebagai tindakan rutin perawat untuk menurunkan panas pasien, membersihkan tempat tidur

rutin. perawat melakukan tindakan... panas saya diturunkan. gitu lho bu..
(P-3)

Pagi ketika saya ke kamar mandi, perawat membersihkan tempat tidur...
(P-6)

Kategori perawat memenuhi kebutuhan pengobatan digambarkan oleh partisipan sebagai kegiatan yang dilakukan perawat untuk menyuntik, mengambil darah, memeriksa gula darah

....disuntik oleh perawat karena memang saya sakit benar (P-6)

Sub tema kedua dari kegiatan perawat adalah *monitoring*. Kegiatan *monitoring* perawat terhadap pasien digambarkan partisipan sebagai 1) *monitoring intake output* dan 2) *monitoring tanda-tanda vital*.

Kategori *monitoring intake output* digambarkan partisipan sebagai kegiatan mengecek urine yang ada di urobag pada pasien yang dipasang dower cateter, seperti yang diungkapkan partisipan dengan diagnosa medis post op batu ginjal hari ke 6 berikut ini

... ada yang mengecek, melihat urine ini (sambil menunjuk urobag yang terpasang) ada... (P-1)

Kategori ke dua dari kegiatan *monitoring* digambarkan oleh pasien sebagai *monitoring* tanda-tanda vital yang kurang. Partisipan mempersepsikan bahwa ketika di rumah sakit akan mendapatkan cek tanda-tanda vital minimal 3 kali sehari. Partisipan yang di rawat di ruang pavilyun ini mengungkapkan rasa kecewa karena memperoleh tindakan

monitoring tanda-tanda vital hanya 1 kali dalam sehari.

...Oo ternyata begini tho di pavilyun. Pengukuran panas itu hanya sore...(P-4)

Sub tema ketiga dari kegiatan perawat menurut pandangan partisipan adalah pendidikan kesehatan. Memberikan pendidikan kesehatan tergambar dalam pandangan partisipan adalah kegiatan perawat memberikan penjelasan IVP seperti diungkapkan partisipan berikut ini.

...perawat menjelaskan rencana kegiatan IVP ...(P-6)

Tujuan khusus kedua yaitu pandangan pasien tentang pelayanan keperawatan tergambar dalam tema: 1) kualitas layanan keperawatan, 2) alur layanan dan 3) penilaian terhadap hasil layanan

Tema 4: **Kualitas pelayanan keperawatan**

Kualitas pelayanan dipandang dari perspektif partisipan teridentifikasi menjadi 3 yaitu:

1) distribusi beban kerja, 2) waktu tunggu, dan 3) kerja sama.

Faktor pertama distribusi beban kerja berdasarkan pandangan partisipan adalah pembagian tugas yang kurang optimal. Partisipan mendeskripsikan pembagian tugas yang kurang optimal dari kesibukan perawat yang tidak merata, ada perawat yang sibuk dan ada perawat yang tidak melakukan kegiatan.

... padahal yang sibuk itu hanya masnya itu saja, saya lihat ada mbaknya hanya mengikuti saja...(P-4)

Faktor kedua dari kualitas layanan adalah waktu tunggu yang dideskripsikan partisipan sebagai: 1) tindakan, 2) mendapat perawatan lama, dan 3) koordinasi kurang memuaskan

Aspek waktu tunggu tindakan dideskripsikan partisipan sebagai waktu tunggu untuk mendapatkan tindakan infus dari perawat menunggu selama 20 menit. Partisipan lain mendeskripsikan penanganan hanya menunggu 5 menit.

...kok saya gak ada tindakan apa gitu,... sampai 20 menit kemudian saya diambil infus,.. (P-4)

...datang di UGD, ditangani oleh perawat nunggu 5 menit ...(P-6)

Aspek waktu tunggu kedua menurut partisipan adalah waktu tunggu mendapat perawatan yang lama. Partisipan merasa kecewa menunggu di ruang tindakan sampai beberapa lama untuk mendapatkan kamar perawatan, karena partisipan beranggapan telah memilih tempat perawatan terbaik yaitu pavilyun.

... baru 20 menit kemudian diberi kamar,...(P-4)

Aspek waktu tunggu ke tiga adalah adalah waktu tunggu koordinasi yang dideskripsikan oleh partisipan waktu untuk mengkoordinasikan antara UGD dengan ruangan

..., telpon ruangan sampai setengah jam...saya pikir koordinasi ruangan kok sampai segitunya,...(P-4)

Faktor ketiga dari kualitas layanan keperawatan adalah kerjasama. Partisipan mendeskripsikan kerja sama ini sebagai kebersamaan. Partisipan merasakan kepuasan terhadap kerjasama perawat dengan perawat, perawat dengan mahasiswa di ruang

perawatan kelas dilakukan dengan baik.

Ya...waktu dikontrol itu semua kesini... lihat kesehatan saya semua ke sini...(P-2)

Tema 5: Aturan

Alur layanan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Alur layanan di dideskripsikan partisipan sebagai 1) tata tertib dan 2) koordinasi.

Faktor tata tertib dideskripsikan partisipan adalah kelonggaran penerapan tata tertib yaitu jam berkunjung bebas, jumlah penunggu tidak dibatasi. Menurut partisipan sebenarnya secara teori ada aturan tata tertib, namun dalam kenyataannya tidak dilakukan sesuai ketentuan.

...Di sini pengunjung itu tidak dibatasi, tidak ada jam walaupun dalam teorinya ada jam tapi kenyataannya lain. (P-5)

Faktor kedua adalah koordinasi yang diidentifikasi pasien sebagai koordinasi antara UGD ke ruang perawatan kelas sudah dilakukan dengan baik dengan sudah diberikan tindakan pertama di UGD terus diberikan tempat di ruang perawatan, dan koordinasi antara perawat dengan tenaga kesehatan lain sudah dilakukan dengan baik

...dari depan sudah di infus, ditanya-tanya, perjalanannya, pokoknya komplit,...terus di bawa ke sini...jadi ya ... sudah koordinasikan. (P-5)

Tema 6: Penilaian pasien tentang hasil layanan

Hasil layanan dinilai oleh partisipan menjadi tiga kategori yaitu: 1) kepuasan, 2) sepadan dengan klas perawatan dan 3) layanan kurang optimal khususnya dalam pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

Kategori kepuasan di deskripsikan oleh partisipan adalah puas telah mendapatkan layanan sewaktu-waktu sesuai kebutuhan partisipan seperti yang diungkapkan partisipan berikut

...ukurannya saya sendiri lho bu ... saya merasa puas, ..dengan pelayanan disini .. contoh malam-malam dipanggil langsung datang, infus habis langsung diganti.(P-1)

Kategori kedua adalah layanan sepadan dengan kelas perawatan dideskripsikan oleh partisipan dengan menyadari bahwa pelayanan yang diterima merupakan hak yang seharusnya di dapat.

...walaupun saya ngambil di kelas bawah, itu ya sudah lumayan, sudah cukup penanganannya, artinya tidak nunggu besok-besuk. Dari depan sudah di infus, ditanya-tanya, perjalanannya, pokoknya komplit, (P-5)

Kategori ketiga layanan kurang maksimal, dideskripsikan partisipan sebagai layanan keperawatan yang tidak memberikan layanan untuk kebutuhan kebersihan diri partisipan

...perawat di sini tidak pernah memandikan...(P-6)

Tujuan khusus ke tiga adalah pandangan pasien terhadap peran fungsi perawat dideskripsikan partisipan dalam satu tema yaitu status perawat

Tema 7 : **Status perawat.**

Status perawat menurut partisipan dideskripsikan dalam 9 kategori sebagai berikut: 1) posisi terhormat, 2) tenaga utama, 3) posisi tinggi, 4) kemampuan pengambilan keputusan, 5) kerja penuh waktu, 6) tahu kondisi pasien, 7) tempat mengadu, 8) penuh kasih sayang dan 9) melibatkan keluarga dalam tugas perawat-klien

Aspek pertama posisi terhormat, dideskripsikan partisipan bahwa keberadaan perawat membawa berkah bagi masyarakat, seperti yang dituturkan partisipan berikut ini
...sangat mulia sekali, karena berjasa menyembuhkan orang sakit, masyarakat, peduli terhadap masyarakat (P-1)

Aspek kedua adalah tenaga utama dideskripsikan oleh partisipan bahwa kedudukan perawat di rumah sakit merupakan sumber daya manusia yang pertama kali bersentuhan dengan pasien. Partisipan menuturkan bila tidak ada perawat maka pelayanan di rumah sakit akan terhambat, dan dokter bisa tahu kondisi pasien juga dari perawat.

...faktor intern yang utama di rumah sakit itu adalah perawat, dokter hanya tanya gini-gini ke perawat...(P-4)

Posisi tinggi merupakan kategori ketiga yang dideskripsikan oleh partisipan bahwa perawat mempunyai tempat yang lebih tinggi dibandingkan tenaga lain yang ada di rumah sakit

...Posisinya yang tinggi itu bukan dokter,... tapi sebenarnya adalah perawat (P-4)

Kategori keempat kemampuan pengambilan keputusan diidentifikasi partisipan bahwa

perawat mengikuti dokter, perawat menunggu penjelasan dokter yang sebenarnya
perawat sendiri bisa mengambil keputusan ketika pasien mengeluh kesakitan

...perawat bilang ”aduh saya khan harus tahu dari dokternya, saya tidak bisa ngasih”.(P-4)

Kerja penuh waktu merupakan kategori kelima. Partisipan mendeskripsikan bahwa tugas perawat melelahkan, perawat menangani semua permasalahan tentang pasien

... Pandangan saya terhadap perawat itu selain mulia juga pekerjaan yang paling melelahkan ... perawat sudah kerjanya full, sehari-hari nangani gini-gini.. infus, suntik, dan lain-lain ..., (P-4)

Kategori keenam adalah tahu kondisi pasien di deskripsikan oleh partisipan bahwa perawat selalu mengetahui kondisi pasien, kebutuhan pasien, seperti ungkapan partisipan berikut ini

... perawat itu sambung gitu lho mbak arti sambung itu tahu.. apa apa tahu (P-6)

Kategori ke tujuh adalah tempat mengadu, di deskripsikan partisipan bahwa perawat bisa dijadikan tempat menampung keluhan, setiap merasakan keluhan pertama kali pasien menyampaikan kepada perawat.

Kalau ada keluhan saya khan menyampaikan laporan ke perawatnya (P-5)

Penuh kasih sayang merupakan kategori ke delapan yang dideskripsikan partisipan bahwa perawat dalam memberikan pelayanan dengan rasa keibuan atau rasa keterikatan antara seorang ibu kepada anak, sehingga sulit untuk melupakan kebaikan perawat

...saya itu berat kalo mau meninggalkan kebaikan perawat sini.(P-2)

... sekarang ini saya benar-benar senang gitu lho mbak...rasanya ada keterikatan ada hubungan seperti ibu saya sendiri, semua keluhan saya itu diperhatikan.(P-6)

Kategori ke sembilan adalah melibatkan keluarga dalam tugas perawat-pasien, di deskripsikan oleh partisipan beberapa keperluan dibantu oleh keluarga, perawat meminta keluarga untuk membantu mencatat minum pasien dengan memberikan lembar observasi

... misalnya berapa minumnya itu disuruh mencatat, diberi lembaran observasi (P-1)

Tujuan khusus ke empat yaitu makna pengalaman pasien terhadap pelayanan keperawatan, tergambar dalam tema: 1) penilaian citra positif dan 2) penilaian citra negatif

Tema 8: **Penilaian citra positif**

Penilaian citra positif dideskripsikan partisipan dari 7 kategori yaitu: 1) pelaksanaan tindakan medikasi, 2) kesesuaian layanan, 3) sesuai norma/aturan, 4) adil/humanis, 5) kasih sayang, 6) pelaksanaan peran dan 7) perubahan baik.

Kategori pertama pelaksanaan tindakan medikasi di deskripsikan partisipan bahwa perawat melakukan tindakan ganti infus, menyuntik, periksa gula darah dilakukan perawat dengan baik.

.... ganti infus ya bagus, terus nyuntik, pasang infus ya bagus, nyuntik disini (menunjuk jari manisnya) (maksudnya periksa kadar gula darah menggunakan stik glukotest: peneliti) periksa kadar gula ya bagus trus

nyuntik makan (memberikan suntikan insulin: peneliti) disini menunjuk lengan) ya bagus bu. (P-2)

Kesesuaian layanan sebagai kategori kedua dideskripsikan partisipan bahwa partisipan menerima kenyataan dan merasakan pelayanan yang lebih baik dari pada yang pernah partisipan alami pada saat partisipan masih sekolah dulu. Partisipan usia 41 tahun, siap untuk pulang meninggalkan rumah sakit menuturkan sebagai berikut

kalau kelas 3 ya harus nrimo, pelayanan seperti ini sudah lebih baik, tidak separah dibanding dulu jaman saya masih sekolah dulu, saya masih ngalami, perawatnya kasar, judes,...(P-5)

Kategori ketiga adalah sesuai norma/aturan, dideskripsikan oleh partisipan bahwa citra pelayanan keperawatan baik, sesuai norma/aturan keilmuan, artinya tidak pernah melakukan kesalahan praktek dan sesuai aturan yang berlaku di masyarakat.

Citra perawat di sini bagus, karena saya belum pernah mendengar kasus yang negatif baik secara ilmu maupun kehidupan sosial...(P-1),

Adil/humanis merupakan kategori ke empat yang dideskripsikan partisipan bahwa pelayanan keperawatan tidak membedakan orang, menghargai dan menghormati pasien sebagai manusia.

...dulu saya dengar perawat itu judes, tidak memanusiakan, tapi ternyata setelah saya dirawat sendiri perawatnya baik, jadi isue itu tidak terbukti gitu mbak (P-6)

Kategori kelima adalah kasih sayang dideskripsikan partisipan bahwa partisipan merasakan senang dengan perawat karena menurut partisipan perawat-pasien saling tolong menolong dengan penuh kasih sayang.

...Saya senang dirawat di sini, karena merasakan antara perawat dan pasien, saling tolong menolong, saling mengasihi, hati saya jadinya kok seneng gitu lho mbak (P-6).

Kategori ke enam yaitu penerimaan peran. Partisipan mendeskripsikan pelaksanaan peran adalah membandingkan persepsi partisipan tentang pelayanan keperawatan terhadap pasien dengan sosial ekonomi rendah masa yang lalu dengan yang dialami partisipan sekarang. Partisipan memaknai pengalaman tentang citra di rumah sakit saat di rawat dengan melihat perawat yang bisa memerankan sebagai perawat yang tidak membeda-bedakan tingkat sosial ekonomi.

...biasanya menghadapi orang kelas bawah itu ada kekasaran, kalau dulu sekarang tidak,...dulu banyak kesan perawat lengus (sewot/ judes), sekarang sudah tidak. Itu lho yang saya rasakan, mungkin perawat sekarang sudah tahu tempatnya...(P-5)

Perubahan baik merupakan kategori ke tujuh dari penilaian citra positif. Partisipan mendeskripsikan pelayanan perawat sekarang lebih baik dari dulu, walaupun perubahan itu sangat sedikit

Ya secara keseluruhan sudah ada peningkatan, mungkin dari kepala-kepala sudah ada upaya perbaikan, itu yang saya rasakan... seperti juga kata saudara-saudara saya, tetangga saya yang masuk, walau sedikit-sedikit tapi sudah ada perbaikan.(P-5)

Tema 9: **Penilaian citra negatif**

Penilaian citra negatif menurut partisipan terdiri dari 3 kategori yaitu: 1) pilih-pilih 2) kurang dipercaya dan 3) tidak tulus.

Kategori pertama adalah pilih-pilih. Partisipan mendeskripsikan pilih-pilih adalah pelayanan keperawatan membeda-bedakan pelayanan berdasar tingkat sosial ekonomi

...Sebenarnya sini itu dulu yang terbaik..., tapi karena kasus-kasus yang

tidak punya di nomor duakan....menjadi kurang. Sewaktu saya masih SMA, SMP sini itu no 3 se Jawa Timur lho mbak.... Maksud saya ini khan pelayanan kesehatan, kok ditanya punya uang tidak? Ya Ampun.. rasanya kok gak masuk akal, (P-4)

Kategori kedua kurang dipercaya dideskripsikan oleh partisipan bahwa kepercayaan masyarakat belum ada, terbukti masih banyak keluarga yang menunggu pasien.

Menurut partisipan bila perawat dapat melakukan tugasnya dengan baik maka masyarakat akan percaya

...Kalau kepercayaan masyarakat sudah tertanam, pelayanan perawatan dan perawatnya baik ke pasien, masyarakat percaya 100% ke perawat gitu rumah sakit dak bising seperti sekarang ini, mesti berkurang dan pasien cepat sembuh.enak gitu (P-5)

Tidak tulus merupakan kategori ke tiga yang digambarkan oleh partisipan bahwa perawat akan melakukan tugasnya dengan baik bila ada uang jaminan. Partisipan memandang tindakan tersebut telah menyalahi sumpah perawat.

Perawat mau merawat kalau ada uang. Padahal dalam sumpah mungkin tidak seperti itu,...(P-5)

Tujuan khusus kelima adalah harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan dideskripsikan partisipan dalam empat tema yaitu: 1) profesionalisme perawat, 2) pengembangan layanan, 3) aktivitas keperawatan dan 4) meningkatkan citra

Tema 10: **Profesionalisme perawat.**

Harapan adalah keinginan partisipan untuk dapat dipenuhi sesuai kebutuhan. Harapan partisipan terhadap profesionalisme perawatan digambarkan partisipan dalam 3 sub

tema yaitu: 1) attitude, 2) skill dan 3) kognitif. Masing-masing sub tema di uraikan di bawah ini

Sub tema attitude dideskripsikan partisipan dari 9 kategori yaitu: 1) peduli, 2) keramahan, 3) tata krama, 4) adil, 5) jujur, 6) komunikasi, 7) menghibur dan 8) menghargai.

Kategori pertama yaitu peduli dideskripsikan partisipan sebagai keinginan partisipan terhadap sikap perawat yang harus melayani pasien dengan baik dan mempedulikan keluhan pasien, segera datang memberikan bantuan, lebih sering mendekat pasien seperti ungkapan partisipan berikut mewakili ungkapan partisipan lain yang hampir sama

....penginnya dikasih pelayanan yang baik, perawat baik, dan langsung ditanggapin (P-4)

namanya orang sakit, ya kalau di bilangi...perawat harus cepat datang,..(P-2)

Keramahan merupakan kategori kedua dari attitude. Partisipan mendeskripsikan keramahan adalah harapan partisipan kepada perawat untuk bersikap murah senyum, mengatakan dengan nada yang enak didengar, menerima pasien dengan baik dan dilayanani dengan ramah

...Aslinya mbak, orang sakit itu tidak usah obat, senyum, kata-kata enak itu sudah bisa jadi obat tersendiri.(P-4)

Kategori ketiga dari *attitude* perawat adalah tata krama yang dideskripsikan oleh partisipan sebagai harapan kepada perawat untuk bersikap sopan, bersikap santun

kepada orang yang lebih tua dan tidak sombong.

...dan tidak sombong, kalo merawat orang tua merawat dengan halus tidak *sentheyot-sentheyot* (perangai tidak mengenakan/ kasar) itu aku tidak mau, kasar gitu saya gak mau. Soalnya saya samakan di rumah itu anak saya dak ada yang kasar. (P-3)

Kategori adil adalah kategori ke empat yang digambarkan bahwa partisipan mengharapkan perawat memperlakukan sama kepada semua pasien tanpa membedakan tingkat sosial ekonomi, semua pasien harus dilayani dengan baik, seperti contoh ungkapan partisipan berikut

... Sebenarnya, ya gimana ya.. kalo penginnya untuk perawatan harusnya gak ada perbedaan, karena menyangkut pasien sakit itu khan sama tho, mintanya ya sama antara kelas dan pavilyun tidak ada perbedaan (P-5)

Biarpun orang itu miskin, jangan dibeda-bedakan.(P-6)

...tidak pandang bulu, orang yang dak punya maupun punya sama-sania *diopeni* (dirawat) (P-3)

Kategori kelima adalah jujur. Kejujuran seorang perawat menurut partisipan merupakan sikap yang dapat menenangkan partisipan, karena merasa dengan penjelasan yang sesungguhnya, partisipan akan dapat memaklumi keadaan yang ada. Dua partisipan yang berusia di atas 50 tahun, dengan ekspresi yang sangat berharap mengungkapkan dengan kalimat singkat, namun penuh makna yaitu keinginan untuk mendapat informasi dengan jujur.

....kalau belum ada ya bilang aja belum ada, dimatikan dulu apa gitu, terus nanti di carikan,(P-2)

Bilang yang sesungguhnya, seadanya (maksudnya : apa adanya) gitu lho bu (P-3)

Komunikasi merupakan kategori ke enam yang diinginkan pasien yang digambarkan

oleh partisipan sebagai harapan kepada perawat untuk berkomunikasi dengan baik, menggunakan sapaan ramah, memberikan pemahaman, memberikan ketenangan, tidak perlu dengan nada tinggi

...yang saya harapkan tidak harus dengan nada tinggi, mungkin dijelaskan saja, misal ” mbak berdasar file yang ada, mungkin mb A dosisnya kurang atau gimana, nanti saya sampaikan dokter ” gitu khan enak.(P-4)

Menghibur merupakan kategori ke tujuh yang dideskripsikan oleh partisipan sebagai harapan kepada perawat untuk dapat menenangkan hati, memperhatikan psikologis pasien

...mintanya itu memberikan kenyamanan hati, sebenarnya obat itu lho no dua, diberikan senyum, nenangin hati, sapa, gitu lho sudah puas. Psikologinya juga harus diperhatikan...(P-4)

Kategori ke delapan menghargai digambarkan partisipan bahwa partisipan berharap antara pasien-perawat harus saling menghormati, sehingga tidak ada masalah dalam hubungan perawat-pasien.

...namanya juga manusia yang penting tidak ada masalah antara pasien dan perawat, saling menghormati...(P-6).

Sub tema ke dua dari profesionalisme perawat adalah skill. Skill di deskripsikan oleh partisipan sebagai harapan partisipan terhadap kemampuan ketrampilan perawat dalam

memasang infus dan menyuntik, mengukur tekanan darah, suhu

Kedua harus trampil dalam menjalankan tugasnya, misal memasang infus, menyuntik, mengukur tekanan darah, suhu, merawat drain. Harusnya dicek sudah benar atau tidak dalam merawat infus.(P-1)

Sub tema ketiga adalah kognitif. Partisipan mendeskripsikan kognitif dalam 3 kategori yaitu: 1) kepandaian, 2) memberikan pendidikan kesehatan dan 3) membekali

pengetahuan di rumah

Kategori pertama adalah kepandaian di deskripsikan partisipan sebagai kecerdasan perawat yang diharapkan oleh partisipan, karena partisipan berasumsi bahwa orang yang cerdas akan mampu membuat keputusan terbaik, seperti ungkapan partisipan berikut:

Perawat harus cepat taggap.pandai, ramah. Kalau perawat "telmi" (telat mikir) khan cepat "game" (mai). Ramah thok (hanya ramah) gak cerdas ya jadi terima tamu saja (sambil tertawa) (P-5)

Kategori kedua dari kognitif adalah memberikan pendidikan kesehatan, yang diidentifikasi partisipan sebagai harapan kepada perawat untuk bersedia memberikan penjelasan tentang apa yang bisa dilakukan pasien untuk mempercepat kesembuhannya. Berikut ini cuplikan ungkapan partisipan yang di rawat di pavilyun dengan post-op hari ke enam yang belum berani bergerak karena ketidak tahuan partisipan dan menginginkan HE dari perawat

... penjelasan, kemudian apa yang harus saya lakukan terhadap diri saya, misal kapan boleh duduk, menggerakkan tangan dulu atau gimana gitu lho...itu khan dijelaskan (P-1)

Sebenarnya saya berharap kalau memang perawat jijik dengan urine ini.. perawat menjelaskan dan mengajarkan cara membuka, membuang dan menutup kembali gitu..Hal hal kecil seperti itu penting, maksud saya hal itu sampaikan...(P-1)

Kategori ketiga adalah membekali pengetahuan perawatan di rumah, sebagai bentuk harapan partisipan. Partisipan mengungkapkan keinginannya seperti partisipan berikut seorang nenek usia 65 tahun, dengan DM sangat mengharapkan penjelasan dari

perawat tentang apa yang harus dilakukan selama di rumah agar tidak lupa dan lebih hati-hati ketika sudah sampai di rumah.

Harapan saya...perawat menjelaskan.... Saya khan sudah tua, anak saya jauh-jauh, kalau dak dijelaskan nanti lupa, baik jeleknya itu dijelaskan. Kalau dak ada pesan... dari sini(perawat rumah sakit)... di rumah bisa *sembrono* (tidak hati-hati/ ceroboh) (P-3)

Tema 11: Pengembangan pelayanan

Ada satu kategori dalam tema ini adalah perbedaan layanan yang di deskripsikan oleh partisipan mengharapkan adanya keseimbangan pelayanan karena partisipan merasa telah mengeluarkan biaya yang berbeda untuk memenuhi keinginan mendapat pelayanan terbaik. Selain itu partisipan juga berharap adanya perbedaan pelayanan dengan mempertimbangkan jenis kelamin, untuk memberikan rasa aman dan kebutuhan pasien terpenuhi.

Harapan saya, ini khan pavilyun harusnya lebih baik dari kelas lain, yang imbang, harus *balance* gitu lho dengan namanya. Kok mending di klas 1, apa pindah aja ya” (P-4)

Masukkan untuk perawat mbak. Kalau pasiennya cewek, keluarga yang nunggu cowok, mbok iyao kalau mau bantuin apa itu yang datang cewek, biar gak sungkan, malu. Kalau terpaksa yang dinas memang hanya cowok ya dijelasin dulu kebetulan yang jaga saya, ditanya ada keperluan apa? (P-4)

Tema 12: Aktivitas keperawatan.

Aktivitas keperawatan terdiri dari satu kategori monitoring dan evaluasi yang diidentifikasi partisipan adalah partisipan mengharapkan perawat melaksanakan kegiatan keperawatan, yaitu tindakan monitoring terhadap tanda-tanda vital, mengevaluasi keluhannya secara verbal yang baik.

...penginnya ..setiap pergantian itu dicek, ditensi, suhu, ditanya apa keluhannya? (P-4)

Tema 13: Meningkatkan citra.

Diskripsi partisipan tentang tema meningkatkan citra terdiri dari 4 sub tema: 1) Atribut, 2) perbaikan kualitas SDM, 3) pengeloaan tugas dan 4) kinerja

Sub tema atribut dideskripsikan dalam dua kategori yaitu: 1) pakaian dan 2) dandanan.

Kategori pakaian dideskripsikan partisipan sebagai harapan kepada perawat untuk berpakaian seragam dan menganut aturan pegawai di rumah sakit.

...seragam yang memenuhi kesopanan...seragam standart, ya untuk pegawai ya sudah gitu lho,...(P-5)

Kategori ke dua dandanan di gambarkan oleh partisipan sebagai keinginan partisipan untuk mendapat pelayanan dari seorang perawat yang sesuai dengan karakteristik yang diinginkan partisipan yaitu tidak mengganggu dalam tugas maupun mengganggu ketenangan pasien seperti menggunakan sepatu yang berbunyi. Dandanan, sederhana, alamiah, tidak berlebihan, rapi, bersih dan meyakinkan.

...maksud saya gak terlalu menor atau juga gak terlalu sederhana. Nanti kalau terlalu menor *mrucut*...sambil tangannya menunjukkan seseorang yang tidak bisa memegang... (tidak mengerjakan pekerjaannya)..(partisipan tersenyum). Kalau terlalu sederhana, terkesan *nglombrot* (tidak rapi) orang jadi gak percaya, kurang meyakinkan .(P-5)

Kalau alas kaki, menurut saya yang bagus itu yang sepatunya jangan bunyi pecetok-pecetok gitu, cari yang bagus yang ndak bunyi gitu lho bu, kan pakenya anggun gitu lho bu warna hitam haknya agak tinggi tidak apa-apa tapi jangan bunyi tok-tok! (P-2)

Sub tema kedua perbaikan kualitas SDM terdiri dari 2 kategori yaitu: 1) seleksi dan 2)

Diklat. Kategori seleksi dideskripsikan partisipan sebagai harapan untuk

memperbaiki citra pelayanan dengan memperhatikan kaidah-kaidah profesi keperawatan.

Upaya rumah sakit adalah dalam perekrutan perawat harus betul-betul lulusan perawat yang bagus,... .. Pokoknya berpegang pada apa yang di dapat dari hasil pendidikannya, saya kira mesti bagus, (Maaf lho saya kurang paham pendidikan perawat. Sambil tangannya di angkat dan digerakkan tanda tidak mengerti). Tidak mungkin program pendidikan yang tidak bagus. (P-5)

Kategori ke dua adalah diklat yang digambarkan oleh partisipan sebuah harapan agar kemampuan perawat ditingkatkan baik sikap, ketrampilan maupun kepandaian, agar dapat memberikan pelayanan sesuai keinginan pasien

... Menurut saya rumah sakit harus mengusahakan perawatnya profesional, misalnya pendidikan ketrampilan, bagaimana merawat orang sakit, pengetahuan tentang kesehatan, ilmu harus ditingkatkan sesuai perkembangan sekarang (P-5)

Perawat khan memberikan servis, istilahnya dari personnya digembleng dulu,... Pada individunya benar-benar digembleng, diarahin, bagaimana perawat memberikan servis, yang intinya kita ikhlas. (P-4)

Sub tema ketiga dari tema meningkatkan citra adalah pengelolaan tugas yang terdiri dari satu kategori. Partisipan menyadari adanya keterbatasan SDM, namun partisipan mengusulkan dengan tenaga terbatas dapat membagi tugas dengan baik sehingga semua pasien dapat dilayani. Berikut petikan pendapat partisipan:

Tapi mbak-mbak perawatnya ada 4 (sambil menghitung satu..dua.. tiga... empat). Mestinya khan bisa bagi-bagi tugas...saya tahu mungkin SDM terbatas, repot, dengan keterbatasan SDM itu khan dibagi.(P-4)

Sub tema keempat adalah kinerja yang di deskripsikan oleh partisipan sebagai kategori standar nilai dan tanggung jawab. Kategori standar nilai di deskripsikan oleh partisipan

bahwa apapun kondisinya perawat dalam menjalankan tugas harus profesional

....”Saya adalah perawat, saya harus melayani pasien, .saya harus ikhlas

apapun yang terjadi pada diri saya, saya harus profesional.” mungkin gitu mbak. Pasien tidak mau tahu apa dia bertengkar dengan suami atau gimana yang diminta adalah melayani dengan baik, ikhlas, wellcome, motivasi dari diri kita sendiri. (P-4)

Kategori kedua tanggung jawab, partisipan berharap di masa yang akan datang perawat harus dapat menjalankan tugasnya dengan penuh tanggung jawab.

...ke depan usulan saya pekerjaan perawat itu dapat dipertanggungjawabkan. (P-5)

Hasil penelitian ini sudah menjawab tujuan penelitian yaitu ingin mendapatkan pemahaman mendalam tentang pengalaman pasien yang di rawat di rumah sakit pemerintah, memahami perilaku perawat dan pelayanan keperawatan, dan bagaimana partisipan memaknai citra perawat. Gambaran keseluruhan tema terlampir (lampiran 6). Pada bab selanjutnya peneliti akan membahas tema-tema yang ada secara rinci berdasar tujuan khusus penelitian.



BAB V

PEMBAHASAN

Penelitian ini dirancang untuk memberikan gambaran, interpretasi, dan mengungkap pandangan pasien terhadap perilaku perawat, pelayanan keperawatan, peran dan fungsi perawat, makna pengalaman pasien terhadap pelayanan keperawatan, dan harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Selain mendiskusikan tentang interpretasi dari hasil penelitian, juga dibahas keterbatasan penelitian dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka dan hasil-hasil penelitian yang relevan. Keterbatasan penelitian akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Sedangkan implikasi penelitian akan diuraikan pengembangan lebih lanjut bagi pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian.

A. Interpretasi Hasil Penelitian

Pemahaman pasien tentang citra perawat setelah mengalami perawatan di rumah sakit, dalam penelitian ini diungkapkan secara mendalam dengan berbagai penjelasan melalui ungkapan verbal dan non verbal partisipan. Penelitian ini terjawab melalui 13 tema, selanjutnya akan dibahas berdasarkan tujuan penelitian.

1. Pandangan pasien terhadap perilaku perawat

Gibson (1997), menjelaskan sikap sebagai perasaan positif atau negatif atau keadaan mental yang selalu disiapkan, dipelajari dan diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh khusus pada respon seseorang terhadap orang, obyek ataupun keadaan. Sikap lebih merupakan determinan perilaku sebab, sikap berkaitan dengan persepsi, kepribadian dan motivasi.

Hasil pandangan pasien terhadap perilaku perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan dalam penelitian ini teridentifikasi tiga tema yaitu; 1) sikap perawat dalam memberikan pelayanan, 2) ketrampilan dan 3) kegiatan perawat. Tema-tema ini menggambarkan perilaku perawat dalam perspektif pasien. Gambaran bagaimana perawat berperilaku dalam sikap diwakili dengan kategori 1) kemampuan berkomunikasi 2) Kepedulian dan 3) menghargai. Sikap dalam berkomunikasi ditampilkan oleh perawat menurut perspektif pasien adalah komunikasi baik, kurang baik dan derajat hubungan. Kemampuan perawat berkomunikasi baik adalah komunikasi yang ditunjukkan secara etis dan ramah, komunikasi kurang baik ditunjukkan dengan komunikasi yang sinis dan bernada tinggi dan derajat hubungan ditunjukkan dengan kemampuan perawat yang bisa melakukan pendekatan kepada pasien.

Hasil penelitian dengan kategori komunikasi perawat yang baik ini di dukung oleh pernyataan Yani (1996), bahwa pada profesi keperawatan komunikasi menjadi lebih bermakna karena merupakan bentuk intervensi dalam memberikan asuhan

keperawatan. Perawat yang memiliki ketrampilan berkomunikasi secara terapeutik akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan pasien, mencegah terjadinya masalah etik dan legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi keperawatan serta citra rumah sakit.

Komunikasi merupakan kunci dalam penerapan interaksi perawat-pasien. Penelitian Henderson et.al (2007) tentang persepsi pasien terhadap interaksi perawat-pasien mengidentifikasi aspek- aspek interaksi positif yaitu 1) hubungan perawat-pasien bersifat informatif dan ramah, dalam penelitian ini sikap perawat dalam komunikasi ramah, aspek informatif tidak muncul dalam perspektif pasien, 2) peluang pengembangan kedekatan hubungan, dalam penelitian digambarkan oleh partisipan sebagai derajat hubungan bahwa perawat telah melakukan pendekatan kepada pasien tanpa ada sekat. Partisipan menggambarkan perawat melakukan pendekatan kepada pasien merupakan sinyal yang baik, sehingga pasien lebih berani mengungkapkan keluhan, keinginan dan lebih kooperatif untuk berkontribusi dalam penyembuhan dirinya, 3) pasien terpenuhi intensitas interaksi, pada penelitian ini intensitas interaksi tidak tergambarkan, namun partisipan menggambarkan komunikasi perawat yang kurang baik sebagai komunikasi dengan nada tinggi dan sinis. Menurut partisipan sikap komunikasi seperti ini terjadi karena perawat memiliki beban kerja yang berat saat itu. Kondisi lelah menyebabkan perawat melakukan komunikasi yang kurang baik.

Kondisi ini diperkuat oleh pernyataan Sitorus (2001) menyatakan bahwa keluhan

masyarakat terhadap pelayanan keperawatan pada umumnya ditujukan pada sikap perawat yang kurang baik, kurang terampil dalam berkomunikasi. Hal yang sama diungkapkan hasil penelitian Asrin dan Maude (2005) di Rumah Sakit Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto, yang menyimpulkan bahwa komunikasi perawat tidak efektif masih terjadi dalam praktik perawat sehari-hari. Sedangkan Christian (2004) dalam penelitiannya tentang analisis faktor dominan yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat di RS Reksa Waluyo Mojokerto Jawa Timur menemukan faktor *brand image* dan faktor organisasi merupakan faktor dominan yang mempengaruhi kepuasan kerja perawat serta hasil indepth interview merekomendasikan peningkatan komunikasi interpersonal guna meningkatkan penilaian *brand image*. Kategori komunikasi perawat kurang baik dalam penelitian ini dideskripsikan partisipan sebagai komunikasi perawat yang berbicara dengan nada tinggi dan sinis. Pasien menginginkan perawat memberikan penjelasan, pemahaman tentang apa yang belum diketahuinya.

Dari paparan penelitian di atas bisa diasumsikan bahwa komunikasi mempunyai peranan penting dalam menciptakan hubungan yang lebih baik dengan pasien. Apabila hubungan sudah tercipta maka pasien akan puas dan pada akhirnya citra perawat menjadi baik. Pasien akan merasa dihargai dan mempunyai kedekatan dengan perawat apabila perawat dapat asertif dalam melakukan pendekatan kepada pasien. Pasien akan lebih mudah mengungkapkan keluhan, bertanya atau berpartisipasi untuk mempercepat kesembuhan dirinya. Pendapat yang sama

dikatakan bahwa komunikasi merupakan proses kompleks yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya Potter (1993).

Perawat harus memiliki tanggung jawab moral yang tinggi yang didasari atas sikap peduli dan penuh kasih sayang, serta perasaan ingin membantu orang lain untuk tumbuh dan berkembang. Sub tema kedua dari tema sikap perawat hasil penelitian ini adalah kepedulian. Sejalan dengan hasil penelitian ini tentang sikap peduli yang ditunjukkan perawat adalah pendapat Watson (1979) menyatakan bahwa "*human care*" terdiri dari upaya untuk melindungi, meningkatkan, dan menjaga/mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain mencari arti dalam sakit, penderitaan, dan keberadaanya: membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri. Kepedulian sebagai hasil penelitian ini bermakna tanggap terhadap kebutuhan pasien, segala keperluan dibantu, dilayani cepat dan baik, melakukan tugasnya dengan ikhlas serta menghormati pasien dengan penuh rasa kemanusiaan.

Penelitian yang mendukung penelitian ini adalah penelitian Oerman, (1999) menyatakan bahwa pelayanan keperawatan yang berkualitas berdasarkan sudut pandang pasien/masyarakat adalah perawat yang memperhatikan, penuh perhatian dan peduli; perawat yang kompeten dan memiliki skill: perawat yang berkomunikasi efektif dengan pasien, diajarkan tentang kondisi, tindakan, pengobatan dan perawatan diri, perawat yang melakukan tindakan pada pasien/masyarakat dengan rasa hormat dan melakukan tindakan dan perawatan yang tepat

(<http://proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh tanggal 25 Pebruari 2008)

Penelitian serupa dilakukan Kurniati (2005), menggunakan metode fenomenologi untuk mengidentifikasi persepsi klien tentang perawat, yakni : 1) berespon positif terhadap kebutuhan dan menghargai klien; 2) terampil dan berpengetahuan; dan 3) berkomunikasi dan mendidik. Dapat disimpulkan bahwa hasil penelitian ini dari tema kepedulian mempunyai kesamaan dengan hasil penelitian Oerman (1999) dan hasil penelitian Kurniati (2005) yaitu tanggap terhadap kebutuhan pasien, segala keperluan dibantu, dilayani cepat dan baik, melakukan tugasnya dengan ikhlas serta menghormati pasien dengan penuh rasa kemanusiaan.

Aspek kurang tanggap terhadap kebutuhan pasien digambarkan dalam sikap perawat yang acuh terhadap kebutuhan pasien untuk menggantikan infus, mengerjakan pekerjaan lain tanpa menghiraukan laporan pasien, melakukan kegiatan belum sesuai keinginan pasien. Hal ini bertentangan dengan konsep *caring* yang telah dijelaskan Watson dengan sepuluh '*Caring Factors*' yakni 1) Membentuk dan menghargai sistem nilai 'humanistic' dan 'altruistic', 2) Menanamkan sikap penuh pengharapan ('faith-hope'), 3) Menanamkan sensitifitas atau kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain, 4) Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu, 5) Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif, 6) Menggunakan metode sistematis dan menyelesaikan masalah '*caring*' untuk pengambilan keputusan secara kreatif dan individualistik, 7) Meningkatkan proses pembelajaran dalam hubungan interpersonal, 8) Menciptakan

lingkungan yang suportif, protektif, dan atau perbaikan mental, fisik, sosiokultural, dan spiritual, 9) Memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia dan 10) Mengijinkan untuk terbuka pada eksistensial-fenomenologikal dan dimensi spiritual caring serta penyembuhan yang tidak dapat dijelaskan secara utuh dan ilmiah melalui masyarakat modern. Boore (1999, dalam Vance, 2003, <http://www.nursingcenter.com/search/index.asp> diambil tanggal 25 Pebruari 2008).

Aspek ketiga dari kepedulian dalam penelitian ini adalah menghargai yang dideskripsikan partisipan suatu sikap perawat yang baik, selalu menghargai pasien sebagai manusia. Hasil penelitian ini sesuai dengan *caratif* pertama dalam 10 *caratif* dari Watson yakni membentuk dan menghargai sistem nilai '*humanistic*' dan '*altruistic*'. Untuk membangun pribadi *caring*, perawat dituntut memiliki pengetahuan tentang manusia, aspek tumbuh kembang, respon terhadap lingkungan yang terus berubah, keterbatasan dan kekuatan serta kebutuhan-kebutuhan manusia. *Caring* dalam asuhan keperawatan merupakan bagian dari bentuk kinerja perawat dalam merawat pasien. Secara teoritis ada tiga kelompok variabel yang mempengaruhi kinerja tenaga kesehatan diantaranya variabel individu, variabel organisasi dan psikologis. Menurut Gibson(1987) yang termasuk variabel individu adalah kemampuan dan ketrampilan, latar belakang dan demografi. Variable psikologi merupakan persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi, sedangkan variabel organisasi adalah kepemimpinan, sumber daya,

imbangan struktur dan desain pekerjaan.

Ketrampilan perawat merupakan salah satu perilaku perawat yang menjadi sorotan pasien. Tema kedua dari penelitian ini menggambarkan bahwa ketrampilan perawat di Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo dideskripsikan partisipan dengan ketrampilan memasang infus, mengambil darah dari vena yang kurang tepat. Hasil penelitian ini mempunyai kesamaan dengan penelitian Kurniati (2005), pada tema terampil dan berpengetahuan digambarkan oleh partisipan bahwa partisipan menyadari adanya perbedaan ketrampilan pada perawat senior dan junior. Penelitian Kurniati (2005) partisipan dapat menyadari kurang terampilnya perawat, sedang pada penelitian ini partisipan merasa tidak puas dengan ketrampilan perawat yang kurang. Sedangkan penelitian Oerman (1999) tentang pelayanan keperawatan yang berkualitas menurut pasien/keluarga adalah perawat yang kompeten dan memiliki skill yang baik. Kurang terampilnya perawat dimungkinkan karena pengalaman yang kurang atau kondisi pembuluh darah pasien yang sulit.

Kegiatan keperawatan yang sudah dilakukan perawat dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, menjadi tidak bermakna di hadapan pasien bila perawat hanya melaksanakannya, tanpa mempertimbangkan kepuasan pasien. Perawat menganggap aktivitas itu tidak dibutuhkan oleh pasien, namun pandangan pasien berbeda. Pasien dirawat di rumah sakit mengharapkan segala kegiatan yang berkaitan dengan kesehatan akan dia terima dari pelayanan keperawatan. Hasil penelitian ini pada tema ketiga yaitu kegiatan perawat diidentifikasi oleh partisipan

adalah 1) memenuhi kebutuhan meliputi makan minum, rasa nyaman, pengobatan, 2) monitoring intake output dan TTV dan 3) pendidikan kesehatan yang meliputi kegiatan memberikan pendidikan kesehatan. Bila dipandang dari praktik keperawatan profesional dengan menggunakan proses keperawatan. Perawat harus mampu mengkaji, membuat diagnosa keperawatan, membuat perencanaan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi (Potter, 1997). Hasil penelitian ini pada tema kegiatan perawat masih ada perspektif pasien yang memandang sebagai kegiatan yang kurang memuaskan pasien yaitu monitoring TTV yang kurang dideskripsikan pasien sebagai pelaksanaan pengukuran suhu tubuh dilakukan hanya sore hari. Asumsi peneliti pasien di rawat di ruang pavilyun telah mengeluarkan biaya yang berbeda dengan ruang kelas sehingga pasien berharap semua kegiatan yang berkaitan dengan perawatannya harus dilakukan oleh perawat.

Dari paparan di atas disimpulkan bahwa ketidakpuasan yang timbul akibat perilaku perawat yang kurang bisa memenuhi harapan pasien, harus disikapi oleh perawat dengan pendekatan berdasarkan prinsip dalam bio-etik yang akan mengarahkan perawat untuk memandang "*care*" atau asuhan sebagai fondasi dan kewajiban moral. Hubungan perawat dengan pasien merupakan pusat pendekatan berdasarkan asuhan, dimana memberikan langsung perhatian khusus kepada pasien, sebagaimana dilakukan sepanjang kehidupannya sebagai perawat. Perspektif asuhan memberikan arah dengan cara bagaimana perawat dapat

membagi waktu untuk dapat duduk bersama dengan pasien atau sejawat, merupakan suatu kewajiban yang dapat membahagiakan bila diterapkan berdasarkan etika. Karakteristik perspektif dari asuhan meliputi : 1) Berpusat pada hubungan interpersonal dalam asuhan; 2) Meningkatkan penghormatan dan penghargaan terhadap martabat klien atau pasien sebagai manusia; 3) Mau mendengarkan dan mengolah saran-saran dari orang lain sebagai dasar yang mengarah pada tanggung-jawab profesional; 4) Mengingat kembali arti tanggung-jawab moral yang meliputi kebajikan seperti: kebaikan, kepedulian, empati, perasaan kasih-sayang, dan menerima kenyataan. (Taylor,1993).

2. Pandangan pasien terhadap pelayanan keperawatan

Pelayanan keperawatan merupakan faktor kunci penentu kepuasan pasien dalam menerima pelayanan. Pandangan terhadap pelayanan keperawatan menurut perspektif pasien diwakili dalam 3 tema yaitu 1) kualitas layanan keperawatan, 2) aturan dan 3) penilaian pasien terhadap hasil layanan. Tema kualitas layanan keperawatan teridentifikasi melalui distribusi beban kerja, waktu tunggu dan kerja sama. Distribusi beban kerja dideskripsikan sebagai pembagian tugas yang kurang optimal. Waktu tunggu dideskripsikan oleh partisipan adalah waktu tunggu tindakan yang cepat dan lama, waktu tunggu mendapat perawatan yang lama dan waktu tunggu koordinasi yang lama. Kerja sama digambarkan sebagai kebersamaan dan kekompakan antara perawat-perawat, perawat-pasien dalam mengatasi permasalahan pasien.

Menurut Azwar (1996) kualitas pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien. Makin sempurna kepuasan tersebut, makin baik pula kualitas pelayanan kesehatan. Dalam menyelenggarakan upaya menjaga kualitas pelayanan kesehatan dirumah sakit profesi keperawatan berperan penting. Berdasarkan standar tentang evaluasi dan pengendalian kualitas dijelaskan bahwa pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi dengan terus menerus melibatkan diri dalam program pengendalian kualitas di rumah sakit. Mutu pelayanan keperawatan sangat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan, bahkan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan (rumah sakit) di mata masyarakat. Hal ini terjadi karena keperawatan merupakan kelompok profesi dengan jumlah terbanyak, paling depan dan terdekat dengan penderitaan orang lain, kesakitan, kesengsaraan yang dialami masyarakat.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (dalam Onny, 1985) dalam <http://klinis.wordpress.com/2007/12/28/kualitas-pelayanan-keperawatan>, telah menetapkan bahwa perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan aspek-aspek dasar keperawatan meliputi aspek penerimaan, perhatian, tanggung jawab, komunikasi dan kerja sama. Sedangkan Soegiarto (1999), dalam Purwanto, (2007), <http://klinis.wordpress.com> diperoleh tanggal 24 Pebruari 2008 menyebutkan agar industri jasa pelayanan mendapatkan tempat di masyarakat maka

pelayanan harus cepat, tepat, aman, ramah tamah menghargai dan menghormati pasien. Perawat dituntut selalu ramah dalam menerima keluhan, tanpa emosi yang tinggi, serta rasa nyaman akan timbul jika seseorang merasa diterima apa adanya.

Menurut Purwanto (2008), kepuasan pasien tidak hanya dipengaruhi oleh jasa yang dihasilkan rumah sakit, tetapi juga dipengaruhi oleh pelayanan yang diberikan oleh petugas baik dokter, perawat dan karyawan yang lain. Aspek yang mempengaruhi adalah 1) sikap pendekatan staf kepada pasien, 2) kualitas perawatan, 3) prosedur administrasi yang berkaitan dengan pelayanan administrasi, 4) Waktu menunggu yaitu berkaitan dengan waktu yang diperolehkan untuk berkunjung maupun untuk menjaga keluarga, dengan memperhatikan ruang tunggu yang memenuhi standar rumah sakit, 5) Fasilitas umum yang berkaitan dengan kepentingan pasien

Bila dilihat hasil penelitian dalam tema kualitas layanan keperawatan dari deskripsi partisipan yang memandang sisi kekurangan yakni pembagian tugas belum optimal, waktu tunggu untuk mendapat tindakan dan koordinasi lama, dapat disimpulkan bahwa kualitas layanan keperawatan di Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo Blitar belum memenuhi kepuasan partisipan. Hal ini berkaitan dengan jumlah tenaga keperawatan yang dimiliki 144 orang dan sesuai dengan kebutuhan seharusnya menurut perhitungan sub bidang keperawatan 220 orang, sehingga kekurangan tenaga keperawatan sekitar 70 orang. Selain adanya kekurangan tenaga, dari diskripsi partisipan bisa diasumsikan bahwa manajemen bangsal

terutama pengelolaan SDM belum optimal. Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo telah membuat ruang percobaan menggunakan sistem asuhan keperawatan model tim pada 2 ruang rawat inap dari 8 ruang rawat inap yang dimiliki. Menurut informasi sub bidang keperawatan ditunjang dengan komunikasi personal yang peneliti lakukan kepada kepala ruang uji coba, masih dirasakan sistem pemberian asuhan keperawatan model tim belum dapat berjalan akibat adanya beberapa kendala seperti kurangnya tenaga dan kurangnya dukungan dari pimpinan rumah sakit.

Dikaitkan dengan deskripsi waktu tunggu dan waktu koordinasi yang lama, tentu saja menimbulkan ketidakpuasan pasien seperti pendapat Purwanto (2008), bahwa aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien antara lain prosedur administrasi, dalam penelitian ini diidentifikasi sebagai waktu yang lama untuk berkoordinasi dengan ruangan. Waktu koordinasi yang lama bisa diakibatkan oleh beberapa hal. Asumsi peneliti hal itu terjadi karena tenaga perawat yang jumlahnya belum memadai, supervisi belum dilakukan secara optimal, yang diakibatkan belum jelasnya job deskripsi dari tenaga keperawatan yang ada.

Agar pelayanan keperawatan dapat efektif, efisien dan memenuhi harapan masyarakat, Gillies (1982) menyampaikan tentang manajemen keperawatan yaitu proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui staf keperawatan, dilaksanakan oleh pengelola bangsal keperawatan dengan melakukan perencanaan, pengorganisasian, mengarahkan serta mengawasi sumber-sumber yang ada baik

sumber daya manusia maupun sumber daya lain. Proses manajemen yang berkaitan erat dengan hasil penelitian adalah pengorganisasian. Dalam manajemen keperawatan, pengorganisasian mempunyai banyak aktivitas yang penting antara lain bagaimana asuhan keperawatan di kelola secara efektif dan efisien untuk sejumlah pasien di rumah sakit dengan sejumlah tenaga dan fasilitas yang dimilikinya, sehingga untuk keberhasilannya dibutuhkan pembagian tugas, kerjasama, dan koordinasi.

Kekurangan SDM ditambah dengan belum optimalnya manajemen, akan berakibat pada aturan yang merupakan tema ke 5 dari hasil penelitian ini yang dideskripsikan partisipan bahwa penerapan aturan belum sesuai dan partisipan mengungkapkan bahwa koordinasi antara dokter dan perawat sudah dilakukan dengan baik. Deskripsi partisipan yang menggambarkan penerapan aturan belum sesuai terutama pada pelaksanaan aturan jam berkunjung dan jumlah keluarga yang diperbolehkan menunggu pasien di ruangan. Menurut asumsi peneliti hal ini selain karena kekurangan tenaga keperawatan, juga perawat tidak bisa mengendalikan keinginan keluarga untuk selalu mengetahui kondisi pasien. Dari hasil komunikasi personal dengan perawat ruangan mengatakan bahwa keluarga akan merasa tersinggung apabila tidak diperbolehkan mengunjungi atau menjaga keluarga yang sakit. Gaspersz.V (2002) menyebutkan bahwa untuk meningkatkan kualitas layanan, manajemen kualitas jasa modern harus memfokuskan perhatian pada strategi pelayanan 7P, yaitu strategi pelayanan terhadap *product*, *price*, *place*, *promotion*, *physical evidence*, *process design* dan *participation*. Disisi lain

Gaspersz memberikan ciri terhadap pelayanan, bahwa pelayanan merupakan output yang tidak berbentuk, tidak dapat disimpan dalam inventori tetapi dapat dikonsumsi dalam produksi, pelanggan berpartisipasi dalam proses memberikan pelayanan. Dalam penelitian ini keluarga selalu ingin dekat dan mengetahui kondisi pasien bisa dimaknai sebagai bentuk partisipasi dalam proses memberikan pelayanan. Perawat sebagai pengelola ruangan diharapkan dapat memutuskan kapan harus mengikuti keinginan keluarga atau harus mempertahankan prinsip-prinsip keamanan dalam menjaga resiko infeksi karena terlalu banyak terkontaminasi dari lingkungan luar rumah sakit.

Penilaian pasien terhadap mutu rumah sakit bersumber dari pengalaman pasien. Aspek pengalaman pasien rumah sakit, dapat diartikan sebagai suatu perlakuan atau tindakan pihak rumah sakit yang sedang atau pernah dijalani, dirasakan, dan ditanggung oleh seseorang yang membutuhkan pelayanan kesehatan rumah sakit (Surya, 2003). Masyarakat akan memberikan pujian untuk pelayanan yang memberikan kepuasan, sebaliknya akan menyampaikan keluhan untuk pelayanan yang tidak memenuhi harapan. Tema ke 6 dari hasil penelitian ini adalah penilaian pasien terhadap hasil layanan yang dideskripsikan partisipan mendapatkan kepuasan, partisipan dapat menerima layanan karena menurut partisipan sudah sepadan dengan pengeluaran biaya yang ditanggung, walaupun masih ada yang menilai layanan kurang optimal. Penilaian yang bervariasi dari partisipan bisa disebabkan tempat perawatan partisipan yang bervariasi, penyandang dana perawatan yang berbeda, pendidikan partisipan berbeda,

diagnosa medis yang berbeda menyebabkan tuntutan terhadap pelayanan yang berbeda. Keadaan ini relevan dengan pendapat Mudie dan Cottom dalam Tjiptono (1997), menyebutkan bahwa kepuasan pelanggan total tidak mungkin dicapai walaupun hanya untuk sementara waktu.

Pendapat lain yang mendukung asumsi peneliti adalah pendapat yang mengemukakan karakteristik individu pasien di Indonesia adalah ciri khas atau identitas khusus yang melekat pada diri pengguna pelayanan kesehatan atau pasien rumah sakit, yang dapat digunakan untuk menyamakan atau membedakan pasien dengan pasien lainnya, dan diasumsikan dapat menimbulkan reaksi afeksi yang sama atau berbeda diantara pasien. Beberapa karakteristik individu yang diduga menjadi determinan utama atau penentu prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan, dan penentu prioritas tingkat kepuasan pasien, adalah : umur, jenis kelamin, lama perawatan, sumber biaya, diagnosa penyakit, pekerjaan, pendapatan, pendidikan, suku bangsa, tempat tinggal, kelas perawatan, status perkawinan, agama, alasan memilih (Utama, 2003)

Upaya untuk perbaikan atau kesempurnaan kepuasan dapat dilakukan dengan berbagai strategi oleh perusahaan untuk dapat merebut pelanggan. Junaidi (2002) dalam Purwanto, (2007), <http://klinis.wordpress.com> diperoleh tanggal 24 Pebruari 2008 berpendapat bahwa kepuasan konsumen atas suatu produk berhubungan dengan kinerja yang dirasakan konsumen atas produk tersebut. Jika kinerja produk lebih tinggi dari harapan konsumen maka konsumen akan

mengalami kepuasan. Untuk mencapai upaya tersebut perlu memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan.

Berangkat dari hasil penelitian bahwa karakteristik dari partisipan yang berbeda latar belakang pendidikan, diagnosa medis, lama dirawat, penyandang dana perawatan, umur, jenis kelamin, sangat memungkinkan penilaian pasien terhadap pelayanan keperawatan bervariasi. Variasi pandangan pasien terhadap pelayanan keperawatan di Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo, membutuhkan intervensi baik individu, jajaran manajer dan organisasi profesi yang berada di rumah sakit untuk memperbaiki citra pelayanan.

3 Pandangan pasien terhadap peran dan fungsi perawat

Pandangan bagaimana peran dan fungsi perawat dari perspektif pasien diwakili dalam kategori 1) posisi terhormat, 2) tenaga utama, 3) posisi tinggi, 4) kemampuan mengambil keputusan, 5) kerja penuh waktu, 6) tahu kondisi pasien, 7) tempat mengadu, 8) penuh kasih sayang dan 9) melibatkan keluarga dalam melaksanakan tugas perawat-pasien. Pelayanan Keperawatan merupakan pelayanan yang luhur dibidang jasa kesehatan pada umumnya dan rumah sakit pada khususnya. Hal tersebut ditegaskan oleh *WHO Expert Committee on Nursing*, (1983) bahwa pelayanan keperawatan adalah gabungan dari ilmu kesehatan dan seni melayani/merawat (*care*), suatu gabungan *humanistik* dari ilmu pengetahuan, filosofi keperawatan, kegiatan klinik, komunikasi dan ilmu social. Dipertegas lagi oleh *WHO Expert Committee on Nursing Practice* (1996), bahwa keperawatan

adalah ilmu dan seni sekaligus. Disebutkan juga keperawatan bertugas membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mencapai potensi optimalnya dibidang fisik, mental dan sosial dalam ruang lingkup kehidupan dan pekerjaanya

Hasil penelitian ini tentang pandangan pasien terhadap peran fungsi perawat memunculkan tema status perawat menurut pasien yang dideskripsikan sebagai memiliki posisi terhormat digambarkan oleh partisipan sebagai seorang yang mulia, dapat menyembuhkan orang sakit dan peduli kepada masyarakat. Tenaga utama dideskripsikan sebagai orang pertama yang menangani, posisi tinggi digambarkan karena selalu ada ketika dibutuhkan pasien, kemampuan mengambil keputusan digambarkan bahwa seharusnya perawat mampu membuat keputusan untuk menolong pasien, tidak perlu menunggu keputusan dokter, kerja penuh waktu diidentifikasi bahwa perawat bekerja 24 jam bersama pasien dengan pekerjaan yang melelahkan, tahu kondisi pasien dideskripsikan bahwa perawat selalu mengetahui kondisi pasien, tempat mengadu digambarkan seorang perawat sebagai orang pertama yang dapat menampung keluhan-keluhan pasien, penuh kasih sayang diidentifikasi perawat sebagai seorang ibu, sebagai saudara yang merawat dengan penuh rasa sayang dan melibatkan keluarga dalam melaksanakan tugas perawat-pasien digambarkan oleh pasien bahwa keluarga dilibatkan dalam melakukan kegiatan keperawatan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Schweitzer.et al (1994) dalam survey riset tentang citra perawat pelaksana yang menggambarkan tujuh citra perawat,

dimana enam citra perawat pernah dikemukakan oleh Kalisch dan Kalisch, (1983). Tujuh identifikasi citra perawat tersebut adalah : 1) bidadari yang mau mengorbankan diri, sangat bermoral dan mulia, 2) Tangan pertama dokter yang selalu patuh, 3) pahlawan yang pemberani dan mengabdikan diri, 4) Istri/ibu yang tidak banyak bergerak, hanya di dalam lingkungannya, 5) Obyek seksual yang diartikan romantis dan tidak memilih-milih, 6) Karir yang diartikan mempunyai pengetahuan yang baik, cerdas dan profesi yang terhormat dan 7) Birokrasi yang diartikan dalam memenuhi keperluan, perhatian terhadap struktur/ urutan prosedur

Dari uraian di atas disimpulkan bahwa hasil penelitian ini sama dengan penelitian Schweitzer et al (1994) dalam kategori bidadari, dalam penelitian ini posisi terhormat, mulia, kategori tangan pertama yang selalu patuh, dalam penelitian ini kategori tenaga utama dan kategori kemampuan mengambil keputusan, kategori pahlawan yang pemberani dan mengabdikan diri, dalam penelitian ini adalah kerja penuh waktu, kategori istri/ibu dalam penelitian ini sesuai dengan kategori kasih sayang, tempat mengadu. Kategori obyek seksual romantis dan tidak pilih-pilih, tidak teridentifikasi dalam tema ini. Kategori karir mempunyai pengetahuan yang baik, cerdas dan profesi yang terhormat dalam penelitian ini adalah posisi terhormat dan posisi tinggi.

Kategori hasil penelitian yang lainnya di dukung oleh pendapat Henderson dalam Diknas (2002) mengidentifikasi 3 tingkat hubungan ners-klien, mulai dari sangat bergantung sampai ke hubungan yang agak mandiri. 1) perawat sebagai pengganti

dari pasien, 2) Ners sebagai perbantuan bagi pasien dan 3) perawat sebagai mitra pasien. Henderson yakin bahwa apapun situasinya, perawat yang tahu reaksi fisik dan psikologis terhadap temperatur, kelembaban, cahaya, warna, tekanan gas, bau, suara, kontaminasi kimia dan mikroorganisme, bisa mengorganisir dan memanfaatkan yang terbaik dari fasilitas yang tersedia. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa status perawat menurut pasien adalah seseorang yang selalu tahu kondisi pasien, sebagai tempat mengadu, penuh kasih sayang, dan melibatkan keluarga dalam tugas perawat ke pasien. Kategori terakhir sesuai dengan pendapat Henderson bahwa ners-klien bekerja sama untuk mencapai tujuan yaitu kemandirian atau bahkan kematian yang damai.

Peran dan fungsi perawat menurut Lokakarya Nasional PPNI (1983) sebagai pelaksana asuhan keperawatan, pengelola, pendidik dan peneliti. Peneliti berasumsi peran dan fungsi perawat seperti hasil Loknas PPNI (1983) belum dipahami oleh pasien. Peran dan fungsi perawat ditinjau dari perspektif pasien RSUD Ngudi Waluyo masih sebatas pada posisi sosial di masyarakat. Pasien menggambarkan peran dan fungsi perawat belum menyentuh pada konteks pengakuan perawat sesuai dengan ilmu dan konsep keperawatan. Perkembangan keperawatan perlu disosialisasikan, agar peran dan fungsi perawat yang sesungguhnya dapat dikenal pasien sehingga dapat memperbaiki hubungan perawat-pasien dan tujuan pelayanan keperawatan dapat tercapai secara optimal. Bila tujuan keperawatan tercapai maka kepuasan pasien akan meningkat serta dapat meningkatkan citra

perawat.

4. Makna pengalaman pasien terhadap pelayanan keperawatan

Makna pengalaman pasien terhadap pelayanan keperawatan terangkum dalam tema penilaian citra positif dan penilaian citra negatif. Tema penilaian citra positif terbentuk dari sub tema kualitas layanan dibentuk dari kategori 1) pelaksanaan tindakan medikasi, 2) kesesuaian layanan, 3) sesuai norma/aturan, 4) adil/*humanis*, 5) kasih sayang, 6) pelaksanaan peran dan 7) perubahan baik. Image atau citra dibentuk berdasarkan kesan, pemikiran ataupun pengalaman yang dialami seseorang terhadap sesuatu obyek yang pada akhirnya akan membentuk sikap atau penilaian terhadap pelayanan keperawatan. Selanjutnya sikap atau penilaian tersebut dapat dipakai oleh pasien sebagai pertimbangan untuk mengambil keputusan untuk menggunakan pelayanan selanjutnya. Hal ini karena citra/*image* dianggap bisa mewakili pengetahuan seseorang terhadap suatu obyek.

Image atau citra, reputasi dan kepedulian perawat merupakan salah satu faktor yang memegang peranan penting terhadap kepuasan pasien dimana pasien memandang rumah sakit mana yang akan dibutuhkan untuk proses penyembuhan. Pasien dalam menginterpretasikan perawat berawal dari cara pandang melalui panca indera dari informasi-informasi yang didapatkan dan pengalaman baik dari orang lain maupun diri sendiri sehingga menghasilkan anggapan yang positif terhadap perawat, meskipun dengan harga yang tinggi, pasien akan tetap setia

menggunakan jasa perawat dengan harapan-harapan yang diinginkan pasien (Tjiptono, 1997)

Tema hasil penelitian ini dibandingkan dengan hasil penelitian penelitian kualitatif, yang dilakukan Duncan (1992), <http://www.pqdweb.proquest.umi> diperoleh tanggal 8 Maret 2008 tentang image perawat di media massa di dibandingkan dengan aktivitas perawat sesungguhnya memperoleh tema 1) Pemahaman praktik holistik, yaitu praktik keperawatan yang difokuskan pada manusia secara utuh, merawat pasien sehat dan sakit untuk sembuh, dilakukan di rumah atau rumah sakit yang meliputi bio-psiko-sosial. 2) Aspek praktik keperawatan di rumah sakit: adalah kesinambungan keperawatan yaitu perawat berada di sisi pasien, melakukan observasi, tindakan pertama kali dan kadang-kadang bila dipanggil harus selalu siap seperti seorang tentara yang harus berangkat ke medan perang. 3) Peran nyata, sesuai area praktik dan keahlian dengan elemen knowledge dan skill umum, lebih menekankan pada *health promotion* dan perawatan *acute*. Apapun settingnya adalah lebih penting meningkatkan area keahlian dalam praktik keperawatan. 4) Otonomi: Perawat mempunyai otonomi sesuai peran dalam setting kerja. 5) Pasang surutnya motivasi bekerja. 6) Menggunakan kemampuan diri untuk memberikan pelayanan.

Media massa dalam penelitian Duncan (1992), menggambarkan peran perawat sebagai pembantu dokter, perawat sebagai figuran, berada di nurse station melakukan diskusi, menerima telpon, mentaati perintah dokter, menjadi kurir, tempat titipan pesan. Sisi positif yang ditampilkan adalah perawat selalu

memberikan support ke pasien, dari sisi teknik terpusat pada upaya bagaimana pasien bisa beristirahat. Hal lain yang digambarkan media tentang perawat adalah masih muda, single, ke kanak-kanakan, romantis, dan petualang.

Penelitian Duncan sangat berbeda dengan hasil penelitian ini dimana pandangan terhadap kerja perawat dideskripsikan partisipan sebagai penilaian citra positif untuk tindakan medikasi, sedangkan Duncan menekankan pada pemahaman praktik holistik, yaitu praktik keperawatan yang difokuskan pada manusia secara utuh, merawat pasien sehat dan sakit untuk sembuh, dilakukan di rumah atau rumah sakit yang meliputi bio-psiko-sosial. Hasil penelitian ini lebih menekankan pada makna pengalaman pasien setelah dirawat dan berinteraksi dengan perawat yaitu berkaitan dengan apa yang dialami pasien, sedangkan Duncan memfokuskan pada aktivitas perawat. Faktor lain yang menyebabkan perbedaan penelitian ini dengan Duncan adalah penelitian ini hanya dilakukan dengan wawancara mendalam kepada pasien, sedang penelitian Duncan (1992), <http://www.pdqweb.proquest.umi> diperoleh tanggal 8 Maret 2008, dilakukan dengan melakukan wawancara kepada perawat, dokter dan publik. Selanjutnya hasil analisis dibandingkan dengan pemberitaan di media baik cetak maupun elektronik.

Perbedaan yang menyolok tentang penilaian citra positif perawat menurut asumsi peneliti adalah perbedaan perkembangan keperawatan yang didasarkan pada perbedaan perkembangan masyarakat. Perjalanan keperawatan di Indonesia saat ini sama dengan perkembangan keperawatan di Amerika dan Australia pada abad 20,

yang didukung hasil-hasil penelitian dari Australia seperti berikut ini.

Holten (1984, dalam Bloomfield, 1999), menggambarkan posisi perawat di Australia sebelum tahun 1960, masih menganut nilai-nilai instrinsik Nightingale yang menganjurkan kepatuhan kepada dokter, disiplin, kontrol diri dan prinsip-prinsip kerja yang kuat. Posisi perawat di mata masyarakat umum adalah sangat dihormati, namun tetap mengabdikan kepada profesi medis dan masih sangat berhubungan dengan nilai-nilai domestik.

Bridges (1990, dalam Bloomfield, 1999), menggambarkan perkembangan perawat di abad 20, bahwa wanita yang bekerja sebagai perawat adalah wanita-wanita yang memiliki kualitas khusus dan unik. Penekanan yang kuat ditempatkan pada sifat-sifat personal yang penting untuk menjadi perawat ideal mencakup tidak mementingkan diri sendiri, taat, baik, setia, dan bermartabat.

Keperawatan secara mendasar dianggap sebagai pekerjaan wanita, menyebabkan suatu persepsi bahwa perawat adalah wanita ideal dan dokter sebagai laki-laki ideal. Perkembangan keperawatan sebagai suatu pekerjaan wanita yang eksklusif menyebabkan penempatan status perawat di masyarakat, tidak seperti profesi medis yang berorientasi laki-laki dengan pekerjaan yang jelas. Masyarakat tidak mampu membedakan pekerjaan perawat yang terlatih dan unik dengan tugas-tugas tradisional. Peran perawat seringkali mudah tampak sebagai seorang istri dan ibu yang dipindahkan dari rumah ke rumah sakit. (Staunton, (1997, dalam Bloomfield, 1999)

Bloomfield (1999), menyatakan keperawatan saat ini bergerak dari posisi ketergantungan dan tekanan tradisional ke otonomi dan respek yang lebih besar untuk kemandirian profesi, sehingga image masyarakat terhadap peran fungsi perawat lebih realistis dan tepat merefleksikan pekerjaan perawat yang unik dan bernilai.

Pasien dengan latar belakang ciri dirinya, cenderung akan menetapkan beberapa aspek dari berbagai aspek layanan kesehatan yang dapat diterima/dialami sebagai dasar penentuan ukuran kepuasannya. Partisipan dengan keterbatasan finansial akan memberikan penilaian yang selalu positif dengan rasa pasrah menerima layanan yang diberikan kepadanya. Hal ini seperti pada pembahasan kualitas pelayanan keperawatan di atas. Beberapa karakteristik individu yang diduga menjadi determinan utama atau penentu prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan, dan penentu prioritas tingkat kepuasan pasien, adalah : umur, jenis kelamin, lama perawatan, sumber biaya, diagnosa penyakit, pekerjaan, pendapatan, pendidikan, suku bangsa, tempat tinggal, kelas perawatan, status perkawinan, agama, alasan memilih (Utama, 2003)

Penilaian citra positif berkaitan dengan kategori sesuai norma, adil/humanis, kasih sayang dan penerimaan peran di dukung oleh Schweitzer.et al (1994) yaitu identifikasi citra perawat pelaksana sebagai bidadari yang bermoral, obyek sex dengan tidak membedakan/adil, sebagai ibu/istri yang penuh kasih sayang dan pahlawan yang mengabdikan. Brown (1985, dalam, anonym, (<http://www.free-college-essays.com/> diperoleh 26 Pebruari 2008) menunjukkan beberapa manfaat

yang bisa diperoleh perusahaan yang telah memuaskan pelanggannya melalui penyampaian pelayanan yang berkualitas diantaranya ialah citra perusahaan. Citra suatu perusahaan bisa dibentuk melalui penyampaian produk (barang/jasa) yang mampu memuaskan pelanggan. Penilaian citra positif ini bisa merupakan suatu kekuatan bagi perusahaan dalam kegiatan pemasarannya. Konsumen yang telah mempunyai penilaian positif terhadap perusahaan akan cenderung mempunyai loyalitas.

Elhaitammy (1990) menyatakan secara garis besar bahwa *Service Excellence* memiliki empat unsur pokok yaitu kecepatan, ketepatan, keramahan dan kenyamanan, dimana semua unsur tersebut harus terintegrasi, artinya salah satu unsur tersebut tidak bisa dipisahkan/diabaikan didalam mencapai *service excellence*. Demikian juga yang terjadi pada partisipan yang memaknai pengalaman dirawat di rumah sakit pemerintah dengan penilaian citra positif melalui sub tema kualitas layanan yaitu pelaksanaan tindakan medikasi, kesesuaian layanan, sesuai aturan/norma, adil /humanis, kasih sayang, pelaksanaan peran dan perubahan. Brown (1995) dengan *Customer Satisfaction/Revenue Enhancement Model* yang menunjukkan adanya pengaruh antara pelayanan yang memuaskan terhadap citra perusahaan dan loyalitas. Peneliti berasumsi bahwa dengan memberikan kepuasan kepada pasien, maka citra perawat menjadi baik, pasien akan selalu datang menggunakan layanan perawat

Penilaian citra negatif merupakan tema ke 9 dari penelitian ini digambarkan

partisipan sebagai kesan yang membedakan pelayanan, kurang dapat dipercaya dan tidak tulus. Kesan membedakan pelayanan terbentuk karena sistem yang berlaku di rumah sakit, yang selalu menyediakan perlengkapan dan tenaga yang terpilih untuk ditempatkan di ruang pavilyun.

Faktor kurang dapat dipercaya yang digambarkan partisipan sebagai bentuk ketidakpercayaan keluarga terhadap perawat, karena takut keluarganya diterlantarkan, takut perawat tidak bersedia membantu kebutuhan sehari-hari, takut perawat tidak melakukan semua kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya. Perawat tidak melakukan tugasnya dengan alasan mengikuti budaya keluarga yang mayoritas suku Jawa dengan "*mangan gak mangan yen ngumpul*" artinya segala kesenangan dan penderitaan ditanggung seluruh keluarga. Kebiasaan keluarga merajuk, meminta untuk selalu tahu kondisi pasien serta keluarga akan merasa tersinggung bila perawat tidak memberikan ijin untuk bisa menunggu atau membezuk keluarga yang sakit. Perawat sulit menolak keinginan keluarga dan perawat tidak mampu mengelola aturan yang sudah ditetapkan.

Faktor tidak tulus diinterpretasikan oleh partisipan terhadap pelayanan keperawatan yang berorientasi pada materi. Hal ini mungkin disebabkan orientasi memilih profesi keperawatan bukan karena panggilan jiwa, namun karena pertimbangan mendapat pekerjaan. Pendapat serupa disampaikan oleh Hidayat (1999), <http://banyumasperawat.wordpress.com/>, diperoleh tanggal 28 April 2008,

perawat terperangkap budaya membantu yang seharusnya adalah membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mencapai potensi optimalnya dibidang fisik, mental dan sosial dalam ruang lingkup kehidupan dan pekerjaannya, namun dalam prakteknya diartikan lain dengan perawat membantu dokter, dalam hal ini untuk memenuhi kebutuhan hidupnya.

Kekecewaan atau ketidakpuasan pasien dapat menurunkan citra perawat. Pasien yang mengalami ketidakpuasan akan mudah menceritakan pengalamannya kepada teman, keluarga, saudara, tetangga, dan lainnya, yang akan menyebabkan penilaian kurang bagus terhadap layanan keperawatan di rumah sakit. Penilaian citra negatif tentang pelayanan keperawatan menurut perspektif pasien tersebut menjadikan bahan pertimbangan untuk dicarikan jalan pemecahan agar penilaian citra negatif tersebut tidak berlanjut

5. Harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan

Hasil penelitian tentang harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan dalam penelitian ini terdiri dari 4 tema yakni 1) profesionalisme perawat, 2) pengembangan layanan, 3) aktivitas keperawatan dan 4) meningkatkan citra perawat. Harapan pasien yang paling utama ialah ia ingin agar masalahnya segera diidentifikasi dengan tepat untuk memperoleh kejelasan atau informasi tentang penyakit yang dideritanya, dilayani secepat mungkin dan ditangani oleh tangan-tangan yang profesional. Oleh

karena itu kehandalan pelayanan rumah sakit seharusnya mencakup hal-hal tersebut dalam usahanya untuk memenuhi harapan pasien. Jika pasien merasakan bahwa harapannya terpenuhi maka akan menjadikan pengalamannya itu sebagai proses belajar yang selanjutnya akan menghasilkan sikap dimana sikap ini cenderung akan menguntungkan perawat seperti mempunyai kesan yang baik terhadap perawat di rumah sakit, mereka akan bersedia memberikan rekomendasi kepada orang lain untuk menggunakan jasa keperawatan di rumah sakit yang sama.

Setiap pasien pada dasarnya ingin diperlakukan khusus artinya lain dari pada pasien yang lainnya. Rasa simpati dari perawat merupakan alat utama untuk memenuhi harapan pasien akan perlakuan yang istimewa tersebut. Simpati berarti berdiri di tempat pasien, maksudnya ialah mencoba memahami apa yang diinginkan dan dirasakan oleh pasien. Oleh karena itu keluhan-keluhan ataupun permintaan-permintaan pasien harus didengar dengan seksama, menyesuaikan pelayanan dan mengajukan pertanyaan dengan tepat. Jika hal tersebut diperhatikan oleh perawat maka pasien juga akan simpati kepada perawat yang merawatnya dan ini juga akan berpengaruh pada penilaian pasien terhadap citra perawat di rumah sakit.

Hasil penelitian ini mengidentifikasi harapan partisipan terkait profesionalisme perawat yang digambarkan dalam sub tema 1) *attitude*, 2) *skill* dan 3) *kognitif*. Seseorang disebut sebagai profesional keperawatan bila memiliki spesifikasi pengetahuan, sikap, dan kemampuan yang selalu dikembangkan sepanjang

keterlibatannya dalam keperawatan. Menurut Flaherty (1997, dalam Diknas 2002), profesionalisme mempunyai ciri humanistik, pemeliharaan, memberi kenyamanan, memberi dukungan, pendidikan, kode etik, penguasaan ketrampilan, keanggotaan dalam organisasi keprofesian, dan akontabilitas untuk tindakan.

Sub tema *attitude* terdiri dari kategori kepedulian, keramahan, tata krama/etika, tanggap, adil, jujur, mempunyai kemampuan komunikasi, mampu menghibur dan menghargai. *Skill* dalam harapan partisipan adalah perawat harus terampil dan dari segi kognitif diharapkan perawat mempunyai kepandaian dan juga diharapkan dapat selalu memberikan *health education* dan *discharge planning*. Harapan-harapan itu muncul ketika partisipan merasakan bagaimana perilaku perawat, pelayanan keperawatan yang diterima selama menjalani rawat inap tidak sesuai dengan keinginan. Bila dibandingkan dengan pengertian menurut Flaherty di atas maka apa yang diharapkan pasien mewakili tuntutan profesionalisme perawat.

Kategori kepedulian, keramahan, tata krama/etika, tanggap, adil, jujur, mempunyai kemampuan komunikasi, mampu menghibur dan menghargai digolongkan dalam perilaku caring perawat. Beberapa tokoh keperawatan seperti Watson (1979), Leininger (1984), Benner (1989), menempatkan caring sebagai dasar dalam praktek keperawatan. Kurang lebih tiga per empat pelayanan kesehatan adalah *caring* sedangkan seper empat adalah *curing*. Jika perawat sebagai suatu kelompok profesi yang bekerja selama 24 jam di rumah sakit lebih menekankan caring sebagai pusat

dan aspek yang dominan dalam pelayanannya maka perawat akan membuat suatu perbedaan yang besar antara caring dan curing (Marriner A-Tomey, 1998)

Caring yang diharapkan dalam keperawatan adalah sebuah perilaku perawatan yang didasari dari beberapa aspek diantaranya: 1) *human altruistic* (mengutamakan nilai-nilai kemanusiaan), 2) Menanamkan kepercayaan-harapan, 3) Mengembangkan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain, 4) Pengembangan bantuan dan hubungan saling percaya, 5) Meningkatkan dan menerima ungkapan perasaan yang positif dan negatif, 6) Sistematis dalam metode pemecahan masalah, 7) Pengembangan pendidikan dan pengetahuan interpersonal, 8) Meningkatkan dukungan, perlindungan mental, fisik, sosial budaya dan lingkungan spiritual, 9) Senang membantu kebutuhan manusia dan 10) menghargai kekuatan eksistensial-phenomenologikal. (Watson, 1979). Untuk membangun pribadi *caring*, perawat dituntut memiliki pengetahuan tentang manusia, aspek tumbuh kembang, respon terhadap lingkungan yang terus berubah, keterbatasan dan kekuatan serta kebutuhan-kebutuhan manusia. Perilaku caring bisa diawali dari pemahaman perawat tentang caring. Bila pemahaman sudah terjadi dan meningkat maka akan menyokong perubahan perilaku perawat.

Kategori harapan tentang skill perawat dideskripsikan oleh partisipan adalah perawat terampil dalam tindakan-tindakan medis seperti menyuntik, memasang infus. Pasien tidak menginginkan penderitaannya bertambah karena tindakan dari perawat yang

kurang trampil, misal tangan menjadi bengkak karena pemasangan infus yang tidak tepat. Harapan partisipan tentang kemampuan kognitif perawat harus baik, dideskripsikan oleh partisipan adalah keinginan untuk dilayani oleh perawat yang cerdas, smart, pandai dan melayani dengan benar. Kategori harapan untuk memberikan *health education* dan *discharge planning* sangat dapat dimaklumi, karena pasien yang di rawat di Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo rata-rata masyarakat yang kurang memahami tentang kesehatan dirinya. Lima dari enam partisipan mengharapkan kepandaian perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan baik di rumah sakit maupun di rumah. Hasil penelitian ini di dukung dengan penelitian Oerman, (1999), menyatakan bahwa pelayanan keperawatan yang berkualitas berdasarkan sudut pandang pasien/masyarakat adalah perawat yang memperhatikan, penuh perhatian dan peduli; perawat yang kompeten dan memiliki skill: perawat yang berkomunikasi efektif dengan pasien, diajarkan tentang kondisi, tindakan, pengobatan dan perawatan diri, perawat yang melakukan tindakan pada pasien/masyarakat dengan rasa hormat dan melakukan tindakan dan perawatan yang tepat (<http://proquest.umi.com/pqdweb>. diperoleh tanggal 25 Pebruari 2008).

Penelitian yang senada dilakukan oleh Ani, Werdati, dan Utarini (2001) dalam penelitian kualitatif *Grounded Theory* tentang harapan klien /masyarakat dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang dilakukan di RSUD Dharma Yadnya Denpasar Bali, menemukan beberapa atribut pelayanan keperawatan yang menjadi harapan klien/masyarakat dan keluarga yang terdiri dari 5 dimensi yang lebih luas

dari dimensi SERVQUAL oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry yaitu

1. Kenyamanan konsumen, mencakup kesiagaan sarana medis (pendukung pelayanan keperawatan) dan kenyamanan, sehingga memudahkan perawat melaksanakan monitoring konsumen.
2. Koordinasi perawat, mencakup kecepatan tindakan, komunikasi perawat, kerjasama antar profesi serta beban kerja perawat.
3. Daya tanggap perawat, dituntut pada tugas dari perawat yaitu intervensi perawat dan sikap dalam memberikan pelayanan keperawatan yang terdiri dari sikap tanggung jawab, intervensi keperawatan, dukungan psikologis serta kegiatan monitoring. Kesiagaan perawat perlu karena konsumen sewaktu-waktu memerlukan bantuan perawat.
4. Profesionalisme pelayanan keperawatan meliputi penampilan (*performance*) perawat, penguasaan terhadap kompetensi perawat, serta otonomi profesi perawat. Pada aspek ini seorang perawat diharapkan memiliki kemampuan dari segi akademis, mental, tindakan medis keperawatan serta menggunakan bahasa asing. Berdasarkan kemampuan yang dimiliki ditunjang dengan penampilan perawat yang profesional akan menjamin pelayanan keperawatan sehingga klien/masyarakat tidak cemas dalam menerima pelayanan. Konsumen mengharapkan pelayanan keperawatan lebih mengutamakan keselamatan klien/masyarakat dan juga dengan kesan bahwa kewenangan yang terbatas dari perawat diharapkan perawat mampu menggantikan peran dokter karena dokter tidak selalu ada di tempat.

5. *Empati* perawat, terdiri dari sikap perawat yang tidak mendiskriminasi pasien, sikap membantu serta komunikatif perawat. Perhatian perawat sangat diperlukan terutama bagi konsumen yang sedang sakit. Konsumen tidak mengharapkan adanya perlakuan kasar dari perawat.

Dari hasil penelitian ini yang tidak dideskripsikan dalam hasil penelitian Ani, Werdati dan Utarini (2001) adalah kategori tata krama/etika, jujur, menghibur, serta lebih spesifik tentang keinginan untuk diberikan health education dan discharge planning, serta pengembangan layanan.

Sawatzky-Dickson (2008), melakukan riset kualitatif tentang pengalaman aktivitas perawat secara umum dengan menggunakan kartu terima kasih "thank you cards project" yang diberikan kepada pasien dan keluarga. Setelah dianalisis didapatkan 3 tema yaitu 1) kecepatan- perjalanan penyakit, 2) perawatan emosi dan 3) keahlian. Beberapa komentar perawat melalui proyek ini bahwa pasien selalu memberikan penilaian terhadap kecepatan yang berkaitan dengan perjalanan penyakit, padahal kerja perawat berada di garis depan perawatan dan dapat membuat perbedaan serta empati dalam semua situasi. Perawat yang lainnya menyampaikan rasa senang dan terima kasih atas kesempatan untuk dapat memperbaiki diri dari masukan pasien dan keluarga.

Penelitian Sawatzky-Dickson (2008), menghasilkan tema keahlian yang diasumsikan oleh peneliti sama dengan hasil penelitian ini pada tema

profesionalisme perawat mencakup *attitude, skill dan kognitif*. Hasil dari kedua penelitian ini dapat disimpulkan bahwa Semua pasien berharap mendapatkan pelayanan keperawatan bermutu melalui profesionalisme perawat. Perawat sebagai anggota profesi bertanggung jawab atas pelayanan keperawatan bermutu melalui peningkatan profesionalisme perawat dalam tatanan pelayanan di rumah sakit, misalnya tumbuh dan berkembangnya komite keperawatan.

Pengembangan layanan adalah tema kedua dari harapan pasien. Partisipan menginginkan adanya perbedaan layanan yang harus sesuai dengan biaya yang dikeluarkan. Hasil ini didukung bahwa aspek praktis pelayanan prima antara lain tata cara pengelolaan biaya atau tarip. Pengelolaan biaya atau tarip yang baik, dapat memberikan informasi yang jelas, sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan aman. Pasien datang ke rumah sakit membutuhkan keamanan dan kenyamanan pelayanan. Pasien datang ke rumah sakit membawa beban kesakitan fisik maupun psikis, juga membawa beban kesakitan sosial. Dari uraian di atas mengindikasikan bahwa perbaikan manajemen yang bersentuhan dengan kepentingan pasien perlu di prioritaskan.

Pada tema harapan aktivitas perawat partisipan lebih mengharapkan pada kegiatan monitoring dan evaluasi. Tema ini muncul karena setiap pasien yang di rawat di rumah sakit, ketika berperan sebagai sakit, menginginkan semua keperluannya dipenuhi perawat. Partisipan mengharapkan perawat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital minimal pada setiap pergantian shif dan ditanya tentang keluhan

pasien. Perawat diharapkan tanggap terhadap perubahan yang terjadi pada pasien melalui pengkajian yang teliti dan cermat. Perawat harus tahu karakter setiap pasien, karena tidak semua pasien mampu mengungkapkan keluhan secara verbal. Tema ini mengindikasikan bahwa perawat harus dapat mengelola pelayanan keperawatan secara profesional, sehingga semua pasien mendapatkan perhatian sesuai dengan kondisi pasien.

Praktik profesional perawat membutuhkan kesadaran yang mendalam terhadap tujuan dan arah dalam wadah serangkaian tujuan atau standar Style, (1982, dalam Diknas, 2002). Untuk seorang profesional, pekerjaan atau bekerja merupakan sebuah komponen dari suatu rencana karier dan bagian integral dari kesejahteraan seseorang. Untuk melakukan itu semua, diperlukan beberapa komponen yang mendasari terlaksananya kegiatan keperawatan. Komponen itu adalah keterlibatan diri, motivasi dan komitmen terhadap pekerjaan yang dilaksanakan. Komponen yang dimaksudkan oleh Style, dalam penelitian ini muncul sebagai tema meningkatkan citra.

Tema-tema yang berkaitan dengan harapan pasien, sebenarnya sudah dapat menunjukkan upaya untuk meningkatkan citra, karena dengan dipenuhi harapan pasien menjadi puas, dan pada akhirnya akan meningkatkan citra perawat khususnya dan rumah sakit pada umumnya. Tema meningkatkan citra menurut perspektif partisipan dideskripsikan dengan: 1) atribut perawat, 2) perbaikan kualitas SDM, 3) pengelolaan tugas dan 4) kinerja.

Atribut perawat dapat memberikan kesan mendalam pada pasien. Penampilan menarik, bersih, rapi, sopan, sederhana, natural, dan meyakinkan, menggunakan alas kaki/sepatu dengan mempertimbangkan ketenangan pasien, adalah harapan partisipan terhadap penampilan perawat. Harapan ini sejalan dengan aspek-aspek kualitas pelayanan keperawatan menurut Parasuraman (dalam Tjiptono, 1997) dalam penilaian aspek bukti langsung atau berujud (*tangibles*) dijelaskan bahwa aspek yang menimbulkan kepuasan pasien di rumah sakit adalah tersedianya fasilitas fisik, peralatan komunikasi, kebersihan ruangan baik dan teratur rapi, penampilan pegawai berpakaian rapi dan harmonis. Sedangkan Dharmawan (2007) berpendapat bahwa untuk membangun penilaian citra positif perawat harus memperhatikan *hard skill* dan *soft skill*. Peningkatan *hard skill* meliputi usaha untuk meningkatkan kemampuan *kognitif*, sedangkan *soft skill* merupakan komponen penunjang penampilan perawat yang dapat memberikan ciri khas atau differensiasi sehingga dapat menimbulkan kesan tersendiri bagi pasien. Kesan mendalam yang timbul secara kuat dapat menjadikan brand image perawat. Komponen *soft skill* ini meliputi sikap positif, penampilan berbeda yang dapat memberikan citra dengan memperhatikan etika, sopan santun, gaya komunikasi dan integritas diri perawat.

Penampilan personal merupakan salah satu hal pertama yang diperhatikan selama menjalin hubungan interpersonal. Kesan pertama timbul dalam 20 detik sampai 4

menit pertama. Delapan puluh empat persen dari kesan terhadap seseorang berdasarkan penampilannya (Lalli Ascosi, 1990 dalam Potter & Perry, 1993). Bentuk fisik, cara berpakaian dan berhias menunjukkan kepribadian, status sosial, pekerjaan, agama, budaya dan konsep diri. Perawat yang memperhatikan penampilan dirinya dapat menimbulkan citra diri dan profesional yang positif. Penampilan fisik perawat mempengaruhi persepsi pasien terhadap pelayanan/asuhan keperawatan yang diterima, karena tiap pasien mempunyai citra bagaimana seharusnya penampilan seorang perawat. Walaupun penampilan tidak sepenuhnya mencerminkan kemampuan perawat, tetapi mungkin akan lebih sulit bagi perawat untuk membina rasa percaya terhadap pasien jika perawat tidak memenuhi penampilan yang di citrakan oleh pasien. Jadi perawat harus dapat membaca peluang untuk memperoleh tempat di hati pasien dengan memperhatikan *hard skill* dan *soft skill*

Perbaikan kualitas SDM melalui seleksi penerimaan perawat yang berstandar serta pendidikan pelatihan merupakan usulan partisipan untuk memenuhi keinginan mendapatkan pelayanan yang baik. Hal ini sejalan dengan pendapat Notoatmodjo (2003) yang menyatakan bahwa seberapa canggihnya sarana dan prasarana suatu organisasi, tanpa ditunjang kemampuan sumberdaya manusia, niscaya tidak akan maju. Jadi sudah selayaknya perbaikan kualitas perawat ditingkatkan selain juga memenuhi kuantitas SDM yang kurang. Berdasarkan komunikasi personal dengan sub bidang keperawatan disampaikan bahwa dalam 1 tahun terakhir tidak pernah

dilakukan pelatihan dan kegiatan peningkatan profesional keperawatan tidak pernah dilakukan

Hasil penelitian tentang harapan partisipan untuk pengelolaan tugas dideskripsikan dengan pembagian tugas secara baik dan benar. Sedangkan harapan tentang kinerja dideskripsikan dengan standar nilai profesional dan profesi yang bertanggung jawab atas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Usulan pada aspek pengelolaan tugas dan kinerja ini sejalan dengan Linberg et.al (1994, dalam Sitorus 2006) menyatakan terdapat delapan perilaku yang ditunjukkan perawat di klinik berkaitan dengan akuntabilitas yakni: 1) bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan, 2) menunjukkan disiplin atas komitmen dan kewajibannya, 3) menyiapkan diri sebelum melakukan praktik, 4) melaporkan kepada atasan apabila melakukan praktik yang tidak aman atau salah, 5) menghargai hak-hak pasien, 6) menunjukkan komitmen untuk memenuhi kebutuhan pasien, 7) mengikuti ketentuan dan prosedur standar praktik dan 8) melakukan tindakan keperawatan secara aman. Peneliti berasumsi bahwa berangkat dari pengalaman yang dirasakan pasien memberikan usulan untuk meningkatkan citra dalam aspek ini, sangat relevan dengan kenyataan yang ada bahwa sistem asuhan keperawatan model tim belum dilaksanakan dengan baik dan benar. Kondisi ini akan memperkuat perjuangan perawat yang menginginkan adanya ruang percontohan untuk penerapan praktik keperawatan profesional. Praktik keperawatan profesional dapat terwujud bila perawat mempunyai komitmen dan kerja keras serta mendapat

dukungan dari pimpinan Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo Blitar.

B. Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki keterbatasan, antara lain :

Penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif. Keterbatasan dalam proses analisis yang membutuhkan waktu yang lama. Peneliti seringkali mengalami kesulitan untuk mengidentifikasi esensi dari isi verbatim, sehingga ketika menuangkan dalam laporan, harus mengulangi dan memvalidasi pernyataan partisipan dalam verbatim.

Peneliti mengalami hambatan pada penelusuran literatur yang mendukung penelitian kualitatif, karena referensi dari media cetak sangat terbatas dan artikel dari internet sering hanya mendapatkan abstrak sehingga kurang memberikan informasi sesuai kebutuhan.

C. Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian ini memiliki implikasi bagi 1) pelayanan keperawatan, 2) perkembangan ilmu keperawatan dan penelitian, 3) pendidikan keperawatan, 4) penentu kebijakan dan 5) organisasi profesi.

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini memberikan gambaran bagaimana citra perawat menurut perspektif pasien, yang tergambar dalam tema-tema. Tema yang di dapat merupakan penilaian

secara keseluruhan dari pasien terhadap perawat dan pelayanan keperawatan. Makna pengalaman pasien dirawat di rumah sakit yang bervariasi memberikan tambahan informasi bagi pelayanan kesehatan terutama pelayanan keperawatan sebagai bahan pertimbangan untuk perubahan dan peningkatan profesionalisme perawat. Perawat perlu mempersiapkan diri untuk berubah, menata diri, untuk mendapatkan tempat dalam pandangan masyarakat, dapat diterimanya pelayanan keperawatan, sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien, serta kepuasan kerja perawat.

Hasil penelitian tentang perilaku perawat berdasarkan pandangan pasien yang dideskripsikan melalui kategori-kategori yang berkonotasi negatif seperti komunikasi yang kurang baik, kurang tanggap terhadap kebutuhan pasien, kurang terampil, monitoring TTV kurang, memberikan dampak kepada perawat pelaksana untuk memberikan pelayanan keperawatan lebih berkualitas misalnya penerapan perilaku *caring* yang dilandasi dengan kemampuan profesional perawat meliputi *attitude*, *skill* dan *kognitif* yang memadai. Peningkatan pemahaman tentang *caring*, menjadi landasan awal untuk dapat menerapkan budaya *caring* dalam melaksanakan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana dapat memperbaiki citra perawat

Pelayanan keperawatan yang belum optimal menurut perspektif pasien, meliputi

pembagian tugas yang kurang optimal, waktu tunggu mendapat tindakan, mendapat perawatan dan waktu koordinasi yang dirasakan lama oleh pasien, menuntut pemikiran para manajer keperawatan (perawat yang ada dalam jabatan struktural dan kepala ruang) RSUD Ngudi Waluyo Blitar untuk memperbaiki melalui pengelolaan ruang praktik keperawatan profesional. Perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan supervisi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan untuk memperbaiki pelayanan keperawatan.

Ketetapan dan kejelasan uraian tugas perawat dibuat untuk memberikan rambu-rambu pada kedisiplinan pelaksanaan tugas perawat pelaksana melalui penerapan SAK dan SOP sehingga tugas yang dikerjakan oleh perawat bisa dipantau, diperbaiki dan ditingkatkan sehingga kebutuhan pasien dan profesionalisme perawat dapat diterapkan dengan benar. Supervisi pelaksanaan SAK dan SOP yang terencana dan berkesinambungan oleh perawat yang kompeten atau kepala ruang memberikan nilai positif pada peningkatan motivasi perawat pelaksana untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan, sehingga pasien akan memanfaatkan ulang jasa keperawatan berdasarkan kepuasan yang pernah didapatkan selama dirawat.

Pemahaman pelaksanaan peran dan fungsi perawat yang masih berorientasi pada posisi sosial di masyarakat berdampak pada pandangan terhadap keberadaan

perawat tidak sesuai dengan kaidah dan ilmu keperawatan yang dimiliki profesi keperawatan. Pasien memberikan penilaian terhadap peran dan fungsi perawat berdasarkan apa yang dilihat, dirasakan dan dialami selama berinteraksi dengan perawat. Pemahaman pelaksanaan peran dan fungsi perawat dapat dilakukan dengan sosialisasi dan membudayakan bekerja sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab perawat oleh perawat pelaksana melalui contoh peran dari pimpinan keperawatan.

Harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan memberikan kontribusi yang bermakna bagi perawat pelaksana, menerapkan profesionalisme perawat, mengembangkan nilai-nilai luhur keperawatan, mengembangkan kepribadian melalui peningkatan kesadaran diri, menganalisa perasaannya, bertanggung jawab dalam tugas serta memahami kematangan pribadinya. Bagi pemimpin keperawatan harapan pasien dapat dijadikan masukan untuk penataan dan pembuatan strategi meningkatkan citra perawat melalui manajemen yang baik misalnya membuat program pengembangan karir, membuat program pelatihan untuk meningkatkan profesionalisme perawat, menata lingkungan yang memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengekspresikan potensi yang dimiliki, merancang pelayanan keperawatan yang bermutu, menunjukkan ciri khas pelayanan keperawatan sesuai dengan harapan pasien.

2. Bagi perkembangan ilmu keperawatan dan penelitian.

Hasil penelitian ini berguna sebagai dasar bagi peningkatan performance perawat, pengembangan pelayanan keperawatan, eksistensi pengembangan ilmu dan seni keperawatan, terutama untuk kondisi masyarakat Indonesia karena sesuai dengan persepsi dan harapan masyarakat terhadap perawat, pelayanan keperawatan, peran dan fungsi perawat saat ini dan yang akan datang. Adanya pandangan pasien tentang citra perawat, memberikan implikasi bagi pendidikan keperawatan dan ilmu keperawatan untuk konsisten mengembangkan dan memperjuangkan perbaikan untuk penyempurnaan ilmu keperawatan dan melakukan riset-riset untuk memperbaiki citra perawat.

Penelitian fenomenologi deskriptif merupakan langkah awal penelitian kualitatif. Penelitian selanjutnya dapat dilakukan pada tahapan penelitian kualitatif selanjutnya untuk lebih memahami tema-tema yang muncul dalam penelitian ini. Penelitian dengan topik yang sama dapat dilakukan di daerah lain untuk lebih memahami pengalaman pasien tentang citra perawat setelah dirawat di rumah sakit. Penelitian kuantitatif dapat dilakukan untuk mendukung hasil temuan penelitian kualitatif ini, untuk dapat memberikan pelayanan prima bagi pasien.

3. Pendidikan Keperawatan

Perilaku *caring* ditanamkan sejak masa pendidikan. Penyusunan kurikulum pendidikan keperawatan dengan memasukkan unsur *caring* dalam setiap mata

kuliah. Budaya *caring* dilakukan dengan menerapkan dalam kehidupan kampus, dengan penekanan antara lain pada nilai *humanistik*, kepedulian, kepercayaan, komitmen membantu orang lain dan lain-lain. Pengembangan kurikulum dengan memperkuat *soft skill*, melalui pemantapan mata kuliah pengembangan kepribadian. Contoh peran oleh para pendidik keperawatan dan contoh peran perawat senior/pembimbing di klinik merupakan strategi handal untuk memantapkan proses belajar mengajar. Pengelola pendidikan keperawatan membuat jaringan yang lebih intensif untuk meningkatkan peluang aktualisasi potensi mahasiswa dalam mengembangkan *soft skill* sehingga mahasiswa lebih memiliki kepercayaan diri yang kuat, mengembangkan pemikiran positif. Citra diri yang kuat dari mahasiswa keperawatan dapat memberikan nilai positif, menghilangkan kesan penempatan diri perawat sebagai *second class* dalam berperan memberikan layanan kepada pasien.

4. Penentu Kebijakan Keperawatan

Hasil penelitian dari tema-tema yang didapat berimplikasi secara organisasi dapat dilakukan melalui perencanaan pengembangan SDM, imbalan atau yang terkait dengan kepuasan kerja perawat dan serta adanya *effective leadership* dalam keperawatan. Peran pimpinan rumah sakit dan jajaran manajer keperawatan di rumah sakit adalah menciptakan iklim kerja yang kondusif dalam keperawatan melalui kepemimpinan yang efektif, perencanaan jenjang karir perawat yang terstruktur, pengembangan system remunerasi yang seimbang, pengaturan *reward*

system dan berbagai bentuk pencapaian kepuasan kerja perawat. Upaya di atas dapat berdampak pada meningkatnya motivasi dan kinerja perawat dalam caring dan meningkatkan profesionalisme perawat. Bila budaya *caring* sudah berjalan maka harapan pasien terpenuhi dan citra perawat dan rumah sakit menjadi lebih baik.

Pemecahan masalah-masalah perilaku perawat dan pelayanan keperawatan dilakukan secara berkesinambungan untuk memperbaiki citra perawat melalui pembinaan staf, pemantapan kepribadian misal dengan pelatihan *ESQ (emotional spiritual quotient)*, penyegaran nilai-nilai profesional perawat, dilaksanakan dengan melibatkan seluruh perawat sesuai *job description* yang dimiliki. Budaya profesional dapat ditumbuhkan melalui pertemuan antar anggota profesi, pembinaan staf oleh jajaran manager keperawatan dan monitoring evaluasi kinerja perawat.

5. Organisasi profesi

Tema-tema yang didapat dari hasil penelitian ini memberikan implikasi bagi organisasi profesi melalui komite keperawatan yang ada di rumah sakit untuk bangkit dan menata diri berperan dalam memberikan kepuasan kepada pasien. Pembuatan dan penataan SAK dan SOP untuk mengatur pelaksanaan asuhan keperawatan merupakan kebutuhan mendesak yang harus segera dipenuhi. Komite keperawatan di rumah sakit sebagai media utama untuk mengakomodasi

dan memfasilitasi tumbuhnya komunitas profesi keperawatan, memungkinkan menampung, merumuskan, menginformasikan ide/pendapat dari para perawat. Prinsip sinergisme kegiatan komite keperawatan dapat memperlihatkan *thinking power* perawat untuk memperoleh hasil layanan yang lebih efektif. Fungsi komite keperawatan dalam kaitan dengan pelayanan keperawatan di rumah sakit dapat menjamin tersedianya aturan/norma SAK dan SOP, menjaga kualitas asuhan melalui rumusan rencana peningkatan mutu dan evaluasi keperawatan, mengusulkan solusi kepada manajemen tentang masalah keprofesionalan perawat.

Implikasi terhadap komite keperawatan Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo secara rinci sebagai berikut: 1) menyusun dan menetapkan standar asuhan keperawatan, 2) memantau pelaksanaan asuhan keperawatan, 3) membina perilaku etik dan profesional perawat, 4) bekerja sama dengan Kepala Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo/ Kepala sub bidang keperawatan merencanakan program mengatur kewenangan profesi keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan sejalan dengan rencana strategis rumah sakit, 5) mengkoordinir kegiatan keperawatan dan membuat laporan kegiatan keperawatan.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini yang pertama menjelaskan simpulan yang menjawab permasalahan penelitian yang telah dirumuskan. Kemudian akan disampaikan saran praktis yang berhubungan dengan masalah penelitian.

A. Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab IV dan V dapat disimpulkan tentang bagaimana pengalaman pasien memaknai citra perawat setelah mengalami perawatan di rumah sakit pemerintah di wilayah Blitar

1. Pandangan pasien terhadap perilaku perawat bervariasi disebabkan oleh beberapa faktor yakni karakteristik partisipan meliputi: umur, jenis kelamin, lama perawatan, sumber biaya, diagnosis penyakit, pendidikan dan kelas perawatan.
2. Pandangan pasien terhadap pelayanan keperawatan sebagian sudah menunjukkan pandangan yang positif. Ada beberapa kategori yang mewakili pandangan negatif pasien tentang pelayanan keperawatan di Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo Blitar, yang membutuhkan penyelesaian secara terintegrasi dari elemen individu, institusi rumah sakit dan organisasi profesi.
3. Peran dan fungsi perawat ditinjau dari pandangan pasien RSUD Ngudi Waluyo masih sebatas pada posisi sosial di masyarakat. Pasien menggambarkan peran dan

fungsi perawat belum menyentuh pada konteks pengakuan perawat sesuai dengan ilmu dan konsep keperawatan.

4. Penilaian citra positif dan penilaian citra negatif pasien selama dirawat di rumah sakit menunjukkan ada pergeseran makna penilaian citra positif dalam menilai citra perawat, walaupun pergeseran tersebut kecil.

5. Pasien yang dirawat di Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo mengharapkan dirawat perawat yang profesional dipandang dari *attitude, skill dan kognitif*. Usulan meningkatkan citra perawat menurut perspektif pasien tergabung dalam upaya meningkatkan image perawat melalui peningkatan *hard skill* dan *soft skill* perawat

Saran.

1. Bagi praktek pelayanan keperawatan.
 - a. Bagi perawat pelaksana;
 - 1) Sistem pemberian asuhan keperawatan model tim yang sudah dirintis perlu ditingkatkan melalui kegiatan-kegiatan praktik profesional melalui kegiatan:
 - a) CNE (*Continuing Nursing Education*)
 - b) Menyisipkan kegiatan untuk pertemuan DRK (diskusi refleksi kasus)
 - c) Melakukan FGD (*Focus Group Discusion*), untuk memperoleh masukan dan upaya menyelesaikan masalah
 - d) Mengefektifkan kembali pemberian kuesioner kepuasan pasien.

- e) Memberikan pendidikan kesehatan kepada individu dan keluarga melalui perencanaan asuhan keperawatan, maupun PKM RS secara terjadwal dan berkesinambungan.
- f) Membenahi asuhan keperawatan difokuskan pada pembuatan *discharge planning*
- g) Membiasakan diri untuk melakukan asuhan keperawatan dengan mengutamakan melakukan tindakan-tindakan mandiri perawat misal memandikan pasien-pasien yang membutuhkan pertolongan atau memberikan penjelasan alasan bila bukan perawat yang melakukan tindakan tersebut

b. Bagi kepala Ruang/pimpinan keperawatan

- 1) Menghitung kembali kebutuhan tenaga keperawatan sesuai panduan kesepakatan yang ditetapkan misal perbandingan perawat pasien berdasarkan tingkat ketergantungan pasien.
- 2) Menata kembali manajemen ruang praktik keperawatan menggunakan sistem tim, mengikut sertakan perawat pelaksana untuk mengidentifikasi kendala pelaksanaan uji coba metode tim sekaligus solusi pemecahan masalah.
- 3) Membuat dan mensosialisasikan serta memantau pelaksanaan uraian tugas perawat di masing-masing ruangan.
- 4) Meningkatkan motivasi dengan lomba pemilihan perawat profesional teladan setiap 6 bulan sekali masing-masing ruangan berdasar pandangan pasien,

perawat lain dan pimpinan keperawatan, pemberian *reward* pada perawat yang berprestasi serta aturan pemberian hukuman yang jelas terhadap perawat yang melakukan kesalahan.

- 5) Mengatur jam berkunjung keluarga agar keinginan keluarga terpenuhi dan pasien mendapatkan keamanan dari resiko infeksi dengan jalan menyiapkan tempat cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, melarang keluarga yang kurang sehat untuk berkunjung ke tempat pasien.
- 6) Memasang poster *universal precaution* di tempat yang mudah dibaca oleh perawat maupun pengunjung
- 7) Memberikan delegasi kepada penanggung jawab shif sore dan malam untuk melakukan supervisi terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana terutama tindakan keperawatan pemenuhan kebutuhan dasar yang harus diberikan pada dinas sore dan dinas malam.
- 8) Mengajak seluruh perawat untuk melakukan evaluasi diri terhadap pelayanan yang telah diberikan kepada pasien dan keluarga
- 9) Melakukan konferensi pada pagi hari, sebelum berinteraksi dengan pasien dan keluarga.

2. Bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan pendidikan keperawatan.

Institusi pendidikan keperawatan disarankan untuk:

- a. Memulai menerapkan sikap *caring* dalam kehidupan akademis dengan melatih kepedulian, kepekaan terhadap situasi kehidupan nyata sehari-hari.

- b. Menerapkan mata kuliah penunjang pengembangan kepribadian misal, praktik langsung penerapan nilai-nilai luhur keperawatan: tanggap, menghargai, *altruis, humanis, customer service* lebih ditekankan pada aplikasi di klinik
 - c. Mengembangkan kurikulum dan menerapkan dalam kegiatan di lingkungan akademik melalui pengembangan *soft skill* misalnya dosen menjadi contoh peran (*role model*) dalam melayani mahasiswa dengan sikap peduli terhadap kebutuhan mahasiswa, menghargai, memberikan kesempatan kepada mahasiswa berfikir kreatif serta menunjukkan sikap terbuka menerima kritik untuk kemajuan.
 - d. Memberikan kesempatan kepada mahasiswa keperawatan untuk mengembangkan potensi diri mahasiswa di luar akademik yang berkaitan dengan pengembangan ketrampilan *soft skill*, misal mengikuti lomba seni, duta wisata dan lain-lain
 - e. Membuat jaringan yang lebih mantap dengan rumah sakit, institusi terkait untuk mengembangkan kemampuan mahasiswa.
3. Bagi penelitian selanjutnya
- a. Penggunaan metode penelitian sama di tempat yang berbeda dengan mempertimbangkan keterbatasan penelitian ini, di berbagai tatanan layanan sehingga hasilnya diharapkan dapat memperkaya pandangan dan menambah wawasan serta mempercepat pertumbuhan ilmu keperawatan
 - b. Mengusulkan untuk penelitian lanjutan yang bertujuan mengidentifikasi secara

mendalam adanya perbedaan makna pelayanan keperawatan dengan citra positif dan negatif di tempat penelitian (BPK RSUD Ngudi Waluyo Blitar)

- c. Melakukan analisis kebutuhan tenaga sesuai dengan tingkat pendidikan, pengalaman, usia, jenis kelamin

4. Kebijakan pelayanan keperawatan

Kepala Bapelkesmas, RSUD Ngudi Waluyo mewakili pemerintah khususnya Departemen Kesehatan dalam mengevaluasi kebijakan pelayanan kesehatan terutama keperawatan agar masyarakat mendapatkan kepuasan sesuai dengan persepsi dan harapan terhadap profesi perawat, perlu :

- a. Memenuhi jumlah kebutuhan SDM keperawatan, sesuai dengan keseimbangan ratio perawat-pasien misal berdasarkan tingkat ketergantungan pasien agar semua pasien dapat dilayani sehingga kepuasan meningkat
- b. Membuat kebijakan rekrutmen perawat sesuai dengan standar kompetensi
- c. Memberikan dukungan, berupa kebijakan untuk kelancaran pelaksanaan sistem asuhan keperawatan metode tim yang telah diuji cobakan
- d. Memberikan kesempatan lebih banyak baik dana maupun waktu agar perawat dapat meningkatkan pendidikan dan pelatihan yang berkaitan dengan profesionalisme perawat misal komunikasi terapeutik, *costumer service*, pengembangan kepribadian melalui pelatihan *ESQ*, meningkatkan *branding* keperawatan dan lain-lain.
- e. Memberikan perlindungan hukum untuk kemandirian praktik perawat

5. Organisasi profesi

- a. Mengaktifkan peran komite keperawatan di rumah sakit untuk: menyusun dan menetapkan SAK dan SOP, memantau pelaksanaan asuhan keperawatan, memantau dan membina perilaku etik dan profesional perawat, mengusulkan kepada Kepala Bapelkesmas/ Kasubbid Keperawatan untuk peningkatan pendidikan dan pelatihan perawat, mengkoordinir kegiatan keperawatan misal membuat kegiatan pelatihan bekerja sama dengan institusi pendidikan keperawatan yang menggunakan Bapelkesmas RSUD Ngudi Waluyo sebagai tempat praktik mahasiswa.
- b. Pembinaan anggota profesi, melalui penyegaran nilai-nilai luhur keperawatan misal meningkatkan pemahaman tentang *caring*
- c. Membangkitkan suasana profesional dengan mengadakan pertemuan rutin, menginformasikan perkembangan keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Alomepe, J. (2005). Professional nursing care in patient perception, disampaikan dalam *Seminar Nasional Keperawatan* di StiKes Ngudi Waluyo Ungaran 27 Juni 2005
- Alward, R.R & Camunas, (1991). *The nurses's guide to marketing*. Albany, NJ: Delmar Publisher
- Anonym. (2007). *The Buzz on Buzz* <http://www.ksh.co.id> diperoleh tanggal 11 Desember 2007).
- Anonym, (2003). *Dari simposium keperawatan RS Husada: Upaya meningkatkan profesionalisme perawat* <http://otkin.nl/info>, diambil tanggal 26 Pebruari 2008
- Anonym, (anonym, (<http://www.free-college-essays.com/> diperoleh 26 Pebruari 2008)
- Arifin, J., Prasetyo, HA. (2006). *Manajemen Rumah Sakit Modern Berbasis Komputer: Mencakup Aspek Pemasaran dan Manajemen Keuangan*. Jakarta: Elex Media Komputindo
- Asrin, Maude (2005). *Patients' Satisfaction With Nursing Communication (Therapeutic Communication) On Adult Medical Surgical Wards At Prof.Dr. Margono Soekarjo Hospital Of Purwokerto, Central Java, Indonesia*
- Auker, Sharon G. (2004). *The Image of the profession of nursing and its discursive representation in print media*, <http://proquest.umi.com/pqdweb?>, diambil tanggal 16 Maret 2008.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Barata, A A (2003). *Dasar-dasar pelayanan prima*. Jakarta: Elexmedia Komputindo
- Basuki, Heru. (2006). *Penelitian Kualitatif untuk Ilmu-ilmu Kemanusiaan dan budaya*. Jakarta
- Banister, P. et al. (1994). *Qualitative methods in psychology a research guide*. Buckingham: Open University press
- Beck, C,T.,(1994) *Phenomenology : its use in nursing research*. Jurnal Nurse Study 31

(6) 499-510.

- Bloomefield, Blomfield, Jacqueline .(1999) *The Changing Image of Australian Nursing* .<http://www.clininfo.health.nsw.gov.au/hospolic/stvincent/stvin99/Jacqui.htm>, diambil tanggal 20 Januari 2008
- Bondan, P. (2006). *Prinsip-prinsip Etika Penelitian*. <http://bondanriset.blogspot.com/>, diambil tanggal 13 Maret 2008
- Burns & Grove, 1999 Burns, N., & Grove, K.T. (1999). *Understanding nursing research*. (2nd ed), Philadelphia: WB Saunders Company.
- Business Week. (2007) *Make 'em take notice: Turning yourself into a brand isn't easy. A boss, clients, even friends can get in the way. Here are some tips to makes it happen*. New York. 4047: 72. <http://proquest.umi.com/pqdweb?>, diambil tanggal 9 Maret 2008
- Coulon, L., Mok, M., Krause, K.L., & Anderson, M. (1996). The pursuit of excellence in nursing care: What does it mean? *J. Adv. Nurs*, 24(4): 817-826
- Cresswell. (1998). *Qualitative inquiry and research design choosing among five traditions*. London: Sage publication
- Cunningham, A. (1999). Nursing stereotypes. *Nursing Standart*, 13(45):46-47 diambil dari <http://www.nursing-standart.co.uk/archives/ns/vol113-45/v13w45p4647.pdf> diambil tanggal 10 Desember 2007
- Dharmawnan Yohana . (2007) *Marketing Nursing as A Branded Profession*, Diktat kuliah tidak dipublikasikan.
- Dedi, Blacius. (2007). *Perilaku caring perawat pelaksana di Rumah Sakit Immanuel Bandung: studi grounded theory*. Jakarta Tesis. Magister. FIK. Tidak dipublikasikan
- Depdiknas. Dewan Pendidikan Tinggi. Komisi Disiplin Ilmu Kesehatan. (2002). *Praktek Keperawatan Ilmiah*. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Duncan. PA. (1992). *Media portyayals of nursing versus the actual work of nurses*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diambil tanggal 9 Maret 2008
- Fanning, J.(1999). Tell me story : The future of branding. *Irish Marketing Review*, 12 (2), 3-15

- Fletcher, K (2007), Image : changing how women nurse think about themselves. Literature review. *J Adv Nurs*, 58(3) : 207-215
- Friis, R & Tilles, J. (1988). Patient's preferences for resident physician dress style *Fam Pract Res J.*, 8(1): 24-31
- Gallup organization. (2003, Desember 1). *Public rates nursing as most honest and ethical profession*. Diambil dari <http://www.gallup.com> tanggal 11 Desember 2007
- Gardner, (2001) "Don't call me sweetie!" Patients differ from nurses in their perception of caring. *Journal of the Royal College Nursing*, 8(3). 32-38
- Gaspersz, V. (2002). *Manajemen Kualitas dalam Industri Jasa*. PT Gramedia Pustaka Utama, Jakarta
- Hakim, A.R. (2006). Customer oriented. <http://www.ujungpandangekspres.com/> diperoleh tanggal 11 Desember 2007).
- Hamid, A. Y. (2001) *Legislasi & etika praktek profesi keperawatan di Indonesia*, makalah seminar, Malang, makalah tidak dipublikasikan
- Haryanto, Dheni.(2003). *Brand Equity the way to boost your marketing performance*. <http://www.mqc.cjb.net> diambil tanggal 24 Pebruari 2008.
- Henderson, Amanda et.al (2007) 'Caring for' behaviours that indicate to patient that nurse care about them? *Journal of Advanced Nursing* Vol 60 Ed 2 Oct 207
- Hidayat (1999), <http://banyumasperawat.wordpress.com/>, diperoleh tanggal 28 April 2008,
- Kartajaya, H. (2005). *MarkPlus on strategy*. Jakarta. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Killer, K. L. (2003). Brand synthesis: The multidimensionality of brand knowledge. *Journal of Consumer Research*, 29: 595-600
- Kompas Cyber Media – Kesehatan (10 Desember 2004) 85 tahun RSCM Perawat Tulang Punggung Yang Terlupakan <http://www.kompas.com/> diambil tanggal 20 Desember 2008
- Kotler, P. (2005) *Manajemen Pemasaran*. Alih bahasa Benyamin Molan, Jakarta: PT Indeks Kelompok Gramedia

Kotler, P.& Clarke, R.N (1987), *Marketing for health care organizations*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Kurniati, A. (2005). Persepsi klien tentang perawat. *Jurnal Keperawatan Indonesia* 9 (63-69)

Lamri. (1997). *Pengaruh kualitas pelayanan terhadap kepuasan, minat perilaku, penderita rawat inap di rumah sakit Islam Samarinda*. Yogyakarta. Program Pasca Sarjana UGM. Tesis. Tidak dipublikasikan.

Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F., & Beck, C.T.2004. *Canadian Essentials of Nursing Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Mantoya, Peter. (2003), *The Brand Called You, The Ultimate Brand-Building and Business Development Handbook* http://www.i2.co.id/news/detail_resensi_buku.asp?id=90, diambil tanggal 10 Januari 2008)

Marriner-Tomey, A. (1994). *Nursing theorist and their work* (3 th. ed.). St. Louis : Mosby

Meleis, A, Ibrahim. (1997). *Theoretical Nursing : Development and Progress*, Third Ed, Lippincott, New York

Mitty, E.& Flores, S.(2007). Assisted living nursing practice : admission assessment, *Geriatric Nurs.*, 28(1): 27-30

Moloeng, L.J.,(2005)., *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Bandung : PT. Remaja Putra Karya

Munhall, P.L., & Boyd, C.O.,(1999), *Nursing Research: A Qualitative Perspective*, United States of America: Nation League for Nursing.

Notoadmodjo Soekidjo (2003) *Pengembangan Sumber Daya Manusia*, Edisi ketiga Jakarta : Rineka Cipta

Nurachmah, E. (2005). *Jenis-jenis riset kualitatif*. Jakarta: Program Magister Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (tidak dipublikasikan)

Nurrachmah, E. (2000). *How nurses express their caring behavior to patients with special needs*. The International Symposium on Shock, Critical Care in Denpasar-Bali. Tidak dipublikasikan

Oerman, 1999, *Consumers' description of quality heathcare*, dalam <http://>

proquest.umi.com/pqdweb. diperoleh tanggal 25 Pebruari 2008

Onny, (1985) dalam <http://klinis.wordpress.com/2007/12/28/kualitas-pelayanan-keperawatan>

Pattisiana, Amanda Daphne (1998). *Perbedaan Kepuasan Citra Tubuh Remaja Putri Yang Berprofesi Sebagai Model dan Yang Tidak Berprofesi Sebagai Model (Studi Deskriptif pada Remaja Putri Golongan Sosial Ekonomi Menengah ke Atas di Jakarta)*. Skripsi. Fakultas Psikologi UI. Depok. Tidak Dipublikasikan

Peluw, Zulfikar. (2007). *Hubungan tingkat kepentingan dan persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dengan minat pemanfaatan Rumah Sakit Umum Al-Fattah Kota Ambon*. Jakarta. Tesis. Magister. FIK. Tidak dipublikasikan

Plummer, J.T. (2000). How personality makes a different. *Journal of Advertising Research*. November-Desember pp.79-83

Polit, D.F and Hungler, B.P., (1998), *Nursing Research: Principles & Methods*, Philadelphia: Lippincot.

Polit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2001). *Essential of nursing research: Methods, appraisal and utilization*. St. Louis : Mosby Year Book Inc

Poerwandari, E.K, (2005). *Pendekatan kualitatif untuk penelitian perilaku manusia*, (ed-3), Jakarta: Perfecta LPSP3. Fakultas psikologi Universitas Indonesia.

Potter, & Perry. (1997). *Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice*. 4 ed. Mosby-Year Book Inc

Program Pasca Sarjana FIK UI, (2007), *Panduan Penulisan Tesis*, Jakarta: FIK UI.

Purwanto, Setiyo (2007), <http://klinis.wordpress.com> diperoleh tanggal 24 Pebruari 2008

Pusat Pengembangan Keperawatan Carolus. (2003). *Pelatihan Aspek etik dan hukum dalam pelayanan keperawatan*. Jakarta. Tidak dipublikasikan

Retnawati, B B. (2003). Strategi penguatan dan revitalisasi merek menuju pengelolaan merek jangka panjang, *Usahawan* 07(6-12)

Richmond, I.& Roberson, E. (1995) The customer is always right: patients' perceptions of psychiatric nursing action. *J Nurs Care Qual*, 9(2): 36-43

Rijadi, S (2005). *Kebutuhan tenaga keperawat tahun 2020*, <http://blog.360.yahoo/blog-vkiu>, diperoleh tanggal 13 Nopember 2007).

- Saladien. 2006. *Rancangan Penelitian Kualitatif. Modul Metodologi Penelitian Kualitatif*, Disampaikan pada Pelatihan Metodologi Penelitian Kualitatif Program Sudi Ilmu Ekonomi, Fakultas Ekonomi, Universitas Brawijaya, 6-7 Desember
- Schweitzer, Susan. et al. (1994). The Image of the staff nurse. *Nursing Managemen* Chicago: 25(6): 88-89 dalam <http://proquest.umi.com/pqdweb> diambil tanggal 10 Desember 2007)
- Spiegel, A.D., & Backhaut, B.H. (1980). *Curing and caring : A review of factors affecting the quality and acceptability of health care*. New York : Spectrum Publication Inc.
- Ani, SL Werdati, dan Utarini (2001). Harapan Konsumen terhadap Pelayanan Keperawatan, Penelitian Kualitatif di RSUD Dharma Yadnya Denpasar Bali. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 04 (01) : 13-18
- Streubert, H. J. And Carpenter, D. R., (1999), *Qualitative Research In Nursing : Advancing the Humanistic Imperative*, Philadelphia : Lippincot
- Stuart, G.W., Sundeen, S.J & Laraia, M.T. (1998), *Principles and practice of psychiatric nursing*. (6 th. ed.). St. Louis: Mosby, Inc.
- Suliswati Payopo, TA. Marahoa, J.Siaturi, Y. Sumiatun. (2005). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta. EGC
- Susilo, Eko. (2007). *Analisis Citra Perawat Dalam Konteks Pemasaran Keperawatan Berdasarkan Karakteristik Klien di RSUD Tidar Magelang*, Tesis, Magister, FIK. Tidak dipublikasikan
- Sumathipala, A. & Siribaddana, S. 2004. Revisiting “Freely Given Informed Consent” in Relation to the Developing World: Role of an Ombudsman. *The American Journal of Bioethics*, 4(3): W1-W7
- Sutisna. (2002). *Perilaku konsumen dan komunikasi pemasaran*. Cetakan kedua. Bandung : PT Remaja Rosdakarya
- Suliantoro, Murni. (2003). *Dari simposium keperawatan RS Husada: Upaya meningkatkan profesionalisme perawat* <http://otkin.nl/info>, diambil tanggal 26 Pebruari 2008
- Sugiyono. (2005). *Memahami penelitian kualitatif*, Bandung: Alfabeta.
- Sawatzky-Dickson (2008), Increasing Understanding of Nursing Research for General Duty Nurses : An Experiential Strategy, *The Journal of Continuing Education in*

Nursing 39 (3) : 105-109

Tjiptono, F. (1995) *Strategi pemasaran*. Yogyakarta : Andi Offset

Vance, Teresa. (2003). *Caring and professional practice of nursing*. Part 5 <http://www.nursingcenter.com/search/index.asp> diambil tanggal 25 Pebruari 2008

Wedel, M. & Kamakura, W. A, (2003). *Market segmentation : Conceptual and methodological foundations* . 2nd Ed. Norwell, Massachussets: Kluwer Academic Plublisher

Weishapple, C, (2001). *Introduction to legal nurse consulting*. Albany, NY: Delmar

Winardi, (1989). *Aspek-aspek bauran pemasaran*. Jakarta: Mandar Maju

Walter (1989, dalam anonym, <http://www.p2kp.org>, didapat tanggal 12 Pebruari 2008,

