

**PENGARUH PELATIHAN PERILAKU *CARING* PERAWAT
TERHADAP KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA
DI RUANG RAWAT INAP RSUD CURUP
BENGKULU**

**YANTI SUTRIYANTI
0706194841**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2009**



**PENGARUH PELATIHAN PERILAKU *CARING* PERAWAT
TERHADAP KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA
DI RUANG RAWAT INAP RSUD CURUP
BENGKULU**

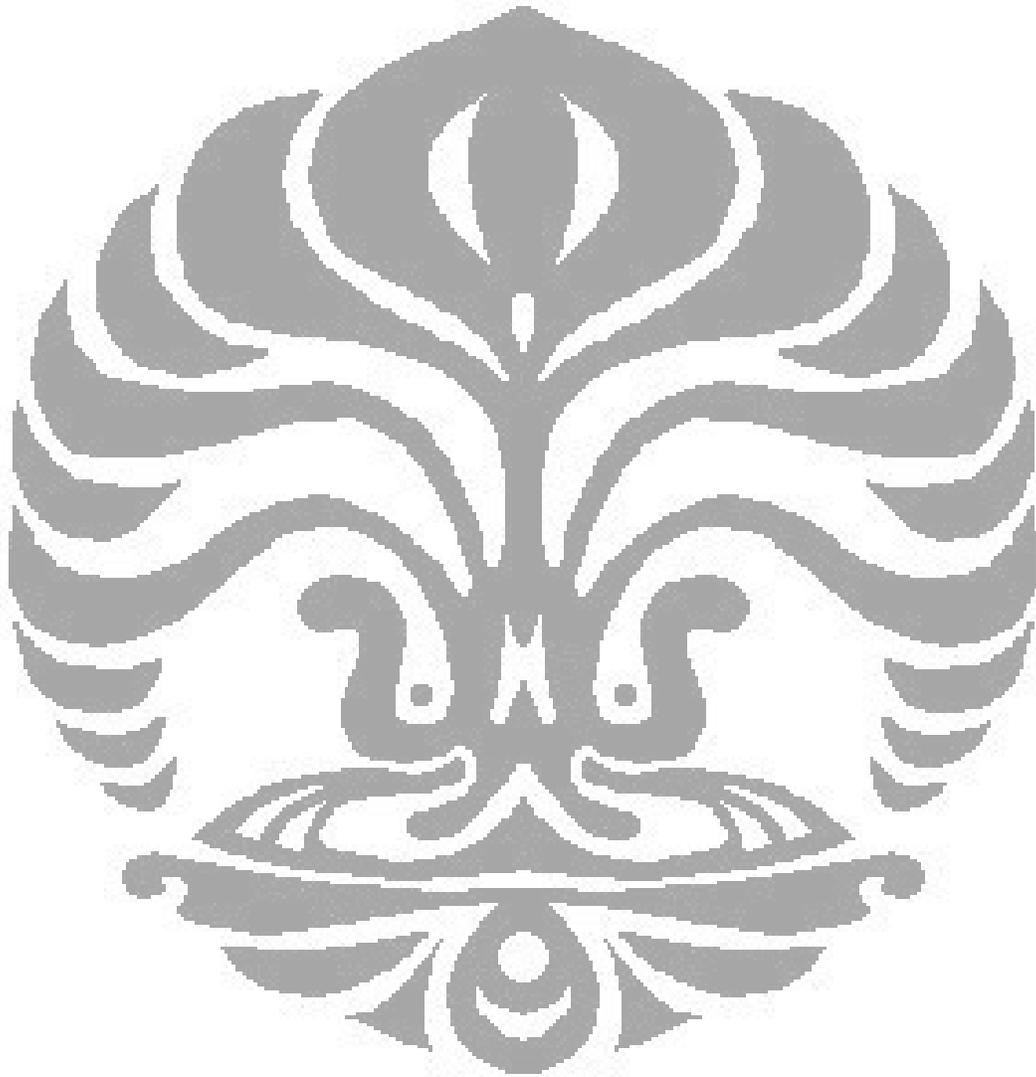
Oleh :

Yanti Sutriyanti

NPM 0706194841

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

DEPOK, JULI 2009



**PENGARUH PELATIHAN PERILAKU *CARING* PERAWAT
TERHADAP KEPUASAN PASIEN DAN KELUARGA
DI RUANG RAWAT INAP RSUD CURUP
BENGKULU**

TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan**

**YANTI SUTRIYANTI
0706194841**

**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Yanti Sutriyanti

NPM : 0706194841

Tanda Tangan :

Tanggal : 14 Juli 2009

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Yanti Sutriyanti
NPM : 0706194841
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Perawat Terhadap Kepuasan Pasien Dan Keluarga Di Ruang Rawat Inap RSUD Curup Bengkulu

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc

Pembimbing : Hening Pujasari S.Kp, M Biomed., MN

Penguji : Allenidekania, SKp, MSc

Penguji : Eva Trisna, SKM., M.Kep

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2009

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT, atas segala berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian tesis ini yang berjudul “Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Perawat Terhadap Kepuasan Pasien dan Keluarga di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Curup Bengkulu” sesuai dengan waktu yang ditentukan.

Penulis mengucapkan terima kasih atas bimbingan, dukungan, semangat, dan saran yang selalu diberikan dalam penyusunan penelitian ini, kepada Pembimbing I ; ibu Dr. Budi Anna keliat, SKp, M.App.Sc., dan pembimbing II ; ibu Hening Pujasari S.Kp, M Biomed., MN.

Pada kesempatan ini penulis juga mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Dewi Irawaty, MA, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetty, S.Kp. M.App.Sc, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. *My dear* Iwan Setiawan *and my childrens* Tyo, Fikri, Qnan yang selalu setia menemani sebagai penghibur hati dalam suasana apapun.
4. Ibunda tercinta Sulastrika dan ayahanda tercinta Akhmad Hidayat (Alm), serta saudara-saudara tercinta yang selalu memberikan semangat lahir dan bathin.
5. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup, yang telah memberikan ijin.
6. Kabid Keperawatan , Kasie Keperawatan, Diklat rumah sakit, Karu, Katim dan perawat pelaksana RSUD Curup yang telah banyak membantu.
7. Teman seperjuangan Fika, Leli, Yossy, Mego, yang selalu bersama berjuang, bahu membahu mewujudkan cita-cita serta angkatan 07.

Penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan dapat digunakan sebagai pengembangan awal pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Penulis

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

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Yanti Sutriyanti
NPM : 0706194841
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

Pengaruh Pelatihan Perilaku Caring Perawat Terhadap Kepuasan pasien dan Keluarga di Ruang Rawat Inap RSUD Bengkulu

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 14 Juli 2009
Yang menyatakan

(Yanti Sutriyanti)

ABSTRAK

Nama : Yanti Sutriyanti
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Perawat terhadap
Kepuasan Pasien dan Keluarga di Ruang Rawat Inap RSUD
Curup Bengkulu

Pelayanan prima dalam keperawatan diterapkan dengan menggunakan perilaku *caring* sebagai inti dari praktek keperawatan. Upaya ini penting mengingat indikator pelayanan mutu di RSUD Curup masih dibawah standar Depkes yang ditetapkan. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh pelatihan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien dan keluarga di RSUD Curup Bengkulu. Penelitian ini menggunakan desain *post test eksperiment*, memberikan intervensi pelatihan perilaku *caring* terhadap perawat. Responden penelitian yaitu pasien serta keluarga yang menunggu pasien di ruang rawat inap RSUD Curup Bengkulu sejumlah 204 orang yang terbagi dalam 3 kelompok yaitu kelompok A adalah responden yang diberi pelayanan perilaku *caring* oleh perawat yang sudah dilatih dan tanpa dibimbing, kelompok B adalah responden yang diberi pelayanan perilaku *caring* oleh perawat yang sudah dilatih dan dibimbing 3 kali, dan kelompok C adalah responden yang diberi pelayanan perilaku *caring* oleh perawat yang sudah dilatih dan dibimbing 6 kali. Instrumen yang digunakan yaitu instrumen kepuasan pasien dan keluarga yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan pada Parasuraman et, al., (1990) dan Anjaswarni, (2002). Data dianalisis dengan menggunakan uji *one way anova* serta analisis regresi linier. Penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna kepuasan pasien ($p\ value=0.000$) maupun keluarga ($p\ value=0.000$) antara kelompok A, B, dan C, dimana kelompok bimbingan 6 kali lebih mendekati kepuasan dibanding kelompok 3 kali dan tanpa bimbingan. Hasil analisis regresi mengidentifikasi bahwa faktor yang dapat digunakan untuk memprediksikan kepuasan pasien adalah perilaku *caring* dengan dikontrol oleh tingkat pendidikan pasien di RSUD Curup, Sedangkan kepuasan keluarga adalah perilaku *caring* dengan dikontrol oleh jenis penyakit. Perlu diberikan bimbingan 6 kali untuk meningkatkan perilaku *caring* perawat setelah diberikan pelatihan serta perlu adanya upaya memelihara budaya perilaku *caring* dengan supervise untuk menjaga kelangsungan penerapan perilaku *caring* di rumah sakit di RSUD Curup.

Kata Kunci: Kepuasan pasien dan kepuasan keluarga, pelatihan perilaku *caring*.

ABSTRACT

Name : Yanti Sutriyanti
Study Program : Master of Nursing Science
Title : The Influence of Nurse Caring Behavior Training to the Patients and Their Family Satisfaction in Curup District General Hospital, Bengkulu

Service excellence was an effort of health care service to improve patients and their families' satisfaction. The service was implemented by caring behavior. It was as a central part of the nursing practice. The behavior and the supervising caring were essential for nurse's performance as a care giver in increasing patient and his/her family satisfaction in the hospital. The **aim** of this study was to recognize the influence of caring behavior training to the patient and his/her family satisfaction in Curup District General Hospital, Bengkulu. The research **design** was a post test experiment. The respondents were 204 persons. They were families' patients who were waiting in the in patient department. They were divided into three groups. Group A was the families' patient who received nursing care from nurses that had been trained and no guidance. Group B was the families' patient who received nursing care from nurses that had been trained and three times guidance. Group C was the families' patient who received nursing care from nurses that had been trained and six times guidance. The research instrument was a researcher development of patient and family satisfaction from Pasuraman et al (1990) and Anjaswarni (2002). The data analyzed by one way ANOVAs and linier regression. The **result** showed that there were significance differences of patient and family satisfaction among three groups (p value=0.000, α =0.005). It was also demonstrated that variables of patients' age (p value=0.008, α =0.005), families' sex and disease characteristics had a significance relationship with families' satisfaction (p value=0.012, α =0.005). Having controlled by patients' education, caring behavior was able to predict patients' satisfaction. Concurrently, families' satisfaction could be estimated by caring behavior, having controlled by disease characteristics. It was recommended that caring behavior should be maintained in order to enhance nursing service excellence in Curup Hospital.

Keywords: Satisfaction, patient, family, caring behavior, training.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	8
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.3.1 Tujuan Umum	9
1.3.2 Tujuan Khusus	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kepuasan Pasien dan Keluarga.....	12
2.1.1 Pengertian.....	12
2.1.2 Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien dan Keluarga	18
2.1.3 Pertimbangan Memberikan Kepuasan Pasien dan Keluarga	21
2.1.4 Pengukuran Kepuasan Pasien	22
2.2 <i>Caring</i>	26
2.2.1 Pengertian.....	26
2.2.2 Inti dan Makna <i>Caring</i>	26
2.2.3 Sepuluh Karatif <i>Caring</i> menurut Watson	27
2.3 Pelatihan.....	35
2.3.1 Pengertian.....	35
2.3.2 Tujuan Pelatihan perilaku <i>Caring</i>	35
2.3.3 Manfaat Pelatihan perilaku <i>Caring</i>	36
2.3.4 Metode Pelatihan perilaku <i>Caring</i>	36
2.4 Bimbingan.....	37
2.4.1 Pengertian.....	37
2.4.2 Pendekatan Bimbingan.....	38
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Teori.....	44
3.2 Kerangka Konsep.....	45
3.3 Hipotesis	45

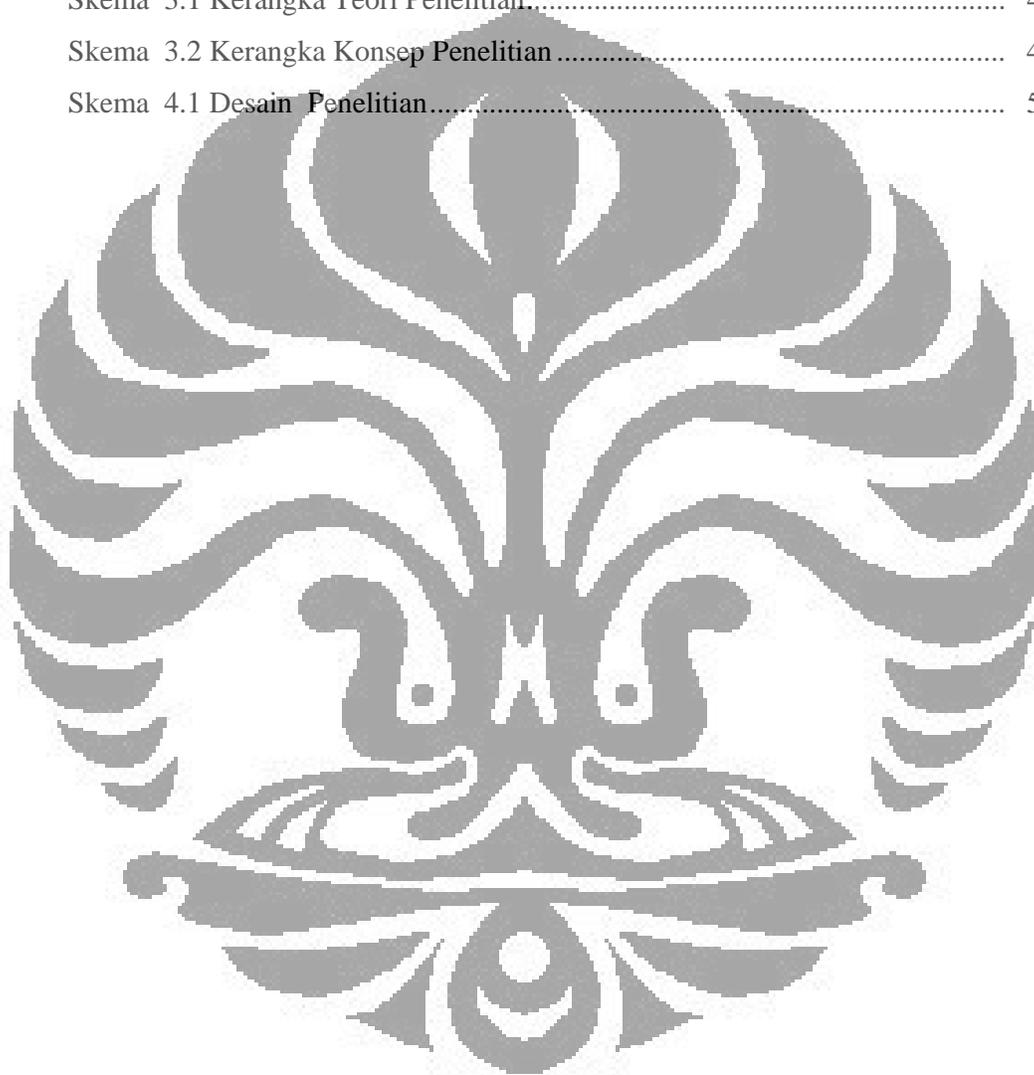
3.4 Definisi Operasional	46
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	53
4.2 Populasi dan Sampel	56
4.3 Tempat dan Waktu Penelitian	59
4.4 Etika Penelitian	60
4.5 Alat Pengumpulan Data	62
4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas	64
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	65
4.8 Analisis Data.....	67
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Proses Penelitian	74
5.1.1 Persiapan	74
5.1.2 Pelaksanaan	75
5.2 Karakteristik Pasien dan Keluarga serta Uji Kesetaraan	77
5.2.1 Karakteristik Pasien dan Keluarga.....	77
5.2.2 Kesetaraan Pasien dan Keluarga	82
5.3 Kepuasan Pasien dan Keluarga	82
5.3.1 Pemenuhan Harapan dan Kenyataan Pasien	88
5.3.2 Pemenuhan Harapan dan Kenyataan Keluarga.....	89
5.3.3 Perbedaan Kepuasan Pasien dan Keluarga	95
5.4 Faktor yang Berkontribusi terhadap Kepuasan	97
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Pengaruh Pelatihan Perilaku <i>Caring</i> Perawat terhadap Kepuasan.....	107
6.1.1 Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan <i>Caring</i>	107
6.1.2 Kepuasan Keluarga terhadap Pelayanan <i>Caring</i>	111
6.2 Perbedaan Kepuasan Pasien dan Keluarga pada setiap Dimensi.....	115
6.3 Hubungan karakteristik Pasien dan Keluarga terhadap Kepuasan	118
6.4 Faktor yang paling Berkontribusi terhadap Kepuasan	123
6.5 Keterbatasan Penelitian	126
6.6 Implikasi Penelitian	127
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan.....	129
7.2 Saran.....	130
DAFTAR REFERENSI	133
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian	52
Tabel 4.1 Keterangan Desain	60
Tabel 4.2 Tehnik Pengambilan Sampel	64
Tabel 4.3 Kerangka Kerja Penelitian	72
Tabel 4.4 Uji Bivariat Penelitian.....	73
Tabel 5.1 Karakteristik Pasien (JK, Pendidikan, Jenis penyakit)	78
Tabel 5.2 Karakteristik Keluarga (JK, Pendidikan, Jenis penyakit).....	78
Tabel 5.3 Karakteristik Umur Pasien dan Keluarga.....	79
Tabel 5.4 Kesetaraan Karakteristik Pasien (JK, Pendidikan, Jenis penyakit).....	81
Tabel 5.5 Kesetaraan Karakteristik Keluarga (JK, Pendidikan, Jenis penyakit) ..	81
Tabel 5.6 Kesetaraan Umur Pasien Keluarga	82
Tabel 5.7 Analisis Harapan Pasien	83
Tabel 5.8 Analisis Kenyataan Pasien	85
Tabel 5.9 Analisis Kepuasan Pasien	87
Tabel 5.10 Analisis Harapan Keluarga	89
Tabel 5.11 Analisis Kenyataan Keluarga	91
Tabel 5.12 Analisis Kepuasan Keluarga	93
Tabel 5.13 Analisis Perbedaan Kepuasan Pasien	95
Tabel 5.14 Analisis Perbedaan Kepuasan Keluarga	96
Tabel 5.15 Seleksi Bivariat Karakteristik Pasien	97
Tabel 5.16 Analisis Regresi Variabel <i>Confounding</i> Pasien	98
Tabel 5.17 Pemodelan Akhir Regresi Linier Pasien	99
Tabel 5.18 Persamaan Garis Regresi Linier Pasien	100
Tabel 5.19 Hasil Uji Asumsi Regresi Linier Pasien	101
Tabel 5.20 Seleksi Bivariat Karakteristik Keluarga	102
Tabel 5.21 Analisis Regresi Variabel <i>Confounding</i> Keluarga.....	103
Tabel 5.22 Pemodelan Akhir Regresi Linier Keluarga	104
Tabel 5.23 Persamaan Garis Regresi Linier Keluarga.....	104
Tabel 5.24 Hasil Uji Asumsi Regresi Linier Keluarga.....	105

DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Persepsi Konsumen terhadap Kualitas Jasa	18
Skema 2.2 Skor Servqual	24
Skema 3.1 Kerangka Teori Penelitian.....	43
Skema 3.2 Kerangka Konsep Penelitian	45
Skema 4.1 Desain Penelitian.....	54



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 2: Surat Ijin Uji Instrumen Penelitian
- Lampiran 3: Surat Permohonan Ijin Penelitian dari FIK UI
- Lampiran 4: Surat Ijin Penelitian dari Direktur RSUD Curup
- Lampiran 5: Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Penelitian
- Lampiran 6: Kisi-kisi Instrumen Penelitian
- Lampiran 7: Permohonan Menjadi Pelaku Intervensi Penelitian
- Lampiran 8: Lembar Persetujuan Menjadi Pelaku Intervensi Penelitian
- Lampiran 9: Permohonan Menjadi Responden (pasien dan keluarga)
- Lampiran 10: Lembar persetujuan menjadi Responden penelitian
- Lampiran 11: Kuesioner Pasien
- Lampiran 12: Kuesioner Keluarga
- Lampiran 13: Proposal Pelatihan Perilaku *Caring*
- Lampiran 14: Modul Pelatihan Perilaku *Caring*
Modul Pelatihan Supervisi Kepala Ruangan
- Lampiran 15: Daftar Riwayat Hidup

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan yang berkualitas dibutuhkan oleh klien (pasien, keluarga, kelompok dan masyarakat). Klien sebagai konsumen menginginkan agar institusi pelayanan kesehatan dapat memberi pelayanan yang berkualitas dan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik, sesuai harapannya. Menurut Potter dan Perry (2005), klien yang dirawat di rumah sakit secara bio, psiko, sosio dan spiritual akan mengalami perubahan atau penurunan bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya. Setiap pasien akan berespon secara unik terhadap kondisi sakit yang dialaminya. Sedangkan keluarga merupakan orang terdekat dari seseorang yang mengalami dampak dari kesehatan pasien.

Mutu pelayanan bagi pasien dan keluarga berarti suatu empati, respek dan tanggap akan kebutuhannya, pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan mereka, diberikan dengan cara yang ramah. Menurut pasien dan keluarga pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang memuaskan. Kepuasan pasien adalah suatu kenyataan, namun sebagai indikator mutu sering diabaikan. Pengukuran dan peningkatan mutu layanan penting, karena akan memberikan informasi tentang suksesnya provider dalam memenuhi harapan pasien dimana pasien sendiri mempunyai wewenang dalam menilai kepuasan atas pelayanan yang diterimanya. Mutu pelayanan bagi petugas kesehatan berarti bebas melakukan segala sesuatu yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien, keluarga dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang maju, mutu peralatan yang baik dan memenuhi standar yang baik, komitmen dan motivasi petugas tergantung dari kemampuan mereka untuk melaksanakan tugas mereka dengan cara yang optimal (Dona Bedian 1980, dalam Wijono, 2007).

Pelayanan prima sebagai salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan. Pelayanan prima adalah memberikan pelayanan kepada pelanggan apa (yang lebih daripada) yang memang mereka harapkan pada saat mereka membutuhkan, dengan cara yang mereka inginkan. Kepmenpan No. 63 (2003), menyatakan istilah pelayanan prima diganti dengan pelayanan publik, yang artinya adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Maksudnya memberikan kepuasan bagi penerima pelayanan (UU Menpan, 2003).

Kepuasan pasien sebagai konsumen dalam industri jasa pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit menjadi fokus utama yang didukung dengan diberlakukannya Undang-undang Republik Indonesia No 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Salah satunya dijelaskan bahwa tujuan dari perlindungan konsumen. Salah satu tujuan dari perlindungan konsumen adalah "Meningkatkan kualitas barang dan / atau jasa yang menjamin usaha kelangsungan produksi barang dan / atau jasa, kesehatan, kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen" (Bpkp/hukum/uu/1999).

Peningkatan mutu jasa pelayanan kesehatan merupakan suatu upaya untuk memberikan perlindungan kepada klien sebagai konsumen.

Pelayanan keperawatan sebagai salah satu sub sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan komponen sentral untuk terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu. Tenaga perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Menurut Gillies (1994), jumlah tenaga keperawatan yang terlibat langsung dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit proporsinya lebih dari 60%. Hal ini juga dikatakan oleh Huber (1996 dalam Hamid, A. 2000), bahwa 90% pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan. Hal ini disebabkan karena perawat merupakan tenaga kesehatan dengan jumlah terbesar, melayani pasien selama 24 jam secara terus menerus

dan berkesinambungan serta berada pada garis terdepan dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada klien.

Pelayanan prima dalam keperawatan dapat diterapkan dengan menggunakan konsep *caring*, karena *caring* merupakan inti dari praktek keperawatan (Watson, 1985 dalam Ulemadja, 2006). Menurut Potter dan Perry (1997), *caring* adalah memberikan perhatian penuh pada klien saat memberikan asuhan keperawatan. Sedangkan menurut Kozier (1997), *caring* menekankan pada *keteguhan* hati, kemurahan hati, janji, tanggung jawab, yang mempunyai kekuatan atau motivasi untuk melakukan upaya memberi perlindungan dan meningkatkan martabat klien.

Dampak yang dapat dirasakan dengan mendapatkan pelayanan prima keperawatan adalah kepuasan pasien dan keluarga. Mereka adalah orang yang mengetahui dan mensosialisasikan pelayanan rumah sakit terutama pelayanan keperawatan. Mereka adalah orang yang kontak langsung dengan pelayanan keperawatan yang diberikan. Mereka adalah orang yang langsung di masyarakat dan dapat membuat pasien dan keluarga menjadi pelanggan tetap yang setiap tahun secara nyata diharapkan dapat menambah nilai usaha dan secara terus-menerus memberikan manfaat bagi rumah sakit dan loyalitas terhadap rumah sakit (Wijono, 2007).

Kepuasan menurut Jaspaf (2005), merupakan perbandingan antara persepsinya terhadap jasa pelayanan yang diterima dengan harapannya sebelum menggunakan jasa pelayanan tersebut. Sedangkan menurut Wijono (2007), kepuasan adalah suatu sikap (*attitude*) yang berdasarkan persepsi mutu yang dirasakan pasien (pelanggan), dan loyal yang berhubungan dengan perilaku (*behavior*) yang membuat pasien menjadi pelanggan tetap yang setiap tahun secara nyata diharapkan dapat menambah nilai usaha dan secara terus menerus memberikan manfaat bagi rumah sakit. Kepuasan pasien adalah suatu prasyarat dari loyalitas pasien .

Kepuasan adalah perbandingan antara harapan dan kenyataan, (Jasfar, 2005). Pelayanan menimbulkan suatu persepsi yang dapat diungkapkan oleh pasien maupun keluarga . Mutu pelayanan yang diberikan dengan baik maka akan muncul perilaku pasien maupun keluarga yang loyal terhadap pelayanan, dimana pasien dan keluarga kecenderungan akan mengulang kembali meminta pelayanan yang tetap dan terus menerus pada rumah sakit yang sama.

Harapan pelanggan adalah apa yang diyakini pelanggan akan terjadi dan apa yang diinginkan untuk terjadi. Sedangkan persepsi pelanggan adalah apa yang dilihat atau dialami setelah memasuki lingkungan yang diharapkan memberikan sesuatu padanya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa kepuasan pasien adalah perasaan pasien yang merupakan hasil setelah membandingkan antara jasa pelayanan keperawatan yang dirasakan pasien dengan harapan pasien mengenai kualitas pelayanan keperawatan yang diinginkannya. Jika pelayanan keperawatan yang dirasakan pasien sesuai dengan harapan pasien maka dapat dipastikan bahwa pasien merasakan kepuasan, tetapi jika pelayanan keperawatan yang dirasakan tidak sesuai dengan harapan, maka pasien akan merasakan ketidakpuasan terhadap pelayanan tersebut dan akan merasakan ketidakpuasan terhadap pelayanan tersebut dan akan menimbulkan keluhan dari pasien.

Penelitian Setiasih (2006), didapatkan bahwa latar belakang pendidikan klien mempengaruhi kepuasan klien. Otonomi perawat merupakan subvariabel yang paling berpengaruh terhadap kepuasan klien, tetapi hanya 25,5% dari variasi kepuasan klien yang dapat dijelaskan secara simultan oleh otonomi yang dimiliki perawat. Hal ini dapat terjadi karena belum optimalnya otonomi yang dimiliki oleh perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan. Setiati (2005), menemukan ada hubungan antara faktor pendidikan, penghasilan, status pernikahan dan *image* dengan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien. Dikatakan juga bahwa masih kurangnya otonomi yang dimiliki perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan.

Dari penelitian Setiati (2005), belum tergambar berat ringannya penyakit dan faktor keluarga yang dapat mempengaruhi perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien. Hal ini diperkuat oleh penelitian Muttakin (2008), yang meneliti tentang pengaruh supervisi terhadap perilaku *caring* didapatkan hasil perilaku *caring* meningkat setelah dilakukan supervisi. Adanya perbedaan bermakna perilaku *caring* perawat pelaksana sebelum dan sesudah pelatihan supervisi. Sebagai rekomendasi dari penelitian tersebut adalah untuk meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan kepuasan terhadap pasien perlu diberikan pelatihan perilaku *caring* bagi perawat.

Penelitian Anjaswarni (2002), tentang hubungan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien, dengan jenis diskriptif desain *crosssectional* didapatkan hasil 53% kepuasan pasien diatas rata-rata. Tingkat kepuasan klien terhadap perilaku *caring* perawat telah mendekati harapan klien. Dari 10 (sepuluh) karatif perilaku *caring* yang belum dilaksanakan dengan baik dan dapat mengakibatkan ketidakpuasan klien adalah hubungan saling percaya dan saling membantu serta peningkatan proses pembelajaran dalam hubungan interpersonal. Berdasarkan penelitian tersebut belum diketahuinya kinerja perawat dalam melaksanakan penerapan *caring* pada pasien.

Penelitian Anjaswarni, dilanjutkan oleh Purwaningsih (2003), tentang pengaruh pelatihan perilaku *caring* terhadap kinerja perawat, dengan jenis penelitian *quasi eksperimen*, didapatkan hasil adanya peningkatan kinerja perawat pelaksana secara perilaku (*knowledge, psikomotor, dan apektif*) setelah penerapan faktor karatif, namun ada perbedaan kinerja perawat pelaksana setelah penerapan faktor karatif *caring* pada perawat yang diberi pelatihan *caring* dan perawat yang tidak diberi pelatihan *caring*. Berdasarkan penelitian tersebut belum terlihat dampak dari kinerja tersebut kepada peningkatan kepuasan pasien setelah perawat menerapkan *caring*, dan belum diketahui juga kepuasan keluarga pasien atas perilaku *caring* perawat yang sudah diberikan.

Penelitian yang dilakukan oleh Rafii, Hajinezhad, Haghani (2007), di Iran menemukan ada hubungan antara perawat yang berperilaku *caring* terhadap kepuasan pasien. Pasien laki-laki lebih puas mendapatkan perilaku *caring* perawat dibanding pasien perempuan. Penelitian tersebut menggunakan desain *crosssectional* tujuannya menggambarkan persepsi kepuasan pasien yang mendapatkan perilaku *caring*.

Berdasarkan beberapa hasil penelitian tersebut diatas, dari berbagai penelitian yang sudah dilaksanakan dan fenomena yang ada, peneliti merespon lebih lanjut penelitian yang akan dilaksanakan adalah ingin mengetahui dampak pelatihan perilaku *caring* yang diberikan pada perawat pelaksana sejauh mana dapat mempengaruhi pada kepuasan pasien dan keluarga. Dengan menggunakan perbedaan desain yang sudah dilaksanakan oleh peneliti sebelumnya.

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Curup merupakan rumah sakit yang mempunyai visi sebagai pusat rujukan di kabupaten Rejang Lebong dengan pelayanan prima, dan mempunyai misi salah satunya adalah memberikan pelayanan cepat, tepat, ramah, dan terjangkau bagi masyarakat tanpa membedakan latar belakang sosial serta meningkatkan kualitas sumber daya manusia sebagai tenaga profesional dalam memberikan pelayanan. Memiliki kapasitas tempat tidur 108 tempat tidur dan 6 (enam) ruang rawat inap.

Berdasarkan studi dokumentasi di Rumah Sakit Umum Daerah Curup, periode bulan Juli-Desember 2008, di peroleh data rata-rata angka penggunaan tempat tidur/*Bed Occupancy Rate* (BOR) 46,5%, rata-rata lama hari rawat/*Length of stay* (LOS) 3 hari, dan selang waktu antara pemakaian tempat tidur/*Turn Over Interval* (TOI) 6 hari kosong. Menurut Depkes RI (1997) indikator mutu pelayanan kesehatan yaitu nilai BOR (75-85%), BTO (5-45 hari), LOS (7-10 hari) dan TOI (1-3 hari). Berdasarkan nilai standar tersebut tampak bahwa nilai BOR, TOI dan LOS masih dibawah nilai standar dapat diinterpretasikan bahwa kunjungan pasien di rumah sakit tersebut masih kurang dan masih didapatkan pasien yang meminta pulang paksa.

Survey kepuasan pasien dan keluarga oleh peneliti melalui wawancara yang dilakukan peneliti terhadap 7 (tujuh) pasien dan keluarga diruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Curup pada bulan Desember 2008, mengenai kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan yang mereka terima selama ini di peroleh hasil 1 (satu) orang pasien dan keluarga mengatakan perawat baik dalam melayani pasien, 2 (dua) orang pasien dan keluarga mengatakan perawat kurang tanggap terhadap keluhan klien, dan 3 (tiga) orang pasien dan keluarga mengatakan ada perawat judes dan cerewet terhadap pasien. Hanya 1 (satu) orang pasien dan keluarga mengatakan perawat kurang begitu jelas memberikan informasi penyakitnya.

Hasil wawancara tersebut menunjukkan bahwa masih belum optimalnya pelayanan keperawatan yang diberikan, sehingga menimbulkan rasa kurang puas bagi pasien dan keluarga. Survey kepuasan pasien yang dilakukan Warsito dan Mardalena (2007), mengenai pelayanan umum yang diberikan petugas rumah sakit 64.6 % pelayanan yang diberikan baik. Namun hal ini terlihat masih dibawah standar kepuasan pasien yang yang ditetapkan Depkes RI tahun 1997 BOR (75-85%).

Hasil wawancara dengan kepala bidang keperawatan, didapatkan upaya rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan terhadap pasien. Perawat di berikan keleluasaan untuk meningkatkan pendidikan lanjutan keperawatan, dan saat ini sudah (90%) tenaga keperawatan adalah D3 keperawatan. Tetapi pelayanan keperawatan yang diberikan belum optimal dan masih perlu dibenahi. Survey kepuasan pasien di rumah sakit sudah dilakukan terhadap layanan umum, tetapi survey kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan belum dilakukan.

Berdasarkan beberapa hal tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa penerapan perilaku *caring* dapat meningkatkan kompetensi perawat dalam meningkatkan pelayanan prima keperawatan yang pada akhirnya dapat meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga. Untuk meningkatkan

kemampuan perawat tersebut di pandang perlu diberikan pelatihan perilaku *caring* terhadap perawat pelaksana dan pelatihan penerapan supervisi perilaku *caring* terhadap kepala ruangan dalam memenuhi kebutuhan kepuasan pasien. Dengan dasar pemikiran tersebut penulis tertarik memilih judul “Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Perawat Terhadap Kepuasan Pasien dan Keluarga Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Curup.”

1.2 Rumusan Penelitian

Indikator mutu pelayanan rumah sakit (BOR, TOI, dan LOS) masih dibawah nilai standar yang ditetapkan, dapat diinterpretasikan bahwa kunjungan pasien di rumah sakit tersebut masih kurang. Survey kepuasan pasien yang sudah dilaksanakan oleh Warsito dan Mardalena (2007), mengenai pelayanan umum petugas rumah sakit masih di bawah standar yang ditetapkan. Survey peneliti pada 7 (tujuh) orang pasien dan keluarga yang dirawat didapatkan perawat kurang tanggap, kurang peduli dan hanya 2 (dua) orang yang mengatakan baik. Hal tersebut tergambar masih belum optimalnya kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan. Survey kepuasan mengenai layanan keperawatan pada pasien dan keluarga belum dilaksanakan.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, maka dapat dirumuskan masalah penelitian adalah sebagai berikut :

1. Indikator pelayanan mutu masih di bawah standar yang ditetapkan.
2. Kepuasan pelayanan umum masih dibawah standar kepuasan pasien yang ditetapkan.
3. Beberapa pasien dan keluarga yang diwawancarai berpendapat bahwa perawat masih ada yang kurang tanggap, kurang peduli.
4. Belum pernah dilakukan pelatihan di Rumah Sakit Umum Daerah Curup terhadap perawat untuk meningkatkan kepuasan pasien.

Dari rumusan permasalahan tersebut di atas maka akan dilaksanakan pelatihan perilaku *caring* pada perawat dan pelatihan supervisi perilaku *caring* kepala ruangan terhadap perawat pelaksana untuk meningkatkan kinerja perilaku

caring perawat, sedangkan pengukuran akan di laksanakan pada kepuasan pasien dan keluarga yang mendapatkan pelayanan perilaku *caring* perawat, yang merupakan pertanyaan penelitian adalah:

1. Apakah dengan pelatihan perilaku *caring* terhadap perawat dan pelatihan supervisi perilaku *caring* terhadap kepala ruangan serta bimbingan supervisi *caring* kepala ruangan terhadap perawat pelaksana dapat meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Curup?
2. Seberapa besar peningkatan kepuasan pasien dan keluarga di rumah sakit setelah dilakukan intervensi ?
3. Seberapa besar perbedaan kepuasan pasien maupun kepuasan keluarga di rumah sakit setelah dilakukan pelatihan perilaku *caring* perawat yang diberikan perbedaan bimbingan dari kepala ruangan (tanpa diberikan bimbingan, diberikan bimbingan 3 kali, dan diberikan bimbingan 6 kali)?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh pelatihan perilaku *caring* perawat pelaksana terhadap kepuasan klien (pasien dan keluarga) yang dirawat diruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Curup.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diketahui gambaran kepuasan pasien terhadap pelayanan perawatan yang di rawat oleh perawat yang telah mendapatkan pelatihan perilaku *caring* tanpa diberikan bimbingan, diberikan bimbingan 3 kali, dan diberikan bimbingan 6 kali diruang rawat inap RSUD Curup.

1.3.2.2 Diketahui gambaran kepuasan keluarga terhadap pelayanan perawatan yang dirawat oleh perawat yang telah mendapatkan pelatihan perilaku *caring* tanpa diberikan bimbingan, diberikan bimbingan 3 kali, dan diberikan bimbingan 6 kali diruang rawat inap RSUD Curup.

1.3.2.3 Diketahui perbedaan kepuasan pasien terhadap pelayanan perawatan antara kelompok yang telah di beri pelatihan dan tanpa diberi bimbingan, diberi bimbingan 3 kali, dan diberi bimbingan 6 kali diruang rawat inap RSUD Curup.

1.3.2.4. Diketahui perbedaan kepuasan pasien terhadap pelayanan perawatan antara kelompok yang telah di beri pelatihan dan tanpa diberi bimbingan, diberi bimbingan 3 kali, dan diberi bimbingan 6 kali diruang rawat inap RSUD Curup

1.3.2.5 Diketahui faktor yang berkontribusi terhadap kepuasan pasien maupun kepuasan keluarga diruang rawat inap RSUD Curup

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

1.4.1.1 Menjadi bahan masukan untuk memperbaiki pelayanan keperawatan dengan menggunakan standar kualitas keperawatan pada pasien khususnya standar penerapan perilaku *caring* perawat, sehingga dapat memberikan dampak kepuasan terhadap pasien dan keluarga.

1.4.1.2 Meningkatkan kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan sesuai dengan standar khususnya perilaku *caring*, selain itu dapat membuat kepercayaan diri perawat meningkat karena mempunyai keyakinan akan kemampuan memberi perawatan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan kebutuhannya.

1.4.2 Bagi Ilmu Keperawatan

1.4.2.1 Hasil penelitian ini dapat memperkaya wawasan ilmu keperawatan, khususnya perawat yang belum mendapatkan pengetahuan dalam menerapkan perilaku *caring* terhadap pasien dan keluarga.

1.4.2.2 Hasil penelitian ini juga menjadi bahan rujukan khususnya yang berhubungan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan

keperawatan setelah perilaku *caring* di terapkan oleh perawat dan diberikan bimbingan oleh Karu terhadap perawat pelaksana dalam melaksanakan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Curup.

1.4.3 Bagi Penelitian

- 1.4.3.1 Menambah jumlah penelitian tentang kepuasan pasien atas pelaksanaan perilaku *caring* dengan mengembangkan metode penelitian *quasi eksperimen* yang berbeda-beda.
- 1.4.3.2 Menjadi masukan data lanjutan bagi penelitian selanjutnya di area manajemen keperawatan untuk menggunakan pendekatan lain / metode lain dalam upaya meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan menguraikan mengenai konsep kepuasan pasien dan keluarga, konsep *caring*, dan pelatihan dan bimbingan.

2.1 Kepuasan Pasien dan Keluarga

2.1.1 Pengertian

Kepuasan menurut kamus bahasa Indonesia adalah puas, merasa senang, dan kelegaan. Kepuasan merupakan perbandingan antara persepsinya terhadap jasa pelayanan yang diterima dengan harapannya sebelum menggunakan jasa pelayanan tersebut (Jasfar, 2005). Hal ini sejalan dengan apa yang dikemukakan Tjiptono (1995), bahwa kepuasan pasien merupakan suatu tanggapan emosional terhadap pengalaman mengkonsumsi suatu produk atau jasa. Pakar lainnya (Cumming & Loveridge, 1996) mengemukakan bahwa kepuasan pasien adalah respon terhadap evaluasi ketidakseimbangan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual suatu produk yang dirasakan setelah pemakaiannya. Kepuasan pasien atau pelanggan adalah fungsi dari perbedaan antara penampilan pelayanan kesehatan yang diterimanya dan yang seharusnya diterima. Secara sederhana kepuasan adalah suatu sikap (*attitude*) yang berdasarkan persepsi mutu yang dirasakan pasien (*pelanggan*), sedang loyalitas berhubungan dengan perilaku (*behaviour*) yang membuat pasien menjadi pelanggan tetap yang setiap tahun secara nyata diharapkan dapat menambah nilai usaha dan secara terus menerus memberikan manfaat bagi rumah sakit (Wijono, 2007).

Berdasarkan beberapa pengertian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien merupakan penilaian atas pelayanan yang diterimanya, dapat dirasakan pelayanan tersebut sesuai dengan harapannya. atau tidak. Kepuasan tergambar dari sikap seseorang,

baik pasien maupun keluarga apabila memerlukan bantuan kesehatannya, maka mereka akan kembali meminta pelayanan sesuai dengan harapan yang diinginkannya dan menjadi pelanggan tetap di rumah sakit yang sama.

Kualitas jasa harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir dengan kepuasan pelanggan serta persepsi positif terhadap kualitas jasa (Kotler, 2000 dalam Tjiptono, 2005). Mutu jasa pelayanan dapat di nilai dengan berpedoman pada dimensi mutu pelayanan jasa itu sendiri. Beberapa pakar telah mengemukakan dimensi dari mutu pelayanan jasa, di antaranya yaitu :

2.1.1.1 *Reliability* (kehandalan), adalah kemampuan memberikan pelayanan dengan tepat, akurat dan terpercaya (Irawan, 2002). Parasuraman et. al., (1988), menguraikan lebih lanjut bahwa *reliability* merupakan kemampuan untuk memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan tepat (*accurately*) dan kemampuan untuk dipercaya (*dependably*), terutama memberikan jasa secara tepat waktu (*on time*), dengan cara yang sama sesuai dengan jadwal yang telah dijanjikan dan tanpa melakukan kesalahan. Pelayanan yang menggambarkan kehandalan ini menurut Zaini (2001), antara lain melalui pengkajian fisik yang hati-hati, mampu menjelaskan tujuan tindakan yang akan dilaksanakan dengan tepat dan menanyakan keluhan utama klien. Dapat dikatakan disini bahwa kemampuan memberikan pelayanan sesuai dengan yang diinformasikan atau dijanjikan. Seberapa besar rumah sakit mampu memberikan pelayanan yang akurat. Sedangkan Tjiptono (2005), servis *quality* pada dimensi *reliabilitas* adalah menyampaikan jasa secara benar semenjak pertama kali, menyimpan catatan/dokumen tanpa kesalahan.

2.1.1.2 *Responsiveness* (daya tanggap), merupakan kemauan atau keinginan pemberi jasa pelayanan untuk membantu dan memberikan jasa yang dibutuhkan konsumen. Kemampuan untuk membantu pelanggan dengan cepat sesuai harapan pelanggan (Parasuraman et. al., 1988). Membiarkan pasien menunggu, terutama tanpa alasan yang jelas akan menimbulkan kesan negatif yang seharusnya tidak terjadi. Tetapi apabila kesalahan ini cepat ditanggapi maka bisa menjadi pengalaman yang menyenangkan bagi pasien. Pelayanan yang bersifat *responsiveness* contohnya antara lain cepat bereaksi terhadap pasien dengan segera menanggapi keluhan pasien, contohnya, cepat memberi bantuan terhadap kebutuhan dasar pasien misalnya kebutuhan personal hygiene, makan dan minum. Cepat hadir setiap dibutuhkan oleh klien baik dibutuhkan positif maupun negatif. Sedangkan Tjiptono (2005), daya tanggap ini adalah menginformasikan pelanggan tentang kepastian waktu penyampaian jasa, layanan yang segera, kesediaan membantu pelanggan.

2.1.1.3 *Assurance* (jaminan), merupakan pengetahuan, kemampuan, keramahan, kesopanan, dan dapat dipercayanya pemberi jasa pelayanan, sehingga dapat menimbulkan rasa aman bagi pasien (Parasuraman et. al., 1988). Sejalan dengan pernyataan tersebut Irawan (2002), menegaskan bahwa ada 4 (empat) aspek dimensi *assurance* yaitu keramahan, kompetensi, kredibilitas, dan keamanan. Hal tersebut dapat diidentifikasi dari kegiatan pelayanan antara lain tidak menunjukkan sikap santun terhadap pasien, memiliki kemampuan pada saat melakukan tindakan, memperlihatkan sikap dapat di percaya dan bersikap ramah, dan menjamin bahan atau alat yang digunakan pada pasien terbebas dari ancaman yang mengandung resiko.

Sedangkan Tjiptono (2005), adalah karyawan yang menumbuhkan rasa percaya para pelanggan, membuat pelanggan merasa aman, karyawan konsisten bersikap sopan, mampu menjawab pertanyaan pelanggan.

2.1.1.4 *Empaty* (jaminan), merupakan pengetahuan, kemampuan, keramahan, kesopanan, dan dapat dipercayanya pemberi jasa pelayanan, sehingga dapat menimbulkan rasa aman bagi pasien (Parasuraman et. al., 1988). Sejalan dengan pernyataan tersebut Irawan (2002), menegaskan bahwa ada 4 (empat) aspek dimensi *assurance* yaitu keramahan, kompetensi, kredibilitas, dan keamanan. Hal tersebut dapat diidentifikasi dari kegiatan pelayanan antara lain tidak menunjukkan sikap santun terhadap pasien, memiliki kemampuan pada saat melakukan tindakan, memperlihatkan sikap dapat di percaya dan bersikap ramah, dan menjamin bahan atau alat yang digunakan pada pasien terbebas dari ancaman yang mengandung resiko. Sedangkan Tjiptono (2005), adalah karyawan yang menumbuhkan rasa percaya para pelanggan, membuat pelanggan merasa aman, karyawan konsisten bersikap sopan, mampu menjawab pertanyaan pelanggan.

2.1.1.5 *Tangible* (produk-produk fisik), merupakan ketersediaan fasilitas fisik perlengkapan dan sarana komunikasi yang dibutuhkan dalam proses memberikan jasa pelayanan (Parasuraman et. al., 1988). Fasilitas fisik, perlengkapan dan sarana komunikasi memegang peranan penting dan tak kalah pentingnya dengan dimensi mutu jasa pelayanan. Dapat ditambahkan bahwa servis yang tidak dapat dicium, diraba tetapi mempengaruhi persepsi pelanggan, seperti : seragam perawat/petugas, leaflet atau brosur informasi dan lain sebagainya. Tjiptono (2005), mengemukakan bahwa

bukti fisik dapat dilihat pada peralatan yang dipergunakan canggih, fasilitas yang berdaya tarik visual, karyawan yang berpenampilan rapi dan profesional.

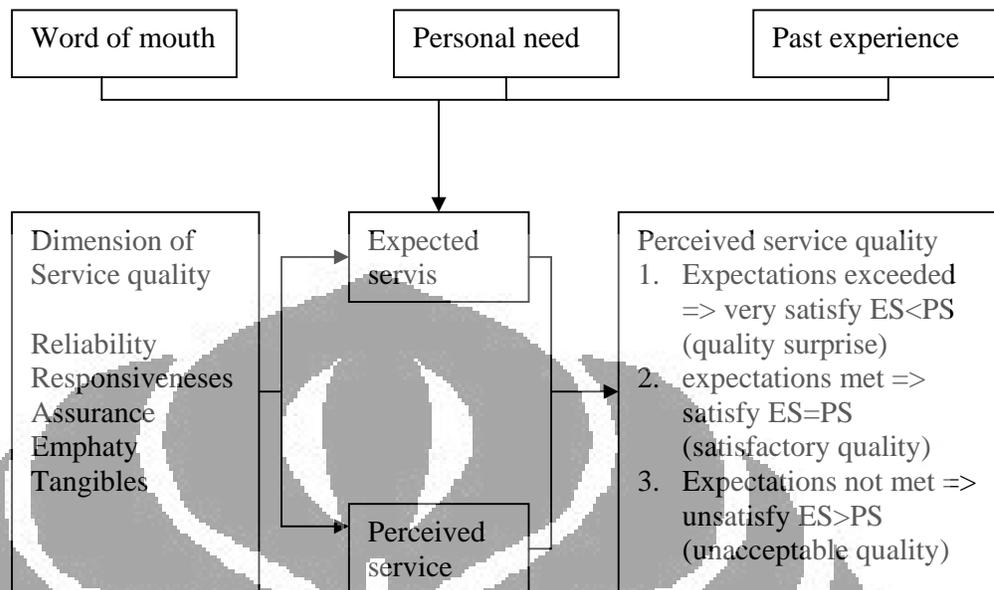
Dapat disimpulkan bahwa peningkatan mutu pelayanan keperawatan berdasarkan dimensi kepuasan pasien (*reliability, responsiveness, assurance, empathy, dan tangible*) dapat diberikan dengan memberikan pelayanan prima keperawatan antara lain adalah ketepatan seorang perawat dalam melakukan tindakan keperawatan, kecepatan perawat dalam merespon kebutuhan pasien dengan segera sesuai dengan yang dijanjikan, memelihara keamanan dari setiap prosedur pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien serta menjamin tindakan tersebut terbebas dari resiko yang dapat memperburuk keadaan, selalu memonitor alat yang dipasang pada tubuh pasien, serta menjaga penampilan kerja baik penampilan fisik perawat maupun psikologis dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

Dimensi mutu jasa pelayanan dibedakan atas : 1) *Technical atau outcome dimension*, yaitu berkaitan dengan apa yang diterima konsumen ; 2) *Functional atau process related dimension*, yaitu keterkaitan dengan cara jasa disampaikan atau disajikan; 3) *Corporate image*, yaitu berkaitan dengan citra organisasi di mata konsumen (Gronroos, 1990 dalam Jaspar,2005). Rumah sakit dituntut untuk selalu menjaga kepercayaan konsumen dengan meningkatkan kualitas pelayanan agar konsumennya meningkat. Pihak rumah sakit perlu secara cermat menentukan kebutuhan konsumen sebagai upaya untuk memenuhi keinginan dan meningkatkan kepuasan atas pelayanan yang diberikan. Menjalin hubungan dan melakukan penelitian terhadap mereka perlu dilakukan agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan yang diharapkan. Hal inilah yang disebut dengan orientasi pada konsumen (Slamet. A, 2008).

Olson dan Donver (1993, dalam Jasfar 2005), mengemukakan bahwa harapan pasien sebagai konsumen merupakan keyakinan pasien sebelum mencoba atau membeli suatu produk yang dijadikan standar acuan dalam menilai kinerja produk tersebut. Harapan ini terbentuk dari pengalamannya mengkonsumsi jasa pada waktu lalu, informasi dari teman, keluarga, dan lain-lain (*word of mouth*) serta bisa juga dari kebutuhannya (*personal need*) sehingga untuk menentukan kualitas suatu produk baik atau tidak dapat diukur dari kepuasan pasien.

Tingkat kepuasan pasien dalam industri jasa pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit merupakan suatu fungsi yang merupakan perbedaan antara penampilan yang dirasakan dan diharapkan. Ada 3 (tiga) tingkat kepuasan, yaitu: 1) bila penampilan kurang dari harapan, pasien tidak puas. 2) bila penampilan sebanding dengan harapan, pasien puas, 3) bila penampilan melebihi harapan pasien amat puas atau senang (Wijono, 2000). Demikian pula halnya dengan industri jasa pelayanan kesehatan sehingga kepuasan dibagi dalam beberapa tingkatan seperti yang tampak pada gambar berikut ini pada skema 2.1.

Skema Persepsi Konsumen terhadap Kualitas Jasa



Sumber : Fitzsimmons dan Fitzsimmons (2001, dalam Jasfar, 2005)

2.1.2 Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien dan Keluarga

Banyak faktor yang mempengaruhi pasien menurut (Wendy Leebov et. al., dalam Wijono, 2007), 1) faktor kompetensi (*competence*) ; pengalaman memberikan pelayanan medis/keperawatan (keterampilan memeriksa, keterampilan penggunaan teknologi, pengobatan yang diberikan), 2) keterjangkauan (*affordability*) ; faktor pembiayaan mengenai uang jasa, dapat bersifat kontroversial, terlalu murah atau terlalu mahal. Tergantung pelayanan dan perasaan serta sikap penerima pasien. Pasien merasa tidak menerima sesuai dengan besarnya uang yang telah dibayarkan, 3) faktor seputar lingkungan rumah sakit (*ambience*) ; kebersihan dan keindahan, kondisi bangunan, kemudahan menemukan tempat pelayanan dll, 4) faktor sistem ; keruwetan (*the maze faktor*) kemudahan menemukan tempat pelayanan/perawatan, 5) faktor kelembutan (*kidgloves*) / faktor hubungan antar manusia ; (kepedulian dokter dan perawat terhadap pasien dan keluarga, komunikasi, pemenuhan kebutuhan, kesediaan membantu, keterampilan pelayanan interpersonal, lembut), 6) faktor kenyamanan

dan keistimewaan (*ammennities and extras*) ; merasa dihargai, diistimewakan (tersedia AC, TV, bahan promosi (leaflet), bunga, kamar kecil), 7) faktor waktu pelayanan ; (waktu tunggu, kurangnya waktu dokter, waktu pemeriksaan, waktu antrian).

Faktor lain yang juga mempengaruhi kepuasan pasien menurut (Rosenstoch 1974, Becker, & Maiman 1975, dalam Potter & Perry, 2005) yaitu 1) persepsi individu tentang kerentanan dirinya terhadap suatu penyakit, 2) persepsi individu terhadap keseriusan penyakit tertentu, persepsi ini di pengaruhi oleh variabel demografi dan sosiopsikologis, perasaan terancam oleh penyakit, 3) persepsi individu tentang manfaat yang diperoleh dari tindakan yang diambil (tindakan preventif; mengubah gaya hidup).

Iskandar (2008), menemukan hasil penelitian bahwa karakteristik pasien yang berhubungan dengan kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah pendidikan terakhir, persepsi pasien terhadap sakit dan kelas perawatan yang dipilih untuk merawat anggota keluarga yang sakit. Jacobalis (1998), dan (1998), Rafii et., al., (2007), menemukan hasil penelitian bahwa karakteristik jenis kelamin mempunyai hubungan yang bermakna dengan kepuasan pasien.

Berikut akan diuraikan mengenai faktor yang mempengaruhi perilaku sakit (pasien), yaitu variabel internal, dan variabel eksternal menurut (Potter & Perry, 1994), yaitu :

2.1.2.1 Variabel Internal

Variabel internal dapat mempengaruhi perilaku pada saat pasien sakit antar lain persepsi mereka terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami. Jika pasien merasa yakin bahwa gejala sakit tersebut dapat mengganggu kehidupan rutinnnya sehari-hari, maka mereka lebih cenderung mencari bantuan

kesehatan dibandingkan bila pasien tidak memandang gejala tersebut dapat menjadi suatu gangguan baginya. Perilaku sakit klien dapat juga disebabkan oleh asal penyakit yang dialaminya. Penyakit akut menunjukkan gejala yang relatif singkat dan biasanya bersifat berat dan mungkin dapat mengganggu fungsi pada seluruh dimensi yang ada. Penyakit kronik berlangsung lama, biasanya lebih dari 6 bulan, dan dapat mengganggu fungsi diseluruh dimensi yang ada. Klien yang mengalami penyakit akut mungkin akan lebih mencari bantuan dan mematuhi terapi yang diberikan. Klien dengan penyakit kronik mungkin akan menjadi kurang terlibat secara aktif dalam perawatan dirinya, akan mengalami frustrasi yang lebih besar dan kurang mematuhi terapi yang diberikan.

2.1.2.2 Variabel Eksternal

Variabel eksternal yang mempengaruhi perilaku sakit pasien terdiri dari gejala yang dapat dilihat, kelompok sosial, latar belakang budaya, variabel ekonomi, kemudahan akses ke dalam sistem pelayanan kesehatan, dan dukungan sosial. Gejala yang dapat dilihat dari suatu penyakit dapat berpengaruh pada citra tubuh dan perilaku sakit. Kelompok sosial pasien mungkin akan membantu mereka untuk mengenali ancaman penyakit, atau memberi dukungan pada pasien untuk menyangkal potensi terjadinya suatu penyakit. Latar belakang budaya dan etik mengajarkan seorang individu bagaimana menjadi sehat, mengenal penyakit, dan menjadi sakit. Sistem pelayanan kesehatan merupakan suatu sistem sosioekonomi dimana pasien harus masuk, berinteraksi dengannya dan keluar dari sistem tersebut. Dekatnya jarak pasien dengan rumah sakit, klinik, atau tempat pelayanan kesehatan lainnya sering mempengaruhi

kecepatan mereka memasuki sistem pelayanan kesehatan setelah mereka memutuskan untuk mencari bantuan.

2.1.3 Pertimbangan Memberikan Kepuasan pada Pasien dan Keluarga

Menurut Wijono (2007), berbagai jenis pelayanan rumah sakit yang berkaitan dengan kepuasan pasien pada dasarnya dengan pertimbangan, yaitu :

2.1.3.1 Pertimbangan kemanusiaan (*Humanistic Reason*), pasien adalah orang yang menderita sakit fisik maupun mental, kecemasan, nyeri, dan kekhawatiran tentang keadaan ekonomi mereka.

2.1.3.2 Pertimbangan ekonomi (*Economical Reason*), pasien adalah pelanggan secara ekonomi seperti pelanggan pada umumnya, mereka menuntut pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai pengeluaran biaya yang dikeluarkannya.

2.1.3.3 Pertimbangan Pemasaran (*Marketing*), pasien merupakan figure "public relation" dan "sales marketing" rumah sakit yang potensial yang dapat menguntungkan atau merugikan, yang berhubungan dengan rasa puas atau tidak puas berkaitan dengan pelayanan yang diterima. Mereka membikin "kabar selentingan/rasan-rasan (grapevine)" yang mempengaruhi bisnis rumah sakit yang akan datang.

2.1.3.4 Pertimbangan Efisiensi (*Efficiency*), pasien merasa dengan pelayanan akan mudah segalanya bagi petugas rumah sakit, namun pasien yang tidak puas akan sangat merepotkan dan menghabiskan waktu, tegana dan pikiran dan juga pengeluaran biaya yang sesungguhnya tidak perlu.

Pertimbangan memberikan kepuasan pada pasien dan keluarga adalah dimana individu dan keluarga merupakan objek penerima pelayanan keperawatan yang dapat terjadi secara bio, psiko, sosio, dan spiritual mengalami gangguan fungsi, mengeluarkan biaya yang tidak diduga sebelumnya akibat gangguan yang tidak diharapkan. Pemberian kepuasan pada pasien memberikan dampak pada bisnis rumah sakit selanjutnya dan kepuasan pasien sebenarnya dapat mempermudah pekerjaan petugas rumah sakit termasuk pekerjaan perawat.

2.1.4 Pengukuran Kepuasan Pasien dan Keluarga

Pengukuran tingkat kepuasan erat hubungannya dengan mutu produk jasa dan saat ini terjadi kecenderungan untuk menggunakan suatu ukuran yang subyektif (*soft measure*) sebagai indikator mutu. Disebut lunak sebab ukuran – ukuran ini berfokus pada persepsi dan sikap daripada hal – hal yang kongkrit (Supranto, 2006). Hal ini sejalan dengan Dochterman dan Grace (2001), yang menyatakan bahwa perawatan kesehatan produknya tidak dapat diukur secara objektif seperti perusahaan manufaktur maupun perusahaan penjualan lainnya. Supranto (2006), juga mengatakan bahwa salah satu cara untuk mengukur sikap pelanggan atau pasien adalah dengan menggunakan kuesioner. Di jelaskan pula bahwa penggunaan kuesioner kepuasan untuk pelanggan paling tepat digunakan oleh perusahaan jasa seperti rumah sakit.

Pengukuran tingkat kepuasan pasien sebagai salah satu indikator mutu produk jasa, mempunyai manfaat bagi pimpinan bisnis seperti rumah sakit, yaitu ; 1) mengetahui dengan baik bagaimana jalannya atau bekerjanya proses bisnis atau pelayanan di rumah sakit, 2) mengetahui dimana harus melakukan perubahan dalam upaya melakukan perbaikan secara terus-menerus untuk memuaskan pelanggan atau pasien, 3)

menentukan apakah perubahan yang dilakukan mengarah ke perbaikan (*improvement*).

Gillies (1994), pendekatan yang dilakukan untuk menilai tingkat kepuasan pasien adalah terhadap fisik, kepuasan terhadap prosedur pelayanan dan kepuasan terhadap hubungan dengan petugas kesehatan. Penilaian yang dilakukan pasien bisa bersifat positif atau negatif berdasarkan pengalaman yang diterimanya. Tujuan menilai kepuasan pasien adalah untuk meningkatkan kualitas keperawatan melalui persepsi pasien (Swanburg & Swanburg, 1999). Beberapa metode yang digunakan untuk mengukur kepuasan pasien antara lain; *directly reported satisfaction, problem analysis, derived satisfaction dan importance-performance analysis* (Tjiptono & Gregorius 2005, Supranto 2006, Supriyanto, 2007).

2.1.4.1 *Directly reported satisfaction*

Metode pengukuran ini dilakukan menggunakan item-item spesifik yang menanyakan langsung tingkat kepuasan pasien yang dirasakannya pada saat menerima pelayanan (Sderlound, 2003 dalam Tjiptono & Gregorius, 2005). Adapun pertanyaan yang digunakan diberikan jawaban dengan rentang 1 sampai 10, dimana skor yang paling tinggi dinyatakan sangat puas dan skor yang paling rendah sangat tidak puas.

2.1.4.2 *Problem analysis*

Pada metode ini pasien diminta untuk mengungkapkan masalah yang mereka hadapi yang berhubungan dengan jasa yang mereka terima serta saran untuk perbaikan. Selanjutnya rumah sakit akan melakukan analisis terhadap isi dari keluhan dan saran untuk segera dilakukan tindak lanjut (Tjiptono & Gregorius, 2005).

2.1.4.3 *Derived satisfaction*

Metode *servqual* didasarkan penerima pelayanan (pasien) maupun keluarga membandingkan kinerja jasa pada atribut yang relevan dengan standar ideal dari masing-masing atribut jasa. Bila kinerja sesuai atau melebihi standar, pasien akan memberikan persepsi positif merasa puas dan sebaliknya (Zeithmal, et. al., 2002 dalam Tjiptono & Gregorius, 2005).

Model *servqual* pada pengukuran kualitas jasa didasarkan pada skala multi-item yang dirancang untuk mengukur harapan dan persepsi pasien, serta gap antara keduanya dengan menggunakan 5 dimensi utama kualitas jasa (*reliability, responsiveness, assurance, empathy, tangible*). Kelima dimensi tersebut dijabarkan dalam pernyataan harapan yang diinginkan pasien maupun keluarga atas pelayanan dan persepsi pasien maupun keluarga berdasarkan skala likert harapan sangat mengharapkan, mengharapkan, kurang mengharapkan dan tidak mengharapkan. Sedangkan persepsi pasien maupun keluarga sangat sesuai, sesuai, kurang sesuai, dan tidak sesuai.

Penilaian kualitas jasa menggunakan model *servqual* mencakup perhitungan perbedaan diantara yang diberikan pasien maupun keluarga untuk setiap pasang pernyataan berkaitan dengan harapan dan persepsi. Skor *servqual* untuk setiap pasang pernyataan, bagi masing-masing pasien dan keluarga dapat dihitung berdasarkan rumus berikut : (Zeithmal, et. al., 1990, dalam Tjiptono & Supriyanto, 2007).

$$\text{Skor Servqual} = \text{Skor Tingkat Kepentingan} \times (\text{Skor Persepsi} - \text{Skor Harapan})$$

$$\text{Skor Servqual} = \text{Skor Tingkat Kepentingan} \times \text{Skor Persepsi}$$

Pada prinsipnya, data yang diperoleh melalui instrumen serqual dapat dipergunakan untuk menghitung skor gap kualitas jasa pada berbagai level secara rinci.

- 1) *Item - by - item analysis*, misalnya, $P1 - H1$, $P2 - H2$, dan seterusnya.
- 2) *Dimension - by - dimension analysis*, contohnya, $(P1+P2+P3+P4/4) - (H1+H2+H3+H4/4)$, dimana P1 sampai P4 dan H1 sampai H4 mencerminkan empat pernyataan persepsi dan harapan yang berkaitan dengan dimensi tertentu.
- 3) Perhitungan ukuran tunggal kualitas jasa atau gap *servqual*, yaitu $(P1+P2+....+P22/22) - (H1+H2+....+H22/22)$.

Kesimpulan analisis, bila nilai kenyataan (P) kurang dari harapan (H) atau $P-H < 1$, maka terdapat masalah kepuasan. Bila nilai $P=H$, maka dikatakan pasien ataupun keluarga puas tidak ada keluhan. Sedangkan bila $P-H > 1$, maka pasien ataupun keluarga sangat puas (Supriyanto,2007).

2.1.4.4 Pengukuran kepuasan pasien dilakukan dengan menggunakan nilai skor dimensi "*Importance-Performance Analisis*" atau analisis tingkat kepentingan/harapan dan kinerja/kenyataan yang dikembangkan dalam metode *servqual* untuk mengukur kepuasan pasien, bahwa kepuasan pasien adalah hasil perbandingan skor kinerja kenyataan dengan skor harapan. Tingkat kepuasan akan menentukan ukuran prioritas faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien. Apabila nilai kepuasan lebih dari (90%) maka dapat dikatakan puas, demikian juga sebaliknya (Fredoff, 2006, dalam Rahmawati, 2006), Supranto (2006), dan Irawan (2006).

2.2 *Caring*

2.2.1 Pengertian

Caring merupakan cara seseorang bereaksi terhadap terhadap sakit, penderitaan dan berbagai kekacauan yang terjadi dalam kehidupan seseorang atau masyarakat Ulemadja (2006). Mariner – Tomey (1994), dan Ulemadja (2006), menyatakan bahwa *caring* adalah cara yang memiliki makna dan memotivasi tindakan. Leininger (1979, dalam George, 1990) mengatakan bahwa *caring* adalah kepedulian langsung untuk memberikan bantuan, dukungan atau perilaku kepada individu atau kelompok melalui antisipasi kebiasaan untuk meningkatkan kondisi manusia atau kehidupan. Sedangkan Chitty (1997), menguraikan bahwa professional *caring* adalah seseorang yang mempraktekkan, merancang dan menyediakan atau memberikan bantuan kepada orang lain. Dia juga menjelaskan bahwa penekanan keperawatan adalah asuhan keperawatan yang bersifat humanistik yang ditunjukkan pada pandangan hubungan professional kepada manusia dari perawat kepada pasien dan pengakuan pasien atas aspek penting dalam keperawatan humanistik.

Dapat disimpulkan bahwa *caring* merupakan bentuk kepedulian professional untuk memberikan bantuan, dukungan berupa pengetahuan, sikap, dan tindakan perawat kepada individu, kelompok atau masyarakat yang sedang sakit / menderita untuk dapat meningkatkan kondisi kehidupannya. Professional perawat kompeten dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga dengan memberlakukan pasien dan keluarga sebagai manusia yang selalu ingin dihormati dan dihargai.

2.2.2 Inti dan Makna *Caring*

Caring merupakan pengetahuan kemanusiaan yang merupakan inti dari praktik keperawatan yang bersifat etik dan filosofikal, bukan semata-mata perilaku. Menurut Ulemadja (2006), keperawatan

merupakan kelompok profesi yang paling banyak terparap dengan penderitaan, kesengsaraan, kesusahan, dan kesakitan yang diderita oleh pasien dan keluarga. Apabila perawat dalam perannya menempatkan *caring* sebagai pusat yang sangat mendasar, maka perawat dapat membedakan *caring* dengan *curing* tanpa mengabaikan kerjasama sebagai tim pelayanan kesehatan dengan, profesi kesehatan lainnya.

Makna *caring* secara lebih luas di jelaskan oleh Bornum (1998), bahwa *caring* terdiri dari 5 konsep yaitu ; 1) *caring is human trait*, yang berarti *caring* merupakan kebiasaan manusia/sifat manusia berdasarkan kepribadian psikologis/budaya, 2) *caring is more interactive*, yang artinya *caring* berhubungan dengan aspek moral yang penting sebagai esensi dari keperawatan yang menghargai martabat orang lain sebagai manusia, 3) *caring as affect*, yang dimanifestasikan dengan emosional, empati dan mengabdikan pada pekerjaan, 4) *caring an interpersonal interaction*, yang artinya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan selalu berinteraksi dengan klien dan keluarganya yang merupakan esensi *caring*, 5) *caring a therapeutic intervention*, yang artinya *caring* merupakan terapi keperawatan.

2.2.3 Sepuluh Karatif *Caring* menurut Teori Watson

Watson (1979 dalam George, 1990), menyatakan bahwa *caring* adalah suatu karakteristik interpersonal yang tidak diturunkan melalui genetik, tetapi di pelajari melalui suatu pendidikan sebagai budaya profesi. Watson (1999 dalam Fitzpatrick & Wall, 1989), menjelaskan bahwa dalam konteks keperawatan *caring* bukan merupakan suatu hal yang unik tetapi *caring* merupakan suatu bentuk pendekatan seni dan ilmu dalam merawat pasien dan keluarga yang merupakan sentral praktik keperawatan. Dengan

demikian dapat disimpulkan bahwa *caring* adalah budaya profesi yang dapat dipelajari.

Caring menurut teori Watson dapat memberikan pemahaman pada pemberian proses asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga, pemberian bantuan bagi pasien dan keluarga dalam mencapai atau mempertahankan kesehatan atau mencapai kematian yang damai. Tindakan keperawatan berkaitan dengan proses perawatan manusia. Perawatan manusia membutuhkan perawat yang memahami perilaku dan respons manusia terhadap masalah kesehatan yang aktual ataupun yang potensial, kebutuhan manusia dan bagaimana berespon terhadap orang lain dan memahami kekurangan dan kelebihan pasien dan keluarganya, sekaligus pemahaman pada dirinya sendiri. Selain itu perawat juga memberikan kenyamanan dan perhatian serta empati pada pasien dan keluarganya. Asuhan keperawatan tergambar pada seluruh faktor-faktor yang digunakan oleh perawat dalam pemberian pelayanan keperawatan pada pasien dan keluarga (Watson 1987, dalam Potter & Perry, 2005).

Watson (1985, dalam George, 1990), menjelaskan bahwa struktur ilmu *caring* di bangun dari sepuluh faktor karatif dilandasi pada :

2.2.3.1 Nilai *humanistic altruistic*, adalah sikap yang didasari pada nilai-nilai kemanusiaan yaitu menghormati otonomi/kebebasan pasien terhadap pilihan yang terbaik menurutnya serta mementingkan orang lain dari pada diri sendiri. Manifestasi *caring* perawat berdasarkan pengertian *humanistic altruistic* adalah mengenali nama klien, memanggil nama klien sesuai dengan yang disenangi pasien dan mengenali kelebihan dan karakteristik lain dari klien, selalu mendahulukan kepentingan klien dari pada kepentingan pribadi, memberikan waktu kepada pasien

walaupun sedang sibuk, memfasilitasi dan 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 serta menggunakan sentuhan yang bermakna kesembuhan (Stuart & Laraia, 2005). Dapat disimpulkan bahwa kecepatan, ketepatan dan mengenal individu dalam melakukan tindakan keperawatan dibutuhkan oleh pasien dan keluarga.

2.2.3.2 Menanamkan keyakinan dan harapan. Faktor ini menjelaskan peran perawat dalam mengembangkan hubungan timbal balik perawat pasien dan meningkatkan kesejahteraan dengan membantu pasien mengadopsi perilaku hidup sehat. Manifestasi perilaku *caring* perawat dalam hal ini adalah selalu memberikan harapan yang realistis terhadap prognosis baik maupun buruk, memotivasi pasien untuk menghadapi penyakitnya walaupun penyakitnya termasuk fase terminal, mendorong pasien untuk menerima tindakan pengobatan dan perawatan yang dilakukan kepadanya, memotivasi, dan membimbing pasien mencari alternatif tetapi secara rasional memberi penjelasan bahwa takdir berbeda pada setiap orang dan memberi keyakinan bahwa kehidupan dan kematian sudah ditentukan sesuai takdir (Stuart & Laraia, 2005). Dapat disimpulkan bahwa harapan yang dibutuhkan pasien dan keluarga adalah kedekatan perawat dalam memberikan dorongan agar tidak putus harapan.

2.2.3.3 Sensitif terhadap diri sendiri dan orang lain. Sehubungan dengan hal ini maka perawat harus mampu menilai

perasaannya sendiri, melakukan aksi dan reaksi sesuai dengan yang dirasakan (Stuart & Laraia). Dengan sensitifitas atau kepekaan terhadap diri sendiri, maka perawat menjadi lebih apa adanya dan lebih sensitif kepada orang lain dan menjadi lebih tulus dalam memberikan bantuan kepada orang lain atau lebih empati sebagai elemen yang esensial dalam proses interpersonal perawat-pasien (Tomey,1994 : George, 1995 : Stuart & Laraia, 2005). Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah bersikap empati dan mampu menempatkan diri pada posisi pasien, ikut merasakan atau prihatin terhadap ungkapan penderitaan yang diungkapkan pasien serta siap membantu setiap saat, dan mengendalikan perasaan ketika bersikap kacau terhadap diri (perawat) dan mampu meluluskan keinginan pasien terhadap sesuatu yang logis (Stuart & Laraia, 2001 : Nurachmah, 2001). Dapat disimpulkan bahwa berbagi pengalaman dan perasaan dengan pasien dan keluarga serta memperhatikan dan mendengarkan apa yang dikeluarkannya sehingga dapat meringankan beban yang dialaminya.

2.2.3.4 Mengembangkan sikap saling membantu dan saling percaya. Hubungan saling percaya dan saling membantu ini penting bagi terbentuknya transcultural *caring* atau saling bersikap *caring* antara perawat dan pasien yang dapat meningkatkan penerimaan perwujudan perasaan lebih positif maupun negatif. Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah memperkenalkan diri kepada pasien pada saat awal kontrak serta membuat kontrak hubungan dan waktu, meyakinkan pasien tentang kehadiran perawat sebagai orang yang akan menolongnya setiap ia membutuhkan, berusaha mengenali keluarga pasien, hobi atau 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, 2001 : Nurachmah, 2001). Dapat disimpulkan bahwa ketepatan janji memenuhi permintaan pasien dan keluarga serta siap membantu apa yang dibutuhkan akan memberikan kepercayaan pasien dan keluarga terhadap perawat.

2.2.3.5 Menerima pengekspresian perasaan baik positif maupun negatif. Merupakan sikap untuk menciptakan hubungan perawat – pasien terbuka, saling membagi perasaan, dan pengalaman antara perawat dengan pasien termasuk keluarga dekatnya. Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah menjadi pendengar yang aktif, dengan mendengarkan keluhan pasien secara sabar, mendengarkan ekspresi perasaan pasien tentang keinginannya untuk sembuh, memotivasi pasien untuk mengungkapkan perasaannya baik positif maupun negatif sebagai bagian dari kekuatan yang dimilikinya serta menjelaskan tentang pemahaman diri perawat terhadap penderitaan pasien (Stuart & Laraia, 2005). Dapat disimpulkan bahwa dengan mendengarkan apa yang diungkapkan pasien maupun keluarga dapat memberikan pemahaman perawat akan kondisi pasien, sehingga perawat dalam memberi penjelasan keperawatan disesuaikan dengan kemampuan yang dimiliki pasien dan keluarga.

2.2.3.6 Menggunakan metode pemecahan masalah secara sistematis. Metode sistematis dalam mengambil keputusan dan menyelesaikan masalah adalah proses

keperawatan. Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah selalu mengkaji, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan sesuai dengan 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 dengan selalu menanyakan keinginan pasien yang spesifik dan cara pemenuhannya (Stuart & Laraia, 2005). Dapat disimpulkan bahwa *caring* yang dilakukan perawat sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.

2.2.3.7 Meningkatkan belajar mengajar secara interpersonal.

Perawat memfasilitasi proses dengan tehnik pembelajaran yang telah dibuat untuk memberi kesempatan pasien melakukan perawatan diri sendiri, menentukan kebersihan diri, memberi peluang untuk pertumbuhan diri mereka. Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah menjelaskan setiap keluhan klien secara rasional dan ilmiah sesuai dengan tingkat penalaran pasien dan cara mengatasinya, selalu menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, menunjukkan situasi yang bermanfaat agar pasien memahami proses penyakitnya, mengajukan cara pemenuhan kebutuhan sesuai masalah yang dihadapi pasien. Menanyakan kepada pasien tentang kebutuhan pengetahuan yang ingin diketahui terkait dengan penyakit dan meyakinkan pasien tentang kesediaan perawat untuk menjelaskan apa yang ingin diketahui (Stuart & Laraia, 2005). Dapat disimpulkan bahwa pembelajaran interpersonal kepada pasien dan keluarga dibutuhkan untuk memandirikan pasien dan keluarga, dengan

penjelasan yang tepat dan akurat dapat memberikan kesadaran terhadap pasien dan keluarga tetap melaksanakan apa yang telah diajarkan perawat.

2.2.3.8 Menyediakan lingkungan untuk memberikan dukungan, perlindungan baik fisik, mental, sosiokultural, dan spiritual. Perawat harus meyakini pengaruh lingkungan internal dan eksternal terhadap sehat sakit individu. Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah menyetujui keinginan pasien untuk bertemu dengan ulama agamanya, bersedia mencarikan alamat dan menghubungi keluarga yang sangat diharapkan mengunjungi pasien dan bersedia menghubungi teman pasien atas permintaan pasien (Stuart & Laraia, 2005). Dapat disimpulkan bahwa penyediaan lingkungan internal maupun eksternal untuk kenyamanan pasien dan keluarga memberi dampak pada kesehatan yang komprehensif.

2.2.3.9 Membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia. Kebutuhan pasien pada tahap kebutuhan biofisikal misalnya makan, minum, eliminasi, ventilasi. Kebutuhan psikososial misalnya kemampuan aktivitas dan seksual. Sedangkan aktualisasi diri adalah selalu bersedia memenuhi kebutuhan dasar dengan selalu mengatakan bangga dapat menjadi orang yang bermanfaat bagi pasien, dan mampu menghargai pasien dan privasi pasien ketika sedang memenuhi kebutuhannya dan mampu menunjukkan pada pasien bahwa pasien adalah orang yang pantas di hormati dan dihargai (Stuart & Laraia, 2005). Dapat disimpulkan bahwa perawat dalam menolong tindakan keperawatan kebutuhan dasar pasien selalu menjada privasinya merupakan penghargaan terhadap pasien.

2.2.3.10 Menghargai kekuatan *eksistensial – fenomenologis*.

Fenomonologi menguraikan tentang data suatu situasi yang membantu pemahaman pasien terhadap fenomena psikologi *eksistensial* adalah keberadaan ilmu tentang manusia yang digunakan untuk menganalisis *fenomenologis*. Manifestasi perilaku *caring* adalah memberi kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk melakukan hal-hal yang bersifat ritual demi penyembuhannya, mampu memfasilitasi kebutuhan pasien dan keluarga terhadap keinginan melakukan terapi alternatif sesuai pilihannya, mampu memotivasi pasien dan keluarga untuk berserah diri pada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menyiapkan pasien dan keluarga ketika menghadapi fase berduka (proses kematian) (Stuart & Laraia, 2005).. Dapat disimpulkan bahwa pada fase ini kesempatan yang diberikan perawat pada pasien dan keluarga akan kebutuhan spiritual dan terapi alternatif mampu memberikan dorongan kesiapan pasien dan keluarga akan sesuatu yang dapat terjadi.

Kesimpulan dari sepuluh karatif *caring* Watson adalah dalam memberikan asuhan keperawatan dibutuhkan seorang perawat yang mempunyai ilmu dan kiat melaksanakan asuhan keperawatan seperti; kecepatan dan ketepatan dalam bertindak, segera dalam memenuhi permintaan sesuai yang dijanjikan, peduli akan keluhan dan kebutuhan pasien, peka terhadap perasaan pasien dan keluarga, serta mampu memberikan motivasi memandirikan pasien dan keluarga sesuai dengan kemampuannya.

2.3 Pelatihan

2.3.1 Pengertian

Pelatihan (*training*) adalah proses sistematis pengubahan perilaku para karyawan dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasional (Simamora, 2006). Pelatihan adalah proses dimana orang-orang mencapai kemampuan tertentu untuk membantu mencapai tujuan organisasi (Mathis, 2007). Dapat disimpulkan bahwa pelatihan adalah proses untuk memberi perubahan terhadap individu dimana perubahan ini sesuai dengan tujuan organisasi. Pelatihan yang dimaksudkan disini adalah pelatihan perawat berperilaku *caring* terhadap pasien dan keluarga, sehingga dengan pelatihan tersebut dapat meningkatkan pelayanan prima keperawatan yang dapat memberikan dampak pada peningkatan pelayanan *caring* terhadap pasien dan keluarga.

2.3.2 Tujuan Pelatihan Perilaku *Caring*

Tujuan utama pelatihan menurut Simamora (2006), adalah pada intinya dapat dikelompokkan ke dalam 6 (enam) bidang antara lain memperbaiki kinerja, memutakhirkan keahlian karyawan, mengurangi waktu belajar dan mengorientasikan karyawan baru, membantu permasalahan operasional, mempersiapkan karyawan untuk promosi, dan memenuhi kebutuhan pribadi. Namun demikian pada pelatihan perilaku *caring* bertujuan untuk :

2.3.2.1 Memperbaiki kinerja

Pelatihan digunakan untuk meningkatkan kinerja pelayanan keperawatan khususnya perilaku *caring* perawat terhadap pasien dan keluarga, sehingga mempunyai dampak kepuasan pelayanan terhadap pasien dan keluarga.

2.3.2.2 Meningkatkan keterampilan perawat

Melalui pelatihan dapat meningkatkan keterampilan perilaku *caring* secara efektif dengan menggunakan standar yang telah ditetapkan.

2.3.2.3 Mengurangi waktu belajar dan mengorientasikan perawat baru

Pelatihan perilaku *caring* yang diikuti oleh perawat – perawat baru dapat memenuhi kemampuan kerja (*Job Competence*) yang dibutuhkan. Dengan pelatihan, perawat yang baru langsung bekerja sesuai kompetensi yang dibutuhkan yaitu berperilaku *caring* terhadap pasien dan keluarga.

2.3.3 Manfaat Pelatihan

Pelatihan mempunyai andil besar dalam menentukan efektifitas dan efisiensi organisasi (Simamora, 2006). Beberapa manfaat dari pelatihan perilaku *caring* adalah sebagai berikut :

2.3.3.1 Meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan

2.3.3.2 Mengurangi waktu belajar yang diperlukan perawat baru agar mencapai standar kinerja perilaku *caring* yang dapat diterima

2.3.3.3 Menciptakan sikap, loyalitas, dan kerjasama yang lebih menguntungkan antara pasien, keluarga dan perawat

2.3.3.4 Membantu perawat dalam peningkatan dan pengembangan pengetahuan di bidang pelayanan keperawatan

2.3.4 Metode Pelatihan Perilaku *Caring*

Metode pelatihan dalam Notoatmodjo (2003), dibedakan menjadi 2 (dua) macam, yaitu metode diluar pekerjaan (*off the job site*) dan di dalam pekerjaan (*on job site*).

2.3.4.1 Metode diluar pekerjaan

Pelatihan ini diberikan dalam bentuk : 1) tehnik presentasi informasi, tujuannya mengintroduksikan pengetahuan, sikap, dan keterampilan baru kepada perawat. Termasuk dalam tehnik ini adalah dengan metode ; ceramah biasa, tehnik diskusi, dan tanya jawab 2) metode simulasi, yaitu penentuan karakteristik atau perilaku tertentu dari dunia riil

sedemikian rupa sehingga, para peserta diklat dapat merealisasikan seperti keadaan yang sebenarnya. Metode simulasi perilaku *caring* adalah; simulasi dengan menjadikan peserta pelatihan bermain peran berperilaku *caring* terhadap pasien dan keluarga.

2.3.4.2 Metode dalam pekerjaan

Pelatihan ini berbentuk supervisi terhadap perawat pelaksana oleh supervisor-supervisor yang telah dilatih cara melaksanakan supervisi. Kepala ruangan membimbing perawat pelaksana dalam memberikan pelayanan keperawatan terhadap pasien dan keluarga.

2.4 Bimbingan

2.4.1 Pengertian

Pasangan yang berkolaborasi antara orang yang lebih terampil atau berpengalaman dengan orang yang sedikit atau kurang pengalamannya. Tujuannya untuk menambah pengembangan kompetensi yang spesifik (Muray, M. & Owen, M., 1991). Sedangkan Clutterbuck, (1985), menyatakan bahwa adanya hubungan personal intim antara dua orang yang dilakukan oleh *Master* dan *Apprentice*/orang yang belajar. Hubungan dua orang merupakan *supportif nurturing* atau peduli dan mendidik, dimana orang yang berpengalaman menyediakan inspirasi dan dukungan untuk perawat yang kurang berpengalaman (Faugier & Butterworth 1993). Mentor adalah orang yang berpengalaman membimbing individu mentee, memberi penilaian, belajar dari pengembangan personal dan profesional dilakukan dengan mendengar dan berbicara dengan mentee (SCOSME/Standing Committee on Post Graduate Medical and Dental Education, 2009).

Kesimpulan dari bimbingan adalah hubungan memberi dan menerima antara orang yang telah mempunyai wewenang atau

berpengalaman lebih dengan orang yang masih kurang pengalamannya dengan cara mendidik, memberi penilaian, memberitahu kinerja yang sudah kompeten atau kinerja yang perlu ditingkatkan. Demikian juga dengan bimbingan perilaku *caring* perawat yang dilakukan kepala ruangan adalah dengan cara mensupervisi perawat pelaksana berperilaku *caring* terhadap pasien maupun keluarga dengan memberikan penilaian sesuai standar yang ditetapkan, memberi arahan dan perbaikan apabila dirasakan kurang, dan memberi *reward* positif apabila sudah dianggap kompeten. Bimbingan pada perawat pelaksana tersebut dilakukan dengan beberapa kali bimbingan sampai perawat pelaksana tersebut dapat dikatakan mampu.

2.4.2 Pendekatan Bimbingan

Bimbingan dapat dilakukan melalui tiga pendekatan menurut Morton-Coper & Palmer (2009), yaitu :

2.4.1.1 *Classical mentoring*, yaitu dapat digambarkan sebagai pilihan, hubungan informal alamiah, kemampuan dalam emosional, organisasional, dan istilah profesional.

2.4.2.2 *Contract mentoring*, sebagai tambahan, membuat hubungan organisasional biasanya berfokus pada fungsi spesifik yang membantu.

2.4.2.3 *Pseudomentoring*, mentoring dalam penampilan, istilah yang singkat dan fokus yang jelas, misalnya dukungan dalam penempatan pencapaian yang spesifik, tujuan yang sempit.

Pendekatan yang dilakukan pada bimbingan perilaku *caring* kepala ruangan terhadap perawat pelaksana adalah menggunakan modifikasi dari ketiga pendekatan tersebut seperti ; dilakukan dengan memberikan supervisi disaat jam pelaksanaan dinas yang sudah dijadwalkan, supervisi menggunakan standar acuan perilaku *caring* perawat terhadap pasien dan keluarga.

Pemberian bimbingan dengan supervisi terhadap perawat pelaksana setelah dilakukan pelatihan keperawatan perlu dilakukan untuk meningkatkan kompetensi perawat. Untuk mendapatkan hasil yang optimal pemberian bimbingan baik diberikan dengan frekuensi 6 kali supervisi Wiyana (2008). Sedangkan penelitian Muttakin (2008), menemukan bahwa pemberian bimbingan dengan supervisi efektif dilakukan dengan frekuensi 3 kali supervisi.

Intervensi yang diberikan pada penelitian ini adalah menggunakan 3 paket intervensi berikut :

- 2.4.2.4 Paket A, pemberian pelatihan perilaku *caring* terhadap perawat pelaksana, tetapi tidak dilanjutkan bimbingan dengan supervisi kepala ruangan (tanpa bimbingan).
- 2.4.2.5 Paket B, pemberian pelatihan perilaku *caring* terhadap perawat pelaksana, dilanjutkan bimbingan dengan supervisi kepala ruangan sebanyak 3 kali .
- 2.4.2.6 Paket C, pemberian pelatihan perilaku *caring* terhadap perawat pelaksana, dilanjutkan bimbingan dengan supervisi kepala ruangan sebanyak 3 kali .

BAB 3

KERANGKA TEORI, KONSEPTUAL, DAN DEFINISI OPERSIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka teori, konsep dan definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini.

3.1 Kerangka Teori

Kepuasan pasien dan keluarga diukur dari persepsi harapan mendapatkan pelayanan dan kenyataan yang diterima. Berbagai teori yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien menurut (Parasuraman, Zethamal & Berry, 1990), berdasarkan dimensi kepuasan *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty*, dan *tangibles* dipengaruhi oleh faktor perilaku *caring* perawat menurut Watson (1979 dalam George, 1990), Wendy Leebov et. al., (dalam Wijono, 2007), dan Potter dan Perry (2005).

Parasuraman, Zethamal dan Berry (1990), mengatakan bahwa ada lima dimensi yang mempengaruhi mutu pelayanan yaitu *reliability* (kehandalan), adalah kemampuan memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan, tepat, akurat dan terpercaya, *responsiveness* (daya tanggap), merupakan kemauan atau keinginan pemberi jasa pelayanan untuk membantu dan memberikan jasa yang dibutuhkan konsumen secara cepat, *assurance* (jaminan), merupakan pengetahuan, kemampuan, keramahan, kesopanan, kompeten dan dapat dipercaya pemberi jasa pelayanan, sehingga dapat menimbulkan rasa aman bagi pasien, *emphaty* (empati), merupakan kemampuan pemberi jasa pelayanan untuk memahami, mengerti merasakan yang dirasakan pasien dan keluarga, menempatkan dirinya ditempat orang lain, *tangibles* (produk-produk fisik), merupakan ketersediaan fasilitas fisik perlengkapan dan sarana komunikasi yang dibutuhkan dalam proses memberikan jasa pelayanan, servis yang mempengaruhi persepsi pasien dan keluarga.

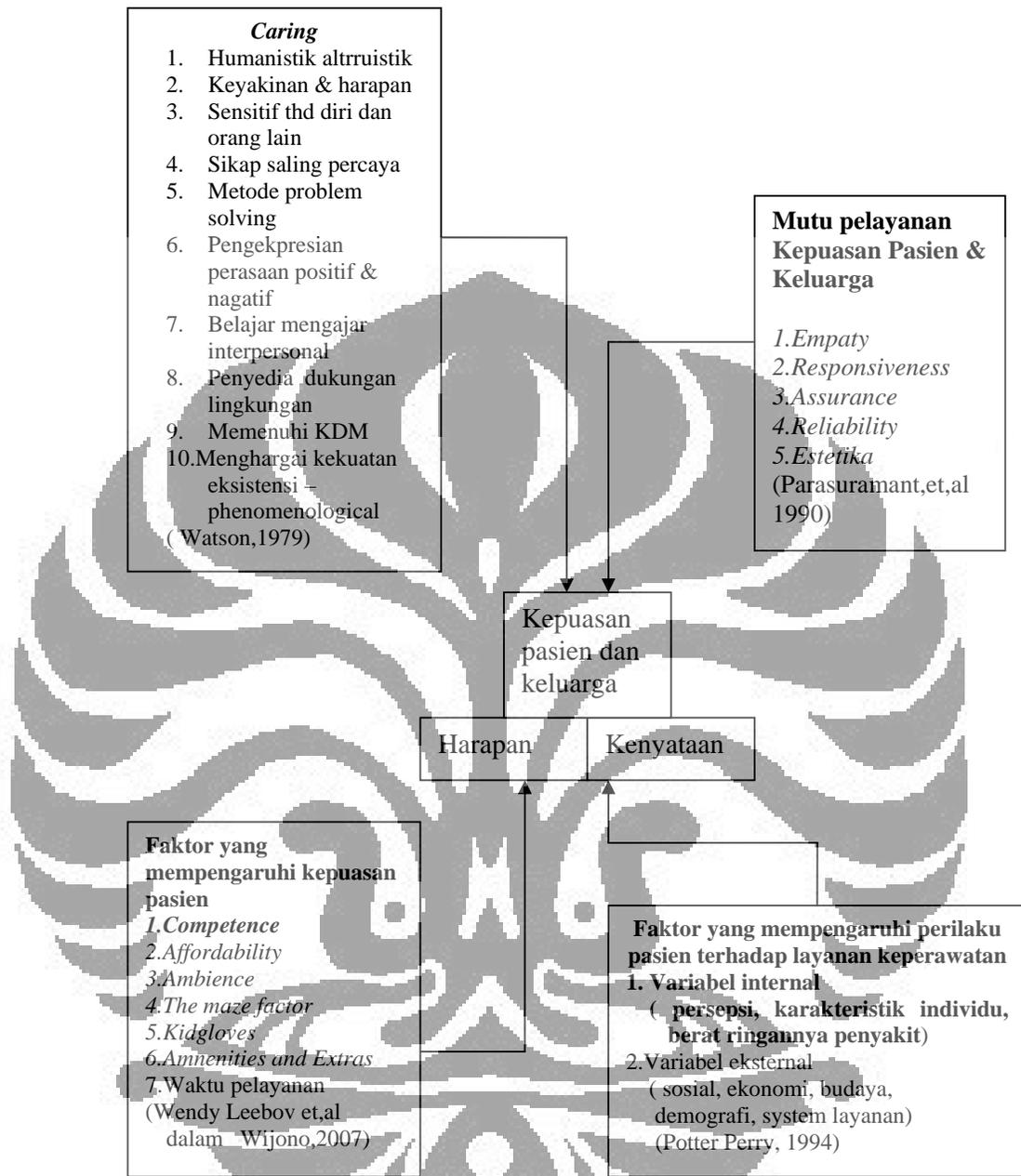
Watson (1979 dalam George, 1990), menjelaskan bahwa struktur ilmu *caring* di bangun dari sepuluh 10 (sepuluh) faktor karatif *caring* dilandasi pada nilai *humanistic altruistic*, menanamkan keyakinan dan harapan (*faith-hope*), sensitif terhadap diri sendiri dan orang lain, mengembangkan sikap saling membantu dan saling percaya, menerima pengekspresian perasaan baik positif maupun negatif, menggunakan metode pemecahan masalah secara sistematis, meningkatkan belajar mengajar secara interpersonal, menciptakan lingkungan yang suportif, protektif dan atau perbaikan mental, fisik, sosiokultural, dan spiritual, membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia, dan menghargai kekuatan *eksistensial-fenomenological*.

Wendy Leebov et. al., (dalam Wijono, 2007), menyatakan faktor yang mempengaruhi pasien antara lain, 1) faktor kompetensi (*competence*), pengalaman memberikan pelayanan medis/keperawatan (keterampilan memeriksa, keterampilan penggunaan teknologi, pengobatan yang diberikan), 2) keterjangkauan (*affordability*), faktor pembiayaan mengenai uang jasa, dapat bersifat kontroversial, terlalu murah atau terlalu mahal, tergantung pelayanan dan perasaan serta sikap penerima pasien. Pasien merasa tidak menerima sesuai dengan besarnya uang yang telah dibayarkan, 3) faktor seputar lingkungan rumah sakit (*ambience*), kebersihan dan keindahan, kondisi bangunan, kemudahan menemukan tempat pelayanan dll, 4) faktor system, keruwetan (*the maze faktor*) kemudahan menemukan tempat pelayanan/perawatan, 5) faktor kelembutan (*kidgloves*) / faktor hubungan antar manusia, (kepedulian dokter dan perawat terhadap pasien dan keluarga, komunikasi, pemenuhan kebutuhan, kesediaan membantu, keterampilan pelayanan interpersonal, lembut), 6) faktor kenyamanan dan keistimewaan (*amenities and extras*), merasa dihargai, diistimewakan (tersedia AC, TV, bahan promosi (leaflet), bunga, kamar kecil), 7) faktor waktu pelayanan, (waktu tunggu, kurangnya waktu dokter, waktu pemeriksaan, waktu antrian).

Potter dan Perry (2005), menyatakan faktor yang mempengaruhi perilaku pasien terhadap pelayanan kesehatan, yaitu variabel internal, variabel eksternal, 1) Variabel internal dapat mempengaruhi perilaku pada saat pasien sakit antar lain persepsi mereka terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami. Karakteristik individu: umur, jenis kelamin, pendidikan, 2) variabel eksternal yang mempengaruhi perilaku sakit pasien terdiri dari gejala yang dapat dilihat, kelompok sosial, latar belakang budaya, variabel ekonomi, kemudahan akses ke dalam sistem pelayanan kesehatan, dan dukungan sosial.

Kerangka Teori Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Terhadap Kepuasan Pasien dan Keluarga di Rumah Sakit dapat dilihat pada gambar 3.1.





Gambar 3.1

Skema Pengaruh perilaku *caring* perawat terhadap dimensi mutu pelayanan kepuasan pasien dan keluarga. (adaptasi dari Parasuraman et. al., 1988, Perry & Potter 1994, Watson 1997, Wijono 2007).

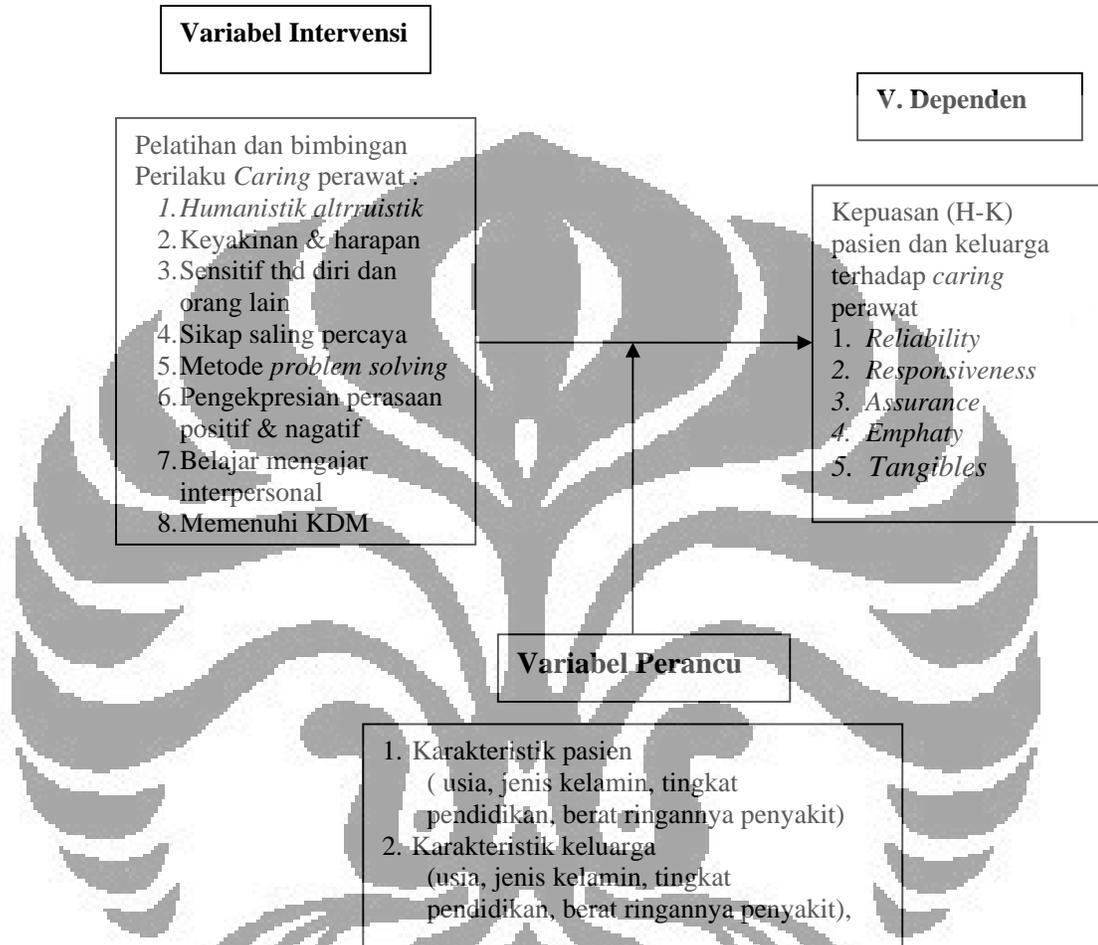
3.2 Kerangka Konsep

Tujuan utama pada penelitian ini adalah mengetahui pengaruh pelatihan perilaku *caring* terhadap kepuasan pasien dan keluarga.

Variabel dependen pada penelitian ini adalah kepuasan pasien dan keluarga yang dirawat di ruang rawat inap. Variabel dependen kepuasan pasien diukur dengan harapan dan kenyataan pelayanan keperawatan. Dimensi kepuasan yang diteliti meliputi faktor *reliability* (kehandalan), *responsiveness* (daya tanggap), *assurance* (jaminan), *emphaty* (empati), dan *tangibles* (produk-produk fisik) terhadap perilaku *caring*. Penelitian ini hanya meneliti 8 nilai karatif *caring*, sebagai pertimbangan peneliti 2 nilai karatif *caring* belum memungkinkan untuk diteliti pada Rumah Sakit Umum Daerah Curup. Adapun nilai karatif *caring* yang belum bisa diteliti adalah ; 1) menyediakan lingkungan untuk memberikan dukungan 2) menghargai kekuatan eksistensial – fenomenologikal. Dua nilai tersebut belum memungkinkan didapatkan pelaksanaannya di rumah sakit ini.

Variabel intervensi yang dilakukan adalah pelatihan perilaku *caring* terhadap perawat. Untuk meningkatkan kompetensi perawat berperilaku *caring* sehingga dapat memberikan kepuasan kepada pasien dan keluarga.

Variabel *confounding* diambil dari faktor yang mempengaruhi pasien dan keluarga. Variabel ini hanya diambil variabel internal saja yaitu karakteristik pasien dan keluarga yaitu umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan berat ringannya penyakit (jenis penyakit akut dan kronis). Adapun kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada skema 3.2



Gambar 3.2
Skema Kerangka Konsep Penelitian

3.3 Hipotesis

- 3.3.1 Ada perbedaan kepuasan pasien maupun keluarga dalam menerima pelayanan keperawatan setelah perawat diberi pelatihan perilaku *caring* dan bimbingan 6 (enam) kali, 3 (tiga) kali, dibanding tanpa bimbingan.
- 3.3.2 Ada pengaruh umur, jenis kelamin, status perkawinan, dan berat ringannya penyakit terhadap kepuasan pasien maupun keluarga.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional mengidentifikasi variabel-variabel yang akan diukur dengan menjelaskan cara pengukuran, hasil ukur, dan skala pengukuran.

Tabel 3.1
Definisi operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1. Dependen					
	Kepuasan pasien	Persepsi pasien tentang kemampuan perawat memberikan pelayanan keperawatan (nilai karatif <i>caring</i>) sesuai harapan dan kenyataan yang diterima	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B1, terdiri dari 30 item dengan pilihan jawaban menggunakan skala 1-4 dengan skor tertinggi 120 terendah 30	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval
a.	<i>Reliability</i>	Persepsi pasien terhadap kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan (nilai karatif <i>caring</i>) sesuai yang diinformasikan dengan tepat, dan akurat, sesuai harapan dan kenyataan yang diterima.	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B1, terdiri dari 5 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4, skor tertinggi 20 skor terendah 5	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval
b.	<i>Responsiveness</i>	Persepsi pasien terhadap kemampuan perawat dalam memberikan layanan keperawatan (sesuai nilai karatif <i>caring</i>) kemauan atau	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B1, terdiri dari 7 item dengan pilihan jawaban skor 1-4 skor tertinggi 28 skor terendah 7	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval

	keinginan perawat membantu pasien dengan pelayanan cepat dan tanggap sesuai dengan harapan dan kenyataan yang diterima.			
c. <i>Assurance</i>	Persepsi pasien terhadap layanan keperawatan (sesuai dengan karatif <i>caring</i>) perilaku perawat menanamkan rasa percaya, keramahan, kemampuan merawat, kesopanan, perawat dalam memberikan jaminan dapat menimbulkan rasa aman pasien sesuai dengan harapan dan kenyataan yang diterima.	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B1, terdiri dari 6 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4, skor tertinggi 24 skor terendah 6	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval
d. <i>Emphaty</i>	Persepsi pasien mengenai layanan keperawatan (sesuai dengan karatif <i>caring</i>) kemampuan perawat dalam memahami, mengerti, merasakan yang dirasakan kesulitan yang dihadapi pasien sesuai dengan harapan dan kenyataan yang diterima.	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B1, terdiri dari 5 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4, skor tertinggi 20 skor terendah 5	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval

e.	<i>Tangibles</i>	Persepsi pasien mengenai layanan keperawatan (sesuai caratif <i>caring</i>) kemampuan perawat melakukan pelayanan untuk menyediakan sarana komunikasi, cara penampilan, sesuai harapan dan kenyataan yang diterima.	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B1 terdiri dari 7 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4, skor tertinggi 28 skor terendah 7	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval
2.	Kepuasan keluarga	Persepsi keluarga tentang kemampuan perawat memberikan pelayanan keperawatan sesuai (nilai karatif <i>caring</i>) yang diberikan kepada pasien dan keluarga sesuai harapan dan kenyataan yang diterima.	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B2 terdiri dari 30 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4 skor tertinggi 120 dan skor terendah 30	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval
a.	<i>Reliability</i>	Persepsi keluarga terhadap kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan (nilai karatif <i>caring</i>) kepada pasien dan keluarga sesuai yang diinformasikan dengan tepat, dan akurat, sesuai harapan dan kenyataan yang diterima.	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B2, terdiri dari 5 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4 skor tertinggi 20 skor terendah 5	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
b.	<i>Responsiveness</i>	Persepsi keluarga terhadap kemampuan perawat dalam memberikan layanan keperawatan (sesuai nilai karatif <i>caring</i>) kepada pasien dan keluarga mengenai kemauan atau keinginan perawat membantu pasien dengan pelayanan cepat dan tanggap sesuai dengan harapan dan kenyataan yang diterima.	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B2, terdiri dari 7 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4 skor tertinggi 28 skor terendah 7	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval
c.	<i>Assurance</i>	Persepsi keluarga terhadap layanan keperawatan (sesuai dengan karatif <i>caring</i>) kepada pasien dan keluarga mengenai perilaku perawat menanamkan rasa percaya, keramahan, kemampuan merawat, kesopanan, perawat dalam memberikan jaminan dapat menimbulkan rasa aman pasien sesuai dengan harapan dan kenyataan yang diterima	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B2, terdiri dari 6 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4 skor tertinggi 24 skor terendah 6	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval

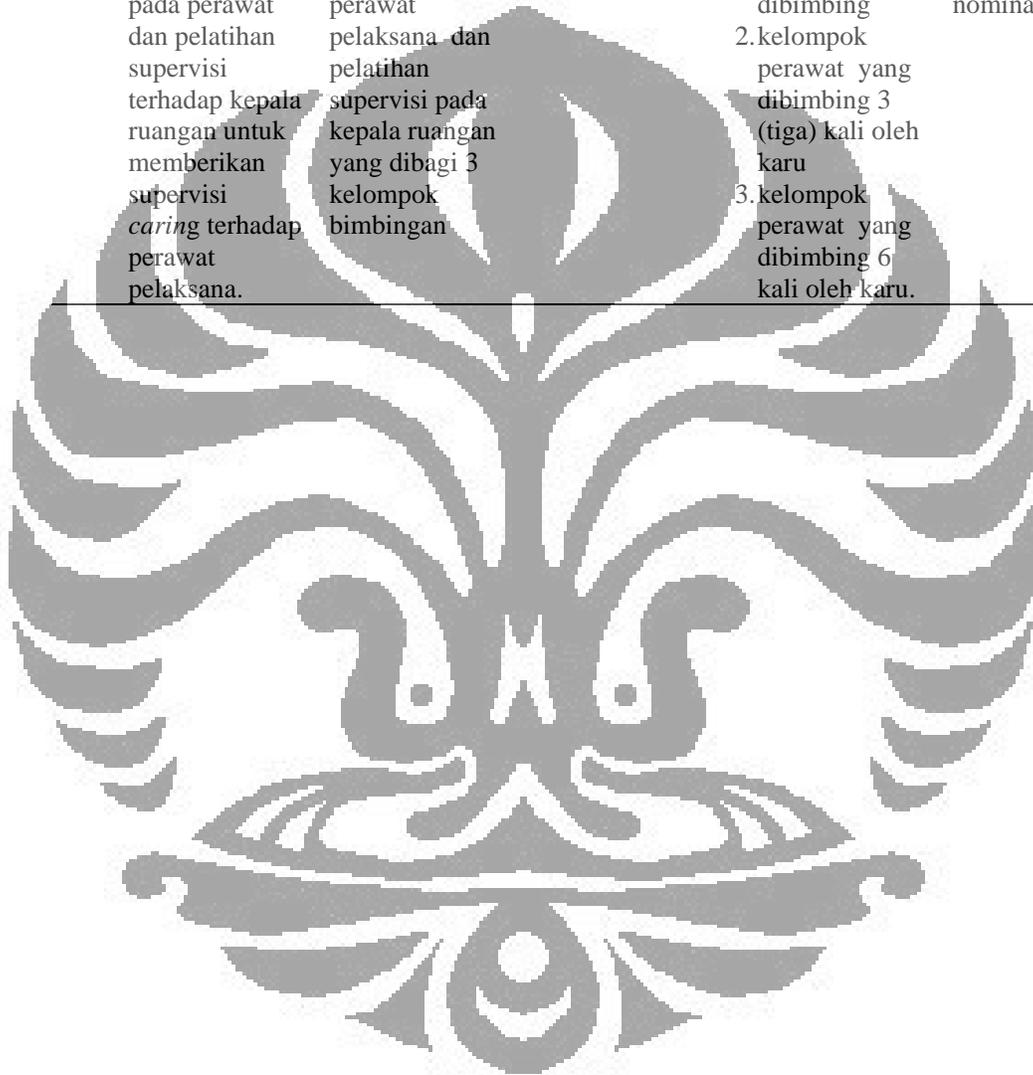
No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
d.	<i>Emphaty</i>	Persepsi keluarga mengenai layanan keperawatan (sesuai dengan karatif <i>caring</i>) mengenai kemampuan perawat dalam memahami, mengerti, merasakan yang dirasakan kesulitan yang dihadapi pasien dan keluarga sesuai dengan harapan dan kenyataan yang diterima.	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B2, terdiri dari 5 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4 skor tertinggi 20 skor terendah 5	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval
e.	<i>Tangibles</i>	Persepsi keluarga mengenai layanan keperawatan (sesuai caratif <i>caring</i>) mengenai kemampuan perawat melakukan pelayanan kepada pasien dan keluarga untuk menyediakan sarana komunikasi, cara berpenampilan, sesuai harapan dan kenyataan yang diterima.	Menggunakan kuesioner tentang harapan dan kenyataan B2, terdiri dari 7 item dengan pilihan jawaban menggunakan skor 1-4 skor tertinggi 28 skor terendah 7	Mean, median, SD, nilai mak-min CI 95%	Interval
3. Perancu					
Pasien					

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala ukur
a.	Umur	Usia pasien saat dilakukan penelitian dalam tahun, mulai lahir sampai ulang tahun terakhir	Pertanyaan tentang usia pasien saat ini kuesioner (A1) yang diisi oleh responden	Umur dalam tahun	Interval
b.	Jenis kelamin	Penggolongan pasien yang terdiri dari jenis kelamin laki-laki dan perempuan	Responden melingkari salah satu option terkait jenis kelamin	Pengelompokan 1.laki-laki 2.perempuan	Nominal
c.	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal pasien yang pernah diikuti dan mendapatkan ijazah saat diteliti	Responden mencantumkan isian pendidikan yang telah dilalui	Pengelompokan 1.SD 2.SMP 3. SMA 4.PT	Ordinal
f.	Berat ringannya penyakit	Kondisi pasien saat di rawat di rumah sakit berdasarkan kriteria jenis penyakit yang diderita.	Observasi pada status pasien dan keadaan pasien	Pengelompokan 1. Akut 2. Kronis	Nominal
Keluarga					
a.	Umur	Usia keluarga saat dilakukan penelitian dalam tahun, mulai lahir sampai ulang tahun terakhir	Pertanyaan tentang usia keluarga saat ini, kuesioner (A2) yang diisi oleh responden	Umur dalam tahun	Interval
b.	Jenis kelamin	Penggolongan keluarga yang terdiri dari jenis kelamin laki-laki dan perempuan	Responden melingkari salah satu option terkait jenis kelamin	Pengelompokan 1.laki-laki 2.perempuan	Nominal
c.	Tingkat pendidikan	Pendidikan formal keluarga yang pernah diikuti dan mendapatkan ijazah saat diteliti	Responden mencantumkan isian pendidikan yang telah dilaluinya	Pengelompokan 1.SD 2.SMP 3. SMA 4.PT	Ordinal
f.	Berat ringannya penyakit	Kondisi pasien yang sedang ditunggu keluarga saat di	Observasi pada pasien dan status pasien	Pengelompokan 1. Akut 2. Kronis	Nominal

rumah sakit
berdasarkan
kriteria penyakit
yang diderita.

4. Intervensi

Pelatihan perilaku <i>caring</i> pada perawat dan pelatihan supervisi terhadap kepala ruangan untuk memberikan supervisi <i>caring</i> terhadap perawat pelaksana.	Pemberian pelatihan pada perawat pelaksana dan pelatihan supervisi pada kepala ruangan yang dibagi 3 kelompok bimbingan	-	1.kelompok perawat tanpa dibimbing 2.kelompok perawat yang dibimbing 3 (tiga) kali oleh karu 3.kelompok perawat yang dibimbing 6 kali oleh karu.	Numerik/ nominal
--	---	---	--	---------------------



BAB 4 METODE PENELITIAN

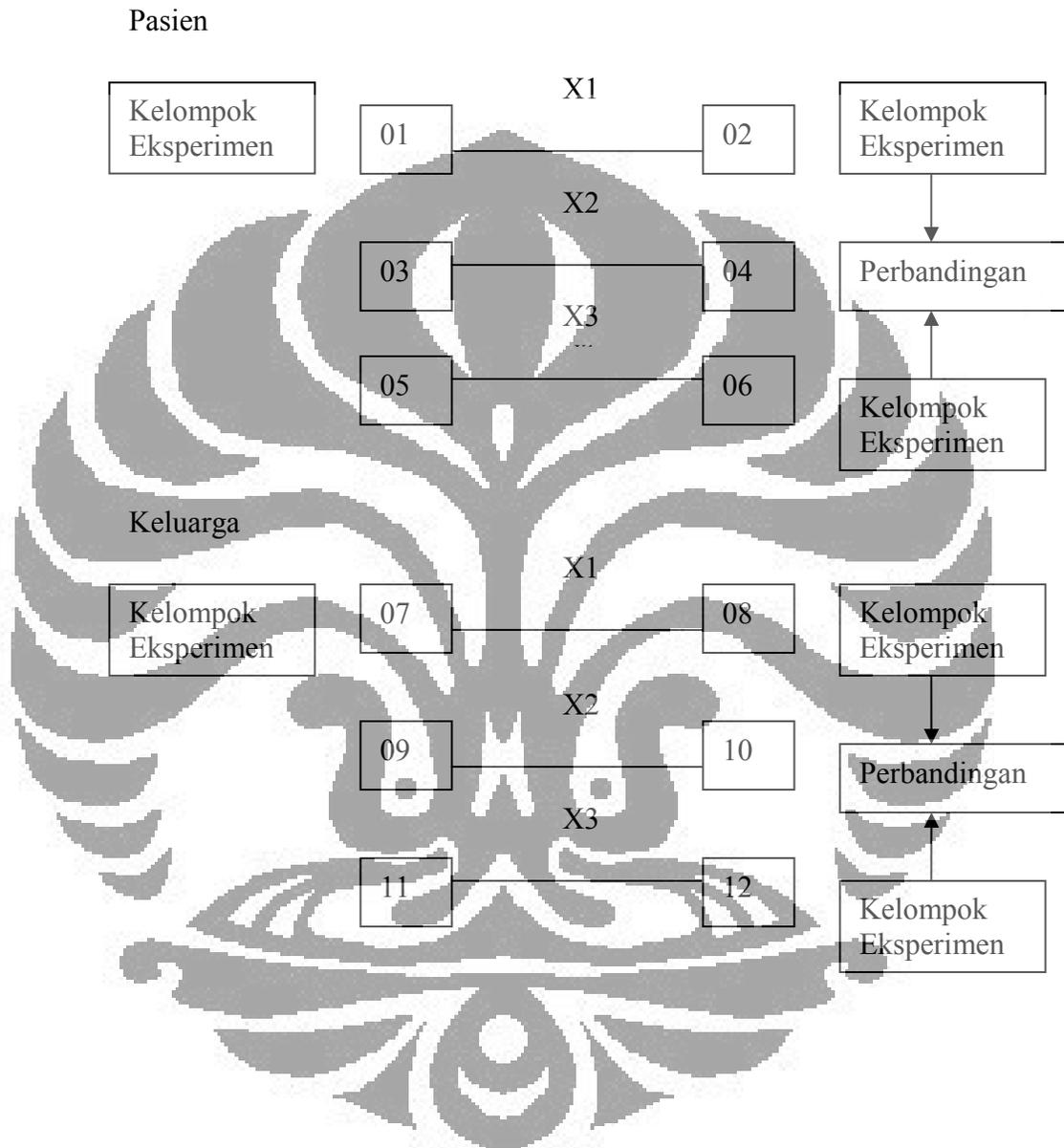
Pada bab ini akan diuraikan mengenai desain penelitian, populasi dan sampel, waktu dan tempat penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data uji reliabilitas dan validitas serta analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini *quasi eksperimen without control – dose respon*, dengan *posttest only*, dimana dipilih kelompok dengan beberapa kelompok percobaan (Nasution, 2005). Penelitian ini menggunakan kelompok intervensi kepada perawat dengan memberikan pelatihan perilaku *caring* kepada seluruh perawat dikelas dan memberi bimbingan supervisi perilaku *caring* terhadap kepala ruang. Kemudian kepala ruangan membimbing ketua tim dan perawat pelaksana di ruangan masing-masing. Kelompok perawat dibagi 3 (tiga) kelompok ; 1) kelompok A adalah kelompok perawat yang dilatih perilaku *caring* tetapi tidak diberikan bimbingan, 2) kelompok B adalah kelompok perawat yang dilatih perilaku *caring* dan dibimbing 3 (tiga) kali, dan 3) kelompok C adalah kelompok perawat pelaksana yang dilatih perilaku *caring* dan diberikan bimbingan 6 (enam) kali. Pemilihan frekuensi bimbingan tersebut berdasarkan acuan penelitian sebelumnya (Wiyono, 2008, ; Muttakin, 2008).

Desain penelitian ini dapat dilihat pada gambar 4.1.

Gambar 4.1
Rancangan penelitian *post-tes Eksperimen*



Keterangan :

Tabel 4.1
Keterangan Desain *Posttes eksperimen*

O1	Pasien sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> tanpa diberi bimbingan .
O2	Pengukuran kepuasan pasien (harapan-kenyataan) sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> tanpa diberi bimbingan .
O3	Pasien sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> dengan bimbingan 3 (tiga) kali.
O4	Pengukuran kepuasan pasien (harapan-kenyataan) pasien sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> dengan bimbingan 3 (tiga) kali.
O5	Pasien sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> dan bimbingan 6 (enam) kali.
O6	Pengukuran kepuasan pasien (harapan-kenyataan) sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang belum diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> dan bimbingan 6 (enam) kali.
O7	Keluarga sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang sudah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> dan tanpa diberi bimbingan .
O8	Kepuasan keluarga (harapan-kenyataan) sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang sudah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> tanpa diberi bimbingan .
O9	Keluarga sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> dengan bimbingan 3 (tiga) kali.
O10	Kepuasan keluarga (harapan-kenyataan) sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> dengan bimbingan 3 (tiga) kali.
O11	Keluarga sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> dan bimbingan 6 (enam) kali.
O12	Kepuasan keluarga (harapan-kenyataan) sesudah diberi layanan keperawatan oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> dan bimbingan 6 (enam) kali.
X1	Kelompok perlakuan perawat yang diberi pelatihan tanpa diberi bimbingan .
X2	Kelompok perlakuan perawat yang diberi pelatihan dan bimbingan perilaku <i>caring</i> oleh karu 3 (tiga) kali.
X3	Kelompok perlakuan perawat yang diberi pelatihan perilaku <i>caring</i> diberi bimbingan oleh karu 6 kali.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan objek penelitian yang akan diteliti (Arikunto, 2006 & Notoadmodjo, 2005). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien dan keluarga (responden) serta perawat ruang rawat inap (intervensi).

4.2.2.1 Responden (pasien)

Seluruh pasien yang dirawat di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Curup periode Januari sampai dengan Mei tahun 2009 sebanyak 1196 pasien.

4.2.2.2 Responden (keluarga)

Seluruh keluarga pasien yang menunggu pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Curup periode Januari sampai dengan Mei tahun 2009 sebanyak 1196 keluarga.

4.2.2.2 Intervensi (Perawat)

Perawat yang bekerja di 3 (tiga) ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah kota Curup dengan jumlah perawat 119 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah responden (pasien dan keluarga), dan intervensi (kelompok perawat yang diberi perlakuan). Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek yang diteliti dan dipilih dengan cara tertentu yang dianggap mewakili populasi (Notoadmodjo, 2005). Sampel yang digunakan didasarkan pada kriteria inklusi, yaitu karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau layak untuk diteliti (Nursalam, 2001).

4.2.2.1 Responden (pasien)

Kriteria inklusi pada pasien adalah :1) pasien keadaan sadar *composmentis*, 2) dapat membaca dan menulis atau dapat menjawab pertanyaan dengan jelas saat ditanya, 3) pasien dewasa, 4) dirawat di rumah sakit lebih dari dua hari perawatan 4) bersedia menjadi responden.

4.2.2.2 Responden (keluarga)

Kriteria inklusi keluarga adalah: 1) dapat membaca dan menulis, 2) sebagai keluarga terdekat pasien 3) selalu menunggu pasien selama perawatan 4) bersedia menjadi responden.

Penentuan jumlah sampel responden (pasien dan keluarga) pada penelitian ini digunakan rumus ukuran sampel untuk menaksir beda dua mean dari dua populasi, atau pengujian antara dua rata-rata berpasangan dengan derajat kemaknaan 5%, kekuatan uji 95% (Lemenshow et,al 1990 ; Thabane, 2005, dalam Murti 2006), sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2 1-\alpha/2 (2\sigma^2)}{d^2}$$

Keterangan :

N : Besar sampel

$Z_{1-\alpha/2}$: Nilai Z pada derajat kemaknaan 5% yang nilainya 1,96

σ : Varians populasi menggunakan penelitian sebelumnya bahwa kepuasan pasien standar deviasi 4,15 (Iskandar, 2008)

d : Tingkat presisi yang diinginkan + 1 atau - 1

Besar sampel yang didapatkan dengan rumus sampel diatas adalah :

$$n = 1,96^2 \cdot 2 (4.15^2)$$

$$= 33,08$$

= 33,08 dapat dibulatkan 33 tiap kelompok perlakuan.

Berdasarkan rumus yang digunakan diatas, maka besar sampel yang digunakan untuk mengetahui kepuasan pasien yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Curup adalah sebesar 33 sampel tiap kelompok. Untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya droup out, penentuan jumlah sampel revisi berdasarkan rumus (Lemenshow et.al., 1990 ; Thabane, 2005, dalam Murti 2006), sebagai berikut :

$$n' = n / 1-L$$

dimana :

n' : Sampel revisi

n : Besar sampel yang di dapat

L : Tingkat asumsi droup out sampel 5%

Besar sampel revisi adalah :

$$\text{Sampel revisi} = 33 : 0.95$$

$$= 34.7,$$

dapat di bulatkan menjadi 34 responden perkelompok

perlakuan pada pasien dan 34 responden perkelompok

perlakuan pada keluarga.

4.2.2.3 Intervensi (perawat yang dilatih perilaku *caring*)

Kriteria perawat pemberi layanan keperawatan adalah ; berada di ruang rawat kelompok A (tanpa bimbingan), B (dibimbing 3 kali), dan C (dibimbing 6 kali), bersedia mengikuti proses penelitian yang berjumlah 64 orang.

4.2.3 Teknik Sampling

Berdasarkan penghitungan rumus sampel diatas, maka jumlah sampel untuk pasien yang diperlukan adalah 112 responden (tiga kelompok perlakuan) dan untuk keluarga 112 responden (tiga kelompok perlakuan). Jumlah sampel tersebut kemudian diambil menggunakan *stratified sampling* (Notoadmodjo, 2005), responden disetiap kelompok perlakuan diambil berdasarkan masing-masing strata secara proporsional. Teknik pengambilan sampel dari masing-masing strata dapat dilakukan dengan cara random atau non random. Pada penelitian ini menggunakan tehnik non random tetapi diseleksi berdasarkan kriteria inklusi. Pengambilan sampel dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2
Pengambilan Sampel Berdasarkan Kelompok Responden, Nama Ruangan,
Kelompok Intervensi, dan Jumlah Sampel di Rumah Sakit Umum Daerah Curup

No	Kelompok Responden	Nama Ruangan	Kelompok Intervensi	Jumlah Sampel
1.	Pasien	Ruang Anggrek	Kelompok A	34 responden
		Ruang Teratai	Kelompok B	34 responden
		Ruang Melati	Kelompok C	34 responden
2.	Keluarga	Ruang Anggrek	Kelompok A	34 responden
		Ruang Teratai	Kelompok B	34 responden
		Ruang Melati	Kelompok C	34 responden
Total				204 responden

4.3 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian akan dilakukan di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah kota Curup, karena rumah sakit ini sedang melakukan pembenahan. Penelitian akan dilakukan pada bulan April sampai dengan Mei 2009. Jadwal terlampir.

4.4 Etika Penelitian

Uji etik dilakukan terlebih dahulu sebelum dilaksanakan penelitian oleh tim uji etik, setelah mendapatkan surat keterangan lolos kaji etik baru dapat dilaksanakan penelitian (lampiran 1). Pengumpulan data dilakukan dengan cara ; peneliti mendekati, memperkenalkan diri, dan menjelaskan identitas peneliti terlebih dahulu terhadap responden yang terpilih, kemudian menjelaskan tujuan penelitian sehingga responden dapat mengambil keputusan bersedia atau tidak menjadi responden. ANA (2001, dalam Burn dan Grove, 2001) mengemukakan hak individu, yang meliputi

Right to self determination, individu mempunyai otonomi untuk membuat keputusan secara sadar dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian, atau menarik diri sebelum penelitian selesai. Untuk memenuhi hak tersebut maka peneliti sebelum melaksanakan penelitian diberikan informasi terbuka yang berkaitan dengan penelitian serta bebas menentukan pilihan atau bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Sebelum dilaksanakan pelatihan terhadap perawat mengenai perilaku *caring* dan mengumpulkan data dari pasien dan keluarga sebagai dampak dari pelatihan tersebut terlebih dahulu menggunakan *Informed Consent* atau lembar persetujuan kepada perawat, pasien dan keluarga (lampiran 7, 8, 9, dan 10). Sebelum lembar persetujuan diberikan pada subyek penelitian, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Lembar persetujuan diberikan kepada responden yang memenuhi kriteria. Tujuannya adalah subyek mengetahui judul penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika subyek bersedia diteliti, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, namun jika subyek penelitian menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya. Lembar persetujuan ditandatangani oleh perawat, pasien, dan keluarga.

Right to privacy and dignity, individu mempunyai hak untuk dihargai terhadap apa yang mereka kerjakan dan merahasiakan informasi yang didapatkan. Peneliti menjelaskan pada perawat, pasien, dan keluarga bahwa informasi yang didapat hanya diperlukan untuk kepentingan penelitian saja.

Right to anonymity and confidentiality, untuk menjaga kerahasiaan subyek penelitian, peneliti tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data, cukup dengan memberikan nomor kode pada masing-masing lembar tersebut. Kerahasiaan semua informasi yang diperoleh dari subyek penelitian dijamin oleh peneliti. Jaminan tersebut adalah data yang diperoleh disimpan oleh peneliti hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja.

Right to fair treatment, setiap individu mempunyai hak yang sama untuk dipilih dalam penelitian dengan menghormati persetujuan yang telah disepakati. Setiap perawat diruangan, pasien, dan keluarga yang berada diruangan tertuju, mempunyai hak yang sama untuk dipilih dalam penelitian dengan menghormati persetujuan yang telah disepakati. Penelitian ini memberi perlakuan pada 3 kelompok perawat dimana, setiap kelompok perawat mendapatkan perlakuan yang sama diberikan pelatihan perilaku *caring* dan dibimbing dengan bimbingan yang berbeda disetiap kelompok. Kemudian diukur pada pasien dan keluarga disetiap kelompok dengan jumlah responden sama disetiap kelompok.

Right to protection from discomfort and harm, responden berhak mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan dan bahaya atau kerugian selama penelitian. Apabila responden pada awalnya menyetujui menjadi responden dan disaat penelitian berlangsung mengundurkan diri, maka responden diberikan hak untuk tidak meneruskan mengikuti penelitian.

4.5 Alat Pengumpulan Data

Instrumen pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner. Kuesioner merupakan tehnik pengumpul data yang dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2007). Kuesioner terdiri 2 bagian sebagai berikut :

4.5.1 Instrumen Kepuasan Pasien

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner, kuesioner yang digunakan untuk pasien yaitu kuesioner A1 dan B1.

4.5.1.1 Karakteristik Pasien

Kuisisioner A1, di gunakan untuk menggambarkan karakteristik pasien yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan jenis penyakit (lampiran 11).

4.5.1.2 Kepuasan Pasien

Kuesioner B1 berhubungan dengan kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat (lampiran lampiran 11). Kuesioner terdiri dari 8 nilai karatif *caring* perawat dan pengukuran kepuasan pasien, diambil dari (Anjaswarni, 2002, Parasuramant et. al., 1990) yang dimodifikasi oleh peneliti.

Untuk mendapatkan kepuasan pasien , perawat melakukan perilaku karatif *caring* terhadap pasien. Kepuasan pasien diukur dari 5 dimensi mutu yang digunakan. Untuk mengukur kepuasan pasien terhadap kemampuan perawat melakukan perilaku karatif *caring* pada dimensi mutu pasien *reliability* 5 item pernyataan, kemampuan perawat melakukan perilaku karatif *caring* pada dimensi *responsiveness* 7 item pertanyaan, kemampuan perawat melakukan perilaku karatif *caring* pada dimensi *Assurance* 6 item pertanyaan, kemampuan perawat melakukan perilaku karatif *caring* pada dimensi mutu *emphaty* 5 item pertanyaan, dan kemampuan perawat melakukan

perilaku karatif *caring* pada dimensi *tangibles* 6 item pertanyaan. Setiap pertanyaan pada unsur harapan dan kenyataan diberi skor dengan skala 1-4 yang terdiri dari skor **harapan**; 4 = sangat mengharapkan, 3 = mengharapkan, 2 = kurang mengharapkan, 1 = tidak mengharapkan. Skor **kenyataan**; 4 = sangat sesuai, 3 = sesuai, 2 = kurang sesuai, 1 = tidak sesuai. Total skor terendah harapan maupun kenyataan adalah 30 dan skor tertinggi adalah 120.

4.5.2 Instrumen Kepuasan Keluarga

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner, kuesioner yang digunakan untuk keluarga yaitu ; A2 dan B2.

4.5.2.1 Karakteristik Keluarga

Kuisisioner A2, di gunakan untuk menggambarkan karakteristik keluarga yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan jenis penyakit (lampiran 12).

4.5.2.2 Kepuasan Keluarga.

Kuesioner B2 berhubungan dengan kepuasan keluarga terhadap perilaku *caring* perawat (lampiran 12). Kuesioner terdiri dari 8 nilai karatif *caring* perawat dan pengukuran kepuasan diambil dari kuesioner kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat dari (Anjaswarni, 2002, Parasuramant et. al., 1990), yang dimodifikasi oleh peneliti. Untuk mendapatkan kepuasan keluarga, perawat melakukan perilaku karatif *caring* terhadap keluarga. Kepuasan keluarga diukur dari 5 dimensi mutu yang digunakan. Untuk mengukur kepuasan keluarga terhadap kemampuan perawat melakukan perilaku karatif *caring* pada dimensi mutu *reliability* 5 item pernyataan, kemampuan perawat melakukan perilaku karatif *caring* pada dimensi *responsiveness* 7 item pertanyaan,

kemampuan perawat melakukan perilaku karatif *caring* pada dimensi *Assurance* 6 item pertanyaan, kemampuan perawat melakukan perilaku karatif *caring* pada dimensi mutu *emphaty* 5 item pertanyaan, dan kemampuan perawat melakukan perilaku karatif *caring* pada dimensi *tangibles* 6 item pertanyaan. Setiap pertanyaan pada unsur harapan dan kenyataan diberi skor dengan skala 1-4 yang terdiri dari skor **harapan** ; 4 = sangat mengharapkan , 3 = mengharapkan , 2 = kurang mengharapkan, 1 = tidak mengharapkan . Skor **kenyataan** ; 4 = sangat sesuai , 3 = sesuai , 2 = kurang sesuai, 1 = tidak sesuai. Total skor terendah harapan maupun kenyataan adalah 30 dan skor tertinggi adalah 120.

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

Data yang diambil dengan menggunakan kuesioner dalam penelitian mempunyai kedudukan yang paling tinggi. Hal ini disebabkan karena data merupakan penggambaran variabel yang diteliti dan berfungsi sebagai alat pembuktian hipotesis (Arikunto, 2006). Oleh karena itu benar tidaknya data sangat menentukan bermutu tidaknya hasil penelitian. Sebelum data digunakan untuk penelitian yang sesungguhnya, maka terlebih dahulu kuesioner diuji coba untuk mengetahui validitas dan reliabilitas kuesioner. Uji coba instrumen dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Linggau dengan jumlah sampel 30 responden pada pasien dan 30 responden pada keluarga. Kemudian baru dilakukan uji validitas dan reliabilitas sebagai berikut :

4.6.1 Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data. Untuk mengetahui validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi yang digunakan antara masing-masing variabel dengan skor totalnya. Tehnik yang digunakan adalah korelasi Pearson *Product Moment*, yaitu suatu variabel dinyatakan

valid bila skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya dengan cara membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung. Bila r hasil (hitung) lebih besar dari r tabel maka pernyataan tersebut adalah valid. Hasil uji validitas didapatkan dari 40 item pernyataan $r > 0.304$ adalah 30 item pernyataan dinyatakan valid ($r : 0.369 - 0.763$). Sedangkan $r < 0.304$ adalah 9 item pernyataan tidak valid yaitu item pernyataan (1,4,5,9,18,24,25,35,37) item tersebut dihilangkan, ditambah 1 item pernyataan dihilangkan yang mendekati $r = 0.304$, sehingga jumlah item pernyataan yang dihilangkan menjadi 10 item pernyataan.

4.6.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas menurut Partney dan Watkins (2000) estimasi berdasarkan konsep varians/variiasi nilai antara dalam sample dengan nilai koefisien 0.00 – 1.00. Uji reliabilitas instrumen dilakukan dengan menggunakan koefisien *alpha Cronbach* yaitu dengan membandingkan r alpha dengan r tabel. Jika r alpha lebih besar dari r tabel maka dikatakan bahwa pertanyaan tersebut reliabel dan sebaliknya. Koefisien reliabilitas instrument sebesar 0.934.

4.7. Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini diawali dengan mengajukan proposal ke komisi uji etik Fakultas Ilmu Keperawatan untuk dilakukan uji etik. Selanjutnya beberapa tahapan yang dilakukan adalah sebagai berikut :

4.7.1 Persiapan

Kegiatan persiapan ini merupakan prosedur administratif yaitu mengajukan permohonan ijin penelitian pada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup yang akan digunakan sebagai tempat penelitian (lampiran 3). Setelah mendapatkan ijin penelitian, peneliti melakukan koordinasi dengan Bidang Pelayanan, Bidang Diklat, dan Bidang Keperawatan untuk melaksanakan teknis penelitian.

4.7.2 Pelaksanaan

Kegiatan awal penelitian adalah dengan melaksanakan pelatihan perilaku *caring* terhadap perawat pelaksana, katim dan karu serta pelatihan supervisi perilaku *caring* terhadap kepala ruang.. Pelatihan perilaku *caring* dan konsep supervisi dilaksanakan di kelas selama 2 hari terhadap perawat pelaksana dan karu. Pengukuran kemampuan pengetahuan dilakukan pre dan pos *test* pelatihan, dan dinyatakan lulus dengan batasan nilai minimal 60.

Pelatihan penerapan bimbingan supervisi dilaksanakan terhadap karu selama 1 hari dikelas. Pelatihan diawali dengan penilaian diri karu terhadap supervisi perilaku *caring* yang akan dilaksanakan terhadap perawat pelaksana. Pengukuran kemampuan pengetahuan dilakukan pre dan pos *test* pelatihan bimbingan supervisi, dan dinyatakan lulus dengan batasan nilai >74.

Supervisi karu terhadap perawat pelaksana dilaksanakan di ruangan masing-masing selama 12 hari dibantu oleh katim yang sudah dilatih karu dan seluruh dinyatakan lulus supervisi sebelumnya. Bimbingan dilaksanakan di ruang Teratai yang diberi bimbingan 3 kali setiap perawat pelaksana, dan ruang Melati diberi bimbingan 6 kali setiap perawat pelaksana.

4.7.3 Pos test

Setelah proses bimbingan selesai, pada minggu keempat setelah pelatihan perilaku *caring* pada perawat, peneliti mengambil data kepuasan pelayanan pada pasien dan keluarga. Data diambil dari kelompok pasien dan keluarga yang diberikan pelayanan perilaku *caring* oleh seluruh perawat di ruangan yang telah mendapatkan pelatihan perilaku *caring* dengan pemberian

bimbingan berbeda yaitu kelompok A, tanpa bimbingan, kelompok B, bimbingan 3 kali oleh karu dan katim dan kelompok C, bimbingan 6 kali oleh karu dan katim. Adapun secara ringkas akan digambarkan dengan skema alur kerangka kerja penelitian seperti pada skema 4.3

Tabel 4.3
Kerangka kerja penelitian pengaruh perilaku *caring* terhadap perawat di RSUD Curup tahun 2009

Perawat	Kelompok Intervensi		Pelayanan keperawatan	Pos test
	Pelatihan <i>caring</i>	Pelatihan supervisi		
Karu	Ya	Ya	Ya	Pengukuran kepuasan pasien dan keluarga (H-K) terhadap pelayanan keperawatan
Katim	Ya	Tidak	Ya	
PP	Ya	Tidak	Ya	

4.8 Analisa Data

4.8.1 Pengolahan Data

Setelah data hasil penelitian dikumpulkan oleh peneliti, langkah selanjutnya yang harus segera dilakukan adalah pengolahan data. Secara garis besar, pekerjaan analisis data meliputi 3 langkah yaitu ; a) persiapan, b) tabulasi, c) penerapan data sesuai dengan pendekatan penelitian (Arikunto, 2006). Sedangkan menurut Prasetyo dan Jannah (2005), membagi proses pengolahan data menjadi 4 tahapan yaitu :

4.8.1.1 Memeriksa data (*editing*) adalah pekerjaan memeriksa validitas dan reliabilitas data yang masuk. Kegiatan ini meliputi pemeriksaan kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan makna jawaban, konsistensi antar jawaban-jawaban, relevansi jawaban dan keseragaman satuan ukuran. Pemeriksaan langsung dilakukan setelah pengambilan kuesioner, ditemukan

data yang yang belum terisi penuh 3 kuesioner, peneliti langsung mengklarifikasi pada pasien maupun keluarga, sehingga kuesioner yang terisi valid.

4.8.1.2 Pengkodean data (*data coding*) merupakan suatu proses penyusunan data secara sistematis dari data mentah (data dari kuesioner) ke dalam bentuk yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data. Hal ini harus diperhatikan oleh peneliti ketika membuat kode jawaban adalah kode jawaban harus baku dan konsisten. Hal ini dimaksudkan agar hasil penelitian ketika dilakukan indeks atau skala memiliki validitas tinggi. Pengkodean pada karakteristik pasien dan keluarga disesuaikan dengan definisi operasional menggunakan no 1-4, sedangkan item pertanyaan harapan menggunakan H1-H30, item pernyataan kenyataan K1-K30.

4.8.1.3 Pemindahan data ke komputer (*data entering*) adalah memasukkan data setelah selesai diberi kode dan skor, data dimasukkan ke dalam program komputer yang sesuai. Entri data dilakukan dengan memisahkan kelompok A dengan kode nomor 1-34, kelompok B 35-68, dan kelompok C 69-102.

4.8.1.4 Pembersihan data (*data cleaning*) adalah memastikan bahwa data yang telah dimasukkan ke dalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan yang sebenarnya. Cara yang dapat dilakukan yaitu dengan *possible code cleaning*, *contingency code cleaning* dan modifikasi (melakukan pengkodean kembali data yang asli). Kemudian mengecek data apabila ditemukan data yang masih kosong, segera dicek ulang dan diisi kembali.

Ada 1 data kesalahan entri yaitu angka 3 menjadi angka 7, setelah dikoreksi kemudian dilakukan pembetulan angka.

4.8.1.5 Penyajian data (*data output*), langkah terakhir dari pengolahan data adalah menyajikan hasil pengolahan data. Bentuk hasil pengolahan data hasil penelitian menggunakan tabel yang dapat dilihat pada hasil penelitian pada bab hasil.

4.8.2 Analisa data

Analisa data terdiri dari : analisa univariat, bivariat, dan multivariat sebagai berikut :

4.8.2.1 Analisa Univariat

Analisa univariat untuk data numerik menggunakan central tendensi yaitu nilai mean (rata-rata), median, standar deviasi, nilai maksimum-minimum, dan CI 95%. Pada penelitian ini jenis data numerik adalah ; umur, penghasilan, serta kepuasan pasien dan kepuasan keluarga yang dapat digambarkan dengan (nilai harapan) serta (nilai kenyataan) yang terdiri dari : *reliabilitas, responsiveness, assurance, emphaty, tangibles*. Pada data kategorik peringkasan data hanya menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi. Jenis data kategorik pada penelitian ini adalah : jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan, jenis penyakit.

Model *servqual* pada pengukuran kualitas jasa didasarkan pada skala multi-item yang dirancang untuk mengukur harapan dan persepsi pasien, serta gap antara keduanya dengan menggunakan 5 dimensi utama kualitas jasa (*reliability, responsiveness, assurance, emphaty, tangible*). Kelima dimensi tersebut dijabarkan dalam pernyataan harapan yang diinginkan

pasien maupun keluarga atas pelayanan dan persepsi pasien maupun keluarga berdasarkan skala likert harapan sangat mengharapkan, mengharapkan, kurang mengharapkan dan tidak mengharapkan. Sedangkan persepsi pasien maupun keluarga sangat sesuai, sesuai, kurang sesuai, dan tidak sesuai.

Penilaian kualitas jasa menggunakan model *servqual* mencakup perhitungan perbedaan diantara yang diberikan pasien maupun keluarga untuk setiap pasang pernyataan berkaitan dengan harapan dan persepsi. Skor *servqual* untuk setiap pasang pernyataan, bagi masing-masing pasien dan keluarga dapat dihitung berdasarkan rumus berikut : (Zeithmal, et. al., 1990, dalam Tjiptono & Supriyanto, 2007).

$$\text{Skor Servqual} = \text{Skor Tingkat Kepentingan} \times (\text{Skor Persepsi} - \text{Skor Harapan})$$

$$\text{Skor Servqual} = \text{Skor Tingkat Kepentingan} \times \text{Skor Persepsi}$$

Pada prinsipnya, data yang diperoleh melalui instrumen *servqual* dapat dipergunakan untuk menghitung skor gap kualitas jasa pada berbagai level secara rinci.

- 1) *Item* H1 – H30 dan K1 – K30, dianalisis menggunakan interval, sehingga didapatkan nilai rata-rata dari setiap item dimensi *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty*, dan *tangible*

- 2) *Dimension - by - dimension analysis*, dimana K1 sampai K30 dan H1 sampai H30 (K1/H1, K2/H2, K3/H3K30/H30) mencerminkan pernyataan kenyataan dan harapan keseluruhan nilai minimal 4 dan nilai maksimal 28.
- 3) Perhitungan ukuran tunggal kualitas jasa atau gap *servqual*, yaitu setiap dimensi dibandingkan antara skor kenyataan dan skor harapan. Sehingga didapatkan nilai kepuasan yaitu rata-rata skor kenyataan : rata-rata skor harapan. Analisis didapatkan apabila, nilai kenyataan (P) kurang dari harapan (H) atau $P-H < 1$, maka terdapat masalah kepuasan. Bila nilai $P=H$, maka dikatakan pasien ataupun keluarga puas tidak ada keluhan. Sedangkan bila $P-H > 1$, maka pasien ataupun keluarga sangat puas.

4.8.2.2 Analisa Bivariat

Uji kesetaraan karakteristik pasien dan keluarga yaitu (jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis penyakit dan umur) dilakukan sebelum dilakukan uji bivariat. Hasil uji kesetaraan jenis kelamin pasien dan keluarga didapatkan tidak homogen. Kemudian dilanjutkan dengan analisa bivariat, kegunaan analisis bivariat adalah untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara variabel tersebut, atau bisa digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok sampel (Hastono, 2007). Analisa bivariat dapat dilihat pada tabel 4.4

Analisa perbedaan kepuasan pasien maupun keluarga menggunakan uji beda lebih dari dua *mean* yaitu dengan uji anova atau uji F (Hastono, 2006) dengan menggunakan tingkat kemaknaan (*p value*) $< 0,05$, sehingga bila *p value* $\leq 0,05$ maka hasil penghitungan statistik bermakna dan dinyatakan ada perbedaan kepuasan pasien maupun kepuasan keluarga terhadap pemberian perilaku *caring* tanpa diberi bimbingan, bimbingan 3 (tiga) dan bimbingan 6 (enam) kali. Namun bila *p value* $> 0,05$ maka hasil penghitungan statistik tidak bermakna. Uji statistik yang digunakan dapat dilihat pada tabel 4.4

Tabel 4.4
Uji Bivariat Penelitian Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Perawat Terhadap Kepuasan Pasien dan Keluarga di Ruang Rawat Inap RSUD Curup

No	Analisis	Pre test	Post test	Uji Statistik
1.	Homogenitas / kesetaraan kelompok pasien dan keluarga	Umur kelompok (interval)	1,2,3	<i>Independent sample t test</i>
		Jenis kelamin kelompok (nominal)	1,2,3	<i>Chi Square</i>
		Tingkat pendidikan kelompok (ordinal)	1,2,3	<i>one way Anova</i>
		Berat ringannya penyakit (nominal)	1,2,3	<i>Chi Square</i>
2.	Uji Beda		Kepuasan pasien kelompok (interval)	<i>one way Anova</i>
			Kepuasan keluarga kelompok (interval)	<i>one way Anova</i>
3.	Hubungan asosiasi kelompok pasien dan kelompok keluarga	Umur (interval)	dengan kepuasan (interval)	<i>Pearson product momen</i>
		Jenis kelamin (nominal)	dengan kepuasan (interval)	<i>Spearman Rho</i>
		Pendidikan (ordinal)	dengan kepuasan (interval)	<i>Spearman Rho</i>
		Berat ringannya penyakit (nominal)	dengan kepuasan (interval)	<i>Spearman Rho</i>

4.8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat merupakan bentuk analisis yang digunakan untuk melakukan analisis apakah ada pengaruh karakteristik responden (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, jenis penyakit) dengan variabel dependen (kepuasan pasien dan kepuasan keluarga). Oleh karena data variabel dependen numerik dan lebih dari satu variabel independennya maka uji statistik yang digunakan Regresi Linier (Hastono, 2007).

Adapun langkah-langkah penting yang dilakukan dalam tahapan analisis linier berganda ini menurut Hastono, (2007) adalah :

- 1). Melakukan analisis bivariat, untuk menentukan variabel/faktor yang menjadi kandidat model. Masing-masing dari keempat faktor akan dihubungkan dengan variabel dependen. Bila didapatkan nilai $p \text{ value} < 0.25$, maka variabel tersebut masuk dalam model. Tetapi apabila seluruh item didapatkan $p \text{ value} > 0.25$ jikalau secara substansi penting maka tetap dimasukkan dalam model.
- 2). Melakukan analisis variabel yang bisa masuk dalam model multivariat apabila didapatkan nilai $p \text{ value} \leq 0.05$. Selanjutnya dilakukan pengeluaran variabel yang nilai $p \text{ value} > 0.05$ dari model satu persatu.
- 3). Melakukan uji diagnostik regresi linier, setelah pemodelan terakhir didapatkan yaitu melakukan uji asumsi homoskedasitas, asumsi eksistensi, asumsi independensi, linieritas, normalitas, dan pengujian asumsi kolinearitas.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian tentang pengaruh pelatihan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien dan keluarga di RSUD Curup Bengkulu, yang dilaksanakan selama kurun waktu 6 minggu, yang dimulai tanggal 28 April hingga 06 Juni 2009. Penelitian ini mempunyai 2 (dua) variabel dependen yaitu pasien dan keluarga. Pada penelitian ini, dibagi 3 (tiga) kelompok perawat berdasarkan tempat tugas ruangan yang melakukan pelayanan perawatan *caring* kepada pasien dan keluarga, yaitu ; 1) kelompok A adalah kelompok perawat yang memberikan pelayanan *caring* terhadap pasien dan keluarga yang telah diberi pelatihan perilaku *caring* tanpa diberi bimbingan, 2) kelompok B adalah kelompok perawat yang memberikan pelayanan *caring* terhadap pasien dan keluarga yang telah diberi pelatihan perilaku *caring* dan diberi bimbingan 3 kali, 3) kelompok C adalah kelompok perawat yang memberikan pelayanan *caring* terhadap pasien dan keluarga yang telah diberi pelatihan perilaku *caring* dan diberi bimbingan 6 kali. Penyajian data hasil penelitian ini terdiri dari analisa univariat, bivariat dan multivariat. Adapun secara lengkap hasil penelitian akan disajikan berikut:

5.1 Proses Pelaksanaan Penelitian

Pelaksanaan penelitian dilaksanakan di RSUD Curup di mulai dengan berbagai tahap, yaitu : tahap persiapan dan tahap pelaksanaan penelitian yang dapat diuraikan berikut :

5.1.1 Persiapan

Proses pelaksanaan penelitian dimulai di RSUD Curup dimulai dengan diskusi mengenai pelayanan *caring* keperawatan berkoordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan (Kabid), Kepala Seksi (Kasie) asuhan keperawatan. Bersama dengan Kabid keperawatan dan Kasie asuhan keperawatan menetapkan 3 (tiga) ruangan rawat inap yang akan dilakukan uji coba perawat dalam melaksanakan pelayanan

keperawatan berperilaku *caring* terhadap pasien dan keluarga. Kemudian berkoordinasi dengan Kasie Pelayanan dan Diklat menentukan waktu pelaksanaan penelitian yang akan dilaksanakan, serta menguraikan gambaran proses penelitian.

Pada tanggal 24 April 2009, Kabid keperawatan mengundang 3 (tiga) kepala ruangan yaitu Karu rawat inap Anggrek, Teratai, dan Melati untuk diberi penjelasan tujuan penelitian dan proses penelitian yang akan dilaksanakan bersama-sama. Peneliti menetapkan ketiga ruangan tersebut sebagai berikut : 1) ruangan Anggrek kelompok A, sebagai kelompok yang diberi pelatihan perilaku *caring* tanpa diberi bimbingan perilaku *caring*, 2) ruangan Teratai kelompok B, sebagai kelompok yang diberi pelatihan perilaku *caring* dan diberi bimbingan perilaku *caring* 3 kali, dan 3) ruangan Melati kelompok C, sebagai kelompok yang diberi pelatihan perilaku *caring* dan diberi bimbingan perilaku *caring* 6 kali. Bimbingan perilaku *caring* di ruangan dilakukan oleh Karu masing-masing ruangan dan dibantu oleh ketua tim ruangan, sebelum melakukan bimbingan terhadap perawat pelaksana maupun ketua tim karu terlebih dahulu dilatih supervisi perilaku *caring* oleh peneliti.

5.1.2 Pelaksanaan

Penelitian dimulai dengan melaksanakan pelatihan perilaku *caring* terhadap karu, katim dan perawat pelaksana ruang rawat inap selama 2 hari mulai tanggal 28 April sampai dengan 30 April 2009 dengan metode ceramah, tanya jawab, dan simulasi. Pelatihan dilaksanakan pagi dan sore setiap hari untuk memberikan kesempatan kepada para perawat yang melaksanakan dinas tetap mengikuti pelatihan. Perawat diwajibkan datang oleh Kabid kecuali perawat yang saat itu sedang cuti. Pelatihan dilanjutkan 1 hari, dengan topik cara melaksanakan penerapan supervisi *caring* kepala ruangan terhadap perawat pelaksana.

Proses pelatihan dilaksanakan dengan pemberian pre *test* terlebih dahulu untuk menilai pengetahuan perawat tentang perilaku *caring* dan pos *test* di akhir pelatihan. Hasil pre *test* perilaku *caring* perawat min-maks (32-64) rata-rata 34.94, sedangkan nilai pos *test* min-maks (68-92) rata-rata 71.8, dengan rata-rata peningkatan +36.9 dari hasil pre *test*. Pelatihan dengan topik penerapan supervisi *caring* Karu dimulai dengan melakukan evaluasi diri masing-masing, evaluasi diri *supervisor* yang terstandar diambil dari modul MPKP Jiwa (Keliat, 2008). Pelatihan dilanjutkan dengan topik penerapan melakukan supervisi dengan menggunakan format terstandar perilaku *caring* terhadap perawat pelaksana yang diambil dari Anjaswarni, (2002, Parasuramant et., al., 1990) dan dimodifikasi oleh peneliti. Metode yang digunakan adalah ceramah, tanya jawab, dan simulasi antar peserta pelatihan. Evaluasi diri dilakukan kembali oleh Karu sampai kepala ruangan mampu menjadi *supervisor* terhadap perawat pelaksana. Kategori kemampuan kepala ruangan sampai dengan nilai batas lulus yaitu lebih dari 75 %. Hasil penilaian Karu didapatkan rata-rata adalah 79,5 %.

Bimbingan Karu terhadap perawat pelaksana dilaksanakan di ruangan masing-masing yang di bagi menjadi 3 kelompok. Kelompok (A) tanpa diberi bimbingan oleh Karu, kelompok (B) diberi bimbingan 3 kali oleh Karu, dan kelompok (C) diberi bimbingan 6 kali oleh Karu. Pada mulanya Karu mengumpulkan Katim masing-masing, Kemudian Karu dibantu peneliti memberikan penjelasan tentang strategi pelaksanaan supervisi. Peneliti memberikan masukan dan penjelasan yang dipandang perlu dalam memperbaiki pelaksanaan supervisi *caring*. Selanjutnya Karu mensupervisi perilaku *caring* Katim sampai Katim mendapatkan nilai lulus. Kemudian Karu bersama-sama Katim melakukan supervisi terhadap perawat pelaksana.

Pengambilan data pada responden dilaksanakan pada minggu ke 4, ke 5, dan minggu ke 6. Jumlah responden keseluruhan dari 3 kelompok pada penelitian ini adalah 102 pasien yang telah mendapatkan layanan keperawatan lebih dari 2 hari, serta 102 keluarga yang selalu menunggu keluarganya yang dirawat. Responden diambil dari kelompok (A, B, C) dimana setiap kelompok yang diambil menjadi responden berjumlah 34 pasien dan 34 keluarga. Tidak ditemukan *droup out* pada keseluruhan sampel penelitian.

5.2 Gambaran Karakteristik dan Uji Kesetaraan Karakteristik Pasien dan Keluarga

5.2.1 Karakteristik Pasien dan Keluarga

Karakteristik responden ini merupakan karakteristik pasien yang dirawat di tiga ruang rawat inap dan keluarga yang selalu menunggu keluarganya yang sedang dirawat di tiga ruang rawat inap RSUD Curup. Karakteristik pasien dan keluarga akan disajikan sesuai jenis data, yaitu data kategorik dengan distribusi frekuensi terdiri dari jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit seperti terlihat pada tabel 5.1 dan 5.2. Sedangkan data numerik dengan central tendensi meliputi umur pasien dan keluarga disajikan pada tabel 5.3 berikut ini:

Hasil analisis data pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa pada kelompok pasien bimbingan 3 kali (B) di ruang rawat inap Teratai didapatkan (0%) artinya tidak didapatkan jenis kelamin laki-laki dikarenakan ruang rawat inap tersebut adalah ruang rawat inap perempuan, secara keseluruhan jumlah pasien berjenis kelamin perempuan lebih banyak (69,6%). Tingkat pendidikan responden secara keseluruhan hampir merata, tetapi sedikit lebih banyak yang berpendidikan SD dan SLTA (26.5%) dibanding SLTP dan PT.

Sedangkan untuk jenis penyakit secara menyeluruh dari tiga kelompok tersebut memiliki pendistribusian hampir sama antara berjenis penyakit akut (52%) dan berjenis penyakit kronis (48%).

Tabel 5.1
Distribusi karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit pada kelompok A,B,dan C di RSUD Curup, tahun 2009
(n1 = n2 = n3 = 34)

Variabel	Kelompok A		Kelompok B		Kelompok C		Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Jenis Kelamin:								
a. Laki Laki	22	64.7	0	0	9	26.5	31	30.4
B. Perempuan	12	35.3	34	100	25	73.5	71	69.6
Tingkat Pendidikan:								
a. SD	13	38.3	6	17.6	8	23.5	27	26.5
b. SLTP	7	20.5	9	26.5	10	29.4	26	23.5
c. SLTA	9	26.5	7	20.6	11	32.4	27	26.5
d. PT	5	14.7	12	35.3	5	14.7	22	21.5
Jenis Penyakit								
a. Akut	19	55.9	23	67.6	11	32.4	53	52
b. Kronis	15	44.1	11	32.4	23	67.6	49	48

Tabel 5.2
Distribusi karakteristik keluarga berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit pada kelompok A, B, dan C di RSUD Curup, tahun 2009
(n1=n2=n3=34)

Variabel	Kelompok A		Kelompok B		Kelompok C		Total	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Jenis Kelamin:								
a. Laki Laki	13	38.2	24	70.6	16	47.1	53	52
b. Perempuan	21	61.8	10	29.4	18	52.9	49	48
Tingkat Pendidikan:								
a. SD	8	23.5	5	14.7	10	29.4	23	22.5
b. SLTP	12	35.3	11	32.4	4	11.8	27	26.5
c. SLTA	13	38.2	5	14.7	12	35.3	30	29.4
d. PT	1	2.9	13	38.2	8	23.5	22	21.6
Jenis Penyakit								
a. Akut	19	55.9	23	67.6	11	32.4	53	52
b. Kronis	15	44.1	11	32.4	23	67.6	49	48

Hasil analisis data pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa karakteristik jenis kelamin secara keseluruhan keluarga hampir merata laki-laki

(52%) dan perempuan (49%). Tingkat pendidikan keluarga secara keseluruhan hampir merata, tetapi sedikit lebih banyak keluarga yang berpendidikan SLTA (29,4%) dibandingkan dengan tingkat pendidikan SD, SLTP, dan PT. Sedangkan untuk jenis penyakit secara keseluruhan hampir berdistribusi merata, jenis penyakit akut (52%) dan jenis penyakit kronis (48%).

Berikut ini adalah karakteristik umur pasien dan umur keluarga di RSUD Curup. Uji normalitas dilakukan pada umur pasien dan umur keluarga, dikatakan normal apabila nilai skewness dibagi nilai standar error menghasilkan angka ≤ 2 , maka disimpulkan bahwa distribusi tersebut normal. Umur pasien setelah diuji normalitas secara keseluruhan pada kelompok A, B, dan C didapatkan hasil > 2 , maka dikatakan data tidak berdistribusi normal, oleh karena itu nilai tengah yang diambil adalah median. Sedangkan umur keluarga secara keseluruhan didapatkan hasil < 2 , maka dikatakan data berdistribusi normal, oleh karena itu *cut off point* yang diambil adalah mean. Karakteristik umur pasien dan umur keluarga dapat dilihat pada tabel 5.3 dibawah ini.

Tabel 5.3
Analisis umur pasien dan
umur keluarga pada kelompok A, B, dan C
di RSUD Curup tahun 2009
(n1= n2 = n3 = 34)

Variabel Umur	Kelompok	Mean	Median	SD	Min-Maks	95% CI
Pasien	A	33.58	30.00	12.95	20 – 71	29.04-38.08
	B	33.88	31.00	11.06	22 – 65	30.02-37.74
	C	41.74	42.50	13.43	20 – 70	37.08-46.42
Keluarga	A	38.76	39.50	11.69	20 – 68	34.68-42.85
	B	37.76	34.00	11.25	22-60	33.75-40.90
	C	39.74	44.00	11.25	19 – 68	35.81-43.66

Tabel 5.3 diatas menunjukkan bahwa rata rata umur pasien dan umur keluarga di RSUD Curup termasuk dalam kategori usia produktif. Pada kelompok tanpa bimbingan (A) rata-rata 30.00

tahun. Kelompok bimbingan 3 kali (B) mempunyai rata-rata umur pasien 31.00 tahun dengan hasil. Kelompok bimbingan 6 kali (C) mempunyai rata-rata umur pasien 42.50.

Umur keluarga pada kelompok tanpa bimbingan (A) rata rata 38.76 tahun. Umur keluarga pada kelompok bimbingan 3 kali (B) rata rata 37.32 tahun. Umur keluarga pada kelompok bimbingan 6 kali (C) rata rata 39.74 tahun. Dapat terlihat bahwa umur pasien terendah 20 tahun dan tertinggi 71 tahun. Sedangkan umur keluarga terendah 19 tahun dan tertinggi 68 tahun.

5.2.2. Kesetaraan Karakteristik Pasien dan Keluarga

Sebelum dilakukan analisis bivariat maka akan dilakukan uji kesetaraan pada variabel karakteristik umum pasien dan karakteristik umum keluarga antara kelompok tanpa bimbingan, kelompok bimbingan 3 kali, maupun kelompok bimbingan 6 kali. Data dikatakan homogen apabila didapatkan nilai $p \text{ value} > 0,05$. Pada data kategorik yang mempunyai 2 variabel (jenis kelamin, jenis penyakit) digunakan uji statisti *Chi Quadrat* sedangkan data kategorik yang mempunyai 4 variabel (tingkat pendidikan) digunakan uji statistik *one way anova*. Data yang bersifat kategorik jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit pasien dapat dilihat pada tabel 5.4, sedangkan keluarga dapat dilihat pada tabel 5.5 dan khusus untuk data bersifat numerik umur pasien dan keluarga dapat di lihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.4
 Analisis kesetaraan jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit
 pasien pada kelompok A, B, dan C di RSUD Curup, tahun 2009
 (n1=n2=n3=34)

Variabel	Kelompok A		Kelompok B		Kelompok C		Total		P value
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Jenis kelamin									
1. laki-laki	22	64.7	0	0	9	26.5	31	30.4	0.000
2. perempuan	12	35.3	34	100	25	73.5	71	69.6	
Tk pendidikan									
1. SD	13	38.3	6	17.6	8	23.5	27	26.5	0.666
2. SLTP	7	20.5	9	26.5	10	29.4	26	23.5	
3. SLTA	9	26.5	7	20.6	11	32.4	27	26.5	
4. PT	5	14.7	12	35.3	5	14.7	22	21.5	
Jenis penyakit									
1. Akut	19	55.9	23	67.6	11	32.4	53	52	0.053
2. Kronis	15	44.1	11	32.4	23	67.6	49	48	

Data pada tabel 5.4 diatas, menguraikan bahwa tingkat pendidikan dan jenis penyakit pada kelompok A, B, dan C setara (homogen) P value nya > alpha 0.05.

Tabel 5.5
 Analisis kesetaraan jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit
 keluarga pada kelompok A, B, dan C di RSUD Curup, tahun 2009
 (n1=n2=n3=34)

Variabel	Kelompok A		Kelompok B		Kelompok C		Total		P value
	n	%	N	%	n	%	n	%	
Jenis kelamin									
1. laki-laki	13	38.2	24	70.6	16	47.1	53	52	0.022
2. perempuan	21	61.8	10	29.4	18	52.9	49	48	
Tk pendidikan									
1. SD	8	23.5	5	14.7	10	29.4	23	22.5	1.110
2. SLTP	12	35.5	11	32.4	4	11.8	27	26.5	
3. SLTA	13	38.2	5	14.7	12	35.3	30	29.4	
4. PT	1	2.9	13	38.2	8	23.5	22	21.6	
Jenis penyakit									
1. Akut	19	55.9	23	67.6	11	32.4	53	52	0.053
2. Kronis	15	44.1	11	32.4	23	67.6	49	48	

Data pada tabel 5.5 diatas, menguraikan bahwa jenis kelamin, tingkat pendidikan, jenis penyakit keluarga setara (homogen) antara kelompok A, B, dan C $p\text{ value} > \alpha 0.05$.

Tabel 5.6
Analisis kesetaraan karakteristik umur pasien dan keluarga
pada kelompok A, B, dan C di RSUD Curup tahun 2009
($n_1 = n_2 = n_3 = 34$)

Variabel Umur	Mean/Median			P value
	Kelompok A	Kelompok B	Kelompok C	
1. Pasien	38.76	37.32	39.74	0.632
2. Keluarga	33.58	33.88	41.74	0.226

Tabel 5.6 menguraikan bahwa usia pasien dan keluarga setara (homogen) $p\text{ value} > \text{nilai } \alpha 0.05$ A, B dan C.

5.3 Kepuasan Pasien dan Keluarga

Variabel kepuasan pasien dan keluarga merupakan variabel dependen, sebagai dampak dari pelayanan perawat berperilaku *caring* terhadap pasien dan keluarga. Kepuasan pasien maupun kepuasan keluarga di dapatkan dari hasil skor harapan pelayanan dengan skor kenyataan yang di dapatkan pasien dan keluarga atas pelayanan perawat berperilaku *caring* di RSUD Curup. Gambaran kepuasan pasien dan keluarga dapat dilihat pada tabel berikut.

5.3.1 Pemenuhan Harapan, Kenyataan Layanan Keperawatan Terhadap Pasien dan Keluarga Berdasarkan Dimensi Kepuasan

Pemenuhan harapan pasien terhadap pelayanan *caring* perawat dan kenyataan pelayanan *caring* perawat yang diterima pasien, dapat dilihat pada harapan terhadap pelayanan *caring* perawat dan kenyataan keluarga menerima pelayanan *caring* perawat dapat terlihat pada gambaran kepuasan pasien terhadap pelayanan *caring* perawat selama di rawat di RSUD Curup. Harapan, kenyataan, dan kepuasan pasien terdiri dari beberapa dimensi yaitu, dimensi

reliability, responsiveness, assurance, empathy, dan tangible. Setiap dimensi didapatkan dari pasien yang diberikan pelayanan *caring* oleh kelompok perawat yang beri pelatihan perilaku *caring* dengan tanpa bimbingan (kelompok A), kelompok perawat yang diberi pelatihan perilaku *caring* dan bimbingan 3 kali (kelompok B), dan kelompok perawat yang diberi pelatihan perilaku *caring* bimbingan 6 kali (kelompok C). Adapun harapan pasien terhadap pelayanan *caring* perawat setiap dimensi dapat dilihat pada tabel 5.7, kenyataan pasien menerima pelayanan *caring* perawat pada setiap dimensi dapat dilihat pada tabel 5.8, dan kepuasan pasien menerima pelayanan *caring* perawat pada setiap dimensi dapat dilihat pada tabel 5.9.

5.3.1.1 Harapan Pasien terhadap Pelayanan Keperawatan *Caring*

Harapan pasien terhadap pelayanan *caring* perawat berdasarkan setiap dimensi dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7
Analisis harapan pasien terhadap pelayanan *caring*
oleh kelompok perawat A, B, dan C,
RSUD Curup tahun 2009
(n1= n2 = n3 = 34)

Kelompok	Dimensi	Mean	Median	SD	Min-maks.	95% CI
A	<i>Reliability</i>	17.58	18.25	1.90	14.00-20.00	16.92-18.25
	<i>Responsiveness</i>	24.05	25.00	2.24	19.00-28.00	23.20-24.91
	<i>Assurance</i>	21.02	21.00	2.26	17.00-24.00	20.23-21.80
	<i>Empaty</i>	16.05	16.00	2.15	12.00-20.00	15.30-16.81
	<i>Tangible</i>	23.61	24.00	2.92	18.00-28.00	22.59-24.63
B	<i>Reliability</i>	18.20	18.50	1.36	16.00-20.00	17.72-18.68
	<i>Responsiveness</i>	24.55	24.00	2.43	21.00-28.00	23.70-25.41
	<i>Assurance</i>	21.91	22.50	2.07	18.00-24.00	21.18-22.63
	<i>Empaty</i>	16.67	16.50	2.47	12.00-20.00	15.81-17.53
	<i>Tangible</i>	24.58	24.65	2.76	20.00-28.00	23.62-25.55
C	<i>Reliability</i>	17.52	18.00	2.63	12.00-20.00	16.61-18.44
	<i>Responsiveness</i>	25.14	26.00	3.1	14.00-28.00	24.05-26.24
	<i>Assurance</i>	20.82	22.00	3.48	10.00-24.00	19.60-22.03
	<i>Empaty</i>	16.61	16.00	2.95	10.00-20.00	15.50-17.64
	<i>Tangible</i>	23.85	24.00	3.57	12.00-28.00	22.60-25.10
Total						
A		102.35	102.24	8.18	87.00-117.0	99.49-105.2
B		105.94	104.53	10.73	89.00-99.00	102.8-109.0
C		103.97	104.87	13.07	72.00-120.0	99.40-108.5

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa harapan pasien terhadap pelayanan *caring* perawat pada ke 3 kelompok (A, B, dan C) yaitu kelompok tanpa bimbingan, bimbingan 3 kali, dan bimbingan 6 kali harapannya hampir merata. Rata-rata harapan pasien di RSUD curup 104.09 lebih rendah dari harapan pelayanan *caring* yang disediakan maksimal di RSUD Curup sebesar 120.

Berdasarkan harapan pelayanan *caring* disetiap dimensi, rata-rata didapatkan merata pada setiap kelompok (A, B, dan C). Dapat digambarkan harapan pelayanan *caring* pada setiap dimensi sebagai berikut :

- 1) Dimensi *reability* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 17.58 dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 17.52 merata, kelompok bimbingan 3 kali sedikit lebih banyak rata-rata 18.20 dari kelompok A dan C.
- 2) Dimensi *responsiveness* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 24.05 dan kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 24,55 hampir merata, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak rata-rata 25.14 dari kelompok A dan B.
- 3) Dimensi *assurance* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 21.02 dan kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 21.91 hampir merata, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit berkurang rata-rata 20.82 dari kelompok A dan B.
- 4) Dimensi *empaty* hampir merata disetiap kelompok. Kelompok tanpa bimbingan rata-rata 16.05, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 16.67, dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 16.61.
- 5) Dimensi *tangible* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 23.61 dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 23.85 merata, kelompok bimbingan 3 kali sedikit lebih banyak dari kelompok A dan C rata-rata 24.58.

5.3.1.2 Kenyataan Pasien Menerima Pelayanan Keperawatan *Caring*

Kenyataan pasien menerima pelayanan *caring* perawat berdasarkan setiap dimensi dapat dilihat pada tabel 5.8 :

Tabel 5.8
Analisis kenyataan pasien dalam menerima pelayanan *caring* oleh kelompok perawat A, B, dan C, di RSUD Curup tahun 2009 (n1= n2 = n3 = 34)

Kelompok	Dimensi	Mean	Median	SD	Min-maks	95% CI
A	<i>Reliability</i>	15.05	15.00	1.50	11.00-22.00	14.42-15.68
	<i>Responsiveness</i>	19.41	18.50	3.42	12.00-28.00	18.21-20.60
	<i>Assurance</i>	16.88	17.00	2.60	14.00-26.00	15.97-17.79
	<i>Empaty</i>	12.64	12.50	2.80	09.00-19.00	11.66-13.62
	<i>Tangible</i>	20.14	20.00	2.81	15.00-25.00	19.16-21.13
B	<i>Reliability</i>	15.38	15.50	1.65	11.00-18.00	14.80-15.95
	<i>Responsiveness</i>	20.67	21.00	2.59	14.00-26.00	19.77-21.58
	<i>Assurance</i>	17.97	18.00	2.35	13.00-24.00	17.14-18.79
	<i>Empaty</i>	12.91	13.00	2.83	09.00-18.00	11.92-13.90
	<i>Tangible</i>	21.29	21.00	3.32	15.00-28.00	20.13-22.45
C	<i>Reliability</i>	16.02	15.50	2.65	10.00-20.00	21.04-23.60
	<i>Responsiveness</i>	22.32	21.00	3.67	17.00-28.00	21.04-23.60
	<i>Assurance</i>	18.67	18.00	3.39	11.00-24.00	17.48-19.85
	<i>Empaty</i>	14.91	15.00	3.53	06.00-20.00	13.67-16.14
	<i>Tangible</i>	21.67	22.50	3.57	12.00-28.00	20.45-22.92
Total						
A		82.88	82.01	10.06	70.00-99.00	99.4-108.53
B		88.23	89.35	10.06	66.00-106.0	84.72-91.74
C		100.85	102.43	10.96	72.00-118.0	97.02-104.7

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa kenyataan pasien menerima pelayanan *caring* perawat pada ke 3 kelompok (A, B, dan C) yaitu kelompok tanpa bimbingan, bimbingan 3 kali, dan bimbingan 6 kali kenyataan menerima pelayanan *caring* terjadi peningkatan pada kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 100.85, dimana kenyataan penerimaan pelayanan *caring* yang disediakan maksimal di RSUD Curup 120.00. Secara keseluruhan pelayanan *caring* yang didapatkan pasien rata-rata 90.6, hal ini masih dibawah kenyataan penerimaan pelayanan *caring* yang disediakan maksimal di RSUD Curup 120.

Berdasarkan kenyataan pasien menerima pelayanan *caring* perawat disetiap dimensi, rata-rata didapatkan hampir merata pada setiap kelompok (A, B, dan C). Dapat digambarkan kenyataan pasien menerima pelayanan *caring* pada setiap dimensi berikut :

- 1) Dimensi *reability* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 15.05, kelompok bimbingan 3 kali sedikit lebih banyak rata-rata 15.38, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak dari kelompok A dan B rata-rata 16.02.
- 2) Dimensi *responsiveness* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 19.41 lebih sedikit dari kelompok B dan C , kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 20.67, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak dari kelompok A dan B rata-rata 22.32.
- 3) Dimensi *assurance* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 16.18, lebih sedikit dibanding kelompok B dan C, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 17.97, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak dari kelompok A dan B rata-rata 18.67.
- 4) Dimensi *empathy* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 12.64 dan kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 12.91 merata, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak dari kelompok A dan B rata-rata 14.91.
- 5) Dimensi *tangible* kelompok tanpa bimbingan sedikit berkurang dibanding kelompok B dan C rata-rata 20.14, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 21.29 dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 21.67 merata.

5.3.1.3. Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Keperawatan *Caring*

Kepuasan pasien terhadap pelayanan *caring* perawat berdasarkan setiap dimensi dapat dilihat pada tabel 5.9 :

Tabel 5.9
 Analisis kepuasan pasien terhadap pelayanan *caring*
 yang diberikan oleh kelompok perawat A, B, dan C,
 di RSUD Curup tahun 2009
 (n1= n2 = n3 = 34)

Kelompok	Dimensi	Mean	Median	SD	Min-maks	95% CI
A	<i>Reliability</i>	0.86	0.81	0.14	0.58-1.38	0.81-0.91
	<i>Responsiveness</i>	0.81	0.79	0.18	0.57-1.36	0.75-0.87
	<i>Assurance</i>	0.81	0.76	0.15	0.64-1.44	0.75-0.86
	<i>Empaty</i>	0.79	0.76	0.18	0.50-1.25	0.73-0.86
	<i>Tangible</i>	0.86	0.83	0.14	0.64-1.26	0.81-0.91
B	<i>Reliability</i>	0.84	0.89	0.10	0.55-1.00	0.81-0.88
	<i>Responsiveness</i>	0.85	0.91	0.14	0.52-1.09	0.80-0.90
	<i>Assurance</i>	0.82	0.82	0.13	0.54-1.00	0.78-0.87
	<i>Empaty</i>	0.78	0.76	0.17	0.47-1.06	0.72-0.84
	<i>Tangible</i>	0.87	0.92	0.15	0.54-1.33	0.82-0.92
C	<i>Reliability</i>	0.92	0.91	0.15	0.53-1.31	0.87-0.97
	<i>Responsiveness</i>	0.89	0.88	0.14	0.68-1.43	0.84-0.94
	<i>Assurance</i>	0.90	0.92	1.14	0.59-1.38	0.85-0.95
	<i>Empaty</i>	0.90	0.91	0.18	0.40-1.25	0.83-0.96
	<i>Tangible</i>	0.91	0.92	0.12	0.58-1.10	0.87-0.95
Total						
A		0.81	0.77	0.09	0.68-1.03	0.77-0.84
B		0.83	0.84	0.12	0.55-1.00	0.79-0.88
C		0.97	0.84	0.05	0.84-1.06	0.95-0.99

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa kepuasan pasien terhadap pelayanan *caring* perawat pada ke 3 kelompok kelompok tanpa bimbingan, dan bimbingan 3 kali, kepuasannya hampir merata, sedangkan bimbingan 6 kali kepuasannya lebih tinggi dibandingkan kelompok tanpa bimbingan dan kelompok bimbingan 3 kali, kepuasannya mendekati optimal 0.97, dimana kepuasan terhadap pelayanan *caring* yang disediakan maksimal di RSUD Curup sebesar 1.00.

Berdasarkan kepuasan pasien terhadap pelayanan *caring* disetiap dimensi, rata-rata didapatkan merata pada setiap kelompok (A, B, dan C). Dapat digambarkan kepuasan pasien terhadap pelayanan *caring* pada setiap dimensi berikut :

- 1) Dimensi *realibility* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 0.86 dan kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 0.84 merata,

namun kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih tinggi rata-rata 0.92 mendekati kepuasan.

- 2) Dimensi *responsiveness* kelompok tanpa bimbingan kepuasannya lebih rendah dari kelompok B dan C rata-rata 0.81, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 0.85, dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 0.89.
- 3) Dimensi *assurance* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 0.81 dan, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 0.82 merata, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih tinggi dibanding kelompok A dan B rata-rata 0.90 mendekati kepuasan yang diharapkan.
- 4) Dimensi *empathy* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 0.79 dan kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 0.78 merata, dan kelompok bimbingan 6 kali lebih tinggi kepuasannya dari kelompok A dan B rata-rata 0.90.
- 5) Dimensi *tangible* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 0.86 dan kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 0.87 merata, dan kelompok bimbingan 6 kali lebih tinggi dari kelompok A dan B rata-rata 0.91 mendekati kepuasan yang diharapkan.

5.3.2 Pemenuhan Harapan dan Kenyataan Layanan Keperawatan terhadap Keluarga Berdasarkan Dimensi Kepuasan

Pemenuhan harapan keluarga mendapatkan pelayanan *caring* perawat dan kenyataan pelayanan perilaku *caring* yang diterima keluarga, dapat dilihat pada harapan terhadap pelayanan *caring* perawat dan kenyataan pelayanan yang diterima keluarga dapat terlihat gambaran kepuasan keluarga terhadap pelayanan *caring* perawat selama keluarganya di rawat di RSUD Curup. Harapan, kenyataan, dan kepuasan keluarga didapatkan pada setiap dimensi kepuasan yang terdiri dari setiap dimensi : *reliability*, *responsiveness*, *assurance*, *emphaty*, dan *tangible*. Setiap dimensi tersebut didapatkan keluarga terhadap pelayanan *caring* oleh

kelompok A adalah kelompok perawat yang beri pelatihan perilaku *caring* dengan tanpa bimbingan, kelompok B adalah kelompok perawat yang diberi pelatihan perilaku *caring* dan diberi bimbingan 3 kali, dan kelompok C adalah kelompok perawat yang beri pelatihan perilaku *caring* dan diberi bimbingan 6 kali. Gambaran harapan keluarga terhadap pelayanan pada setiap dimensi dapat dilihat pada tabel 5.10, gambaran kenyataan keluarga menerima pelayanan *caring* perawat dapat dilihat pada tabel 5.11 dan gambaran kepuasan keluarga terhadap pelayanan *caring* perawat dapat dilihat pada tabel 5.12.

5.3.2.1 Harapan Keluarga terhadap Pelayanan Keperawatan *Caring*

Harapan keluarga menerima pelayanan keperawatan *caring* perawat dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10
Analisis harapan keluarga terhadap pelayanan *caring* oleh kelompok perawat A, B, dan C, di RSUD Curup tahun 2009 (n1= n2 = n3 = 34)

Kelompok	Dimensi	Mean	Median	SD	Min-maks.	95% CI
A	<i>Reliability</i>	17.41	17.50	1.79	15.00-20.00	16.70-18.03
	<i>Responsiveness</i>	24.08	24.17	2.75	17.00-28.00	23.12-25.05
	<i>Assurance</i>	20.52	20.00	2.51	16.00-24.00	19.05-21.40
	<i>Empaty</i>	16.29	16.00	1.18	13.00-20.00	15.65-16.92
	<i>Tangible</i>	24.64	25.00	2.27	20.00-28.00	23.69-25.59
B	<i>Reliability</i>	17.88	18.00	1.85	12.00-20.00	17.23-18.52
	<i>Responsiveness</i>	24.05	23.00	2.94	18.00-28.00	23.03-25.08
	<i>Assurance</i>	20.55	21.00	2.66	14.00-24.00	19.62-21.48
	<i>Empaty</i>	15.88	15.00	2.98	11.00-20.00	14.84-16.92
	<i>Tangible</i>	23.50	23.50	2.89	20.00-28.00	23.07-25.09
C	<i>Reliability</i>	17.79	19.00	2.44	13.00-20.00	16.94-18.64
	<i>Responsiveness</i>	24.91	25.00	3.25	15.00-28.00	23.77-26.04
	<i>Assurance</i>	20.85	20.85	2.90	13.00-24.00	19.83-21.86
	<i>Empaty</i>	15.97	15.97	2.57	11.00-20.00	15.07-16.86
	<i>Tangible</i>	24.29	24.29	3.31	15.00-28.00	23.13-25.45
Total						
A		102.97	101.00	9.47	89.00-120.0	99.66-106.20
B		102.47	98.50	11.37	88.00-120.0	98.5-106.13
C		103.08	104.6	12.35	69.00-120.0	99.51-108.10

Tabel 5.10 dibawah menunjukkan bahwa harapan keluarga terhadap pelayanan *caring* perawat pada ke 3 kelompok (A, B, dan C) yaitu kelompok tanpa bimbingan, bimbingan 3 kali, dan bimbingan 6 kali harapannya hampir merata. Secara keseluruhan harapan mendapatkan pelayanan *caring* rata-rata 102.84, hal ini masih dibawah harapan pelayanan *caring* yang disediakan maksimal di RSUD Curup sebesar 120.

Harapan keluarga terhadap pelayanan *caring* disetiap dimensi, rata-rata didapatkan merata pada setiap kelompok (A, B, dan C). Dapat digambarkan harapan terhadap pelayanan *caring* pada setiap dimensi berikut :

- 1) Dimensi *realibility* disetiap kelompok merata, kelompok tanpa bimbingan rata-rata 17.41, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 17.88, dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 17.79.
- 2) Dimensi *responsivenes* disetiap kelompok hampir merata, kelompok tanpa bimbingan rata-rata 24.08, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 24.05, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak dari kelompok A dan B rata-rata 24.91.
- 3) Dimensi *assurance* disetiap kelompok merata, kelompok tanpa bimbingan rata-rata 20.52, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 20.55, dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 20.85.
- 4) Dimensi *empaty* kelompok tanpa bimbingan harapannya sedikit lebih banyak rata-rata 16.29 dari kelompok B dan C, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 15.88 dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 15.97 merata.

- 5) Dimensi *tangible* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 24.64 dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 24.29 merata, sedangkan kelompok bimbingan 3 kali sedikit berkurang dari kelompok A dan B rata-rata 23.50.

5.3.2.2 Kenyataan Keluarga menerima Pelayanan Keperawatan *Caring*

Kenyataan keluarga menerima pelayanan keperawatan *caring* perawat dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11
Analisis kenyataan keluarga menerima pelayanan *caring* oleh kelompok perawat A, B, dan C, di RSUD Curup tahun 2009
(n1= n2 = n3 = 34)

Kelompok	Dimensi	Mean	Median	SD	Min-maks	95% CI
A	<i>Reliability</i>	15.62	15.00	2.02	11.00-20.00	14.32-15.73
	<i>Responsiveness</i>	20.35	20.00	2.85	14.00-27.00	19.35-21.35
	<i>Assurance</i>	16.97	17.50	3.44	9.00-24.00	15.76-18.17
	<i>Empaty</i>	12.50	12.00	3.43	6.00-19.00	11.29-13.70
	<i>Tangible</i>	20.79	21.00	3.38	14.00-28.00	19.61-21.97
B	<i>Reliability</i>	15.79	15.00	1.91	12.00-20.00	15.12-16.46
	<i>Responsiveness</i>	21.23	21.00	2.87	15.00-26.00	20.23-22.23
	<i>Assurance</i>	18.29	18.50	2.35	11.00-22.00	17.47-19.10
	<i>Empaty</i>	13.50	14.00	2.55	9.00-18.00	12.69-14.48
	<i>Tangible</i>	21.55	22.00	2.35	14.00-25.00	20.70-22.37
C	<i>Reliability</i>	17.79	19.00	2.44	13.00-20.00	16.64-18.64
	<i>Responsiveness</i>	24.91	25.00	3.25	15.00-28.00	23.77-26.04
	<i>Assurance</i>	20.85	21.00	2.90	13.00-24.00	19.83-21.86
	<i>Empaty</i>	15.97	15.00	2.57	11.00-20.00	15.07-16.86
	<i>Tangible</i>	24.29	25.00	3.31	15.00-28.00	23.13-25.45
Total						
A		85.64	84.00	12.03	60.00-115.0	81.44-89.84
B		90.47	94.00	9.81	67.00-108.0	87.04-93.89
C		101.47	103.50	14.52	60.00-120.0	80.34-90.47

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa kenyataan keluarga menerima pelayanan *caring* perawat pada ke 3 kelompok (A, B, dan C) yaitu kelompok tanpa bimbingan sedikit berkurang rata-rata 85.64, bimbingan 3 kali sedikit lebih banyak rata-rata 90.47, dan bimbingan 6 kali kenyataan menerima pelayanan *caring* terjadi peningkatan rata-rata

101.47. Secara keseluruhan kenyataan penerimaan pelayanan *caring* rata-rata 92,52, hal ini masih dibawah penerimaan pelayanan *caring* yang disediakan maksimal di RSUD Curup 120.00.

Berdasarkan kenyataan keluarga menerima pelayanan *caring* perawat disetiap dimensi, rata-rata didapatkan hampir merata pada setiap kelompok (A, B, dan C). Dapat digambarkan kenyataan keluarga menerima pelayanan *caring* pada setiap dimensi berikut :

- 1) Dimensi *realibility* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 15.62 dan kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 15.79 merata, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak rata-rata 16.02.
- 2) Dimensi *responsivenes* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 20.35 sedikit berkurang dibanding kelompok B dan C , kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 21.23, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak rata-rata 24.91 dari kelompok A dan B.
- 3) Dimensi *assurance* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 16.97, lebih sedikit dibanding kelompok B dan C, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 18.29 sedikit lebih banyak dari kelompok A, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak rata-rata 20.85 dari kelompok A dan B.
- 4) Dimensi *empaty* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 12.50, lebih sedikit dibanding kelompok B dan C ,kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 13.50 sedikit lebih banyak dari kelompok A, dan kelompok bimbingan 6 kali sedikit lebih banyak rata-rata 15.97 dari kelompok A dan C.

- 5) Dimensi *tangible* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 20.79, sedikit berkurang dibanding kelompok B dan C, kelompok bimbingan 3 kali sedikit lebih banyak rata-rata 21.55 dari kelompok A, dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 24.29 lebih banyak dari kelompok A dan B.

5.3.2.3 Kepuasan Keluarga terhadap Pelayanan Keperawatan *Caring*

Kepuasan keluarga terhadap pelayanan keperawatan *caring* yang diterima keluarga dapat dilihat pada tabel 5.12 :

Tabel 5.12
Analisis kepuasan keluarga terhadap pelayanan *caring* perawat oleh kelompok perawat A, B, dan C, di RSUD Curup tahun 2009 (n1= n2 = n3 = 34)

Kelompok	Dimensi	Mean	Median	SD	Min-maks	95% CI
A	<i>Reliability</i>	0.87	0.90	0.15	0.58-1.25	0.82-0.92
	<i>Responsiveness</i>	0.85	0.81	0.14	0.67-1.14	0.80-0.90
	<i>Assurance</i>	0.82	0.78	0.15	0.50-1.10	0.77-0.88
	<i>Empaty</i>	0.76	0.73	0.20	0.35-1.13	0.69-0.84
	<i>Tangible</i>	0.85	0.81	0.17	0.59-1.40	0.79-0.91
B	<i>Reliability</i>	0.89	0.93	0.15	0.0-1.33	0.84-0.94
	<i>Responsiveness</i>	0.89	0.94	0.16	0.56-1.17	0.83-0.95
	<i>Assurance</i>	0.90	0.90	0.17	0.52-1.29	0.84-0.96
	<i>Empaty</i>	0.87	0.91	0.16	0.55-1.17	0.81-0.93
	<i>Tangible</i>	0.90	0.95	0.13	0.54-1.05	0.86-0.95
C	<i>Reliability</i>	0.99	1.12	1.12	0.80-1.54	0.95-1.03
	<i>Responsiveness</i>	0.95	0.98	0.98	0.79-1.27	0.91-0.98
	<i>Assurance</i>	1.00	0.11	1.11	0.75-1.26	0.96-1.05
	<i>Empaty</i>	1.05	0.08	0.08	0.90-1.27	1.02-1.08
	<i>Tangible</i>	0.94	0.09	0.09	0.81-1.42	0.91-0.98
Total						
A		0.83	0.82	0.13	0.61-1.09	0.79-0.88
B		0.89	0.93	0.13	0.63-1.04	0.84-0.93
C		0.98	0.98	0.05	0.85-1.16	0.96-1.00

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa kepuasan keluarga terhadap pelayanan *caring* perawat pada ke 3 kelompok (A, B, dan C) yaitu kelompok tanpa bimbingan rata-rata

0.83, dan bimbingan 3 kali rata-rata 0.89, kepuasannya hampir merata, sedangkan bimbingan 6 kali kepuasannya lebih tinggi dibandingkan kelompok tanpa bimbingan dan kelompok bimbingan 3 kali, kepuasannya mendekati optimal 0.98, dimana kepuasan terhadap pelayanan *caring* yang disediakan maksimal di RSUD Curup sebesar 1.00.

Kepuasan keluarga terhadap pelayanan *caring* disetiap dimensi, rata-rata didapatkan merata pada setiap kelompok (A, B, dan C). Dapat digambarkan kepuasan keluarga terhadap pelayanan *caring* pada setiap dimensi berikut :

- 1) Dimensi *reability* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 0.87 dan kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 0.89 merata, dan kelompok bimbingan 6 kali lebih tinggi rata-rata 0.99 dari kelompok A dan B.
- 2) Dimensi *responsiveness* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 0.85, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 0.89 merata, dan kelompok bimbingan 6 kali rata-rata 0.95 lebih tinggi dari kelompok A dan B.
- 3) Dimensi *assurance* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 0.82 dan, kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 0.87 merata, dan kelompok bimbingan 6 kali lebih tinggi rata-rata 1.00 dari kelompok A dan B mencapai kepuasan yang diharapkan.
- 4) Dimensi *empaty* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 0.76 sedikit lebih rendah dari kelompok bimbingan 3 kali rata-rata 0.87, dan kelompok bimbingan 6 kali lebih tinggi rata-rata 1.05 dari kelompok A dan B mencapai kepuasan yang diharapkan.
- 5) Dimensi *tangible* kelompok tanpa bimbingan rata-rata 0.85 sedikit lebih rendah dari kelompok bimbingan 3

kali rata-rata 0.90 , dan kelompok bimbingan 6 kali hampir sama rata-rata 0.94 dengan kelompok B.

5.3.3 Perbedaan Kepuasan Pasien maupun Kepuasan Keluarga di RSUD Curup

Perbedaan kepuasan pasien dan kepuasan keluarga oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan *caring* dengan tanpa diberi bimbingan, diberi bimbingan 3 kali, dan diberi bimbingan 6 kali, di RSUD Curup dapat di lihat pada tabel berikut di bawah ini :

5.3.3.1 Kepuasan Pasien

Pengaruh pelatihan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien yang telah rawat oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan *caring* dengan tanpa diberi bimbingan (A), diberikan bimbingan 3 kali (B), dan diberikan bimbingan 6 kali (C) dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13
Analisis kepuasan pasien pada kelompok A,B, dan C
di RSUD Curup, tahun 2009
(n1= n2 = n3 =34)

Kelompok	Mean	SD	P value
A	0.81	0.09	
B	0.83	0.12	0.000
C	0.97	0.05	

Berdasarkan hasil analisis seperti tabel 5.13 diatas, dapat diketahui bahwa rerata skor kepuasan pasien setelah diberi layanan *caring* perawat oleh kelompok tanpa bimbingan (A) adalah 0.81 dan pada kelompok bimbingan 3 kali (B) adalah 0.83, sedangkan kelompok bimbingan 6 kali (C) adalah 0.97. Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan rerata skor dari kepuasan kelompok tanpa bimbingan (A) dengan kelompok bimbingan 3

kali (B) sebesar +0.02. Sedangkan dari kelompok bimbingan 3 kali (B) dengan bimbingan 6 kali (C) sama halnya menunjukkan peningkatan skor rerata sebesar +0.14. Berdasarkan analisis lanjutan dengan menggunakan uji statistik *one way anova* menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna rerata skor kepuasan pasien antara kelompok tanpa diberi bimbingan, diberi bimbingan 3 kali, dan diberi bimbingan 6 kali di RSUD Curup (*p value* 0.000, 95%CI).

5.3.3.2 Kepuasan Keluarga

Pengaruh pelatihan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan keluarga yang telah rawat oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan *caring* dengan tanpa diberi bimbingan, diberikan bimbingan 3 kali, dan diberikan bimbingan 6 kali dapat dilihat pada tabel 5.14.

Tabel 5.14
Analisis kepuasan keluarga pada kelompok A,B, dan C di RSUD Curup, tahun 2009
(n1= n2 = n3 =34)

Kelompok	Mean	SD	P value
A	0.83	0.13	0.000
B	0.89	0.13	
C	0.98	0.05	

Berdasarkan hasil analisis seperti tabel 5.14 diatas, dapat diketahui bahwa rerata skor kepuasan pasien setelah diberi layanan *caring* perawat oleh kelompok tanpa bimbingan (A) adalah 0.83 dan pada kelompok bimbingan 3 kali (B) adalah 0.89, sedangkan kelompok bimbingan 6 kali (C) adalah 0.98. Hal ini menunjukkan terjadi peningkatan rerata skor sebesar +0.06 dari kepuasan kelompok tanpa bimbingan (A) dengan kelompok bimbingan 3 kali (B). Sedangkan dari

kelompok bimbingan 3 kali dengan bimbingan 6 kali menunjukkan peningkatan skor sebesar +0.09. Berdasarkan analisis lanjutan dengan menggunakan uji statistik *one way anova* menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna rerata skor kepuasan pasien antara kelompok tanpa diberi bimbingan, diberi bimbingan 3 kali dan diberi bimbingan 6 kali di RSUD Curup (*p value* 0.000, 95%CI).

5.4 Faktor yang Berkontribusi terhadap Kepuasan Pasien dan Keluarga

5.4.1 Faktor yang berkontribusi terhadap kepuasan pasien

Hubungan variabel faktor yang berkontribusi terhadap kepuasan pasien di RSUD Curup dapat dilihat dibawah ini, maka sebelum masuk pada tahapan multivariat, terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat untuk menguraikan hubungan antara umur, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit dengan kepuasan pasien seperti pada tabel 5.15. Karakteristik jenis kelamin pasien tidak dimasukkan dalam analisis multivariat dikarenakan varians jenis kelamin pada salah satu kelompok 100% berjenis kelamin perempuan, sehingga tidak diikuti dalam seleksi selanjutnya.

Tabel 5.15

Seleksi bivariat variabel karakteristik pasien dengan kepuasan pasien di RSUD Curup, tahun 2009 (n1 = 41)

Variabel	P value	Keterangan
Umur	0.008	Variable yang memiliki nilai p value > 0.25, tetap diikuti dalam analisis multivariat (secara substansi dinilai penting)
Tingkat Pendidikan	0.079	
Jenis Penyakit	0.006	

Seleksi bivariat diatas menunjukkan bahwa kedua variabel demografik pasien, yaitu umur dan jenis penyakit mempunyai hubungan/ pengaruh yang bermakna pada kepuasan pasien sedangkan tingkat pendidikan tidak mempunyai hubungan/pengaruh yang bermakna . Berdasarkan tabel 5.15 dapat diketahui pula bahwa variabel tingkat pendidikan sebetulnya memiliki nilai p value > 0.25, namun karena secara substansi ketiga variabel ini penting dalam mempengaruhi kepuasan pasien, maka keseluruhan variabel dimasukkan dalam tahapan multivariat. Kemudian setelah itu secara bersama sama, dilakukan analisis menggunakan regresi linier berganda, dengan metode *enter*. Adapun hasil analisis regresi linier dapat dilihat pada tabel 5.16 berikut ini.

Tabel 5.16
Analisis regresi variabel *confounding* dengan kepuasan pasien
di RSUD Curup, tahun 2009
(n = 102)

Variabel	B	Beta	p value	R	R Square	Adjusted R square
Konstanta	-29.085			0.408	0.294	0.265
Umur	0.039	0.039	0.694			
Tingkat Pendidikan	-1.501	-0.127	0.176			
Jenis Penyakit	1.234	0.048	0.598			

Tabel 5.16 menunjukkan bahwa nilai koefisien determinasi (*R square*) sebesar 0.294, hal ini berarti bahwa ketiga variabel *counfounding*, baik umur, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit dapat menjelaskan variabel kepuasan pasien sebesar 29.4%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh faktor lain yaitu jenis kelamin, ekonomi, budaya, demografi dan sistem layanan.

Setelah tahapan bivariat selesai dilakukan, maka tahapan berikutnya adalah melakukan analisis multivariat secara bersama sama. Variabel yang valid dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai p value < 0.05. Seperti hasil pada tabel 5.16 diatas, sebetulnya tidak

ada variabel yang valid ($p \text{ value} > 0.05$). Oleh karena itu variabel yang $p \text{ valuenya} > 0.05$ harus dikeluarkan dalam model, secara bertahap satu per satu dikeluarkan dari model dimulai dari yang $p \text{ value}$ nya terbesar. Dari hasil pengeluaran variabel yang memiliki nilai $p \text{ value} > 0.05$ secara bertahap, hingga pada akhirnya kemudian didapatkan pemodelan akhir, seperti hasil yang ada pada tabel 5.17 berikut ini.

Tabel 5.17
Pemodelan akhir regresi variabel *confounding* dengan kepuasan pasien di RSUD Curup, tahun 2009 (n1= 102)

Variabel	B	Beta	p value	R	R Square	Adjusted R square
Konstanta	-25.890			0.539	0.290	0.276
<i>Caring</i> dan Pendidikan	-1.742	-0.147	0.046			

Variabel dependen: Kepuasan pasien

Berdasarkan analisa pada ringkasan tabel *coefficients*, seperti pada tabel 5.17 diatas, dapat diketahui bahwa variabel yang pada akhirnya dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pasien adalah variabel tingkat pendidikan. Hasil koefisien determinasi (*R square*) adalah 0.290, hal ini berarti bahwa variabel umur pendidikan pasien dapat menjelaskan variabel kepuasan pasien sebesar 29%, dan sisanya dijelaskan oleh faktor lain yaitu jenis kelamin, ekonomi, budaya, demografi dan sistem layanan. Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai signifikansi ($p \text{ value}$) ANOVA sebesar 0.046. hal ini berarti pemodelan persamaan garis regresi ini adalah cocok/ fit dengan data yang ada. Adapun pemodelan akhir persamaan garis regresi yang didapatkan dapat dilihat pada tabel 5.18 berikut:

Tabel 5.18

Persamaan garis regresi linier

$$y = \text{Konstanta} + a_1x_1 + \text{residu}$$

$$\text{Kepuasan pasien} = -25.890 + 8.356 (\text{caring}) - 1.742 (\text{pendidikan}) + \text{residu}$$

Berdasarkan tabel 5.18 pemodelan akhir persamaan garis regresi yang didapatkan diatas, dapat diketahui bahwa nilai konstanta adalah sebesar -25.890. Hasil ini menunjukkan bahwa apabila tidak *caring* dan dikontrol oleh tingkat pendidikan pasien maka akan mengalami penurunan kepuasan pasien sebesar 25.890. Nilai koefisien (a_1) merupakan *slope* untuk variabel *caring* yaitu sebesar 8.356. Hasil ini menunjukkan jika perawat itu dilatih *caring* tanpa diberikan bimbingan akan menaikkan kepuasan pasien sebesar 8.356, jika perawat di latih *caring* dan dibimbing 3 kali akan menaikkan kepuasan pasien sebesar 2x 8.356, dan , jika perawat di latih *caring* dan dibimbing 6 kali akan menaikkan kepuasan pasien sebesar 3x 8.356. Sedangkan Nilai koefisien (a_2) merupakan *slope* untuk variabel pendidikan yaitu sebesar -1.742 bahwa setiap ada peningkatan 1 poin tingkat pendidikan pasien, maka akan dapat menurunkan kepuasan pasien. Jika pendidikan SD maka akan menurunkan kepuasan sebesar 1.742, Hasil ini juga bermakna bahwa semakin tinggi pendidikan pasien, maka akan diprediksi dapat menurunkan skor kepuasan pasien. Jika pendidikan SLTP maka akan menurunkan kepuasan pasien sebesar 2x 1.742, Jika pendidikan SLTA maka akan menurunkan kepuasan pasien sebesar 3x 1.742, dan Jika pendidikan PT maka akan menurunkan kepuasan pasien sebesar 4x 1.742.

Selanjutnya setelah dihasilkan persamaan garis regresi linier, maka langkah berikutnya adalah menilai kualitas persamaan garis yang dihasilkan serta melakukan uji asumsi persamaan garis yang dihasilkan, agar persamaan garis yang digunakan untuk memprediksi

menghasilkan angka yang valid. Hasil uji asumsi dapat dilihat pada tabel 5.19 berikut ini:

Tabel 5.19
Hasil uji asumsi persamaan garis regresi linier

Model	Sig Anova	Mean Residual	Durbin Watson	VIF	Histogram	Scatter Plot
Konstan; <i>Caring</i> dan pendidikan	0.046	0.0000	1.936	1.000	Kurva Normal	Tersebar acak tanpa pola

Berdasarkan hasil 3 (tiga) pengujian asumsi yang dilakukan maka dapat diketahui bahwa model persamaan regresi yang dihasilkan seperti pada tabel 5.19 diatas, telah memenuhi asumsi eksistensi, yakni sampel yang diambil telah dilakukan secara acak (Mean residual adalah 0.0000), selain itu persamaan garis juga telah memenuhi asumsi independensi, yakni masing masing variabel bebas satu sama lain (Nilai Durbin Watson +2.936).

Pengujian selanjutnya adalah didasarkan pada hasil signifikansi uji F/ Anova yaitu sebesar 0.046, hal ini berarti model berbentuk linier, dan asumsi linieritas terpenuhi. Selanjutnya dari hasil gambar scatter plot, dapat disimpulkan bahwa titik tebaran tidak berpola tertentu, dan pada grafik histogram didapatkan kurva normal, hasil ini menunjukkan bahwa asumsi homoskedasitas dan asumsi normalitas terpenuhi. Dan terakhir model persamaan garis regresi telah memenuhi asumsi tidak adanya multikolinearitas (nilai VIF=1.000).

Mengingat keseluruhan asumsi regresi linier telah terpenuhi, maka dapat dikatakan bahwa pada selang kepercayaan 95%, maka model persamaan garis regresi yang tertulis pada tabel 5.19 di atas dapat dipergunakan secara layak untuk memprediksi variabel kepuasan pasien pada perawat di RSUD Curup.

5.4.2 Faktor yang berkontribusi terhadap kepuasan keluarga

Untuk melihat hubungan variabel faktor yang berkontribusi terhadap kepuasan keluarga di RSUD Curup, maka sebelum masuk pada tahapan multivariat, terlebih dahulu dilakukan seleksi bivariat untuk menguraikan hubungan antara umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit dengan kepuasan keluarga seperti pada tabel 5.20.

Tabel 5.20
Seleksi bivariat variabel karakteristik keluarga dengan kepuasan keluarga di RSUD Curup, tahun 2009 (n1 = 41)

Variabel	<i>p value</i>	Keterangan
Umur	0.666	variabel yang memiliki nilai <i>p value</i> > 0.25, umur, tingkat pendidikan tapi seluruhnya diikuti dalam analisis multivariat (secara substansi penting)
Jenis Kelamin	0.021	
Tingkat pendidikan	0.095	
Jenis Penyakit	0.012	

Seleksi bivariat di atas menunjukkan bahwa keempat variabel demografik keluarga, yaitu umur, dan tingkat pendidikan, tidak mempunyai hubungan/ pengaruh yang bermakna pada kepuasan keluarga. Sedangkan jenis kelamin dan jenis penyakit pasien mempunyai hubungan/ pengaruh yang bermakna pada kepuasan keluarga. Berdasarkan tabel 5.20 dapat diketahui pula bahwa ada variabel sebetulnya memiliki nilai *p-value* > 0.25, namun karena secara substansi keempat variabel ini penting dalam mempengaruhi kepuasan keluarga, maka keseluruhan variabel dimasukkan dalam tahapan multivariat. Kemudian setelah itu secara bersama sama, dilakukan analisis menggunakan regresi linier berganda, dengan metode *enter*. Adapun hasil analisis regresi linier dapat dilihat pada tabel 5.21 berikut ini.

Tabel 5.21
 Analisis regresi variabel *confounding* dengan kepuasan pasien
 di RSUD Curup, tahun 2009
 (n1= 102)

Variabel	B	Beta	p value	R	R Square	Adjusted R square
Konstanta	-37.486			0.490	0.240	0.200
Umur	0.174	0.139	0.000			
Jenis kelamin	-0.015	-0.001	0.132			
Tingkat Pendidikan	0.117	0.009	0.995			
Jenis Penyakit	4.149	0.151	0.120			

Variabel dependen: Kepuasan pasien

Tabel 5.21 menunjukkan bahwa nilai koefisien determinasi (*R square*) sebesar 0.240, hal ini berarti bahwa keempat variabel *counfounding*, baik umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan jenis penyakit dapat menjelaskan variabel kepuasan keluarga sebesar 24%, sedangkan sisanya dijelaskan oleh faktor lain yaitu budaya, ekonomi, demografi, dan sistim layanan.

Setelah tahapan bivariat selesai dilakukan, maka tahapan berikutnya adalah melakukan analisis multivariat secara bersama sama. Variabel yang valid dalam model multivariat adalah variabel yang mempunyai $p\ value < 0.05$. Seperti hasil pada tabel 5.21 diatas, maka variabel yang valid adalah umur ($p\ value\ 0.000$). Oleh karena itu variabel yang $p\ valuenya > 0.05$ harus dikeluarkan dalam model, secara bertahap satu per satu dikeluarkan dari model dimulai dari yang $p\ value$ nya terbesar. Dari hasil pengeluaran variabel yang memiliki nilai $p\ value > 0.05$ secara bertahap, hingga pada akhirnya kemudian didapatkan pemodelan akhir, seperti hasil yang ada pada tabel 5.22 berikut ini.

Tabel 5.22
 Pemodelan akhir regresi variabel *confounding* dengan kepuasan pasien
 di RSUD Curup, tahun 2009
 (n1= 102)

Variabel	B	Beta	p value	R	R Square	Adjusted R square
Konstanta	-30.836			0.470	0.221	0.205
<i>Caring</i> dan jenis penyakit	4.262	0.155	0.040			

Variabel dependen: kepuasan keluarga

Berdasarkan analisa output pada ringkasan tabel coefficients, seperti pada tabel 5.22 diatas, dapat diketahui bahwa variabel yang pada akhirnya dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan keluarga adalah variabel jenis penyakit. Hasil koefisien determinasi (*R square*) adalah 0.221, hal ini berarti bahwa variabel jenis penyakit keluarga dapat menjelaskan variabel kepuasan keluarga sebesar 22.1%, dan sisanya dijelaskan oleh faktor lain yaitu, jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, budaya, ekonomi, demografi, dan system layanan. Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai signifikansi (*p value*) ANOVA sebesar 0.040, hal ini berarti pemodelan persamaan garis regresi ini adalah cocok/ fit dengan data yang ada. Adapun pemodelan akhir persamaan garis regresi yang didapatkan dapat dilihat pada tabel 5.23 :

Tabel 5.23
 Persamaan garis regresi linier

$$y = \text{Konstanta} + a_1x_1 + \text{residu}$$

$$\text{Kepuasan pasien} = -30.836 + 6.984 (\text{caring}) + 4.262 (\text{jenis penyakit}) + \text{residu}$$

Berdasarkan pemodelan akhir persamaan garis regresi yang didapatkan diatas, dapat diketahui bahwa nilai konstanta adalah sebesar 30.836. Hasil ini menunjukkan bahwa apabila tidak dilatih *caring* dan tidak dikontrol oleh jenis penyakit akut maupun kronis

maka akan menurunkan kepuasan keluarga, skor kepuasan keluarga adalah sebesar 30.836. Nilai koefisien (a_1) merupakan *slope* untuk variabel *caring* yaitu sebesar 6.984. Hasil ini menunjukkan bahwa jika perawat itu dilatih *caring* tanpa diberikan bimbingan maka akan menaikkan kepuasan keluarga sebesar 6.984, jika perawat itu dilatih *caring* diberikan bimbingan 3 kali maka akan menaikkan kepuasan keluarga sebesar 2×6.984 , dan jika perawat itu dilatih *caring* diberikan bimbingan 6 kali maka akan menaikkan kepuasan keluarga sebesar 3×6.984 . Sedangkan nilai koefisien (a_2) merupakan *slope* untuk variabel jenis penyakit yaitu sebesar 4.262. Hasil ini menunjukkan bahwa jenis penyakit akut pada pasien yang ditunggu keluarga, maka akan dapat menurunkan kepuasan keluarga pada rumah sakit sebesar 4.264. Hasil ini juga bermakna bahwa semakin kronis penyakit pasien yang ditunggu keluarga, maka akan diprediksikan dapat menurunkan skor kepuasan keluarganya 2×4.264 .

Selanjutnya setelah dihasilkan persamaan garis regresi linier, maka langkah berikutnya adalah menilai kualitas persamaan garis yang dihasilkan serta melakukan uji asumsi persamaan garis yang dihasilkan, agar persamaan garis yang digunakan untuk memprediksi menghasilkan angka yang valid. Hasil uji asumsi dapat dilihat pada tabel 5.24 berikut ini:

Tabel 5.24
Hasil uji asumsi persamaan garis regresi linier

Model	Sig Anova	Mean Residual	Durbin Watson	VIF	Histogram	Scatter Plot
Konstan; <i>Caring</i> dan jenis penyakit	0.000	0.000	1.977	1.038	Kurva Normal	Tersebar acak tanpa pola

Berdasarkan hasil 4 (empat) pengujian asumsi yang dilakukan maka dapat diketahui bahwa model persamaan regresi yang dihasilkan seperti pada tabel 5.20 diatas, telah memenuhi asumsi eksistensi,

yakni sampel yang diambil telah dilakukan secara acak (Mean residual adalah 0.0000), selain itu persamaan garis juga telah memenuhi asumsi independensi, yakni masing masing variabel bebas satu sama lain (Nilai Durbin Watson +1.977).

Pengujian selanjutnya adalah didasarkan pada hasil signifikansi uji F/ Anova yaitu sebesar 0.000, hal ini berarti model berbentuk linier, dan asumsi linieritas terpenuhi. Selanjutnya dari hasil gambar scatter plot, dapat disimpulkan bahwa titik tebaran tidak berpola tertentu, dan pada grafik histogram didapatkan kurva normal, hasil ini menunjukkan bahwa asumsi homoskedastisitas dan asumsi normalitas terpenuhi. Dan terakhir model persamaan garis regresi telah memenuhi asumsi tidak adanya multikolinearitas (nilai VIF=1.038).

Keseluruh asumsi regresi linier telah terpenuhi, dapat dikatakan bahwa pada selang kepercayaan 95%, model persamaan garis regresi pada tabel 5.24 dapat dipergunakan secara layak untuk memprediksi variabel kepuasan keluarga pada perawat di RSUD Curup.

BAB 6 PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang interpretasi dan diskusi hasil penelitian, keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan. Seperti telah diuraikan pada bagian sebelumnya, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh penerapan perilaku *caring* perawat terhadap kepuasan pasien dan keluarga di RSUD Curup. Interpretasi dan diskusi hasil membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian yang dilaksanakan di RSUD Curup dengan hasil penelitian yang dilaksanakan sebelumnya disertai dengan studi kepustakaan yang mendasarinya. Keterbatasan penelitian membahas tentang keterbatasan terhadap penggunaan metodologi penelitian, implikasi membahas pengaruh atau manfaat hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan, dan penelitian selanjutnya.

6.1 Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Perawat terhadap Kepuasan Pasien dan Keluarga

6.1.1 Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan *Caring* Perawat

Harapan pelayanan *caring* pasien di RSUD Curup secara keseluruhan rata-rata masih dibawah standar pelayanan *caring* yang yang ditetapkan, begitupun kenyataan pelayanan *caring* yang diberikan masih di dibawah standar pelayanan *caring* yang diberikan. Hal ini mengidentifikasi bahwa permintaan kebutuhan pelayanan *caring* pasien dan kenyataan pelayanan *caring* yang didapatkan di rumah sakit tersebut belum menuntut permintaan pelayanan keperawatan yang memuaskan.

Kepuasan pasien sebagai variabel dependen dalam penelitian ini adalah kesenjangan yang terjadi antara kenyataan dan harapan yang dirasakan pasien terhadap pelayanan *caring* perawat. Kepuasan pasien terhadap pelayanan *caring* secara keseluruhan belum optimal masih dibawah standar rata-rata yang ditetapkan

tetapi hampir mendekati kepuasan pasien yang ditetapkan. Dapat dikatakan bahwa kepuasan pasien dirumah sakit terhadap pelayanan tidak hanya dipengaruhi faktor kompetensi perawat tetapi faktor lain menurut Wendy Leebov et, al., dalam Wijono 2007, selain kompetensi yaitu *Affordability, Ambience, the maze factor, kigloves, amneenitis dan ekstras*, dan waktu pelayanan.

Hasil analisis univariat menunjukkan kepuasan pasien yang mendapat pelayanan *caring* oleh kelompok perawat yang telah diberikan pelatihan tanpa diberikan bimbingan rata-rata 0.81, untuk memberikan kepuasan bagi pasien dengan tingkat kepuasan pasien lebih atau sama dengan 1.00, masih kurang 0.19 lagi . Rata-rata skor kepuasan pasien yang dilayani *caring* oleh kelompok perawat dengan bimbingan 3 kali 0.83, untuk memberikan kepuasan bagi pasien dengan tingkat kepuasan lebih atau sama dengan 1.00, masih kurang 0.17 lagi . Sedangkan rata-rata skor kepuasan pasien yang dilayani *caring* oleh kelompok perawat dengan bimbingan 6 kali 0.97, untuk memberikan kepuasan bagi pasien dengan tingkat kepuasan lebih atau sama dengan 1.00, masih kurang 0.3 lagi.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Anjaswarni (2001), Setiowati (2004), Rafii, et. al., (2007), Iskandar (2008), menemukan bahwa sikap *caring* perawat mempengaruhi kepuasan pasien. Kepuasan pasien pada kelompok perawat yang diberikan pelatihan pelayanan keperawatan lebih mendekati kepuasan dibandingkan dengan kelompok perawat yang tidak melaksanakan pelatihan pelayanan keperawatan.

Sesuai dengan temuan penelitian ini, bahwa perilaku *caring* mempunyai hubungan dengan kepuasan pasien, maka setiap perawat perlu melaksanakan perilaku *caring* pada saat

melaksanakan asuhan keperawatan. Sikap *caring* ini menurut Potter dan Perry (1997), merupakan bagian dari kompetensi yang harus dimiliki oleh perawat untuk memberikan kepuasan kepada pasien. Sikap *caring* merupakan karakteristik interpersonal yang tidak diturunkan melalui genetika. Tetapi sikap *caring* dapat dipelajari melalui proses belajar.

Masih belum optimalnya kepuasan pasien ini, penting untuk mendapatkan perhatian yang serius dan pengelolaan yang lebih baik dari rumah sakit, mengingat beberapa risiko dan dampak yang akan ditimbulkan. Seperti yang diungkapkan oleh Wijono (2007),

Kepuasan pasien merupakan fungsi dari perbedaan antara penampilan pelayanan kesehatan yang diterimanya dan yang seharusnya diterima. Secara sederhana kepuasan adalah suatu (*attitude*) yang berdasarkan persepsi mutu yang dirasakan pasien (*pelanggan*), sedangkan loyalitas berhubungan dengan perilaku (*behaviour*) yang membuat pasien menjadi pelanggan tetap yang setiap tahun secara nyata diharapkan dapat menambah nilai usaha dan secara terus menerus memberikan manfaat bagi rumah sakit.

Suatu pelayanan dinilai memuaskan apabila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan. Apabila pelanggan merasa tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan, maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak efektif dan tidak efisien (Sugito, 2005), Supranto (2006), mengemukakan bahwa jika pelayanan keperawatan yang dirasakan tidak sesuai dengan harapan maka pasien akan merasakan ketidakpuasan terhadap layanan tersebut dan akan menimbulkan keluhan atau klaim dari pasien. Menurut Bail (2008), mengemukakan bahwa ketidakpuasan pasien dalam menerima pelayanan keperawatan berhubungan dengan ketidakjelasan penyampaian prognosis, ketidakjelasan penyampaian informasi, dan pembuatan keputusan.

Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Ratnawati (2001), dan Irawan (2006), dimana keduanya menyatakan bahwa salah satu

kesenjangan yang timbul dan dapat mengakibatkan kegagalan atau hambatan dalam memberikan pelayanan adalah adanya kesenjangan antara pelayanan yang dialami dengan yang diharapkan oleh pasien (*customer gap*). Dan hal ini akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang secara langsung dapat mempengaruhi kelangsungan hidup dari rumah sakit tersebut.

Dengan demikian menjadi hal yang penting bagi rumah sakit untuk dapat menciptakan suatu upaya meningkatkan kepuasan pasien dengan meningkatkan perawat melaksanakan pelayanan prima keperawatan dalam upaya membangun peningkatan kepuasan pasien yang dapat dicapai dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Seperti yang dikemukakan oleh Tjiptono (1991), salah satu faktor yang dapat meningkatkan kepuasan pasien adalah kinerja (*performance*); kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan bagaimana perawat dalam memberikan jasa pelayanan keperawatan relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan.

Kepuasan pasien dalam penelitian ini terdiri dari 5 sub variabel dimensi kepuasan pasien yaitu kehandalan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dengan tepat (*reliability*), ketanggapan perawat bertindak merespon secara cepat (*responsiveness*), jaminan keamanan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan (*assurance*), sikap pemahaman pemberian perhatian perawat dalam melayani kebutuhan pasien (*emphaty*), dan bukti fisik perawat yang terlihat dari penampilan individu pada saat melaksanakan tugas (*tangible*).

Kepuasan pasien yang diberi pelayanan *caring* oleh kelompok perawat dengan tanpa bimbingan menunjukkan dari kelima dimensi *realibility*, *responsiveness*, *responsiveness*, *assurance*, dan *tangible* secara umum kelompok tanpa bimbingan lebih rendah dibanding kelompok bimbingan 3 kali dan bimbingan 6 kali. Namun demikian pada dimensi *empaty* sedikit lebih banyak perbedaan peningkatannya pada kelompok 6 kali dibanding kelompok 3 kali dan tanpa bimbingan.

Dimensi *empaty* pada perilaku *caring* merupakan faktor yang perlu diperhatikan perawat sehubungan dengan pemberian pelayanan keperawatan pada dimensi ini lebih mengarah kepada psikologis pasien. Perawat perlu meningkatkan kompetensinya merasakan apa yang dirasakan pasien, dapat menggali pengalaman dan berbagi perasaan dengan pasien. Adanya kekurangan pelayanan *caring* perawat pada dimensi empati dapat diketahui dengan melihat nilai supervisi pada dimensi empati rata-rata masih belum maksimal. Hal ini dapat menjadi perhatian manajer keperawatan untuk lebih meningkatkan kompetensi perawat khususnya pada dimensi empati.

6.1.2 Kepuasan Keluarga terhadap Pelayanan *Caring* Perawat

Harapan pelayanan *caring* keluarga di RSUD Curup secara keseluruhan rata-rata masih dibawah standar pelayanan *caring* yang yang ditetapkan, begitupun kenyataan pelayanan *caring* yang diberikan masih di dibawah standar pelayanan *caring* yang diberikan. Hal ini mengidentifikasi bahwa permintaan kebutuhan pelayanan *caring* keluarga dan kenyataan pelayanan *caring* yang didapatkan di rumah sakit tersebut belum menuntut permintaan pelayanan keperawatan yang lebih.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kepuasan keluarga pasien secara umum belum mencapai tingkat kepuasan yang diharapkan keluarga, baru mendekati standar kepuasan. Tetapi dapat tergambar bahwa kepuasan keluarga yang menunggu keluarga yang dirawat oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku *caring* tanpa diberi bimbingan kepuasannya lebih rendah dibandingkan dengan kepuasan *pasien* yang dirawat oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku *caring* dengan dibimbing 3 kali, dan dibimbing 6 kali.

Kepuasan keluarga sebagai variabel dependen dalam penelitian ini adalah kesenjangan yang terjadi antara kenyataan dan harapan yang dirasakan keluarga terhadap pelayanan *caring* perawat. Hasil analisis univariat menunjukkan kepuasan keluarga yang mendapat pelayanan *caring* oleh kelompok perawat yang telah diberikan pelatihan tanpa diberikan bimbingan rata-rata kepuasan keluarga 0.83, untuk memberikan kepuasan bagi keluarga dengan tingkat kepuasan keluarga lebih atau sama dengan 1.00. masih kurang 0.17 lagi. Rata-rata kepuasan keluarga yang dilayani *caring* oleh kelompok perawat dengan bimbingan 3 kali 0.89, untuk memberikan kepuasan bagi keluarga dengan tingkat kepuasan lebih atau sama dengan 1.00. masih kurang 0.11 lagi. Sedangkan rata-rata kepuasan keluarga yang dilayani *caring* oleh kelompok perawat dengan bimbingan 6 kali 0.97, untuk memberikan kepuasan bagi keluarga dengan tingkat kepuasan lebih atau sama dengan 1.00. masih kurang 0.03 lagi.

Kepuasan keluarga dalam penelitian ini terdiri dari 5 sub variabel dimensi kepuasan, yang mengacu pada dimensi kepuasan yaitu kehandalan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dengan tepat (*reliability*), ketanggapan perawat bertindak merespon secara cepat (*responsiveness*), jaminan keamanan perawat dalam

melakukan tindakan keperawatan (*assurance*), sikap pemahaman perawat memberikan perhatian dalam melayani kebutuhan pasien (*emphaty*), dan bukti fisik perawat yang terlihat dari penampilan individu perawat pada saat melaksanakan tugas (*tangible*), yang dihat dan dirasakan keluarga selama menunggu keluarga yang sakit di rumah sakit.

Kepuasan keluarga yang diberi pelayanan *caring* oleh kelompok perawat secara umum merata. Namun demikian pada kelompok 6 kali bimbingan pada dimensi *assurance*, dan *emphaty* mencapai standar kepuasan pasien yang diharapkan di RSUD Curup. Namun demikian pada dimensi yang lainnya masih belum optimal. .

Masih belum optimalnya kepuasan keluarga ini, penting untuk mendapatkan perhatian yang serius dan pengelolaan yang lebih baik dari rumah sakit, mengingat beberapa resiko dan dampak yang akan ditimbulkan. Seperti yang diungkapkan oleh Wijono (2007).

Pertimbangan memberikan kepuasan keluarga pasien dimana keluarga pun merupakan objek penerima pelayanan keperawatan yang dapat terjadi secara bio, psiko, sosio, dan spiritual mengalami gangguan fungsi, mengeluarkan biaya yang tidak diduga sebelumnya. Pemberian kepuasan pada keluarga memberikan dampak bisnis rumah sakit selanjutnya dan sebenarnya mempermudah pekerjaan petugas rumah sakit termasuk pekerjaan perawat dengan bekerja sama dengan keluarga.

Dampak kepuasan keluarga dalam mendapatkan pelayanan keperawatan adalah dapat mensosialisasikan di masyarakat pelayanan rumah sakit terutama pelayanan keperawatan, jika pelayanan yang diberikan pada keluarga mencapai harapan keluarga maka secara terus menerus memberikan keuntungan terhadap rumah sakit dan menambah nilai manfaat bagi rumah sakit, yang pada akhirnya dapat meningkatkan pendapatan perawat.

Menurut Davidson. J. (2008), keluarga pasien membutuhkan kejelasan mengenai prognosis, lama penatalaksanaan, resiko komplikasi akibat tindakan, apa yang seharusnya perawatan dilaksanakan di rumah setelah pulang dari rumah sakit, dan alternatif perawatan atau pengobatan selain didapatkan di rumah sakit. Penelitian Davidson. J. (2008), menemukan adanya hubungan antara komunikasi efektif yang diberikan perawat terhadap kepuasan keluarga. Kepuasan berkurang jika jumlah perawat yang merawat pasien yang sama dengan jumlah yang banyak. Selain itu mengungkapkan konsistensi komunikasi yang diberikan pada keluarga merupakan kunci kepuasan pasien.

Dengan demikian menjadi hal yang penting bagi rumah sakit untuk dapat menciptakan suatu upaya meningkatkan kepuasan keluarga dengan meningkatkan perawat melaksanakan pelayanan prima keperawatan dalam upaya membangun peningkatan kepuasan keluarga yang dapat dicapai dengan meningkatkan pengetahuan, sikap, dan tindakan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan secara komprehensif baik kepada pasien maupun kepada keluarga.

Kesimpulan dari penelitian perilaku *caring* terhadap kepuasan pasien dan kepuasan keluarga pada temuan dari setiap dimensi kepuasan pasien, dimensi *empaty* yang dirasakan pasien sedikit lebih berkurang dibanding dimensi lainnya. Sedangkan temuan dari setiap dimensi kepuasan keluarga, dimensi pada salah satu kelompok mencapai standar kepuasan. Asumsi peneliti bahwa kebutuhan yang dirasakan pasien dan keluarga ada sedikit perbedaan, dimana pasien adalah individu yang mengalami gangguan fungsi fisik, mental, dan psikososial yang lebih peka terhadap perasaannya, kecenderungan untuk mendapatkan pemahaman perasaan yang lebih, sementara keluarga adalah

individu yang tidak mengalami gangguan tersebut lebih memandang bahwa pelayanan yang diberikan sudah dirasakan cukup dalam memahami kebutuhan.

6.2 Perbedaan Kepuasan Pasien dan Keluarga Berdasarkan Dimensi Kepuasan dalam Mendapatkan Pelayanan *Caring* Perawat

6.2.1 Kepuasan Pasien

Adanya perbedaan kepuasan pasien terhadap pelayanan *caring* oleh kelompok perawat yang telah diberi pelatihan perilaku *caring* tanpa diberikan bimbingan, diberi bimbingan 3 kali, dan diberi bimbingan 6 kali secara bermakna ($p\ value=0.000;95\%CI$). Hal ini menunjukkan bahwa pengaruh bimbingan yang diberikan terhadap perawat setelah diberi pelatihan dapat meningkatkan kompetensi perawat secara klinis di lapangan pada saat memberi pelayanan keperawatan terhadap pasien. Adanya peningkatan kepuasan pasien yang lebih tinggi setelah diberikan bimbingan 6 kali mengindikasikan bahwa bimbingan pelayanan keperawatan harus diberikan secara optimal.

Penelitian ini sejalan dengan Wiyana (2008), yang menemukan bahwa pemberian bimbingan supervisi keperawatan karu terhadap perawat pelaksana untuk meningkatkan kinerja perawat lebih baik diberikan 3 kali dan 6 kali bimbingan. Penelitian ini tidak sejalan dengan Muttakin (2008), yang mengatakan bahwa pemberian bimbingan keperawatan karu terhadap perawat pelaksana lebih tinggi secara bermakna 2 kali daripada supervisi diberikan 4 kali atau 6 kali.

Kepuasan pasien pada penelitian ini diukur berdasarkan dimensi kepuasan pasien menurut Parasuraman, et al., (1990) yaitu : kehandalan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dengan tepat (*reliability*), ketanggapan perawat bertindak merespon

secara cepat (*responsiveness*), jaminan keamanan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan (*assurance*), sikap pemahaman perawat memberikan perhatian dalam melayani kebutuhan pasien (*emphaty*), dan bukti fisik pelayanan perawat dan dalam berpenampilan (*tangible*).

Perbedaan kepuasan pada pasien yang diberi pelayanan *caring* oleh kelompok perawat yang diberi pelatihan perilaku *caring* dengan tanpa bimbingan, bimbingan 3 kali, dan bimbingan 6 kali, berdasarkan dimensi kepuasan pasien hampir merata disetiap dimensi tetapi masih berkurang pada dimensi *emphaty*, menurut (Parasuraman et, al.,1990, Anjaswarni 2002, Stuart & Laraia, 2005), dikatakan bahwa perawat perlu menyediakan waktu untuk berbagi perasaan, memahami apa yang dirasakan pasien, mendorong mengekspresikan perasaan, menanyakan keluhan secara terjadwal, memanggil nama pasien dengan panggilan yang disenangi. Maka akan meningkatkan kepuasan pasien pada dimensi *emphaty*.

6.2.2 Kepuasan Keluarga

Adanya perbedaan kepuasan keluarga yang dilayani *caring* oleh kelompok perawat yang tanpa diberikan bimbingan, diberi bimbingan 3 kali, dan diberi bimbingan 6 kali secara bermakna ($p\text{ value}=0.000$). Hal ini menunjukkan kepuasan keluarga yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan perilaku *caring* dengan bimbingan 6 kali hampir mendekati standar kepuasan keluarga dan lebih tinggi dibandingkan dengan kepuasan keluarga yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapatkan bimbingan, dan bimbingan 3 kali. Berarti bahwa jika perawat yang melaksanakan pelayanan keperawatan melaksanakan pelatihan keperawatan diberikan bimbingan langsung secara maksimal maka akan mendapatkan hasil pelayanan keperawatan yang diharapkan .

Pelatihan dapat dilanjutkan dengan aplikasi bimbingan secara optimal 6 kali ditempat tugasnya, karena akan berdampak langsung pada hasil yang diharapkan dalam hal ini adalah kepuasan keluarga.

Kepuasan keluarga pada penelitian ini diukur berdasarkan dimensi kepuasan pasien menurut Parasuraman, et al., (1990) yang juga pelayanan tersebut diberikan kepada keluarga yang menunggu pasien saat dirawat di RSUD Curup yaitu : kehandalan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dengan tepat (*reliability*), ketanggapan perawat bertindak merespon secara cepat (*responsiveness*), jaminan keamanan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan (*assurance*), sikap pemahaman perawat memberikan perhatian dalam melayani kebutuhan pasien (*emphaty*), dan bukti fisik pelayanan perawat dan dalam berpenampilan (*tangible*).

Perbedaan kepuasan keluarga secara keseluruhan pada keluarga yang diberi pelayanan *caring* oleh kelompok perawat yang diberi pelatihan perilaku *caring* dengan tanpa bimbingan, bimbingan 3 kali, dan bimbingan 6 kali merata, tetapi lebih mendekati kepuasan pada 6 kali bimbingan. Perbedaan pada setiap dimensi kepuasan pada kelompok tanpa bimbingan dan kelompok 3 kali bimbingan masih dirasakan kurang pada dimensi *emphaty* tetapi pada kelompok 6 kali bimbingan mencapai kepuasan pada dimensi *responsiveness* dan *empaty*. Hal ini perlu ditingkatkan pada dimensi lainnya yaitu *reliability*, *assurance*, dan *tangible*.

Dimensi *realibility* menurut (Parasuraman et, al.,1990, Anjaswarni 2002, Stuart & Laraia 2005), dapat menjelaskan gangguan yang dialami pasien dengan tepat, memberikan tindakan keperawatan dengan cepat, mengetahui ekspresi perasaan dengan

cepat. Dimensi *assurance* yaitu ; perawat selalu memonitor alat yang digunakan di tubuh pasien, memberi kesediaan menjelaskan apa yang ingin diketahui pasien, mengajarkan cara mengatasi masalah pasien dan memberi semangat melaksanakannya, dan memberi perhatian penuh pada pasien. Dimensi *tangible* yaitu ; dapat memberikan informasi lingkungan rumah sakit, kelengkapan menyediakan alat yang dibutuhkan pasien, memperkenalkan diri saat kontak awal, selalu berpakaian bersih, rapi dan sopan.

6.3 Hubungan Karakteristik Pasien dan Keluarga terhadap Kepuasan Pelayanan Perilaku *Caring* Perawat

Hasil penelitian yang diuraikan pada bab sebelumnya, menunjukkan bahwa karakteristik pasien yaitu; umur, jenis penyakit, memiliki hubungan/ pengaruh yang bermakna dengan kepuasan pasien di RSUD Curup. Hasil ini secara umum akan dibahas satu persatu seperti berikut :

Salah satu karakteristik pasien yang akan dibahas dalam penelitian ini adalah umur pasien dan umur keluarga. Umur pasien pada penelitian ini mempunyai rata rata 38.60 tahun dan umur keluarga 36.8 tahun. Variabel umur pasien dalam penelitian ini memberikan hubungan yang bermakna terhadap kepuasan pasien ($p\ value= 0.006$; 95% CI). Sedangkan umur keluarga dalam penelitian ini tidak memberikan hubungan yang bermakna terhadap kepuasan keluarga ($p\ value= 0.666$; 95% CI).

Hasil temuan umur pasien ini, berbeda dengan hasil penelitian Anjaswarni (2002), Supardi, Handayani, Notosiswoyo (2004), bahwa umur tidak berhubungan dengan kepuasan pasien. Umur dalam hal ini tidak dapat digunakan untuk menduga (estimasi) tingkat kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat. Umur tidak dapat digunakan untuk membedakan kecenderungan mendapatkan kepuasan pelayanan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Davis (1994), yang menjelaskan semakin tua usia, harapan terhadap pelayanan semakin rendah, sehingga mereka cenderung lebih mudah puas dibanding mereka yang berusia relatif muda. Pasien muda umumnya memiliki harapan lebih tinggi sehingga perlu pelayanan yang lebih baik untuk mencapai kepuasan. Prasetyo & Ithalauw (2005), menjelaskan segmen umur yang berbeda mempunyai selera dan minat yang berbeda pada suatu produk termasuk pelayanan keperawatan.

Namun demikian hasil penelitian umur pada keluarga tidak berhubungan dengan kepuasan pasien. Asumsinya bahwa umur pada keluarga yang menunggu pasien dirumah sakit cenderung tidak ada perbedaan umur, antara usia tua dengan usia muda pada pelayanan keperawatan khususnya pelayanan perilaku *caring*.

Dari hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa rerata umur pasien dan rerata umur keluarga di RSUD Curup hampir sama pada usia pertengahan produktif. Pada usia ini kecenderungan untuk merasakan pelayanan keperawatan yang diberikan perawat rumah sakit tidak terlalu menjadi suatu perhatian penting. Tetapi dihadapkan pada masalah psikologis untuk segera sembuh karena mempunyai beban pekerjaan ataupun tanggung jawab yang tanggung jawab yang dibutuhkan keluarga.

Jenis kelamin pada penelitian ini, menunjukkan bahwa sebagian besar (69.6%) pasien yang dirawat di RSUD Curup adalah perempuan. Berdasarkan analisis lanjutan, diketahui bahwa variabel jenis kelamin pasien tidak memberikan hubungan yang bermakna pada kepuasan pasien (p value 0.065; 95% CI). Tetapi pada keluarga sebagian besar (52%) keluarga yang menunggu pasien yang dirawat di RSUD Curup adalah laki-laki. Berdasarkan analisis lanjutan, diketahui bahwa variabel jenis kelamin pasien memberikan hubungan yang bermakna pada kepuasan pasien (p value 0.021; 95% CI). Dari kedua variabel pasien dan keluarga tersebut

dapat dikatakan bahwa jenis kelamin pada pasien tidak mempengaruhi terjadinya kepuasan seseorang, sedangkan pada keluarga mempengaruhi kepuasan seseorang.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Emalia (1998), Supardi, Handayani, Notosiswoyo (2004), dalam penelitiannya menemukan bahwa jenis kelamin pasien tidak mempunyai hubungan yang signifikan dengan kepuasan pasien. Menurut pendapat Emalia (1998), dalam penelitiannya menemukan tidak adanya perbedaan antara tingkat kepuasan pasien terhadap perilaku *caring* perawat antara laki-laki dan perempuan. Bahwa *caring* kebutuhannya dirasakan sama antara kedua jenis tersebut. Secara individu secara psikologis pada kondisi sakit selalu ingin mendapat perhatian dan dipenuhi kebutuhannya.

Hal ini dapat dijelaskan bahwa antara pasien laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan yang mempengaruhi kepuasan pasien. Namun demikian variabel jenis kelamin pasien ini tidak masuk kedalam pemodelan multivariat, dimana pasien yang berjenis kelamin perempuan pada penelitian ini didapatkan pada satu kelompok ada varians 100%, hal ini tidak memenuhi syarat untuk dapat dimasukkan dalam pemodelan multivariat.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rafii et, al., (2007), Jacobalis (1998), dan Setyaningrum (1998), yang menyatakan bahwa pasien berjenis kelamin laki-laki lebih puas mendapatkan *perilaku caring* perawat dibandingkan dengan perempuan. Kepuasan laki-laki lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.

Adanya perbedaan jenis kelamin laki-laki dan perempuan yang berpengaruh pada kepuasan pasien dan kepuasan keluarga ditemukan bahwa pada pasien yang tidak mempunyai pengaruh sebagian besar berjenis kelamin perempuan, dan pada keluarga yang mempunyai

pengaruh bahwa sebagian besar berdistribusi laki-laki. Hal ini dapat dikatakan bahwa laki-laki kecenderungan merasakan kepuasan atas pelayanan perilaku *caring* perawat.

Selain jenis kelamin adalah karakteristik tingkat pendidikan pasien yang dirawat di RSUD Curup yaitu sebagian besar SD dan SLTA. Berdasarkan analisis lanjutan menunjukkan bahwa tidak hubungan yang bermakna antara kepuasan pasien pada pasien yang berpendidikan SD, SLTP, SLTA, dan PT (*p value* 0.079; 95% CI). Sedangkan tingkat pendidikan keluarga yang dirawat di RSUD Curup sebagian besar SLTA dan hampir sebagian didapatkan PT. Berdasarkan analisis lanjutan menunjukkan bahwa tidak hubungan yang bermakna antara kepuasan pasien pada pasien yang berpendidikan SD, SLTP, SLTA, dan PT (*p value* 0.095; 95% CI). Dengan demikian variabel pendidikan pasien maupun keluarga sama-sama tidak mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kepuasan pelayanan *caring* perawat. Namun variabel status pendidikan ini masuk kedalam pemodelan multivariat, dimana pasien yang mempunyai pendidikan rendah berpengaruh terhadap kepuasan pasien ($\beta=0.127$).

Hal ini sejalan dengan penelitian Supardi, Handayani, dan Notosiswoyo (2004), bahwa pendidikan tidak berpengaruh terhadap kepuasan pasien yang dirawat inap. Namun demikian meskipun hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak memiliki pengaruh terhadap kepuasan pasien di rumah sakit, perlu dikaji lebih lanjut dimana semakin tinggi pendidikan pasien maupun keluarga, maka akan semakin tinggi tuntutan pelayanan yang mereka minta terutama penjelasan informasi mengenai masalah yang dihadapi pasien maupun keluarga.

Penelitian ini tidak sejalan dengan Northouse (1998), hasil penelitiannya menyatakan bahwa ada hubungan secara bermakna antara pendidikan dengan tingkat kepuasan pasien. Dimana tingkat pendidikan yang tinggi

cenderung mengharapkan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan keinginannya.

Hal ini dapat menjadi perhatian rumah sakit dimana misi dari RSUD Curup adalah salah satunya memberikan pelayanan prima keperawatan, untuk meningkatkan mutu pelayanan tersebut harus ditunjang oleh perawat yang berkompeten dan professional dalam melaksanakan ilmu keperawatan pada pasien maupun keluarga agar pasien dan keluarga dapat merasakan kepuasan selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit.

Karakteristik jenis penyakit pasien dan keluarga pada penelitian ini, menunjukkan bahwa hampir berdistribusi sama antara jenis penyakit akut dan jenis penyakit kronis. Jenis penyakit akut sedikit lebih banyak yaitu (52%) dibandingkan dengan jenis penyakit kronis. Berdasarkan analisis lanjutan, diketahui bahwa variabel jenis penyakit pasien memberikan hubungan yang bermakna pada kepuasan pasien dan keluarga (*p value* 0.006 ; 95% CI). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara rerata skor kepuasan pada jenis penyakit akut dan jenis penyakit kronis. Sedangkan pada keluarga berdasarkan analisis lanjutan, diketahui bahwa variabel jenis penyakit pasien memberikan hubungan yang bermakna pada kepuasan pasien dan keluarga (*p value* 0.012 ; 95% CI). Hasil ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara rerata skor kepuasan pada jenis penyakit akut dan jenis penyakit kronis.

Hal ini dapat dijelaskan antara jenis penyakit akut dan jenis penyakit kronis mempunyai perbedaan yang mempengaruhi kepuasan pasien. Jenis penyakit akut cenderung cepat merasakan kepuasan atas pelayanan keperawatan dibandingkan dengan pasien yang berjenis penyakit kronis, dikarenakan perawatan yang didapat pada jenis penyakit akut nyata segera ditindaklanjuti serta lama rawat pasien maupun keluarga sedikit dibandingkan dengan pasien yang berpenyakit kronis akan mempunyai

lama rawat yang berkepanjangan dan potensi di rawat yang berulang, sehingga pelayanan *caring* yang diberikan cenderung membosankan. Untuk itu pelayanan *caring* yang diberikan perlu ditingkatkan.

Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian Setiowati (2004), diagnosa penyakit yang lebih berat dapat menurunkan kepuasan pasien dibandingkan dengan diagnosa penyakit sedang maupun ringan. Menurut Potter & Perry (2004), tingginya tingkat ketergantungan pasien dalam memenuhi kebutuhannya berpengaruh terhadap harapan dan persepsi terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Pasien cenderung memiliki tuntutan pelayanan yang tinggi, sehingga tingkat kepuasan menjadi rendah. Selain itu menjelaskan bahwa lamanya waktu perawatan dirumah sakit berpengaruh terhadap harapan dan persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Pasien yang memerlukan perawatan lama, umumnya memiliki tuntutan terhadap pelayanan tinggi.

Namun demikian variabel jenis penyakit pada keluarga yang menunggu anggota keluarganya masuk kedalam pemodelan multivariat, dimana keluarga keluarga yang mempunyai anggota keluarga berjenis penyakit akut berpengaruh terhadap kepuasan pasien ($\beta = 0.151$).

6.4 Faktor yang Paling Berkontribusi terhadap Kepuasan Pasien dan Keluarga

6.4.1 Kepuasan Pasien

Hasil analisis multivariat pasien yang dilakukan, menunjukkan bahwa variabel akhir yang masuk kedalam pemodelan multivariat sebagai prediktor kepuasan pasien di RSUD Curup adalah tingkat pendidikan. variabel ini dapat menjelaskan kepuasan pasien sebesar 29%. sisanya dijelaskan oleh faktor lain. Menurut Potter dan Perry (2005), faktor yang mempengaruhi perilaku pasien terhadap pelayanan kesehatan, yaitu variabel internal, variabel eksternal, selain variabel internal ada variabel eksternal seperti kelompok sosial, latar belakang budaya, variabel ekonomi,

kemudahan akses ke dalam sistem pelayanan kesehatan, dan dukungan sosial.

Wendy Leebov et. al., (dalam Wijono, 2007), menyatakan faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien yaitu ;

1) faktor kompetensi (*competence*), pengalaman memberikan pelayanan medis/keperawatan (keterampilan memeriksa, keterampilan penggunaan teknologi, pengobatan yang diberikan), 2) keterjangkauan (*affordability*), faktor pembiayaan mengenai uang jasa, dapat bersifat kontroversial, terlalu murah atau terlalu mahal, tergantung pelayanan dan perasaan serta sikap penerima pasien. Pasien merasa tidak menerima sesuai dengan besarnya uang yang telah dibayarkan, 3) faktor seputar lingkungan rumah sakit (*ambience*), kebersihan dan keindahan, kondisi bangunan, kemudahan menemukan tempat pelayanan dll, 4) faktor system, keruwetan (*the maze factor*) kemudahan menemukan tempat pelayanan/perawatan, 5) faktor kelembutan (*kidgloves*) / faktor hubungan antar manusia, (kepedulian dokter dan perawat terhadap pasien dan keluarga, komunikasi, pemenuhan kebutuhan, kesediaan membantu, keterampilan pelayanan interpersonal, lembut), 6) faktor kenyamanan dan keistimewaan (*ammenities and extras*), merasa dihargai, diistimewakan (tersedia AC, TV, bahan promosi (leaflet), bunga, kamar kecil), 7) faktor waktu pelayanan, (waktu tunggu, kurangnya waktu dokter, waktu pemeriksaan, waktu antrian).

Dari persamaan garis regresi yang dihasilkan, dapat diinterpretasikan bahwa apabila perawat itu berperilaku *caring* dan dikontrol oleh pendidikan pasien maka diprediksi akan mengalami penurunan kepuasan pasien. Semakin tinggi tingkat pendidikan pasien, diprediksi akan menurunkan kepuasan pasien di RSUD Curup.

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Loundon & Brita (1998), yang menjelaskan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan maka

akan semakin tinggi juga keinginan dan harapan untuk mendapatkan pelayanan keperawatan.

Kecenderungan tingkat pendidikan semakin tinggi menurunkan kepuasan pasien karena pelayanan *caring* yang diberikan perawat merupakan hal biasa yang mereka dapatkan seperti informasi kejelasan penyakit, prognosis dan lain sebagainya bisa didapatkan dari berbagai sumber informasi, sehingga hal ini tidak dibutuhkan pasien karena pasien sudah mengetahui sebelumnya. Upaya yang dapat dilakukan adalah meningkatkan kepedulian perawat akan kebutuhan pasien, berempati, pemberian motivasi dan memberdayakan pasien dengan kemampuannya sehingga pasien dapat mandiri walaupun dengan keterbatasan fungsinya.

6.4.2 Keluarga

Hasil analisis multivariat kepuasan keluarga yang dilakukan, menunjukkan bahwa variabel akhir yang masuk kedalam pemodelan multivariat sebagai prediktor kepuasan keluarga di RSUD Curup adalah jenis penyakit. variabel ini dapat menjelaskan kepuasan keluarga sebesar 47.0%. sisanya dijelaskan oleh faktor lain (umur, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan, ekonomi, budaya, demografi). Sehingga perlu identifikasi lanjutan terhadap faktor lain yang berkontribusi terhadap kepuasan keluarga.

Persamaan garis regresi yang dihasilkan, dapat diinterpretasikan bahwa apabila perawat itu *caring* dan dikontrol oleh jenis penyakit pasien yang ditunggu keluarga, maka diprediksi akan mengalami penurunan kepuasan keluarga. Pada penyakit akut pasien yang di tunggu keluarga, diprediksi akan menurunkan kepuasan keluarga sedangkan pada penyakit kronis diprediksi terjadi 2 kali penurunan kepuasan keluarga di RSUD Curup.

Adanya perbedaan kepuasan pasien yang dilayani *caring* oleh kelompok perawat yang tanpa diberikan bimbingan, diberi bimbingan 3 kali, dan diberi bimbingan 6 kali secara bermakna ($p\text{ value}=0.000$).

Penyakit dengan waktu yang singkat dan tidak mengancam kehidupan akan menimbulkan sedikit perubahan perilaku dalam fungsi pasien atau keluarga. Penyakit yang berat, terutama yang dapat mengancam kehidupan, dapat menimbulkan perubahan perilaku yang lebih luas (Perry & Potter, 2005).

Asumsi peneliti bahwa penyakit kronis yang dialami pasien menimbulkan dampak lama rawat dan kecenderungan terjadi pengulangan perawatan yang berkepanjangan. Hal ini berpengaruh pada keluarga yang selalu merawat dan menunggu keluarganya mendapatkan pelayanan *caring* dari perawat berupa perilaku yang sama, sehingga keluarga bisa merasakan kejenuhan pelayanan yang diberikan. Adanya peningkatan kompetensi perawat melakukan perubahan pelayanan keperawatan merupakan hal diperlukan sebagai upaya mengurangi kejenuhan keluarga pada pelayanan keperawatan serupa.

6.5 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari terdapat beberapa keterbatasan dalam penelitian ini, seperti yang akan diuraikan berikut ini:

6.5.1 Pengembangan dan interpretasi pelaksanaan bimbingan kepala ruangan belum terbiasa dilaksanakan, masih terlihat kurang percaya diri pada saat melaksanakan supervisi terhadap perawat pelaksana, dikarenakan pelaksanaan supervisi karu terhadap perawat pelaksana baru mulai dilaksanakan pada saat penelitian berlangsung.

6.5.2 Waktu melaksanakan bimbingan perilaku *caring* kepala ruangan terhadap perawat pelaksana belum terstruktur dengan baik, jadwal menyesuaikan dengan jam dinas Karu maupun perawat pelaksana,

sehingga bimbingan dirasakan belum optimal terbatas dengan waktu dan beban tugas.

6.6 Implikasi Penelitian

6.6.1 Implikasi teoritis

Studi ini memiliki beberapa implikasi teoritis. Dari kepuasan pasien yang dikembangkan oleh Parasuramant (1990), Tjiptono (2005), Supranto (2006), Wijono (2007), (Supriyanto, 2007) yang dikembangkan di tatanan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas, klinik kesehatan, dan komunitas. Termasuk kepuasan pelanggan pada perusahaan-perusahaan yang bergerak dibidang jasa layanan publik maupun bisnis. Pemberian pelayanan *caring* yang dapat memberikan kepuasan pasien maupun keluarga khususnya dirumah sakit diharapkan dapat teraplikasi dan membudaya di tempat pelayanan keperawatan. Selain itu penelitian ini memberikan implikasi terhadap teori keperawatan khususnya bidang manajemen dan kepemimpinan dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak pada kepuasan pelanggan.

6.6.2 Implikasi Praktis

6.6.2.1 Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini memiliki beberapa implikasi yang bermanfaat, khususnya pada pihak manajemen rumah sakit, untuk dapat meningkatkan pelayanan prima keperawatan dengan cara memberi pelatihan secara terus menerus terhadap perawat sehingga dapat menaikkan pangsa pasar dan meningkatkan mutu pelayanan perawat dengan meningkatkan perbaikan kompetensi perawat dimasa yang akan datang dengan memberikan bimbingan yang optimal dengan supervisi minimal 6 kali bimbingan.

6.6.2.2 Penelitian Keperawatan

Penelitian kepuasan pasien dengan metode *quasi eksperiment* dengan beberapa *desain group* yang dilaksanakan dapat memberikan kajian dalam mengimplementasi kedalam tatanan pelayanan keperawatan apabila melaksanakan studi laboratorium klinik keperawatan khususnya pelaksanaan bimbingan diharapkan diberikan secara optimal. Selain itu terbuka peluang untuk meneliti kepuasan pasien dengan metode kualitatif agar dapat memperdalam variabel – variabel yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Namun demikian untuk menilai standar perawat perilaku *caringnya* sudah sesuai yang diharapkan terhadap kepuasan pasien dan keluarga perlu dilanjutkan dengan penelitian perilaku *caring* perawat yang diberikan terhadap pasien yang mempunyai tingkat pendidikan yang sama dan jenis penyakit yang sama, sehingga dapat menilai ketepatan standar *caring* yang diberikan perawat.

6.6.2.3 Pendidikan Keperawatan

Merupakan sebuah tantangan pada pendidikan keperawatan, dalam mengembangkan manajemen keperawatan, maka perlu upaya melakukan inovasi yang terus menerus dalam mengaplikasikan ilmu keperawatan secara nyata pada tatanan pelayanan keperawatan. Diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pendidikan keperawatan upaya mengoptimalkan pelayanan keperawatan dengan memberikan aplikasi nyata dilapangan dengan bimbingan klinik keperawatan yang optimal serta membudayakan pelayanan keperawatan yang professional tidak hanya diberikan pada pasien tetapi pada keluarga.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian “Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Perawat Terhadap Kepuasan Pasien dan Keluarga di RSUD Curup Bengkulu”, yang dilaksanakan tanggal 28 April hingga 06 Mei 2009, dapat disimpulkan sebagai berikut:

7.1.1 Karakteristik pasien yang menjadi responden penelitian sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan, berpendidikan SD dan SLTA, rata rata berumur 38.60 tahun, dan berjenis penyakit akut.

7.1.1 Karakteristik keluarga yang menjadi responden penelitian sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan, berpendidikan SLTA, rata rata berumur 36.40 tahun, dan menunggu keluarganya yang berjenis penyakit akut.

7.1.2 Kepuasan pasien di RSUD Curup, setelah diberikan pelatihan perilaku *caring* yang di beri bimbingan 6 kali lebih mendekati kepuasan pasien dibandingkan dengan kepuasan pasien yang dibimbing 3 kali maupun tanpa bimbingan. Dapat disimpulkan bahwa bimbingan 6 kali berbeda secara bermakna dibandingkan dengan tanpa bimbingan dan bimbingan 3 kali.

7.1.3 Kepuasan keluarga di RSUD Curup, setelah diberikan pelatihan perilaku *caring* yang di beri bimbingan 6 kali lebih mendekati kepuasan pasien dibandingkan dengan kepuasan pasien yang dibimbing 3 kali maupun tanpa bimbingan. Dapat disimpulkan bahwa bimbingan 6 kali berbeda secara bermakna dibandingkan dengan tanpa bimbingan dan bimbingan 3 kali.

7.1.4 Adanya pengaruh yang bermakna antara pelatihan perilaku *caring*, tingkat pendidikan dengan kepuasan pasien, artinya bahwa pelatihan perilaku *caring* dapat meningkatkan kepuasan pasien setelah dikontrol oleh tingkat pendidikan pasien. di RSUD Curup.

7.1.5 Adanya pengaruh yang bermakna antara pelatihan perilaku *caring*, jenis penyakit dengan kepuasan keluarga artinya bahwa pelatihan perilaku *caring* dapat meningkatkan kepuasan pasien setelah dikontrol oleh tingkat jenis penyakit pasien yang dtunggu keluarga di RSUD Curup.

7.2 Saran

7.2.1 Untuk manajemen Rumah Sakit

7.2.1.1 Penting adanya upaya meningkatkan budaya perilaku *caring* di rumah sakit dalam aktivitas sehari-hari, sehingga di buat suatu aturan pelaksanaan *caring* keperawatan dengan standar baku yang dapat dipergunakan oleh seluruh perawat serta dilaksanakan supervisi secara berkala sebagai proses pengulangan dalam pemantapan budaya *caring*.

7.2.1.2 Perlu adanya optimalisasi pelayanan keperawatan dengan melaksanakan pelatihan secara terus menerus, materi lainnya untuk meingkatkan kompetensi perawat seperti *maintenance* perilaku *caring*, MPKP dengan pilar-pilarnya secara bertahap agar tujuan organisasi tercapai yaitu memberikan pelayanan prima keperawatan pada pasien keluarga dan masyarakat.

7.2.1.3 Apabila diperlukan maka penting untuk dibentuk tim kelompok kerja yang berfungsi sebagai perencana, penggerak, melakukan upaya *maintenance* dan evaluasi

yang berkaitan dengan implementasi budaya peningkatan pelayanan prima keperawatan di RSUD Curup.

7.2.1.4 Pelatihan keperawatan dapat dilanjutkan dengan bimbingan supervisi minimal 6 kali bimbingan untuk mengoptimalkan kompetensi perawat secara aplikatif di tatanan pelayanan keperawatan.

7.2.2 Untuk Karu

7.2.2.1 Meningkatkan peran sebagai *role model* dalam mengimplementasikan perilaku budaya *caring* sehari-hari terhadap pasien, keluarga, sesama perawat dan tim kesehatan lainnya.

7.2.2.2 Menumbuhkan semangat bersama dengan ketua tim, dan para perawat pelaksana untuk menjalankan, perilaku *caring* yang sudah tertuang dalam standar berperilaku *caring* perawat, dengan tetap melaksanakan supervisi secara berkala.

7.2.2.3 Selain itu kepala ruang sebagai ujung tombak *implementator* perilaku *caring*, perlu untuk memberi masukan terhadap tim kerja rumah sakit yang dirasakan secara nyata dalam melaksanakan pelayanan keperawatan demi perbaikan pelayanan keperawatan.

7.2.3 Untuk Perawat Pelaksana

Penting untuk membudayakan berperilaku *caring* terhadap pasien, keluarga pasien, teman sejawat, atasan dan adik bawah serta petugas lainnya dalam aktivitas rutin sehari-hari pada saat melaksanakan asuhan keperawatan, karena *caring* merupakan inti dari praktek keperawatan.

7.2.4 Untuk penelitian selanjutnya

7.2.5.1 Perlu adanya penelitian lanjutan dengan metode kualitatif sebagai masukan persepsi perawat dalam melaksanakan perilaku *caring* pada pasien dan keluarga di tatanan pelayanan kesehatan, serta faktor-faktor pelayanan keperawatan yang berhubungan dengan kepuasan pasien dan keluarga.

5.2.4.2 Salah satu faktor yang berpengaruh pada kepuasan pasien di RSUD Curup adalah pendidikan, maka faktor pendidikan perlu diperhatikan pada kriteria penelitian selanjutnya agar diketahui kepuasan pasien pada pendidikan yang sama tingkatannya.

5.2.4.3 Berhubung salah satu faktor yang berpengaruh pada kepuasan keluarga di RSUD Curup adalah jenis penyakit yaitu (akut dan kronis), maka faktor jenis penyakit perlu diperhatikan pada penelitian selanjutnya untuk dijadikan kriteria jenis penyakit yang sama. Agar diketahui kepuasan keluarga yang menunggu pasien pada salah satu jenis penyakit yang sama karakteristiknya.

DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswarni (2002). *Analisis Tingkat Kepuasan Klien Terhadap Perilaku Caring Perawat di Rumah Sakit Syaiful Anwar Malang*. Program Pasca Sarjana FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Arikunto.S (2000). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta
- Bail, K. (2008), *Patient and professional dissatisfaction : A literature review of prognosis communication related to hospital settings, Comtemporary Nurse*, volume 29 : 135, Issue 2, June 2008
- Davis, S.L. & Greenly, M.A. (1994). *In Integrating Patient Satisfaction With a Quality Improvement Program*. Jurnal JONA Volume 24. Desember 1994
- Davidson, J. (2008), *Family-Centered Care : Meeting the Needs of Patient Families and Helping Families Adapt to Critical Illness*. By the American Association Critical Care Nurse, 2009 : 29 : 28-34
- Emalia, A. (1998). *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan Kesehatan di Instalasi Gawat Darurat RSUP Fatmawati*. Program Pasca Sarjana FKM UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Gillies D.A. (1994). *Nursing Management : A System Approach* (3rd ed). Philadelphia WB Saunders Company.
- Hastono. (2007). *Basic Data Analysis Health Research*. FKM – Universitas Indonesia. Depok : UI Press
- Iskandar. (2008). *Pengaruh Pelatihan komunikasi Therapeutik Pada Perawat Pelaksana Terhadap Kepuasan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Tasikmalaya*. Program Pasca Sarjana FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Jacobalis, A. (1998). *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit (Quality Assurance)*. Jakarta PERSI
- Keliat B.A. (1991). *Peran Serta Keluarga Dalam keperawatan Klien Gangguan Jiwa*, Jakarta : EGC
- Keliat B.A. (2006), *Modul Model Praktek Keperawatan Professional Jiwa*, Jakarta : FI Universitas Indonesia.
- Mangkunegara, A.P. (1991), *Manajemen kepegawaian dan Sumber Daya Manusia*. Bandung : IKOPIN

- Malik. (2008), *Analisis Tingkat Kepuasan Pasien Dalam Implementasi Model praktek Keperawatan profesional (MPKP) Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Gunung Jati Cirebon*, diambil tanggal 31 Januari 2009, dari <http://www.milk.or.id/data/index.php>.
- Marquis B.L & Huston. C.J. (2006). *Leadership Roles and Management Functions in Nursing : Theory and Application*. 5th Ed. Philadelphia : Lipincot-Williams & Wilkins.
- Muncul. (2008). *Pengaruh Pelatihan Supervisi Dan Komunikas Therapeutik Kepala Ruangan Terhadap Kinerja Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Madiun*. Program Pasca Sarjana FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Muttakin. (2008). *Pengaruh Pelatihan Supervisi pada Kepala Ruangan Terhadap Perilaku Caring Perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cianjur*. Program Pasca Sarjana FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Nasution, M.A. (2007). *Metode Research (Penelitian Ilmiah)*. Jakarta : PT. Bumi Aksara.
- Northouse, P.G & Northouse, L.L (1998), *Health Communication ; Strategies for Health Professional* (2nd ed). East Norwalk Conecticut. Appleton & Lange.
- Notoatmodjo, S. (1998). *Pengembangan Sumber daya Manusia*, Jakarta : Rineka cipta.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Jakarta : Rineka Cipta.
- Nuracmah, E. (2001). *Restrukturisasi Dalam Pelayanan keperawatan*, Seminar Keperawatan Dalam rangka Ulang Tahun Rumah Sakit Husada, Jakarta : Tidak diterbitkan.
- Nurahmah, E. (2001). *How Nurse Express Their caring Behavior to patients With Spesialist Needs*, Jurnal keperawatan Indonesia.
- Nursalam. (2007). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, edisi 2, Jakarta : Penerbit Salemba Medika.
- Parasuramant, Zeithamal da Berry (1990), *Deliverry Quality Service : Balancing Customer Perception and Expectation*, New York : The press
- Potter, P.A dan Perry, A.G (1994). *Fundamental of nursing, Concepts, Procces and Practice*. St. Louis : mosby Year Book Inc.

- Prasetijo, R. & Ihalauw. J. (2005). *Perilaku Konsumen*. Yogyakarta : Andi Press
- Purwaningsih (2003), *Pengaruh Penerapan Faktor Karatif Caring Dalam Asuhan Keperawatan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Perjan Persahabatan dan Rumah Sakit Perjan Fatmawati*. Program Pasca Sarjana FIK UI. Tesis tidak dipublikasikan.
- Rafii,F., Hajinezad, M.E., & Haghani, H. (2007). Nurse Caring in Iran and Ist Relationship With Patient Satisfaction. *American Journal Of Advanced Nursing*, 26(2), 18-03
- Robbins, S.P. (2006). *Perilaku Organisasi*, Edisi kesepuluh. Jakarta : PT Indeks Gramedia
- Sabri. L. (2008). *Statistik Kesehatan*, Edisi revisi. Jakarta : PT. Raja Grafindo Persada.
- Setyaningrum, S. (1998). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap Peserta Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan PT. Jamsostek di Rumah Sakit Provider Jakarta 1998*. Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit. Tidak dipublikasikan.
- Slamet. (2008). Studi Kepuasan Pasien di Rumah sakit , diambil tanggal 19 Februari /2009, dari http://eprints.ums.ac.id/140/1/AZIZ_SLAMET.pdf.
- Stuart, G.W. & Laraia M.T. (2005), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (8th ed). USA. St Mosby Inc.
- Swansburg, R.C., dan Swanburg, R.J. (1999). *Introducing Management anf Leadership For Nurse*. Botton : Jones Bartleet Publisher.
- Supardi, S., Handayani, S.R., Notosiswoyo.M. (2004). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepuasa Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap Puskesmas*. Buletin Penelitian Kesehatan volume 36 No. 4 tahun 2008
- Tomey, A.M. (1994). *Nursing Theorist and Their Work* (third,ed.).St. Louis : The C.V Mosby. Co.
- Ulemadja. (2006). *Modalitas Perawat adalah Empati*, diperoleh tanggal 19 Februari 2009, dari <http://www.kmpk.ugm.ac.id>
- Undang-undang konsumen. (1999). diperoleh tanggal 30 Januari 2009, dari <http://www.bpkp.go.id/unit/hukum/UU/1999.pdf>
- Wijono, D. (2007). *Evaluasi Program Kesehatan dan Rumah Sakit*, Surabaya : Penerbit CV Duta Prima Airlangga.

Kuisisioner Pasien

Keterangan : Harapan

- 4 (SM) : Sangat Mengharapkan
 3 (M) : Mengharapkan
 2 (KM) : Kurang Mengharapkan
 1 (TM) : Tidak Mengharapkan

Keterangan : Kenyataan

- 4 (SS) : Sangat Sesuai
 3 (S) : Sesuai
 2 (KS) : Kurang Sesuai
 1 (TS) : Tidak Sesuai

Harapan				Pelayanan yang saya terima dari perawat selama saya dirawat di rumah sakit	Kenyataan			
4 SM	3 M	2 KM	1 TM		4 SS	3 S	2 KS	1 TS
				1. Perawat menjelaskan dengan tepat gangguan yang dialami saya saat ini.				
				2. Perawat memberikan tindakan keperawatan dengan tepat sesuai kebutuhan saya				
				3. Perawat dengan cepat mengetahui ekspresi perasaan saya apabila saya merasa tidak senang				
				4. Perawat memeriksa saya dengan cepat				
				5. Perawat memberi penjelasan dengan tepat cara mengatasi masalah saya				
				6. Perawat dengan cepat mengatasi permintaan saya sesuai waktu yang dijanjikan.				
				7. Perawat cepat datang walaupun dalam keadaan sibuk apabila saya memerlukan bantuan				
				8. Perawat menjelaskan perawatan alternatif yang dapat dilakukan untuk menangani masalah saya				
				9. Perawat segera bertindak cepat apabila saya butuh bantuan di saat keadaan gawat				
				10. Perawat menggali informasi dari saya apa yang akan dilakukan apabila saya sudah sembuh				
				11. Perawat memperlihatkan ketulusannya dengan tersenyum saat menolong saya				

Keterangan : Harapan

4 (SM) : Sangat Mengharapkan
 3 (M) : Mengharapkan
 2 (KM) : Kurang Mengharapkan
 1 (TM) : Tidak Mengharapkan

Keterangan : Kenyataan

4 (SS) : Sangat Sesuai
 3 (S) : Sesuai
 2 (KS) : Kurang Sesuai
 1 (TS) : Tidak Sesuai

Harapan				Pelayanan yang saya terima dari perawat selama saya dirawat di rumah sakit	Kenyataan			
4 SM	3 M	2 KM	1 TM		4 SS	3 S	2 KS	1 TS
				12. Perawat mengajarkan saya cara mengatasi masalah saya sesuai kemampuan saya				
				13. Perawat dengan cepat menolong saya seperti mandi, makan, minum atau buang air apabila saya tidak bisa melakukan sendiri				
				14. Perawat selalu memperhatikan keamanan saya misalnya, selalu memonitor alat yang dipakai tubuh saya (infus, selang O2, dll)				
				15. Perawat memberi perhatian penuh melayani saya dengan penuh kasih sayang				
				16. Perawat memberi semangat kepada saya melaksanakan hal-hal yang telah diajarkan perawat dalam mengatasi masalah saya				
				17. Perawat berbicara lembut, dengan ekspresi wajah yang bersahabat				
				18. Perawat memberi kesediaan menjelaskan apa yang ingin saya ketahui				
				19. Perawat memahami apa yang dirasakan saya				
				20. Perawat menyediakan waktu untuk saya berbagi perasaan dan pengalaman				
				21. Perawat mendorong mengekspresikan perasaan saya				
				22. Perawat menanyakan keinginan saya serta kebiasaan cara memenuhi keinginan tersebut				
				23. Perawat selalu datang terjadwal untuk menanyakan keluhan saya				
				24. Perawat memanggil nama saya dengan panggilan yang disenangi				

Keterangan : Harapan

- 4 (SM) : Sangat Mengharapkan
3 (M) : Mengharapkan
2 (KM) : Kurang Mengharapkan
1 (TM) : Tidak Mengharapkan

Keterangan : Kenyataan

- 4 (SS) : Sangat Sesuai
3 (S) : Sesuai
2 (KS) : Kurang Sesuai
1 (TS) : Tidak Sesuai

Harapan				Pelayanan yang saya terima dari perawat selama saya dirawat di rumah sakit	Kenyataan			
4 SM	3 M	2 KM	1 TM		4 SS	3 S	2 KS	1 TS
				25. Perawat memberikan informasi lingkungan rumah sakit, perawatan yang akan dilakukan				
				26. Perawat selalu menyediakan alat pemeriksaan sesuai kebutuhan pasien				
				27. Perawat menyediakan alat khusus sewaktu-waktu yang dibutuhkan saya misalnya alat untuk menampung buang air, atau menampung muntah				
				28. Perawat selalu memperkenalkan diri dengan bersahabat saat kontak awal dengan saya				
				29. Perawat selalu berpakaian sopan, bersih dan rapi				
				30. Perawat memberikan informasi masalah keperawatan yang sedang dialami saya				

Kuisiонер Keluarga

Keterangan : Harapan

- 4 (SM) : Sangat Mengharapkan
 3 (M) : Mengharapkan
 2 (KM) : Kurang Mengharapkan
 1 (TM) : Tidak Mengharapkan

Keterangan : Kenyataan

- 4 (SS) : Sangat Sesuai
 3 (S) : Sesuai
 2 (KS) : Kurang Sesuai
 1 (TS) : Tidak Sesuai

Harapan					Kenyataan			
4 SM	3 M	2 KM	1 TM		4 SS	3 S	2 KS	1 TS
				Pelayanan yang saya terima dari perawat selama saya menunggu keluarga di rumah sakit				
				1. Perawat mendengarkan keluhan keluarga saya, dengan cepat menindaklanjutinya.				
				2. Perawat memberikan tindakan keperawatan dengan tepat sesuai kebutuhan pasien				
				3. Perawat datang tepat waktu saat akan melakukan tindakan keperawatan misalnya memasang infus atau memasang alat di tubuh pasien.				
				4. Perawat dengan cepat mengetahui ekspresi perasaan saya apabila saya merasa tidak senang				
				5. Perawat memberi penjelasan dengan tepat cara mengatasi masalah pasien terhadap saya				
				6. Perawat cepat datang walaupun dalam keadaan sibuk apabila saya dan keluarga saya memerlukan bantuan				
				7. Perawat menjelaskan perawatan alternatif yang dapat dilakukan untuk menangani masalah keluarga saya				
				8. Perawat segera bertindak cepat apabila keluarga saya dan saya butuh bantuan di saat keadaan gawat				
				9. Perawat menggali informasi dari saya apa yang akan dilakukan apabila keluarga saya sudah sembuh				
				10. Perawat dengan sabar memenuhi kebutuhan pasien yang berbeda-beda				

Keterangan : Harapan

4 (SM) : Sangat Mengharapkan
 3 (M) : Mengharapkan
 2 (KM) : Kurang Mengharapkan
 1 (TM) : Tidak Mengharapkan

Keterangan : Kenyataan

4 (SS) : Sangat Sesuai
 3 (S) : Sesuai
 2 (KS) : Kurang Sesuai
 1 (TS) : Tidak Sesuai

Harapan				Pelayanan yang saya terima dari perawat selama saya menunggu keluarga dirawat di rumah sakit	Kenyataan			
4 SM	3 M	2 KM	1 TM		4 SS	3 S	2 KS	1 TS
				11. Perawat memperlihatkan ketulusannya dengan tersenyum saat menolong pasien				
				12. Perawat dengan cepat mengajari saya cara menolong keluarga saya seperti mandi, makan, minum atau buang air apabila saya berada di menunggu keluarga saya				
				13. Perawat memberi semangat kepada saya tetap melaksanakan hal-hal yang telah diajarkan perawat dalam mengatasi masalah keluarga saya				
				14. Perawat berbicara lembut, dengan ekspresi wajah yang bersahabat				
				15. Perawat berusaha untuk mengabdikan permintaan keluarga saya karena saya tahu dapat mengakibatkan keluarga saya merasa cemas.				
				16. Perawat memberi kesediaan menjelaskan apa yang ingin saya ketahui				
				17. Perawat menyetujui apa yang diinginkan keluarga saya selama tidak mengganggu kondisi masalahnya				
				18. Perawat selalu memperhatikan keamanan keluarga saya misalnya, selalu memonitor alat yang dipakai di tubuh keluarga saya				
				19. Perawat menghargai keputusan saya, walaupun bertentangan dengan pendapat perawat				
				20. Perawat menghargai saya melakukan pengobatan alternatif				
				21. Perawat menyediakan waktu untuk saya berbagi perasaan dan pengalaman				

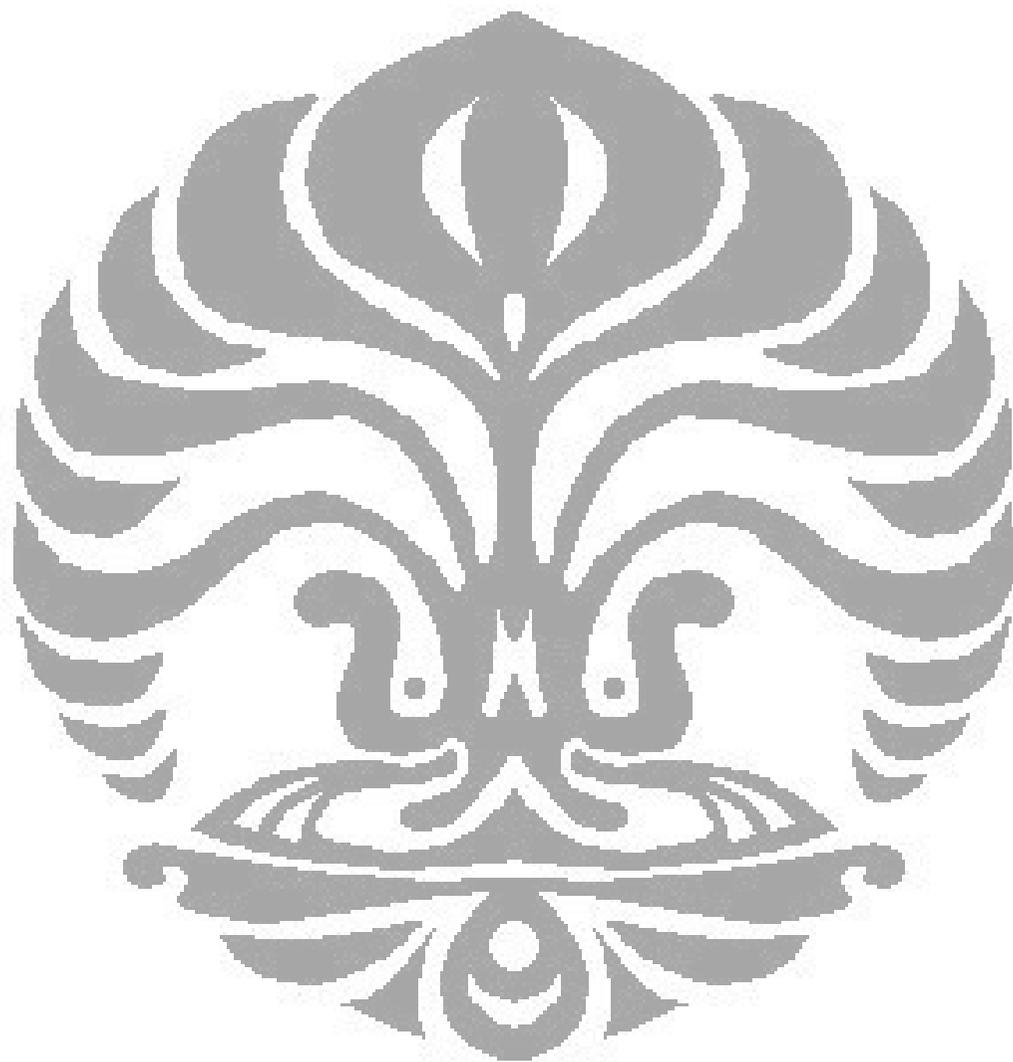
Keterangan : Harapan

- 4 (SM) : Sangat Mengharapkan
 3 (M) : Mengharapkan
 2 (KM) : Kurang Mengharapkan
 1 (TM) : Tidak Mengharapkan

Keterangan : Kenyataan

- 4 (SS) : Sangat Sesuai
 3 (S) : Sesuai
 2 (KS) : Kurang Sesuai
 1 (TS) : Tidak Sesuai

Harapan				Pelayanan yang saya terima dari perawat selama saya menunggu keluarga dirawat di rumah sakit	Kenyataan			
4 SM	3 M	2 KM	1 TM		4 SS	3 S	2 KS	1 TS
				22. Perawat menanyakan pada saya tentang masalah keperawatan keluarga saya yang ingin diketahuinya				
				23. Perawat selalu datang terjadwal untuk menanyakan keluhan keluarga saya				
				24. Perawat memanggil nama keluarga saya dengan panggilan yang disenangi				
				25. Perawat memberikan informasi lingkungan rumah sakit, perawatan yang akan dilakukan terhadap keluarga saya				
				26. Perawat selalu menyediakan alat pemeriksaan sesuai kebutuhan keluarga saya				
				27. Perawat menyediakan alat khusus sewaktu-waktu yang dibutuhkan keluarga saya misalnya alat untuk menampung buang air, atau menampung muntah				
				28. Perawat selalu memperkenalkan diri dengan bersahabat saat kontak awal dengan keluarga saya				
				29. Perawat selalu berpakaian sopan, bersih dan rapi				
				30. Perawat memberikan informasi masalah keperawatan yang sedang dialami keluarga saya				



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang memadai semakin meningkat turut memberikan warna di era globalisasi dan memacu rumah sakit untuk memberikan layanan terbaiknya agar dapat memuaskan masyarakat. Era globalisasi yang sedang dan akan kita hadapi di bidang kesehatan menimbulkan secercah harapan akan peluang (*opportunity*) meningkatnya pelayanan kesehatan. Terbukanya pasar bebas memberikan pengaruh yang penting dalam meningkatkan kompetisi di sektor kesehatan. Persaingan antar rumah sakit memberikan pengaruh dalam manajemen rumah sakit baik milik pemerintah, swasta dan asing dengan tujuan akhir adalah untuk meningkatkan pelayanan kepada pasien dan masyarakat.

Perkembangan iptek kesehatan dan perkembangan dunia keperawatan serta semakin meningkatnya kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi, maka institusi pelayanan kesehatan perlu mengantisipasinya dengan melakukan penyesuaian dan perubahan dalam tatanan pelayanan. Perubahan tersebut dimungkinkan bagi rumah sakit untuk memberikan pelayanan dalam bentuk pelayanan prima.

Pelayanan prima sebagai salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan. Pelayanan prima adalah memberikan kepada pelanggan apa (yang lebih daripada) yang memang mereka harapkan pada saat mereka membutuhkan, dengan cara yang mereka inginkan. Kepmenpan No. 63/2003, menyatakan istilah pelayanan prima diganti dengan pelayanan publik, yang artinya adalah segala kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh penyelenggara pelayanan publik sebagai upaya pemenuhan kebutuhan penerima pelayanan maupun pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Maksudnya memberikan kepuasan bagi penerima pelayanan (Menpan/uu/03).

Kepuasan pasien sebagai konsumen dalam industri jasa pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit menjadi fokus utama di dukung dengan diberlakukannya Undang-undang Republik Indonesia No 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Pada bab 1 pasal 2 dijelaskan bahwa tujuan dari perlindungan konsumen salah satu diantaranya adalah :”Meningkatkan kualitas barang dan / atau jasa yang menjamin usaha kelangsungan produksi barang dan / atau jasa, kesehatan, kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen” (bpkp/uu/1999).

Pelayanan prima dalam keperawatan dapat diterapkan melalui *Caring*, karena *caring* merupakan inti dari praktek keperawatan. Menurut Potter dan Perry (1997), *caring* adalah memberikan perhatian penuh pada klien saat memberikan asuhan keperawatan. Sedangkan menurut Koziar (1997), *caring* menekankan pada keteguhan hati, kemurahan hati, janji, tanggung jawab, yang mempunyai kekuatan atau motivasi untuk melakukan upaya memberi perlindungan dan meningkatkan martabat klien, sehingga klien merasakan harapan dari pelayanan yang diberikan perawat sesuai dengan kenyataan yang diharapkan hal ini dapat menimbulkan kepuasan pasien.

Dampak yang dapat dirasakan dengan mendapatkan pelayanan prima keperawatan adalah kepuasan pasien dan keluarga. Mereka adalah orang yang mengetahui dan mensosialisasikan pelayanan rumah sakit terutama pelayanan keperawatan. Mereka adalah orang yang kontak langsung dengan pelayanan keperawatan yang diberikan. Mereka adalah media *advertising* yang potensial untuk mensosialisasikan di masyarakat dan dapat membuat pasien dan keluarga menjadi pelanggan tetap yang setiap tahun secara nyata diharapkan dapat menambah nilai usaha dan secara terus-menerus memberikan manfaat bagi rumah sakit dan loyalitas terhadap rumah sakit.

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Curup merupakan rumah sakit yang mempunyai visi sebagai pusat rujukan di kabupaten Rejang Lebong dengan pelayanan prima, dan mempunyai misi salah satunya adalah memberikan pelayanan cepat, tepat, ramah, dan terjangkau bagi masyarakat tanpa membedakan latar belakang sosial serta meningkatkan kualitas sumber daya manusia sebagai tenaga professional dalam memberikan pelayanan.

Berdasarkan indikator mutu rata-rata 3 (tiga) tahun terakhir ini BOR rumah sakit masih dibawah standar Depkes (75%-85%). Data tersebut menunjukkan kunjungan pasien di rumah sakit umum daerah curup masih belum optimal. Sehingga di pandang perlu untuk meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit dengan salah satu cara adalah memberikan pelayanan prima keperawatan terhadap pasien dan keluarga, karena perawat merupakan tenaga yang paling banyak di rumah sakit melayani 24 jam dan berada pada garis terbesar dalam memberikan pelayanan. Oleh karena itu di pandang perlu untuk meningkatkan kompetensi para perawat dengan diberikan pelatihan *Caring* keperawatan.

B. Tujuan Pelatihan

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti kegiatan pelatihan, perawat mampu menerapkan perilaku *caring* terhadap klien di rumah sakit guna meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di ruangan rawat masing-masing.

2. Tujuan Khusus

a. Kognitif

- a) Perawat dapat menerapkan nilai humanistik dan altruistik kepada klien (pasien dan keluarga).
- b) Perawat dapat menanamkan sikap penuh pengharapan (*faith-hope*) terhadap klien (pasien dan keluarga).
- c) Perawat dapat menanamkan sensitifitas atau kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain terutama pasien dan keluarga.
- d) Perawat dapat menerapkan hubungan saling percaya dan saling membantu terutama terhadap klien (pasien dan keluarga).
- e) Perawat dapat meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan baik positif maupun negatif terhadap klien (pasien dan keluarga).
- f) Perawat dapat menggunakan metode sistematis dalam menyelesaikan masalah terhadap klien (pasien dan keluarga).
- g) Perawat dapat meningkatkan proses pembelajaran dalam hubungan interpersonal terhadap klien (pasien dan keluarga).

h) Perawat dapat memenuhi kebutuhan dasar manusia dengan penuh penghargaan dalam rangka mempertahankan keutuhan dan martabat manusia.

b. Afektif

a) Perawat memahami tentang perilaku *caring*

b) Perawat memiliki keyakinan dapat menerapkan perilaku *caring*

c. Psikomotor

a) Perawat mampu mendemonstrasikan perilaku *caring*

b) Perawat mampu melaksanakan perilaku *caring* terhadap pasien dan keluarga.

C. Manfaat Pelatihan

Manfaat penyelenggaraan pelatihan ini adalah :

1. Bagi Rumah Sakit, pelatihan diharapkan dapat membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Khususnya mempunyai standar pelayanan perilaku *caring* terhadap pasien dan keluarga.
2. Bagi pelayanan di ruang rawat, kegiatan pelatihan dapat membantu perawat di ruang rawat dapat menyelesaikan masalah terkait pelayanan keperawatan.
3. Bagi perawat, kegiatan pelatihan ini dapat meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan dalam berperilaku *caring* terhadap pasien dan keluarga.

BAB II

PENYELENGGARAAN PELATIHAN

A. Waktu dan Tempat Pelatihan

Pelatihan dilaksanakan selama 3 hari, yaitu tanggal 28-30 April 2009, bertempat di Aula diklat RSUD Curup. Adapun strategi pembelajaran sebagai berikut :

1) Kegiatan perkuliahan dikelas selama 3 hari dengan kegiatan pemberian materi :

a. Hari pertama

- 1) Konsep *caring*
- 2) Perilaku *caring* perawat

b. Hari kedua

- 1) Konsep supervisi
- 2) Simulasi Perilaku *caring* perawat terhadap klien

c. Hari Ketiga

Strategi bimbingan kepala ruang untuk melakukan supervisi perilaku *caring* terhadap perawat pelaksana dan self evaluasi supervisi

2) Penerapan bimbingan kepala ruang terhadap perawat pelaksana dilakukan di ruangan masing-masing

B. Peserta Pelatihan

Peserta yang mengikuti kegiatan pelatihan perilaku *caring* adalah :

- 1) Perawat Pelaksana RSUD Curup yang bekerja di 3 ruang rawat inap
- 2) Kepala ruangan rawat inap RSUD Curup
- 3) Kepala bidang keperawatan dan kasie keperawatan

C. Materi Pelatihan

1. Konsep Dasar Perilaku *caring*

- 1) Nilai *humanistik* dan *altruistik*
- 2) Sikap penuh pengharapan (*faith-hope*)
- 3) Sensitifitas atau kepekaan terhadap diri sendiri
- 4) Hubungan saling percaya
- 5) Ekspresi perasan positif maupun negatif

- 6) Metode sistematis dalam menyelesaikan masalah
- 7) Lingkungan yang memberikan dukungan fisik, mental, sosiokultural, spiritual
- 8). Proses pembelajaran dalam hubungan interpersonal
- 9). Pemenuhan kebutuhan dasar manusia
- 10) Menghargai kekuatan *eksistensial-phenomenologikal*

2. Konsep Dasar Supervisi

- 1) Tehnik supervisi kepala ruang
- 2) Perencanaan supervisi *caring* kepala ruang terhadap perawat pelaksana
- 3) Standar supervisi perilaku *caring* perawat terhadap pelaksanaan perawatan
- 4) Evaluasi supervisi kepala ruang.

D. Nara Sumber Pelatihan

Narasumber pelatihan Perilaku *caring* adalah:

1. Dosen Fakultas Ilmu Keperawatan - UI (konsultan)
2. Mahasiswa Magister Manajemen Keperawatan FIK-UI
3. Magister Keperawatan

E. Evaluasi

Sasaran evaluasi meliputi aspek :

1. Evaluasi Proses Pelatihan
 - a. Penyediaan materi pelatihan
 - b. Penyediaan ruang pelatihan
 - c. Penyediaan alat bantu pelatihan
2. Evaluasi Peserta Pelatihan
 - a. Penilaian kognitif sebelum dan sesudah pelatihan di kelas
 - b. Penilaian penerapan perilaku *caring* perawat pelaksana terhadap klien oleh kepala ruang melalui supervisi.

BAB III

MATERI, JADUAL PELATIHAN DAN BIMBINGAN

A. Materi dan Struktur Program

No	Materi					Ket
		C	D	L	K	
1.	Konsep <i>caring</i>	1,5	0,5			Dalam jam (1 jam = 50 menit)
2.	Perilaku <i>caring</i>	1,5		0,5		
3.	Konsep supervisi	1,5	0,5			
4.	Strategi supervisi <i>caring</i> perawat	1.5	0,5	1	6	

Ket : C = Ceramah, D = Diskusi, L = Laboratorium, K = Klinik

B. Jadwal Pelatihan

Waktu	Susunan Kegiatan	Nara Sumber	Fasilitator
Hari ke I			
08.00-09.30	Pembukaan dan penyegaran	Bidang Diklat RSUD	Bidang Diklat RSUD Curup
09.30-11.00	Konsep <i>Caring</i> Perawat	Materi Dr Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc penyampai Mahasiswa Pascasarjana FIK UI	Bidang Diklat RSUD Curup
11.00-12.30	Perilaku <i>caring</i> perawat	Mahasiswa Pascasarjana FIK UI	Bidang Diklat RSUD Curup
14.00-15.30	Konsep <i>Caring</i> Perawat	Materi Dr Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc penyampai Mahasiswa Pascasarjana FIK UI	Bidang Diklat RSUD Curup
15.30- 17.00	Perilaku <i>caring</i> perawat	Mahasiswa Pascasarjana FIK UI	Bidang Diklat RSUD Curup
Hari ke II			
08.00-09.30	Konsep Supervisi	Mahasiswa Pascasarjana FIK UI	Bidang Diklat RSUD Curup
09.30-12.00	Simulasi perilaku <i>caring</i> perawat	Mahasiswa Pascasarjana FIK UI	Bidang Diklat RSUD Curup
14.00- 15.30	Konsep Supervisi	Mahasiswa Pascasarjana FIK UI	Bidang Diklat RSUD Curup
15.00-17.00	Simulasi perilaku <i>caring</i> perawat	Mahasiswa Pascasarjana FIK UI	Bidang Diklat RSUD Curup
Hari III			
08.00-12.00	Bimbingan Supervisi Perilaku <i>caring</i> terhadap kepala ruang	Mahasiswa Pascasarjana FIK UI & Diklat	Bidang Diklat RSUD Curup

C. Jadwal Bimbingan Kepala Ruangan

Bimbingan dilaksanakan di ruang masing- masing kelompok perawat. Disetiap kelompok diberikan frekuensi bimbingan yang berbeda-beda . Kelompok A tanpa diberikan bimbingan, kelompok B diberikan bimbingan 3 kali, dan kelompok C diberikan bimbingan 6 kali. Adapun jadwal bimbingan kepala ruang terhadap perawat pelaksana sebagai berikut :

Kelompok Bimbingan Karu	Bulan Mei 2009												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
A													
B	v		v		v		v		v		v		v
C	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v	v

PROPOSAL PELATIHAN PERAWAT RUMAH SAKIT



**UPAYA PENINGKATAN PELAYANAN PRIMA KEPERAWATAN
DENGAN BERPERILAKU *CARING* TERHADAP PASIEN DAN KELUARGA
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP
TAHUN 2009**

**PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN REJANG LEBONG
BENGKULU**

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Bapak/Ibu/Saudara/Saudari
Pasien dan keluarga Pasien

di-

Rumah Sakit RSUD Curup

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan program tesis Magister Ilmu Keperawatan yang akan dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Curup, yang tersebut dibawah ini :

Nama : Yanti Sutriyanti

NPM : 0706154841

Akan melakukan penelitian dengan Judul "Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Terhadap Pasien dan Keluarga Di Rumah Sakit Umum Daerah Curup". Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kepuasan pasien dan keluarga atas pelayanan keperawatan yang diterima. Hasil penelitian ini berguna untuk perbaikan pelayanan keperawatan. Pelaksanaan penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dikemudian hari. Dan apabila pada saat proses penelitian ini menimbulkan ketidaknyamanan, diperkenankan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini. Pengumpulan data penelitian ini dengan mengisi kuesioner yang sudah disediakan. Saya mengharapkan bapak/ibu/saudara/saudari, untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan dari saya, atas kerjasama dan kesediaannya saya ucapkan terima kasih.

Curup, Maret 2009

Yanti Sutriyanti

LEMBAR PERSETUJUAN

KESEDIAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

”Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Terhadap Pasien dan Keluarga
Di Rumah Sakit Umum Daerah Curup”

Peneliti : Yanti Sutriyanti

Pembimbing I : Dr. Budi Anna Keliat, M.App.Sc

Pembimbing II : Hening Pujasari S.Kp, M Biomed. MN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti tentang proses penelitian dan manfaatnya, maka dengan ini saya memberikan persetujuan untuk menjadi responden. Saya mengetahui bahwa tidak ada resiko yang akan saya alami dalam penelitian ini dan informasi yang diberikan dijamin kerahasiaannya.

Curup, Mei 2009

Tanda tangan peneliti

Tanda tangan responden

Yanti. Sutriyanti

(.....)

**PERMOHONAN
MENJADI PELAKU INTERVENSI PENELITIAN**

Kepada Yth,
Bapak/Ibu/Saudara/Saudari
Perawat Ruang Inap
di-

Rumah Sakit RSUD Curup

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan program tesis Magister Ilmu Keperawatan yang akan dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Curup, yang tersebut dibawah ini :

Nama : Yanti Sutriyanti

NPM : 0706154841

Akan melakukan penelitian dengan Judul "Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Terhadap Pasien dan Keluarga Di Rumah Sakit Umum Daerah Curup". Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kepuasan pasien dan keluarga atas pelayanan keperawatan yang diterima. Manfaatnya untuk meningkatkan kompetensi perawat berperilaku *caring* . Sebelum dilakukan pengumpulan data penelitian kepada pasien, kami melakukan pelatihan perilaku *caring* dan bimbingan terhadap perawat sebagai pelaku intervensi. Pelaksanaan penelitian ini tidak akan menimbulkan resiko apapun dikemudian hari. Dan apabila pada saat proses penelitian ini menimbulkan ketidaknyamanan, diperkenankan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini. Saya mengharapkan bapak/ibu/saudara/saudari perawat , untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Demikian penjelasan dari kami, atas kerjasama dan kesediaannya kami ucapkan terima kasih.

Curup, April 2009

Yanti Sutriyanti

LEMBAR PERSETUJUAN

KESEDIAAN MENJADI PELAKU INTERVENSI PENELITIAN

”Pengaruh Pelatihan Perilaku *Caring* Terhadap Pasien dan Keluarga
Di Rumah Sakit Umum Daerah Curup”

Peneliti : Yanti Sutriyanti

Pembimbing I : Dr. Budi Anna Keliat, M.App.Sc

Pembimbing II : Hening Pujasari S.Kp, M Biomed. MN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti tentang proses penelitian dan manfaatnya, maka dengan ini saya memberikan persetujuan untuk menjadi pelaku intervensi penelitian. Saya mengetahui bahwa tidak ada resiko yang akan saya alami dalam penelitian ini.

Curup, April 2009

Tanda tangan peneliti

Tanda tangan perawat

Yanti. Sutriyanti

(.....)

KISI-KISI INSTRUMEN PENELITIAN
(KUESIONER)

No	Variabel	Sub variabel	No Pernyataan
1.	Karakteristik pasien menggunakan kuesioner (A1). Karakteristik keluarga menggunakan kuesioner (A2).	1. Umur 2. Jenis kelamin 3. Pendidikan 4. Berat ringannya penyakit	1 2 3 4
2.	Kepuasan pasien (harapan-kenyataan) menggunakan kuesioner (B1).	1. Reliability 2. Responsiveness 3. Assurance 4. Emphaty 5. Tangibles	1-5 6-12 13-18 19-23 24-30
3.	Kepuasan keluarga menggunakan kuesioner (B2).	6. Reliability 7. Responsiveness 8. Assurance 9. Emphaty 10. Tangibles	1-5 6-12 13-18 19-23 24-30

KUESIONER (A1)

Karakteristik Responden Kepuasan Pasien

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah kuesioner ini sesuai dengan karakteristik saudara
2. Pengisian kuesioner ini tidak mempengaruhi keberadaan saudara yang sedang di rawat di ruangan ini
3. Kuesioner ini terdiri dari kuesioner (A1) karakteristik responden

Karakteristik Responden

1. No Responden :(diisi peneliti)
2. Umur responden :Tahun
3. Pendidikan Responden :
4. Berat Ringannya Penyakit :(diisi peneliti)
5. Hubungan dengan Pasien :

KUESIONER (B1)

Kepuasan Pasien Pelayanan Keperawatan

Petunjuk 1:

Berilah tanda checklist (v) pada jawaban yang dianggap sesuai dengan pendapat bapak/ibu/saudara/saudari, pada kolom harapan

- 4 (SM) : Apabila **sangat mengharapkan** pelayanan keperawatan yang diberikan perawat.
- 3 (M) : Apabila **mengharapkan** pelayanan keperawatan yang diberikan perawat
- 2 (KM) : Apabila **kurang mengharapkan** pelayanan keperawatan yang diberikan perawat
- 1 (TM) : Apabila **tidak mengharapkan** pelayanan keperawatan yang diberikan perawat

Petunjuk 2:

Berilah tanda checklist (v) pada jawaban yang dianggap sesuai dengan pendapat bapak/ibu/saudara, pada kolom kenyataan

- 4 (SS) : Apabila kenyataan pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat **sangat sesuai** dengan yang diharapkan
- 3 (S) : Apabila kenyataan pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat **sesuai** dengan yang diharapkan
- 2 (KS) : Apabila kenyataan pelayanan keperawatan yang diberikan **kurang sesuai** dengan yang diharapkan
- 1 (TS) : Apabila kenyataan pelayanan keperawatan yang diberikan **tidak sesuai** dengan yang diharapkan.

KUESIONER (A2)

Karakteristik Responden Kepuasan Keluarga

Petunjuk Pengisian :

1. Isilah kuesioner ini sesuai dengan karakteristik saudara
2. Pengisian kuesioner ini tidak mempengaruhi keberadaan saudara yang sedang di rawat di ruangan ini
3. Kuesioner ini terdiri dari kuesioner (A2) karakteristik responden

Karakteristik Responden

1. No Responden :(diisi peneliti)
2. Umur responden :Tahun
3. Pendidikan Responden :
4. Berat Ringannya Penyakit :(diisi peneliti)
5. Hubungan dengan Pasien :

KUESIONER (B2)

Kepuasan Keluarga Pelayanan Keperawatan

Petunjuk 1:

Berilah tanda checklist (v) pada jawaban yang dianggap sesuai dengan pendapat bapak/ibu/saudara/saudari, pada kolom harapan

- 4 (SM) : Apabila **sangat mengharapkan** pelayanan keperawatan yang diberikan perawat.
- 3 (M) : Apabila **mengharapkan** pelayanan keperawatan yang diberikan perawat
- 2 (KM) : Apabila **kurang mengharapkan** pelayanan keperawatan yang diberikan perawat
- 1 (TM) : Apabila **tidak mengharapkan** pelayanan keperawatan yang diberikan perawat

Petunjuk 2:

Berilah tanda checklist (v) pada jawaban yang dianggap sesuai dengan pendapat bapak/ibu/saudara, pada kolom kenyataan

- 4 (SS) : Apabila kenyataan pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat **sangat sesuai** dengan yang diharapkan
- 3 (S) : Apabila kenyataan pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat **sesuai** dengan yang diharapkan
- 2 (KS) : Apabila kenyataan pelayanan keperawatan yang diberikan **kurang sesuai** dengan yang diharapkan
- 1 (TS) : Apabila kenyataan pelayanan keperawatan yang diberikan **tidak sesuai** dengan yang diharapkan.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Identitas

Nama : Yanti Sutriyanti
Tempat Tanggal Lahir : Tasikmalaya, 07 April 1970
Jenis Kelamin : Perempuan
Pekerjaan : Dosen Poltekkes Bengkulu Prodi Keperawatan Curup
Alamat Rumah : BTN Air Bang Curup Tengah Blok A No 27 Curup
Alamat Institusi : Jalan Saptamarga No 95 Curup

Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri I Ipuh Bengkulu Utara, lulus tahun 1983
2. SMP Negeri I Ipuh Bengkulu Utara, lulus tahun 1986
3. SPK Depkes Bengkulu, lulus tahun 1989
4. Akademi Keperawatan Keguruan Soetopo Surabaya, lulus tahun 1997
5. Akta Mengajar III IKIP Negeri Surabaya, lulus tahun 1997
6. S1- FKM Universitas Airlangga Surabaya, lulus tahun 2003

Riwayat Pekerjaan

1. Staf Puskesmas Keban Agung Kepahyang tahun 1990 – 1994
2. Staf mengajar SPK Depkes Curup 1998 – 2001
3. Staf Dosen Prodi Keperawatan Curup 2003 – sekarang.

MODUL I

KONSEP *CARING*

SESI : I

A. No Modul : 1

B. Materi : Konsep *Caring*

C. Waktu : 2 x 50 Menit

D. Pokok Bahasan

1. Pengertian *caring*
2. Aspek *caring*
3. Sepuluh karatif *caring* menurut Jeans Watson

E. Tujuan Intruksional Umum

Diharapkan setelah mengikuti pelatihan peserta dapat memahami tentang konsep dasar *caring* sebagai inti dari praktek keperawatan.

F. Tujuan Intruksional Khusus

Setelah menyelesaikan sesi ini, peserta diharapkan dapat :

1. Menjelaskan pengertian *caring*
2. memahami aspek *caring* dan inti *caring*
3. Sepuluh karatif *caring* menurut Jeans Watson

G. Metode Pengajaran

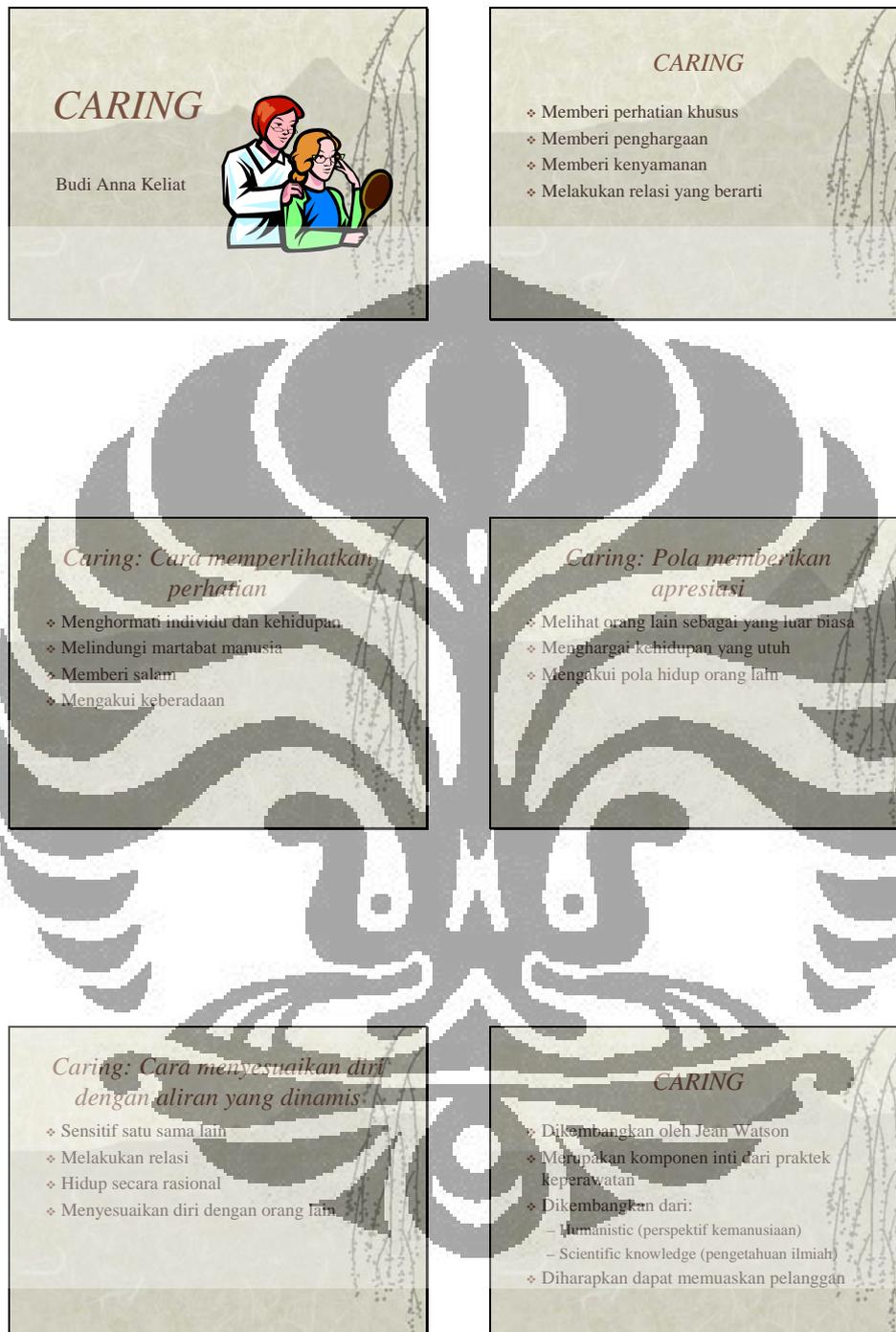
1. Ceramah
2. Diskusi
3. Tanya Jawab

H. Langkah Pembelajaran

1. Pembukaan (5 menit)
2. Perkenalan bahan ajar (5 menit)
3. Menjelaskan tujuan pembelajaran (5 menit)
4. Proses pemberian materi (60 menit)
5. Diskusi (15 menit)
6. Rangkuman materi (5 menit)
7. Evaluasi pemberian materi (5 menit)

Materi Pelatihan 1

KONSEP CARING



CARING

Nilai-nilai:

- ❖ Humanistik
- ❖ Menghormati kebebasan manusia untuk memilih
- ❖ Menekankan kemampuan dan kemandirian
- ❖ Peningkatan pengetahuan
- ❖ Menghargai setiap orang

Pengertian Caring (Leininger, 1979)

- ❖ Kegiatan langsung memberikan bantuan, dukungan, atau perilaku kepada atau untuk individu atau kelompok melalui antisipasi kebutuhan untuk meningkatkan kondisi manusia

5 Aspek Caring

- ❖ Merupakan sifat manusia (*human trait*)
- ❖ Berdasar moral (*moral imperative*)
- ❖ Penuh perasaan (*affect*)
- ❖ Hubungan perawat – klien (*nurse client relationship*)
- ❖ Intervensi terapeutik

Professional Caring (Chitty)

- ❖ Memperhatikan, mengurus dan menyediakan, menyediakan atau memberi bantuan kepada orang lain
- ❖ Humanistik: lebih menekankan hubungan manusia dengan manusia dari pada perawat pasien
- ❖ Pengalaman pasien adalah aspek yang penting

10 Karatif Caring (Watson)

1. Membentuk dan menghargai sistem dan nilai humanistik dan altruistik
2. Menanamkan sikap penuh penghargaan
3. Menanamkan kepercayaan pada diri sendiri dan orang lain
4. Hubungan saling percaya dan saling membantu
5. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif

10 Karatif Caring (Watson) ...

6. Menggunakan metoda sistematis dalam penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan secara kreatif dan individualistik
7. Meningkatkan proses belajar mengajar
8. Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosial, dan spiritual yang protektif, suportif dan korektif
9. Memenuhi kebutuhan manusia dengan penuh penghargaan
10. Mengizinkan untuk terbuka pada eksistensi fisiologis dan spiritual

5 C's

- ❖ Compassion
 - Empati terhadap penderitaan orang lain
 - Ingin menolong, meringankan orang lain
- ❖ Competence
 - Mempunyai pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesional
 - Sepanjang hidup ditingkatkan
- ❖ Confidence
 - Percaya diri
 - Dapat dipercaya
- ❖ Conscience
 - Kata hati/suara hati: benar/salah
- ❖ Commitment
 - Bertanggung jawab
 - Dedikasi

CARING	NON CARING
❖ Hubungan saling percaya	❖ Menghina
❖ Menghargai kehidupan dan kematian	❖ Lepas kontrol
❖ Dapat mengontrol diri	❖ Mengasingkan
❖ Mengurangi pengasingan	❖ Menambah putus asa
❖ Antusias/hope	❖ Menakuti
❖ Memberi kenyamanan	❖ Vulnerable
❖ Murah hati	❖ Depresi
❖ Menghargai filosofi	❖ Melupakan
❖ Pencapaian, kepuasan	
❖ Mencintai keperawatan	
❖ Memberi rasa aman	

**Caring adalah perilaku moral
Ada sebelum kemampuan profesional**

*If there is light in the soul
 There is beauty in the person
 If there is beauty in the person
 There is harmony in the house
 If there is harmony in the house
 There is order in the nation
 If there is order in the nation
 There will be peace in the world*
 (Ancient Chinese Prove)

