



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN *CARING* PERAWAT DENGAN PEMENUHAN
RASA AMAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP
RS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan

**NIKEN SUKESI
0906504890**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2011**

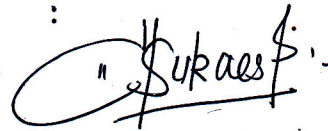
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Niken Sukesi

NIM : 0906504890

Tanda tangan :

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Niken Sukesi", with a large, stylized initial "N" and "S".

Tanggal : 14 Juli 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Niken Sukesi

NPM : 0906504890

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Judul Tesis : Hubungan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman pasien di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Hanny Handiyani, SKp., M.Kep

()


Pembimbing : Efy Afifah, SKp., M.Kes

()

Penguji : Ns.Sukihananto, S.Kep., MKep

()

Penguji : Eva Trisna, SKM., M.Kep

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2011

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT. Atas segala berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian tesis ini yang berjudul “Hubungan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman pasien diruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang” 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 Hanny Handiyani,SKp., M.Kep dan pembimbing II; Ibu Efy Afifah, SKp., M.Kes.

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

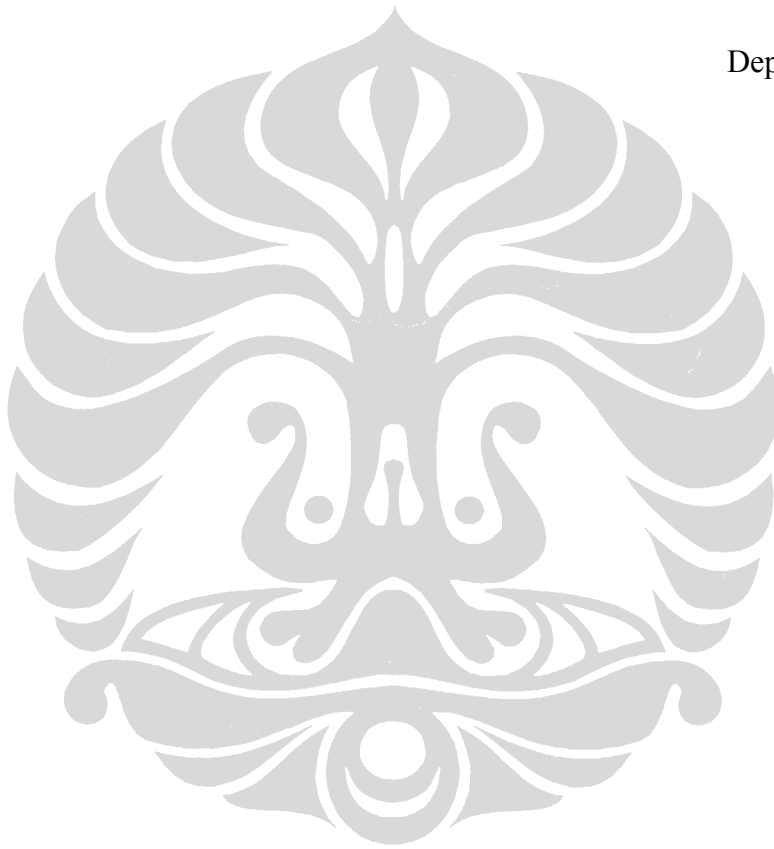
1. Ibu Dewi Irawaty, MA, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, MN selaku Ketua Program Studi Pascasarjana Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc sebagai koordinator mata ajar tesis.
4. Direktur RSI Sultan Agung Semarang yang telah memberikan ijin penelitian.
5. Manajer Keperawatan, Kasie Keperawatan, Kabag Diklat rumah sakit, Karu, Katim dan perawat pelaksana di RSI Sultan Agung Semarang
6. *My dear* Pramana *and my childrens* Hadid Sukma Raganata dan Najma Lail Arasy yang selalu setia menemani sebagai penghibur hati dalam suasana apapun.
7. Ibunda tercinta Rumiwati (Alm) dan ayahanda tercinta Subardi serta kakak dan adikku tercinta yang selalu memberikan semangat lahir dan bathin.
8. Ketua STIKES Widya Husada Semarang beserta Pembantu Ketua I, II dan III yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil cuti untuk menyelesaikan penelitian ini dan dukungannya selama ini.
9. Teman-temanku STIKES Widya Husada (Mulyono, Asih Puji Utami, Dyah Restuningtyas, Wahyuningsih, Maulitha, Sri Hastuti, dll) yang banyak memberikan dukungan dan semangat sampai selesainya penelitian ini.

10. Rekan-rekan mahasiswa program magister manajemen angkatan 2009 (Mulyaningsih, M Rofii, Sari Candra Dewi) yang senasib namun tetap memberikan dukungan dan semangatnya.

Tesis ini masih jauh dari sempurna, sehingga masukan, saran, dan kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan tesis ini. Penulis berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan dapat digunakan sebagai pengembangan awal pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Depok, 14 Juli 2011

Penulis



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

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

Nama : Niken Sukesi

NPM : 0906504890

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Departemen : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

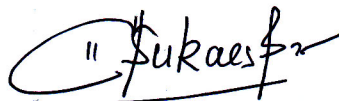
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul “ Hubungan caring perawat dengan pemenuhan rasa aman pasien diruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang” beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif 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.

Depok, 14 Juli 2011

Yang menyatakan



(Niken Sukesi)

ABSTRAK

Nama : Niken Sukesi
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul : Hubungan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman pasien
Di ruang rawat inap RS Islam Sultan Agung Semarang

Perilaku *caring* perawat sangat diperlukan dalam pelayanan keperawatan, karena hal ini dapat mempengaruhi rasa aman pasien. Penelitian *cross sectional* ini bertujuan untuk membuktikan adanya hubungan *caring* perawat dengan rasa aman menurut persepsi pasien. Sampel yang digunakan sebanyak 101 pasien yang diambil dengan total sampling pada periode Mei 2011. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman pasien ($p=0,013$; $\alpha 0,05$). Perawat yang *caring* mempunyai peluang 3,128 kali untuk memberikan rasa aman dibanding yang kurang *caring* setelah dikontrol dengan umur pasien. Perilaku *caring* perawat dijadikan penilaian kinerja untuk memenuhi kebutuhan rasa aman pasien.

Kata kunci:
caring, perawat, pasien, rasa aman

ABSTRACT

Name : Niken Sukesi
Study Program: Postgraduate of nursing
Title : The relationship between nursing caring with security need
patient's in RS Islam Sultan Agung Semarang

The nurse caring behaviors needed in the nursing service, as this may affect patient safety. Cross-sectional study aimed to prove the existence of nurses caring relationship with a sense of security according to the patient's perception. The sample used was taken as many as 101 patients with a total sample period of May 2011. The results of bivariate analysis showed no relationship between the nurses caring for patients with a sense of security compliance ($p = 0.013$; $\alpha 0.05$). Caring for caregivers who have a chance 3.128 times to give a sense of security that is less concerned than once controlled by the age of the patient. The nurse caring behaviors used as a performance assessment to meet the security needs of patients.

Keywords:
caring, nurse, patient, security needs

DAFTAR ISI

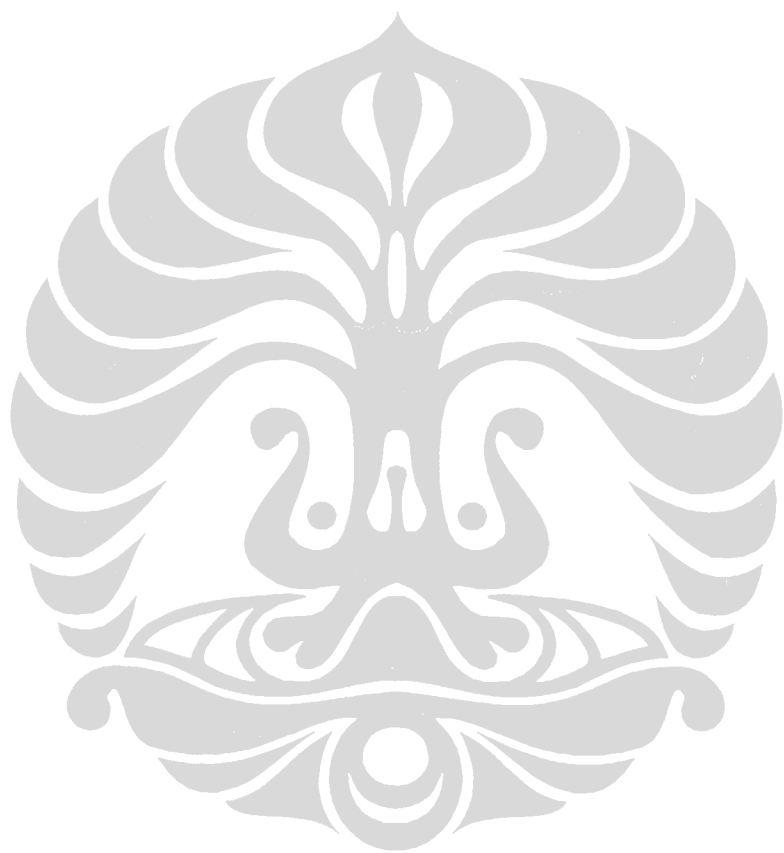
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR DIAGRAM.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan masalah	1
1.3 Tujuan penelitian	8
1.3.1 Tujuan umum.....	8
1.3.2 Tujuan khusus	8
1.4 Manfaat penelitian	9
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Manajemen Keperawatan	10
2.1.1 Pengertian.....	10
2.1.2 Fungsi perencanaan.....	10
2.1.3 Fungsi pengorganisasian.....	11
2.1.4 Fungsi pengaturan staf.....	12
2.1.5 Fungsi pengarahan.....	12
2.1.6 Fungsi pengendalian.....	12
2.2 Rasa Aman	13
2.2.1 Pengertian.....	13
2.2.2 Lingkungan yang mempengaruhi rasa aman.....	13
2.3 Faktor yang mempengaruhi rasa aman.....	18

2.4 <i>Caring</i>	21
2.4.1 Pengertian.....	21
2.4.2 <i>Caring</i> menurut Watson.....	22
2.4.3 <i>Caring</i> menurut Larson.....	28
2.5 Alat ukur perilaku <i>caring</i>	30
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep.....	35
3.2 Hipotesis.....	36
3.3 Definisi Operasional	38
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Rancangan Penelitian.....	40
4.2 Populasi dan Sampel	40
4.3 Waktu dan Tempat Penelitian	42
4.4 Etika Penelitian	42
4.5 Alat Pengumpulan Data	44
4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas	45
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	49
4.8 Pengolahan dan Analisis Data.....	50
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Analisis Univariat	54
5.2 Analisis Bivariat.....	56
5.3 Analisis Multivariat.....	59
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan diskusi hasil.....	62
6.2 Keterbatasan penelitian.....	78
6.3 Implikasi terhadap keperawatan.....	78
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Kesimpulan.....	81
7.2 Saran.....	82
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

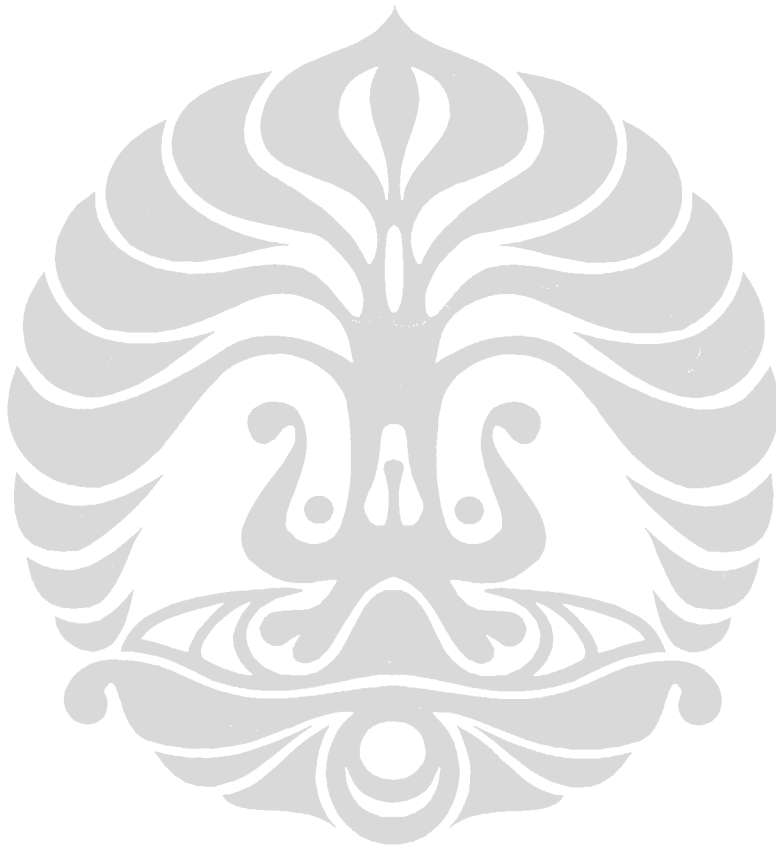
Tabel 2.1	Reliabilitas CBA.....	31
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	38
Tabel 4.1	Distribusi Sampel Penelitian di Ruang Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	42
Tabel 4.2	Hasil Validitas dan Reabilitas Kuesioner <i>Caring</i> dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	47
Tabel 4.3	Analisis Uji Statistik Variabel Penelitian Hubungan <i>Caring</i> dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	52
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Umur, Jenis kelamin, Pendidikan dan Lama Hari Rawat RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011(n=101).....	54
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi <i>Caring</i> Perawat Menurut Persepsi Pasien di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	56
Tabel 5.3	Analisis Hubungan Umur Pasien dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011(n=101).....	57
Tabel 5.4	Analisis Hubungan Jenis Kelamin dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	57
Tabel 5.5	Analisis Hubungan Pendidikan dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	58
Tabel 5.6	Analisis Hubungan Lama dirawat dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	58
Tabel 5.7	Analisis Hubungan <i>Caring</i> dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011(n=101).....	59
Tabel 5.8	Hasil seleksi Bivariat untuk Kandidat Model <i>Caring</i> Perawat di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	60
Tabel 5.9	Pedoman Penilaian Awal Hasil Analisis Regresi pada Variabel <i>Caring</i> dan Karakteristik Pasien dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	60

Tabel 5.10 Pedoman Penilaian Akhir Hasil Analisis Regresi pada Variabel *Caring* dan Karakteristik Pasien dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)..... 61



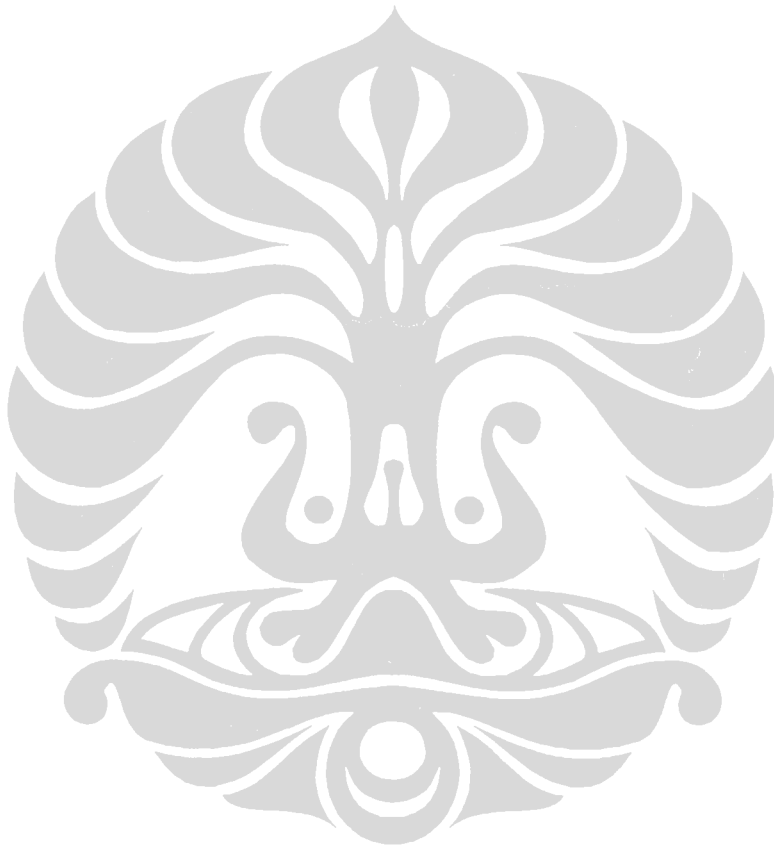
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian.....	33
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Hubungan <i>Caring</i> dengan Pemenuhan Rasa Aman Pasien diruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang.....	36



DAFTAR DIAGRAM

Diagram 5.1 Distribusi Frekuensi Pemenuhan Rasa Aman Pasien di Ruang Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	55
Diagram 5.2 Distribsui Frekuensi <i>Caring</i> Perawat Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101).....	55



DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN 1 : Jadwal Penelitian
- LAMPIRAN 2 : Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- LAMPIRAN 3 : Lembar Persetujuan
- LAMPIRAN 4 : Kuesioner
- LAMPIRAN 5 : Kisi-kisi instrumen
- LAMPIRAN 6 : Surat Permohonan Ijin Penelitian
- LAMPIRAN 7 : Surat Permohonan Ijin Uji Instrumen
- LAMPIRAN 8 : Surat Balasan Permohonan Ijin Penelitian
- LAMPIRAN 9 : Jadwal Pengambilan Sampel Penelitian di RS Islam Sultan
Agung Semarang, Mei 2011
- LAMPIRAN 10 : Daftar Riwayat Hidup



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini menguraikan tentang latar belakang, perumusan masalah, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian tentang hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman pasien. Latar belakang menjelaskan tentang fenomena yang terjadi di rumah sakit, sehingga dari fenomena tersebut dapat dirumuskan masalahnya.

1.1 Latar Belakang

Kepuasan pasien terhadap pelayanan dan asuhan keperawatan merupakan kepuasan akan rasa aman dan tentram selama dirawat di rumah sakit. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow bahwa kebutuhan akan rasa aman merupakan kebutuhan pada level kedua apabila kebutuhan fisiologis pasien terpenuhi (Potter & Perry, 2005). Kebutuhan akan rasa aman adalah sistem yang meliputi pengenalan risiko, identifikasi, dan pengelolaan berhubungan dengan risiko, pelaporan dan analisis insiden (Depkes, 2008). Kebutuhan akan rasa aman pasien dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap rumah sakit, sehingga diperlukan pelayanan yang prima salah satunya pelayanan asuhan keperawatan.

Pelayanan asuhan keperawatan yang aman merupakan cermin perilaku perawat dalam penerapan pedoman asuhan kepada pasien. Perilaku yang disiplin merupakan perilaku yang taat dan patuh dalam peraturan. Perawat bertanggung jawab penuh terhadap keamanan diri pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, karena selama 24 jam perawat yang bekerja memberikan pelayanan. Pelaksanaan pemberian asuhan untuk keamanan pasien yang sebagian di antaranya secara klinik dibagi bersama dengan dokter dan secara lingkungan dengan pekerja (Sulastomo, 2007).

Pelaksanaan pemberian asuhan rasa aman merupakan wujud dari mutu pelayanan bagi petugas kesehatan berarti bebas melakukan segala sesuatu yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien. Petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan harus sesuai dengan ilmu pengetahuan, keterampilan yang maju, dan

komitmen serta motivasi petugas (Dona Bedian 1980, dalam Wijono, 2007). Perawat mempunyai peranan penting dalam pencapaian tujuan pelayanan kesehatan dengan memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara prima. Akontabilitas perawat dapat ditunjukkan dengan melalui pelayanan profesional dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sebagai metodologinya. Perawat dituntut untuk terus menerus mengembangkan potensi dan kemampuan menuju kearah profesionalisme keperawatan dengan menerapkan konsep yang mendasari bidang profesi berupa bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual yang merupakan kebutuhan manusia untuk hidup serasi dan seimbang (Dwidiyanti, 2007). Lingkungan pelayanan kesehatan dan komunitas yang aman merupakan hal yang penting untuk kelangsungan hidup pasien.

Lingkungan yang aman di rumah sakit merupakan lingkungan yang bebas dari ancaman kesehatan. Lingkungan yang tidak aman dapat membahayakan rasa aman pasien di rumah sakit yang dapat mengakibatkan cedera atau jatuh. Tideiskaar (1989) dalam Potter & Perry (2005) jatuh yang sering terjadi pada usia lansia, karena pada lansia terjadi perubahan fisiologis sehingga meningkatkan risiko pasien untuk jatuh. Status mobilisasi merupakan faktor sering terjadinya pasien jatuh. Perubahan mobilisasi akibat kelemahan, kelumpuhan dan koordinasi atau keseimbangan yang buruk merupakan faktor yang berpotensi untuk jatuh (Potter & Perry, 2005; Susan 2009). Pemenuhan kebutuhan rasa aman tidak hanya lingkungan fisik saja yang diperhatikan tetapi juga meliputi lingkungan psikologis yang mempengaruhi kesembuhan pasien, sehingga diperlukan peningkatan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Perawat dalam meningkatkan asuhan keperawatan untuk kebutuhan rasa aman pasien hendaknya menerapkan penggunaan *caring*. *Caring* merupakan inti atau fokus dalam keperawatan sebagai bentuk praktik keperawatan profesional. *Caring* menurut Potter & Perry (2005) adalah memberikan perhatian penuh pada klien saat memberikan asuhan keperawatan. Sedangkan menurut Koziar (1995), *caring* menekankan pada keteguhan hati, kemurahan hati, janji, tanggung jawab, yang mempunyai kekuatan atau motivasi untuk melakukan upaya memberi

perlindungan dan meningkatkan martabat klien. *Caring* merupakan perilaku perawat dalam pemberian asuhan atau perawatan dengan perhatian penuh untuk kesembuhan.

Perilaku perawat yang berlandaskan pada *caring* dapat memberikan kepuasan pada pasien. Perilaku *caring* dalam praktik keperawatan sehari-hari belum banyak diterapkan oleh perawat, karena masih ada ditemuinya perawat yang judes, tidak sopan, pemarah, membentak, dan tidak tanggap pada pasien. Hal ini didukung oleh penelitian Rahayu (2001) bahwa asuhan keperawatan dilihat dari sikap *caring* tampak adanya kondisi yang kurang positif, terlihat pada proporsi perawat yang *caring* 51,9% dan tidak *caring* 49,1%. Hasil penelitian yang sama dilaporkan oleh Muhasidah (2002) bahwa distribusi perawat yang *caring* 49,7% dan yang tidak *caring* 50,3%. Perawat yang berperilaku *caring* diharapkan dapat meningkatkan kesembuhan pasien.

Pasien merupakan orang yang kontak langsung dengan pelayanan keperawatan yang diberikan sekaligus menjadi pelanggan tetap yang diharapkan dapat menambah nilai usaha dan secara terus-menerus memberikan manfaat bagi rumah sakit dan loyalitas terhadap rumah sakit (Wijono, 2007). Meningkatkan loyalitas pasien terhadap rumah sakit perlu peningkatan mutu jasa pelayanan kesehatan yang merupakan suatu upaya untuk memberikan perlindungan kepada klien sebagai konsumen.

Undang-undang Republik Indonesia No 8 tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen menjelaskan salah satu tujuan dari perlindungan konsumen adalah meningkatkan kualitas kenyamanan, keamanan, dan keselamatan konsumen. Upaya yang dilakukan dalam meningkatkan perlindungan konsumen salah satunya dengan cara mengoptimalkan kinerja perawat dengan memberikan pelayanan yang profesional. Yusrizal (2001) melaporkan bahwa kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan keperawatan menunjukkan adanya kecenderungan yang kurang menggembirakan. Proporsi klien yang puas dan tidak puas tidak terlalu jauh berbeda yaitu 52,5% dan 47,5%. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan

lebih menekankan pada perilaku *caring* yang bersifat fisik atau kebiasaan manusia.

Perilaku *caring* yang bersifat fisik atau kebiasaan saja tentunya tidak sesuai dengan tuntutan paradigma dunia kesehatan terutama di RSI Sultan Agung Semarang. Rumah Sakit ini bertekad menjadi institusi kesehatan masyarakat yang memberikan pelayanan kesehatan secara profesional, islami dan modern serta dikelola dengan semangat *fastabiqulkhairat* (mencapai kebaikan) dengan dukungan sumberdaya insani yang *berakhlakul karimah* (berakhlak mulia). Rumah Sakit ini berupaya menjadi mitra masyarakat di dalam melayani kebutuhan dan pelayanan kesehatan. Upaya untuk menjadikan RS yang ada di hati masyarakat yaitu dengan meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dan penambahan alat-alat medis.

Mutu dari rumah sakit ditunjang dengan adanya sumber daya manusia salah satunya perawat. Perawat dan kepala ruang di RSI Sultan Agung berjumlah 73 orang untuk lima ruang (Baitul Rahman, Baitus Salam, Baitur Rijal, Baitul Izzah, Baitus Syifa) dengan tingkat pendidikan D3 keperawatan untuk perawat pelaksana dan Sarjana Keperawatan untuk kepala ruang.

Peneliti melakukan survey kepada pasien melalui wawancara pada delapan pasien di ruang rawat inap yang berbeda secara acak pada bulan November 2010 sampai Januari 2011, yaitu mengenai *caring* perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diterima dan dirasakan saat ini. Hasil wawancara ada dua pasien mengatakan perawat baik dalam melayani pasien, dua pasien mengatakan perawat kurang tanggap terhadap pasien, empat pasien mengatakan perawat judes, cerewet dan kurang begitu jelas dalam memberikan informasi tentang penyakitnya, terlalu sibuk dengan pekerjaannya, dan kurang memperhatikan pasien terkait dengan keyakinan dan kepercayaan pasien.

Data dari rekam medis pada bulan Desember 2010 dari rata-rata jumlah pasien sebanyak 152 didapatkan data terkait masalah keperawatan yang muncul pada

pasien untuk yaitu masalah cemas sebanyak 46,7% pasien dengan etiologi kurang pengetahuan, efek hospitalisasi, dan pre operasi sedangkan untuk masalah risiko jatuh terdapat 14,5% dengan etiologi pascaoperasi, dan kesadaran menurun. Hasil penyebaran kuesioner yang dilakukan oleh Gugus Kendali Mutu (GKM) RSI Sultan Agung pada bulan Januari 2011 didapatkan data dari 163 pasien di ruang rawat inap yang berbeda yang menyatakan puas dengan pelayanan perawat sebanyak 47.8% puas dan tidak puas 52.2%. Ketidakpuasaan tersebut meliputi komunikasi perawat yang kurang, pemenuhan kebutuhan BAB dan BAK, tidak memperkenalkan diri perawat, dan tidak menghiraukan panggilan pasien. Bulan Februari 2011 terkait dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan dokter, perawat dan fasilitas rumah sakit dari 168 pasien secara acak didapatkan hasil bahwa 53,6% menyatakan tidak puas dengan pelayanan dan fasilitas. Kritik dan saran yang disampaikan oleh pasien meliputi pengunjung yang tidak dibatasi sehingga pasien tidak bisa istirahat, siang hari suara bising, kunjungan dokter jamnya tidak pasti, sehingga membuat pasien gelisah, banyak nyamuk pada malam hari baik di kelas II dan III, lantai basah karena gentingnya bocor pada saat hujan terutama di ruang Batul Izzah, dan perawat bila dipanggil tidak tanggap.

Peneliti melakukan wawancara kembali pada lima pasien yang berbeda pada bulan Februari 2011, bahwa dari lima pasien mengatakan bahwa perawat jarang berkomunikasi dengan pasien, tidak pernah memberikan penyuluhan kesehatan, tidak pernah memberikan bimbingan spiritual, perawat dalam melakukan tindakan keperawatan jarang melibatkan keluarga, dan perawat sibuk dengan pekerjaannya sendiri-sendiri. Hasil observasi peneliti selama tiga kali di semua ruang rawat inap perawat melakukan operan pada pagi hari dengan keliling kamar pasien sekaligus melakukan monitor terkait perkembangan pasien, tetapi hal ini tidak dilakukan pada operan siang atau malam pada semua ruang.

Hasil observasi di satu ruang rawat inap di RSI Sultan Agung didapatkan data bahwa perawat sibuk dengan pekerjaannya sendiri sehingga pada saat pasien akan pulang tidak ada perawat yang mendampingi pasien dan keluarga. Kejadian ini membuat pasien dan keluarga marah karena merasa perawat kurang peduli kepada

pasien. RSI Sultan Agung belum pernah dilakukan penelitian terkait dengan *caring* perawat sehingga peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tersebut.

Hasil wawancara dengan pasien di ruang rawat inap pada Februari 2011 terkait dengan lingkungan fisik yang mempengaruhi rasa aman didapatkan hasil dari kelima pasien mengatakan bahwa ruangan bising baik siang atau malam hari. Ruangan bising karena jumlah pengunjung yang datang tidak dibatasi dan jam pengunjungpun tidak ditepati. Jendela tidak bisa dikunci. Ventilasi cukup sirkulasi udara keluar masuk baik, kebersihan lantai ruangan dan kamar mandi sangat bersih dan tidak licin sehingga pasien merasa nyaman. Perawat tidak pernah menganjurkan pasien untuk cuci tangan baik sebelum dan sesudah makan atau melakukan tindakan, makanan yang disediakan bersih tapi tidak hangat, tidak ada alat atau nyamuk, perawat atau petugas kesehatan tidak pernah menginformasikan tentang penggunaan alat pemadam kebakaran dan evakuasi.

Hasil observasi terdapat alat pemadam kebakaran di setiap ruangan yang masih dapat digunakan, ada petunjuk evakuasi dan pintu keluar, tempat cuci tangan hanya di ruang perawatan saja, setiap tangga diberikan pegangan. Hasil wawancara dengan ketiga Kepala Bagian Keperawatan pada bulan April 2011 didapatkan data bahwa setiap bulan minimal ada satu pasien yang jatuh dari tempat tidur di ruang rawat inap tetapi laporan tersebut tidak didokumentasikan.

Rekap komplain atau kotak saran dari Kepala Bagian Humas pada bulan Januari – Maret 2011 didapatkan data yang masuk sebanyak 59 diantaranya ada 20 komplain didapatkan bahwa pasien dan keluarganya mengeluhkan prosedur rawat inap terlalu lama, mutu perawatan minta lebih ditingkatkan lagi, jendela ruang rawat inap tidak dapat dikunci, tidak ada pengaman untuk beranda sehingga takut jatuh, tata tertib kunjungan pasien tidak di tepati sehingga pasien tidak bisa tidur dengan tenang, proses pasien pulang untuk pengambilan obat terlalu lama tiga sampai empat jam, tempat tidur ada yang rusak, tutup kloset rusak sehingga menimbulkan bau tidak sedap, visite dokter tidak pasti, perawatnya judes, jarang berkomunikasi dengan pasien, kalau dipanggil tidak segera datang.

Data lingkungan psikologis didapatkan dari hasil wawancara dengan lima pasien yang mempengaruhi rasa aman, didapatkan lima pasien mengatakan dokter datang sewaktu-waktu tidak berdasarkan jam kerja. Pasien menunggu kedatangan dokter tanpa kejelasan waktunya, meskipun perawat sudah menjelaskan. Pendapat ini diperkuat oleh tiga perawat yang mengatakan visit dokter tergantung dengan kesibukan dokter, sehingga datangnya tidak dapat dipastikan, dan pasien tidak diorientasikan ruangan pada saat masuk, perawat jarang memberikan informasi tentang kesehatan atau kondisi pasien. Rekap data dari kotak saran pada bulan Januari 2011 didapatkan data bahwa ada dokter yang merujuk pasien ke RSI Sultan Agung Semarang telah menunjuk dokter yang diinginkan oleh pasien tetapi ternyata dokter yang merawat pasien berbeda.

Melihat besarnya masalah dan pentingnya *caring* dalam asuhan keperawatan dan kesehatan. Peneliti ingin mengetahui hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman pasien di ruang rawat inap dewasa di RSI Sultan Agung Semarang.

1.2 Rumusan Penelitian

Survey kepada delapan pasien didapatkan hasil bahwa perawat kurang tanggap, kurang peduli dan hanya dua pasien yang mengatakan perawat baik. Data dari RSI Sultan Agung lebih dari separuh pasien yang tidak puas dengan pelayanan perawat. Hasil penyebaran kuesioner yang dilakukan oleh RSI Sultan Agung pada bulan Januari 2011 didapatkan data dari 163 pasien di ruang rawat inap yang berbeda yang menyatakan puas dengan pelayanan perawat sebanyak 47,8% orang dan tidak puas 52,2% orang. Peneliti melakukan wawancara pada lima pasien yang berbeda pada bulan Februari 2011, bahwa dari lima pasien termasuk mengatakan bahwa perawat jarang berkomunikasi dengan pasien, tidak pernah memberikan penyuluhan kesehatan, tidak pernah memberikan bimbingan spiritual, perawat dalam melakukan tindakan keperawatan jarang melibatkan keluarga, dan perawat sibuk dengan pekerjaannya sendiri-sendiri. Angka kejadian yang mendukung rasa tidak aman dengan lingkungan fisik didapatkan hasil pasien mengatakan bahwa ruangan bising baik siang atau malam hari. Ruangan bising karena jumlah pengunjung yang datang tidak dibatasi dan jam pengunjungpun

tidak ditepati. Hasil wawancara dengan Kepala Bagian Keperawatan setiap bulan minimal ada satu pasien yang jatuh. Lingkungan psikologis yang mempengaruhi rasa aman, didapatkan data pasien mengatakan dokter datang sewaktu-waktu tidak berdasarkan jam kerja. Pasien menunggu kedatangan dokter tanpa kejelasan waktunya, meskipun perawat sudah menjelaskan. Perawat tidak pernah menganjurkan kepada pasien untuk cuci tangan baik sebelum dan sesudah makan atau beraktifitas. Pasien tidak diorientasikan ruangan pada saat masuk, penggunaan alat pemadam kebakaran dan evakuasi pada saat ada bahaya.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, maka dapat dirumuskan masalah penelitian belum diketahuinya hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman pasien di ruang rawat inap di RSI Sultan Agung Semarang.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman pasien dengan memperhatikan karakteristik pasien di ruang rawat inap RS Islam Sultan Agung Semarang.

1.3.2 Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan agar dapat teridentifikasinya:

- 1.3.2.1 Gambaran pemenuhan rasa aman pasien di ruang rawat inap RS Islam Sultan Agung Semarang.
- 1.3.2.2 Gambaran *caring* perawat di ruang rawat inap RS Islam Sultan Agung Semarang.
- 1.3.2.3 Karakteristik pasien di RSI Sultan Agung Semarang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan lamanya dirawat.
- 1.3.2.4 Hubungan karakteristik pasien (umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama hari rawat pasien) dengan pemenuhan rasa aman di RSI Sultan Agung Semarang
- 1.3.2.5 Hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman di RSI Sultan Agung Semarang.

1.3.2.6 Faktor yang paling berpengaruh (*caring*, umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama hari rawat pasien) dengan pemenuhan rasa aman di RSI Sultan Agung Semarang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini memberikan informasi hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman pasien. Penelitian ini bermanfaat untuk pembinaan kinerja perawat yang tidak menerapkan *caring* dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang masih kurang, khususnya dalam pengembangan hubungan perawat pasien sehingga kepuasan pasien meningkat dengan adanya pemenuhan rasa aman. Manfaat bagi pasien sendiri adalah adanya peningkatan pelayanan yang diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien dan fasilitas fisik yang mendukung pemenuhan rasa aman.

1.4.2 Bagi Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini memperkaya wawasan ilmu keperawatan, khususnya perawat yang belum menerapkan pengetahuan dalam menerapkan *caring* terhadap pasien. Bahan rujukan khususnya yang berhubungan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan tentang *caring* dan bahan evaluasi kinerja perawat dalam memberikan asuhan untuk memenuhi kebutuhan rasa aman pasien.

1.4.3 Bagi Penelitian

Penelitian ini menambah jumlah penelitian tentang *caring* dalam pemberian asuhan keperawatan dengan mengembangkan metode penelitian yang berbeda-beda, memberikan informasi data lanjutan bagi penelitian selanjutnya di area manajemen keperawatan untuk menggunakan pendekatan dan/ metode lain dalam upaya peningkatan *caring* perawat dalam pemenuhan kebutuhan rasa aman pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan mengenai teori-teori sebagai pendukung dalam penelitian yang berhubungan dengan masalah yang diteliti. Teori tersebut menguraikan mengenai konsep rasa aman dan *caring*.

2.1 Manajemen keperawatan

2.1.1 Pengertian

Manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga dan masyarakat (Gillies, 1996). Manajemen diperlukan dalam setiap organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Manajemen merupakan suatu proses menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Manajemen keperawatan merupakan rangkaian fungsi dan aktivitas yang secara simultan saling berhubungan dalam menyelesaikan pekerjaan melalui anggota staf keperawatan untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi pelayanan keperawatan yang berkualitas (Gillies, 1996; Marquis & Huston, 2003). Tujuan pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat tercapai apabila manager keperawatan mulai dari tingkat atas hingga bawah mampu melaksanakan fungsi manajemen dengan baik. Fungsi manajemen menurut Marquis dan Huston (1998; 2003) meliputi:

2.1.2 Fungsi perencanaan

Perencanaan merupakan fungsi pertama dari manajemen. Perencanaan adalah proses menentukan pilihan diantara beberapa alternatif untuk memberikan pandangan kedepan mengenai hal yang akan dikerjakan dalam mencapai tujuan. Perencanaan harus dapat menjawab apa yang akan dilakukan, siapa yang melakukan, bagaimana, kapan, dan dimana hal tersebut dilaksanakan. Perencanaan meliputi penetapan visi, misi, filosofi, tujuan, rencana operasional, strategi, kebijakan, prosedur, dan aturan (Gillies, 1996; Marquis & Huston, 2003). Perencanaan yang dijalankan oleh kepala ruang berkaitan dengan *caring* perawat

dan rasa aman pasien maupun perawat antara lain merencanakan dan menetapkan tujuan, standar, prosedur, kebijakan maupun aturan mengenai rasa aman pasien dan perawat. Perencanaan ini sangat diperlukan karena menjadi acuan bagi perawat dalam bekerja.

2.1.3 Fungsi pengorganisasian

Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk tujuan mencapai objektif, penugasan suatu kelompok manajer dengan otoritas pengawasan setiap kelompok, dan menentukan cara dari pengorganisasian aktivitas yang tepat dengan unit lain, baik secara vertikal maupun horisontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai objektif organisasi (Swansburg, 1993). Pada tahap pengorganisasian ini hubungan ditetapkan, prosedur diuraikan, perlengkapan disiapkan, dan tugas diberikan (Marquis & Huston, 2003). Fungsi organisasi harus terlihat pembagian tugas dan tanggungjawab staf yang akan melakukan kegiatan masing-masing (Notoatmodjo, 2003). Fungsi pengorganisasian yang dijalankan oleh kepala ruang berkaitan dengan keselamatan, antara lain menentukan staf yang terlibat dalam kegiatan keselamatan pasien maupun perawat, menentukan tugas dan tanggung jawab yang jelas kepada staf dalam kegiatan tersebut.

2.1.4 Fungsi pengaturan staf

Pengaturan staf (*staffing*) merupakan fase ketiga dari proses manajemen. Ketenagaan adalah pengaturan proses mobilisasi potensi dan pengembangan sumber daya manusia dalam memenuhi tugas untuk mencapai tujuan individu, dan organisasi (Suyanto, 2009). Manajer merekrut, memilih, memberikan orientasi, dan meningkatkan perkembangan individu untuk mencapai tujuan organisasi (Marquis & Huston, 2003). Kepala ruang menjalankan fungsi ini antara lain dengan merencanakan kebutuhan staf perawat, menyusun jadwal dinas, memberikan orientasi bagi staf baru mengenai kebijakan, aturan maupun standar keselamatan yang harus ditaati dalam bekerja.

2.1.5 Fungsi pengarahan

Fase pengarahan meliputi memotivasi staf dan menciptakan suasana yang memotivasi, membina komunikasi organisasi, menangani konflik, memfasilitasi kerjasama, dan negosiasi (Marquis & Huston, 2003). Pengarahan yang dilakukan oleh manajer dapat berfungsi untuk menciptakan kerjasama yang efisien, mengembangkan kemampuan dan ketrampilan staf, menimbulkan rasa memiliki dan menyukai pekerjaan, mengusahakan suasana lingkungan kerja yang dapat meningkatkan motivasi dan prestasi kerja (Swansburg, 1993).

2.1.6 Fungsi pengendalian

Pengendalian merupakan proses terakhir dari fungsi manajemen. Menurut Urwick dalam Swansburg (1993) pengertian pengendalian adalah bahwa segala sesuatu dilaksanakan sesuai dengan rencana yang disepakati, instruksi yang telah diberikan, serta prinsip-prinsip yang telah diberlakukan.

Pengendalian merupakan suatu proses pemantauan prestasi dan pengambilan tindakan untuk menjamin hasil yang diharapkan, tampak seperti mengawasi bahwa segala sesuatunya berjalan secara tepat pada waktu yang tepat. Manajer mengukur kinerja menggunakan standar yang telah ditentukan sebelumnya dan mengambil tindakan untuk mengoreksi ketidakcocokan antara standar dan kinerja yang sebenarnya (Marquis & Huston, 2003).

Kepala ruang melaksanakan evaluasi terhadap tindakan penerapan keselamatan pasien dan perawat dalam pemberian asuhan kepada pasien. Tindakan ini diperlukan untuk menjamin hasil yang diharapkan yaitu keselamatan telah tercapai. Pengendalian diperlukan untuk mengatur kegiatan agar berjalan sesuai rencana, mencari jalan keluar atau pemecahan apabila terjadi hambatan pelaksanaan kegiatan. Pengendalian yang dikerjakan dengan baik dapat menjamin semua tujuan dari individu atau kelompok konsisten dengan tujuan jangka pendek maupun jangka panjang dari organisasi (Notoatmodjo, 2003).

2.2 Rasa aman

2.2.1 Pengertian

Rasa aman merupakan keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis. Rasa aman adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi.

Lingkungan pelayanan kesehatan yang aman merupakan hal yang penting untuk kelangsungan hidup pasien. Perawat harus mengkaji bahaya yang mengancam keamanan klien dan lingkungan sehingga diperlukan intervensi (Potter & Perry, 2005). Kamus bahasa Indonesia (2008) mengartikan bahwa aman adalah bebas dari bahaya, bebas dari gangguan, terlindungi, tidak mengandung risiko (pengobatan), dan tenteram (tidak merasa takut atau khawatir). Aman adalah bebas dari bahaya, risiko cedera dan perasaan takut baik fisik atau psikologis (Carol, 1997; Potter& Perry, 2005; Rosdahl, 1999).

2.2.2 Lingkungan yang mempengaruhi rasa aman

Faktor yang mempengaruhi rasa aman adalah lingkungan. Lingkungan yang aman merupakan satu kebutuhan dasar yang harus terpenuhi sehingga bahaya fisik akan berkurang, penyebaran organisme patogen akan berkurang, sanitasi dapat dipertahankan dan polusi dapat dikontrol. Hal ini ditegaskan oleh Depkes, (2008) bahwa lingkungan atau konstruksi rumah sakit diusahakan tidak membahayakan keamanan pasien, karyawan, dan masyarakat umum yang tinggal di sekitarnya. Potter & Perry (2005) bahwa lingkungan pasien yang aman dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikologis.

Perawat berperan aktif dalam usaha pemberian rasa aman pasien untuk menghindari cedera yang diakibatkan oleh lingkungan. Hal ini didukung oleh Henderson (1977) bahwa perawat berada dalam posisi untuk mempromosikan pembangunan gedung, pembelian peralatan dan jenis perawatan yang meminimalkan risiko cedera mekanis fisik dan peran perawat yaitu membantu pasien terlindungi dari cedera seperti jatuh, kebakaran, keracunan, penyebaran mikroorganisme di lingkungan. Faktor tersebut yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup pasien.

2.2.2.1 Lingkungan fisik

Lingkungan fisik terkait dengan kebutuhan fisiologis pasien. Kebutuhan fisiologis ini merupakan kebutuhan yang diperlukan untuk mencapai kebutuhan keamanan. Kebutuhan tersebut meliputi:

a. Oksigenasi

Rumah sakit diperlukan alat pendeteksi karbon monoksida untuk mencegah penurunan jumlah oksigen yang tersedia. Peran perawat dalam memenuhi kebutuhan oksigenasi dapat dengan pemberian kanul dan masker untuk pemenuhan oksigenasi atau dengan mengatur tempat tidur sedemikian rupa untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi pasien (Barbara, 2003). Pemberian oksigen pada pasien dibutuhkan peraturan khusus atau operasional prosedur yang harus dilakukan oleh perawat (McClellan, 2010).

b. Kelembaban

Kelembaban udara dalam lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan dan keamanan pasien. Susan (2009) kenyamanan pada kelembaban antara 30-50%, bila terlalu lembab menyebabkan kulit dan pernafasan menjadi kering. Cuaca panas dan lembab akan menyebabkan orang tidak nyaman, sehingga akan lebih nyaman pada suhu 32,2°C dengan kelembaban 30% daripada pada suhu 32,2°C dengan kelembaban 85% (Potter & Perry, 2005). Peningkatan kelembaban lingkungan dapat menghasilkan keuntungan terapeutik disertai dengan peletakan alat pelembab udara diruangan dapat mengencerkan dahak bagi pasien dengan infeksi saluran pernafasan.

c. Nutrisi

Pemenuhan kebutuhan nutrisi secara adekuat dan aman memerlukan kontrol lingkungan dan pengetahuan. Williams (1994) dalam Potter & Perry (2005) penyebab keracunan pada makanan selain bakteri juga virus hepatitis A yang disebarkan melalui kontaminasi feses terhadap makanan, air atau susu.

Tindakan pencegahan dapat dilakukan dengan cara cuci tangan sebelum mengolah makanan, pemasakan yang adekuat, serta penyimpanan yang tepat dan pendinginan makanan yang mudah membusuk. Peran perawat dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dengan berbagai cara yaitu menghadirkan makanan dengan temperature yang tepat dan lingkungan yang menyenangkan, pintu kamar mandi ditutup dan pewangi ruangan harus digunakan untuk bau yang tidak sedap, pasien diminta cuci tangan dan bantu duduk ditempat tidur atau turun dari tempat tidur (Barbara, 2003).

d. Suhu yang optimum

Suhu lingkungan yang nyaman bervariasi untuk setiap individu, tetapi suhu yang nyaman dalam rentang 18,3-23,9°C. Menurut Susan (2009) temperatur bagi anak dan dewasa pada ruangan rawat inap pasien antara 68°C dan 74°C atau 20°C dan 23°C sedangkan untuk ruang operasi dan ICU berbeda biasanya lebih dingin.

Lansia dan bayi merupakan populasi yang berisiko terbesar mengalami cedera akibat panas yang ekstrem (Potter & Perry, 2005).

Ventilasi di rumah sakit harus mendapat perhatian yang khusus. Bila menggunakan sistem pendingin, hendaknya dipelihara dan dioperasikan sesuai buku petunjuk sehingga dapat menghasilkan suhu, aliran udara, dan kelembaban nyaman bagi pasien dan karyawan.

e. Pencahayaan

Pencahayaan yang tidak adekuat dapat mengakibatkan bahaya fisik, bila pencahayaan kurang maka di mana pasien berada akan mengakibatkan pasien berisiko untuk jatuh. Hal ini didukung oleh Depkes (2008) dan Susan (2009) bahwa semua area rumah sakit harus mempunyai pencahayaan yang cukup untuk mendukung kenyamanan dan penyembuhan pasien serta untuk mendukung kinerja karyawan dalam melakukan tugasnya.

f. Penghalang fisik

Penghalang fisik ini merupakan penyebab terjadinya cedera. Biasanya disebabkan oleh lantai licin dan lemari. Risiko jatuh ini dapat dialami oleh semua usia, tetapi risiko terbesar adalah lansia. Untuk mengurangi risiko cedera, semua penghalang fisik dipindahkan dari tempat lalu lalang lainnya. Barang-barang milik pasien harus ditempatkan di atas meja pasien supaya mudah terjangkau oleh pasien. Meja dipastikan oleh perawat aman dan meja mempunyai kaki yang stabil dan lurus. Tempat tidur pasien diberikan penghalang tempat tidur untuk menghindari pasien terjatuh (Barbara, 2003).

g. Kondisi kamar mandi

Kecelakaan seperti jatuh, kebakaran dan keracunan seringkali terjadi didalam kamar mandi. Pegangan yang mudah terlihat dan aman serta perekat yang berwarna dan tidak licin berguna untuk mengurangi risiko jatuh dalam bak mandi. Tempat toilet duduk diberi pegangan tangan dan alas yang tidak licin pada lantai depan juga berguna untuk mengurangi bahaya yang ada di kamar mandi (Tideiksaar, 1989 dalam Potter & Perry 2005). Pasien melaporkan kepada perawat bila lantai basah dan pasien dianjurkan mengenakan sandal dan pakaian yang longgar ketika berjalan di kamar mandi (McClean, 2010). Bagunan rumah sakit harus memenuhi aspek keamanan antara lain pegangan sepanjang tangga, toilet dilengkapi dengan pegangan dan bel, serta pintu dapat dibuka dari luar dan dalam (Depkes, 2008).

h. Transmisi patogen

Patogen merupakan mikroorganisme yang menyebabkan penyakit. Salah satu metode yang efektif untuk membatasi penyebaran patogen ialah dengan cuci tangan sesuai dengan tehnik aseptik. Pasien harus diinstruksikan untuk mencuci tangan dengan tehnik benar dan dimotivasi untuk sering melakukannya di rumah dan rumah sakit. McClean (2010) dalam penelitiannya menjelaskan untuk mencegah infeksi perawat, pengunjung dan pasien diharuskan cuci tangan, tutup mulut dan hidung bila batuk dan bersin. Hal ini didukung oleh Henderson (1977)

untuk mencegah pasien dari penyebaran infeksi, perawat melakukan cuci tangan, menggunakan masker, dan sarung tangan.

i. Kebisingan

Suara yang terlalu tinggi dan sering akan mengganggu keamanan pasien karena akan mengakibatkan kebisingan sekaligus gangguan pendengaran. Kepmenkes nomor 1204 tahun 2004 bahwa kebisingan adalah terjadinya bunyi yang tidak dikehendaki sehingga mengganggu dan/atau membahayakan kesehatan. Susan (2009) rumah sakit merupakan tempat yang tenang dan jauh dari kebisingan karena akan mengganggu istirahat pasien. Bangunan dan ruangan di rumah sakit mempunyai sistem pemadam kebakaran yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Rumah sakit harus terdapat alat deteksi kebakaran seperti alarm kebakaran di dinding atau detektor asap pada langit (Depkes, 2008).

2.2.2.2 Lingkungan Psikologis

Lingkungan secara psikologis yang mempengaruhi rasa aman pasien merupakan lingkungan yang asing bagi pasien yang baru datang, sehingga pasien harus beradaptasi terlebih dahulu dengan rumah sakit. Craven & Hirnle (2000) mendefinisikan rasa aman pasien secara psikologis dapat dicegah dengan memberikan informasi yang adekuat kepada pasien terkait dengan pelaksanaan tindakan keperawatan. Tarwoto & Wartunah (2003) menjelaskan salah satu penyebab rasa tidak aman pasien adalah kurangnya informasi tentang keamanan, kedatangan dokter yang tidak pasti dan belum dilakukannya orientasi ruangan kepada pasien baru. Berkomunikasi dengan orang lain dan mengekspresikan emosi, keinginan, rasa takut dan pendapat pasien harus didengarkan oleh perawat. McClean (2010) dalam penelitiannya bahwa lingkungan psikologis meliputi adanya himbauan pengunjung dan pasien untuk tidak merokok di lingkungan rumah sakit, adanya identifikasi staff yang jelas dalam hal ini adalah perawat (memperkenalkan diri pada pasien), kejelasan pemberian obat kepada pasien (perawat menjelaskan tujuan pemberian obat, nama obat, efek samping).

Perawat menjadi penterjemah dalam hubungan klien dengan tim kesehatan lain dalam memajukan kesehatannya, dan membuat pasien mengerti akan dirinya sendiri, juga mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik (Craven & Hirnle, 2000, Potter & Perry, 2005). Depkes (2008) bahwa rumah sakit harus mempunyai lingkungan yang mendukung kenyamanan pasien, keluarga, dan pengunjung secara psikologis. Rumah sakit melakukan latihan kebakaran dan bencana secara teratur dan perawat menginformasikan kepada pasien bila terjadi kebakaran atau bencana (McClellan, 2010).

2.3 Faktor yang mempengaruhi pemenuhan rasa aman yang dipersepsikan pasien

Perilaku perawat yang dipersepsikan oleh pasien sebagai penerima perilaku tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi pasien. Robbins (2003) Persepsi adalah suatu proses yang ditempuh individu untuk mengorganisasikan dan menafsirkan kesan indera individu agar memberi makna kepada lingkungan individu tersebut. Persepsi merupakan suatu proses dimana individu mengatur dan menginterpretasikan kesan-kesan sensoris, untuk memberikan respon terhadap lingkungannya (Robbins & Judge, 2008). Persepsi merupakan proses individu menerima, mengatur dan menilai suatu informasi sesuai dengan realita atau kenyataan yang dirasakan oleh pasien. Persepsi pasien terhadap perilaku dipengaruhi oleh beberapa hal. Robbins & Judge (2008) menyatakan bahwa ada tiga hal yang mempengaruhi persepsi individu yaitu faktor dalam diri pembentuk persepsi, faktor dalam diri target yang dipersepsikan oleh perawat dan faktor konteks situasi dimana persepsi tersebut dibentuk (hospitalisasi). Karakteristik pribadi yang mempengaruhi persepsi meliputi sikap, motivasi, minat, pengalaman masa lalu dan harapan-harapan seseorang (Robbin & Judge, 2008).

Sikap setiap individu dalam mempersepsikan dapat berbeda. Hal ini dikarenakan setiap orang dapat memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu hal yang sama. Motivasi dan minat seseorang mempunyai pengaruh yang besar terhadap persepsi. Persepsi individu juga dipengaruhi oleh masa lalu terhadap sesuatu yang

dipersepsikan tersebut. Pengalaman yang baik atau buruk akan berpengaruh terhadap persepsi individu pada hal yang sama. Harapan yang dimiliki individu juga mempengaruhi persepsinya. Kenyataan yang tidak sesuai dengan harapan individu dapat dipersepsikan sebagai hal yang buruk.

Usia pasien mempengaruhi persepsi pasien terhadap perilaku perawat termasuk perilaku dalam pemenuhan rasa aman. Seseorang yang memiliki usia lebih tua umumnya lebih bijaksana dalam menilai dan berespon terhadap perilaku orang lain daripada orang yang lebih muda (Lezzoni, 2003 dalam Meebon, 2006). Robbins & Judge (2008) menambahkan bahwa kecenderungan seseorang untuk merenung berkurang seiring bertambahnya usia. Hal ini ditunjukkan oleh hasil penelitian Ardiana (2010) yang meneliti hubungan kepuasan intelektual emosional pasien terhadap pelayanan perawat dengan usia pasien. Hasil penelitian menyebutkan bahwa pasien yang lebih tua lebih puas dibandingkan pasien yang lebih muda. Hasil penelitian oleh Lamri (1997 dalam Meeboon, 2006) tingkat kepuasan pasien (terhadap perilaku perawat dalam pemenuhan rasa aman) pada usia 18 – 45 tahun cenderung lebih tinggi dibanding berusia 12 – 17 tahun dan lebih dari 45 tahun. Pasien yang lebih tua mudah menerima perlakuan orang lain dibandingkan dengan pasien yang lebih muda, termasuk perilaku *caring* perawat. McClean (2001) melaporkan rata-rata usia pasien yang mempengaruhi rasa aman adalah 36,8 tahun dengan jumlah responden 33 pasien berkisar 19-60 tahun. Sedangkan menurut Gunarsa (1996) bahwa remaja (12-18 tahun) sulit bekerjasama dengan baik dan menunjukkan sikap yang tidak kooperatif sehingga lebih tinggi tuntutan mereka terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Usia ini sulit memperoleh kepuasan. Dewasa muda (19-30 tahun) lebih idealis, optimis dan penuh ide-ide untuk mencari jalan yang baru, lebih rasional dalam penilaian tindakan pelayanan yang diterimanya. Dewasa (30-65 tahun) daya tahan terhadap sesuatu penyakit sudah menurun, lebih sabar, tabah dan dapat lebih cepat menyesuaikan diri. Usia ini lebih mudah puas. Usia lanjut (>65 tahun) lebih mudah tersinggung, kesepian dan lebih cepat puas.

Jenis kelamin wanita pada umumnya lebih teliti dalam melakukan penilaian terhadap perilaku orang lain. Hal ini sesuai dengan Robbins & Judge (2008) yang menyatakan bahwa wanita menghabiskan waktu lebih banyak untuk menganalisa suatu hal dibandingkan pria. Orang tua umumnya lebih mendorong dan menguatkan ungkapan ekspresi diri pada anak perempuan daripada anak laki-laki, sehingga menyebabkan wanita lebih ekspresif daripada laki-laki (Robbins & Judge, 2008). Pasien wanita lebih teliti dalam menilai perilaku orang lain dan lebih mampu mengekspresikan penilaiannya mengenai perilaku orang lain termasuk perilaku perawat. Hayes & Tylor (2007) menyatakan bahwa wanita lebih besar mempersepsikan pelayanan yang diberikan perawat baik dibanding laki-laki. Reimen (1998 dalam Wolf, 2003) menjelaskan bahwa laki-laki terhadap perilaku perawat yaitu kehadiran perawat membuat pasien seperti memiliki nilai diri, membuat pasien merasa nyaman, ramah, sopan dan menyenangkan.

McClellan (2010) bahwa jenis kelamin tidak ada hubungan signifikan terhadap rasa aman pasien dengan jumlah responden 33 laki-laki dan 3 perempuan. Loundon & Britta (1998) menyatakan bahwa jenis kelamin pria lebih mudah puas dibandingkan dengan wanita.

Tingkat pendidikan pasien, lama dirawat dan frekuensi dirawat di rumah sakit mempengaruhi persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan termasuk perilaku perawat. Meeboon (2006) bahwa tidak ditemukannya adanya persepsi yang berbeda atas perilaku perawat dengan tingkat pendidikan pada klien kanker. Penelitian Radwin (2003) menyebutkan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan dan Northouse (1998) menjelaskan bahwa ada hubungan secara bermakna antara pendidikan dengan tingkat kepuasan pasien. Hasil penelitian Hayes dan Tylor (2007) pendidikan tinggi mempengaruhi persepsi pasien terhadap perilaku perawat yang baik dalam pemenuhan rasa aman.

Hospitalisasi juga mempengaruhi persepsi pasien. Individu mengalami hospitalisasi selama 24 jam di rumah sakit lebih merasakan pelayanan kesehatan daripada pasien yang tidak dirawat di rumah sakit. Lama hari rawat menurut Wolf

(2003) pendeknya waktu rawat pasien mungkin akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap perilaku *caring* perawat dan tentunya terhadap kepuasan pasien. Jones (2009) yang menjelaskan bahwa menciptakan sebuah kepercayaan pasien kepada perawat adalah dengan menciptakan waktu bersamaan antara perawat dan pasien Yasmin (2000) hasil penelitiannya tentang kepuasan pasien terhadap fasilitas dan pelayanan keperawatan dari 38,4% (28 orang) menyatakan puas dirawat 2-5 hari dan 62,65 (58 orang) dirawat dalam 7-10 hari menyatakan tidak puas. Pasien dengan waktu rawat yang pendek maka tuntutan pasien sangat tinggi. Tokunaga & Imanaka (2003) melaporkan bahwa di RS Jepang pasien yang dirawat kurang dari satu minggu lebih puas jika perilaku perawat dapat menunjukkan sikap perhatian dan penting untuk merawat kulit pasien (rasa aman). Aspek terpenting adalah ingin mendapatkan kepuasan dan ingin terbebas dari stress, cemas serta dokter dan perawat yang kompeten.

2.4 Caring

2.4.1 Pengertian

Caring merupakan bentuk kepedulian profesional untuk memberikan bantuan dan dukungan berupa pengetahuan, sikap, dan tindakan perawat kepada individu, kelompok atau masyarakat yang sedang sakit/menderita untuk dapat meningkatkan kondisi kehidupannya. Leininger (1979 dalam George, 2010) 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. Perawat membantu berpartisipasi, membantu memperoleh pengetahuan dan meningkatkan kesehatan. Watson (1979) dalam Dwidiyanti (2007) *caring* merupakan hubungan dan transaksi antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia. Asuhan tersebut mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh.

Caring merupakan esensi dari keperawatan yang berarti juga pertanggungjawaban hubungan antara perawat-klien. Alligod (2006) menyatakan *caring* merupakan pengetahuan kemanusiaan, inti dari praktik keperawatan yang bersifat etik dan

filosofikal. Carruth et al (1999) dalam Nurachmah (2001) bahwa *Caring* juga didefinisikan sebagai tindakan yang bertujuan memberikan asuhan fisik dan perhatian emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien. Larson dalam Greenhalg et al (1998), mengatakan bahwa *caring* adalah asuhan yang diberikan secara terus menerus difokuskan pada perawatan fisik maupun mental dan meningkatkan rasa aman pasien. Perawat berkompeten dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan memberlakukan pasien sebagai manusia yang selalu ingin dihormati dan dihargai.

2.4.2 *Caring* menurut Watson

Menurut Watson (1979) dalam George (2010) fokus utama dari keperawatan adalah faktor-faktor cara yang bersumber dari perspektif humanistik yang dikombinasikan dengan dasar pengetahuan ilmiah. Watson mengembangkan sepuluh faktor *carative* tersebut untuk membantu kebutuhan pasien bertujuan terwujudnya integritas fungsional secara utuh dengan terpenuhinya kebutuhan biofisik, psikososial dan kebutuhan interpersonal. Watson (1979) dalam George (2010) menyatakan bahwa *caring* adalah suatu karakteristik interpersonal yang tidak diturunkan melalui genetik, tetapi di pelajari melalui suatu pendidikan sebagai budaya profesi. *Caring* adalah budaya profesi yang berlandaskan pengetahuan yang ilmiah. *Caring* menurut teori Watson dapat memberikan pemahaman pada pemberian proses asuhan keperawatan kepada pasien, pemberian bantuan bagi pasien dalam mencapai atau mempertahankan kesehatan atau mencapai kematian yang damai. Perawat memberikan keamanan dan perhatian serta empati pada pasien. Asuhan keperawatan tergambar pada seluruh faktor-faktor yang digunakan oleh perawat dalam pemberian pelayanan keperawatan pada pasien dan keluarga (Watson 1979, dalam Potter & Perry , 2005). Watson (1985) dalam George (2010) dan Watson (1979) dalam Alligood (2006) menjelaskan bahwa struktur ilmu *caring* di bangun dari sepuluh faktor *carative* dilandasi pada:

2.4.2.1 Pendekatan *humanistic altruistic*

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. Perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada klien dengan memperlihatkan kemampuan diri dengan memberikan pendidikan kesehatan pada klien (Nurachmah, 2001).

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). Pembentukan sistem nilai *humanistic* dan *altruistic* mulai berkembang di usia dini dengan nilai-nilai yang berasal dari orang tuanya. Sistem nilai ini menjembatani pengalaman hidup seseorang dan mengantarkan ke arah kemanusiaan. Perawatan yang berdasarkan nilai-nilai *humanistic* dan *altruistic* dapat dikembangkan melalui penilaian terhadap pandangan diri seseorang, kepercayaan, interaksi dengan berbagai kebudayaan dari pengalaman pribadi. Melalui sistem nilai *humanistic* dan *altruistic* ini perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada klien (Kozier, 1995).

2.4.2.2 Menanamkan keyakinan dan harapan.

Peran perawat dalam mengembangkan hubungan timbal balik perawat pasien dan meningkatkan kesejahteraan dengan membantu pasien mengadopsi perilaku hidup sehat. Harapan yang dibutuhkan pasien adalah perawat dapat memotivasi pasien untuk menghadapi penyakitnya dan selalu optimis agar tidak putus harapan. 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).

Perawat memberikan kepercayaan dengan cara memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Hubungan perawat-klien yang efektif, perawat memfasilitasi perasaan optimis, harapan, dan kepercayaan. Perawat meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan (Kozier, 1995; Nurachmah, 2001; Barnhart, et al., 1994, dalam Alligood. 2006).

2.4.2.3 Kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

Pendekatan kepekaan ini diharapkan perawat dapat menerima diri perawat dan pasien dalam membina hubungan. Kepekaan ini perawat maupun pasien harus mampu berbagi pengalaman dan perasaan dengan cara serta memperhatikan dan mendengarkan yang dikeluhkan pasien sehingga dapat meringankan beban yang dialaminya. Perawat belajar menghargai kepekaan dan perasaan klien, sehingga ia sendiri dapat menjadi lebih sensitive, murni dan bersikap wajar pada orang lain (Nurachmah, 2001).

Pengembangan kepekaan ini akan membawa pada aktualisasi diri melalui penerimaan diri antara perawat dan klien (Kozier, 1995; Barnhart, et al., 1994, Alligood, 2006). 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 essential dalam proses interpersonal perawat-pasien (George, 2010; Marriner & Alligood, 2006; 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, 2005).

2.4.2.4 Mengembangkan sikap saling membantu dan saling percaya.

Hubungan saling percaya akan meningkatkan dan menerima perasaan positif dan negatif antara perawat dan klien. Kesiapan perawat membantu pasien dengan kongruen, empati dan ramah akan memberikan kepercayaan pasien terhadap perawat. Pengembangan hubungan saling percaya menerapkan bentuk komunikasi untuk menjalin hubungan dalam keperawatan. Perawat bertindak dengan cara yang terbuka dan jujur. Empati berarti perawat memahami apa yang dirasakan klien. Ramah berarti penerimaan positif terhadap orang lain yang sering diekspresikan melalui bahasa tubuh, ucapan tekanan suara, sikap terbuka, ekspresi wajah dan lain-lain (Kozier, 1995; Nurachmah, 2001; Barnhart, et al., 1994, dalam Alligood, 2006).

2.4.2.5 Menerima pengekspresian perasaan baik positif maupun negatif.

Sikap kepercayaan pasien terhadap perawat akan terbina hubungan perasaan yang baik positif maupun negatif. Penerimaan perawat terhadap ekspresi perasaan pasien baik positif atau negatif akan menjadikan pasien berkeinginan untuk sembuh. Perawat memberikan waktunya dengan mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien (Nurachmah, 2001). 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).

2.4.2.6 Menggunakan metode penyelesaian masalah secara sistematis.

Perawat dalam menyelesaikan masalah harus menggunakan metode secara sistematis dengan pendekatan proses keperawatan. Nurachmah (2001) Perawat menggunakan metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan

asuhan kepada klien. 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. *Caring* dapat digunakan sebagai metode pemecahan masalah dengan menerapkan standar asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

2.4.2.7 Meningkatkan belajar mengajar secara interpersonal.

Pengembangan ini adalah konsep yang penting dalam keperawatan, yang membedakan antara *caring* dan *curing*. Perawat memberikan informasi kepada pasien. Pembelajaran interpersonal kepada pasien dibutuhkan untuk memandirikan pasien dan keluarga, dengan penjelasan yang tepat dan akurat dapat memberikan kesadaran terhadap pasien untuk melaksanakan apa yang telah diajarkan perawat. Perawat bertanggungjawab akan kesejahteraan dan kesehatan pasien. Perawat memfasilitasi proses belajar mengajar yang didesain untuk memungkinkan pasien memenuhi kebutuhan pribadinya, memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal pasien (Kozier, 1985; Barnhart, et al., 1994, dalam Alligood, 2006).

Manifestasi perilaku *caring* perawat adalah menjelaskan setiap keluhan pasien secara rasional dan ilmiah sesuai dengan tingkat penalaran pasien dan cara mengatasinya. Perawat selalu menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan kepada pasien untuk 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).

2.4.2.8 Menyediakan lingkungan untuk memberikan dukungan, perlindungan baik fisik, mental, sosiokultural, dan spiritual.

Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal pasien terhadap kesehatan dan kondisi penyakit pasien (Nurachmah, 2001). Konsep yang relevan terhadap lingkungan internal yang mencakup kesejahteraan mental dan

spiritual, dan kepercayaan sosiokultural bagi seorang individu. Sedangkan lingkungan eksternal mencakup variabel epidemiologi, kenyamanan, privasi, keselamatan, keamanan dan kebersihan. Pasien dapat mengalami perubahan baik dari lingkungan internal maupun eksternal, maka perawat harus mengkaji dan memfasilitasi kemampuan pasien untuk beradaptasi dengan perubahan fisik, mental, dan emosional (Kozier, 1985; Barnhart, et al.,1994, dalam Alligood, 2006).

2.4.2.9 Membantu memenuhi kebutuhan dasar manusia.

Perawat perlu mengenali kebutuhan komprehensif dan holistik yaitu kebutuhan biofisik, psikososial, psikofisikal dan interpersonal klien. Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat yang selanjutnya. Nutrisi, eliminasi, dan ventilasi adalah contoh dari kebutuhan biofisik yang paling rendah. Pencapaian dan hubungan merupakan kebutuhan psikososial yang tinggi, dan aktualisasi diri merupakan kebutuhan interpersonal yang paling tinggi (Kozier, 1985; Barnhart, et al, 1994 dalam Alligood, 2006). Kemampuan perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien meliputi fisik dan emosional dengan penuh penghargaan (Larson 1984 dalam Greenhalgh, 1998). Perawat perlu mengenali kebutuhan komprehensif diri dan pasien. Pemenuhan kebutuhan paling besar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat selanjutnya (Nurachmah, 2001). Perawat dalam memberikan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien dari tingkat rendah ke tingkat tinggi.

2.4.2.10 Menghargai kekuatan eksistensial – fenomenologikal.

Pendekatan ini berguna agar penyembuhan diri dan kematangan diri dan jiwa pasien dapat dicapai. Pendekatan ini akan memberikan dorongan pada pasien untuk kesiapannya dalam menghadapi sesuatu yang kemungkinan akan terjadi salahsatunya kematian. Tujuannya adalah agar dapat meningkatkan pemahaman lebih mendalam tentang diri sendiri (Kozier, 1995; Barnhart, et al., 1994, dalam Alligood, 2006). Pengembangan ini dalam ilmu keperawatan membantu perawat untuk memahami jalan hidup seseorang dalam menemukan arti kesulitan hidup. Karena adanya dasar yang irrasional tentang kehidupan, penyakit dan kematian,

perawat menggunakan *carative* ini untuk membantu memperoleh kekuatan atau daya untuk menghadapi kehidupan atau kematian. Watson menyadari bahwa faktor ini sedikit sulit untuk dipahami, tetapi hal ini akan membawa perawat kepada pemahaman yang lebih baik mengenai diri sendiri dan orang lain (Kozier, 1995; Barnhart, et al, 1994, dalam Alligood, 2006).

2.4.3 *Caring* menurut Larson

Larson 19984 dalam Greenhalgh et al, 1998 mengemukakan ada enam indikator perilaku *caring* perawat meliputi:

2.4.3.1 *Accessible/ kesiapan membantu*

Perilaku perawat yang menunjukkan kesediaan dan kesiapan untuk selalu membantu pasien dan keluarganya dalam mengatasi kesehatan/ keperawatan. Manifestasi perilaku *caring* perawat ditunjukkan dengan memberikan perawatan dan pengobatan pada pasien tepat waktu, langsung berespon bila pasien menelpon, dan sering mengecek kondisi pasien, dan mendorong pasien untuk memanggil perawat bila ada masalah (Watson, 2009).

2.4.3.2 *Expalins and facilitates/ penjelasan dan kemudahan*

Kemampuan perawat untuk menjelaskan berkaitan dengan perawatan pasien, memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, membantu klien dalam mengambil keputusan. Manifestasi perilaku *caring* perawat ditunjukkan dengan membantu pasien dan keluarga tentang support sistem pada saat pasien sakit, memberikan informasi yang adekuat untuk membantu pasien pada saat tidak nyaman, menyampaikan informasi kepada pasien dengan bahasa yang mudah dimengerti tentang penyakit dan pengobatan pasien, menyarankan kepada pasien untuk bertanya pada dokter, dan jujur kepada pasien tentang kondisi medisnya, (Watson, 2009).

2.4.3.3 *Comforts/ kenyamanan*

Kemampuan perawat untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien meliputi fisik dan emosional dengan penuh penghargaan. Manifestasi perilaku *caring* ditunjukkan

dengan memberikan kenyamanan seperti pencahayaan yang tepat, pengendalian kebisingan, selimut yang memadai, memberikan sentuhan untuk menghibur bila pasien tidak nyaman, dengarkan keluhan dan bicara dengan pasien (Watson, 2009).

2.4.3.4 *Anticipates/ Antisipasi*

Kemampuan perawat untuk mengatasi tindakan pencegahan komplikasi dan mengantisipasi perubahan-perubahan yang tidak diinginkan dari kondisi pasien sehingga perawat sudah menyiapkan yang dibutuhkan bila hal yang tidak diinginkan terjadi. Manifestasi ini diwujudkan dengan malam hari merupakan waktu yang sulit untuk pasien istirahat sehingga perawat dapat menyiapkan lingkungan supaya pasien dapat istirahat, mengantisipasi pasien dan keluarga shock dengan diagnosis pasien (Watson, 2009).

2.4.3.5 *Trusting relationship/ membina hubungan saling percaya*

Kemampuan perawat membina hubungan interpersonal dengan pasien dan menunjukkan rasa tanggungjawab terhadap pasien dan selalu memahami pasien sesuai dengan kondisinya. Manifestasi *caring* perawat ditunjukkan ketika dengan pasien perawat harus konsentrasi dengan satu pasien meskipun sedang kritis, menawarkan alternatif bagi pasien untuk pengobatan, cek persepsi pasien sebelum memulai tindakan apapun, ramah terhadap keluarga pasien adalah yang terpenting, mengekspresikan perasaan pasien tentang penyakit dan pengobatan serta informasi yang rahasia, dan meminta pasien apa nama panggilan pasien (Watson, 2009).

2.4.3.6 *Monitors and follows through/ pengawasan dan pemantauan*

Kemampuan perawat dengan menunjukkan sikap professional dan menjamin keamanan tindakan keperawatan yang didelegasikan kepada orang lain dengan bimbingan dan pengawasan. Manifestasi *caring* perawat dapat ditunjukkan dengan professional dalam penampilan mengenakan pakaian yang layak dan identifikasi, membuat prosedur bagaimana mengambil darah iv dan bagaimana mengelola peralatan seperti suction, memberikan perawatan fisik yang baik

kepada pasien, memastikan bahwa keluarga atau perawat lain tahu cara merawat pasien, dan tahu kapan harus memanggil dokter (Watson, 2009).

2.4.4 Alat ukur perilaku *caring*

Perilaku *caring* dapat diukur dengan beberapa cara dengan menggunakan alat ukur yang telah dikembangkan oleh peneliti. Watson, 2002 bahwa alat ukur *caring* dikembangkan oleh peneliti diantaranya CARE-Q (*Caring Assessment Report Evaluation Q*) untuk mengukur perilaku perawat berdasarkan persepsi perawat yang dikembangkan oleh Larson (1984), CBI (*Caring Behavior Inventory*) untuk mengukur *caring* yang dikaitkan dengan proses keperawatan yang dikembangkan oleh Wolf (1986), CBA (*Caring Behavior Assessemnt Tool*) untuk mengukur perilaku *caring* perawat berdasarkan persepsi pasien yang dikembangkan oleh Cronin & Harrison (1988), CAS (*Caring Attribute Scale*) untuk mengukur atribut pelayanan keperawatan yang dikembangkan oleh Nyberg (1990), dan CES (*Caring Efficacy Scale*) untuk mengukur keyakinan akan kemampuan untuk mengekspresikan dan mengembangkan hubungan peduli yang dikembangkan oleh Coates (1995, 1997).

Watson (2009) mengatakan pengukuran *caring* merupakan proses mengurangi subyektifitas, fenomena yang bersifat invisible (tidak terlihat) yang terkadang bersifat pribadi ke bentuk yang lebih objektif. Oleh karena itu penggunaan alat ukur disesuaikan dengan tujuan penelitian ingin mengembangkan bentuk *caring* dari sudut pandang perawat atau pasien.

Pengukuran perilaku *caring* perawat dapat dilakukan melalui pengukuran persepsi pasien terhadap perilaku *caring* perawat. Penggunaan persepsi pasien dalam pengukuran perilaku *caring* perawat dapat memberikan hasil yang lebih sensitif karena pasien adalah individu yang menerima langsung perilaku dan tindakan perawat termasuk perilaku *caring* (McQueen, 2000).

Caring Behaviors assessment tool (CBA) merupakan alat ukur pertama yang dikembangkan untuk mengkaji *caring*. CBA dikembangkan berdasarkan teori

Watson yang menggunakan 10 faktor *carative caring*. CBA terdiri dari 63 perilaku *caring* yang dikelompokkan menjadi 7 subskala yang disesuaikan 10 faktor *carative caring* Watson. Tiga faktor *carative* pertama di kelompokkan menjadi satu subskala. Enam faktor *carativ* lainnya mewakili semua aspek dari *caring*. Alat ukur ini menggunakan skala Likert yang merefleksikan derajat perilaku *caring* menurut persepsi pasien (Suliman, Welmann, Omer, & Thomas, 2009; Watson, 2009).

Validitas dan reliabilitas alat ukur ini telah diuji oleh empat peneliti yaitu Cronin & Harrison (1988 dalam Watson 2009) yang meneliti 22 pasien infark miokard, Huggins et al (1993 dalam Watson 2009) meneliti 288 pasien ruang emergensi. Mereka menggunakan *alpha cronbach* pada 7 subskala yang berkisar 0,66 sampai 0,90. Schultz (1999 dalam Watson 2009) menggunakan alat ukur ini dengan tes reliabilitas pada kisaran 0,71 sampai 0,88 pada subskala dan *alpha* 0,93 pada skala total. Manogin, Bechtel, dan Rami (2000 dalam Watson 2009) melaporkan reliabilitas *alpha cronbach* tiap sub skala berkisar dari 0,66 sampai 0,90. Alat ukur CBA ini digunakan untuk mengetahui sejauh mana perilaku *caring* yang ditunjukkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.

Tabel 2.1
Reliabilitas CBA

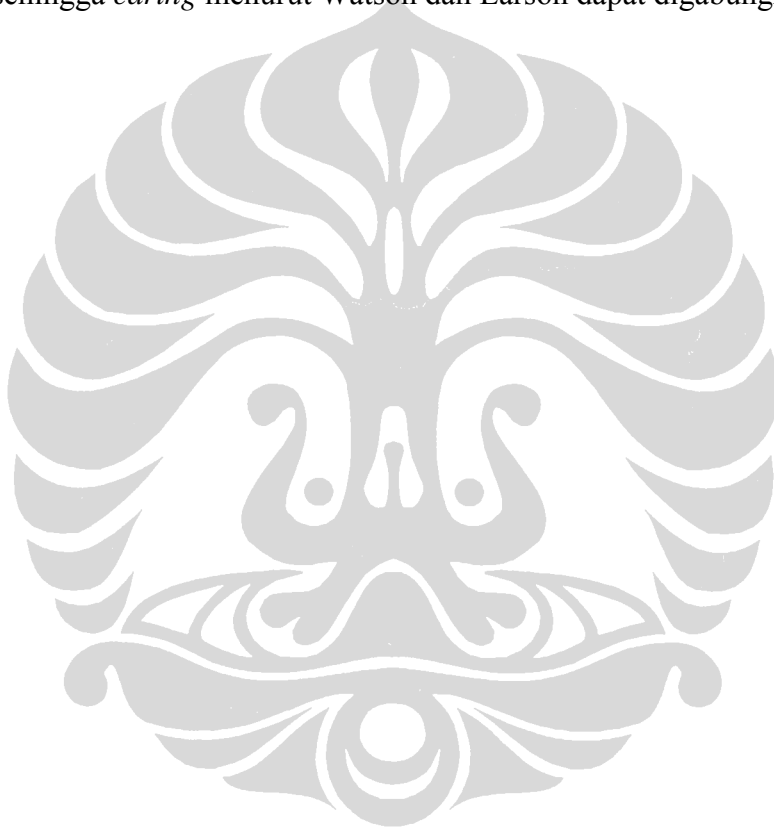
No	Kategori <i>carative caring</i>	<i>Alpha Cronbach</i>
1	Kemanusiaan/ keyakinan-harapan-sensitifitas	0,84
2	Membina atau membantu kepercayaan	9,76
3	Menerima ekspresi perasaan positif dan negative pasien	0,67
4	Pengajaran interpersonal	0,90
5	Menciptakan lingkungan yang mendukung dan melindungi	0,79
6	Membantu memenuhi kebutuhan dasar	0,89
7	Dimensi fenomenologis/eksistensi	0,66

Sumber: Suliman, Welmann, Omer & Thomas (2009)

Larson (1984) dalam Watson (2002) mendesain suatu instrumen untuk mengidentifikasi perilaku *caring* perawat berdasarkan persepsi perawat. Instrumen tersebut dikenal dengan *the Care-Q* instrumen. Instrumen ini didesain

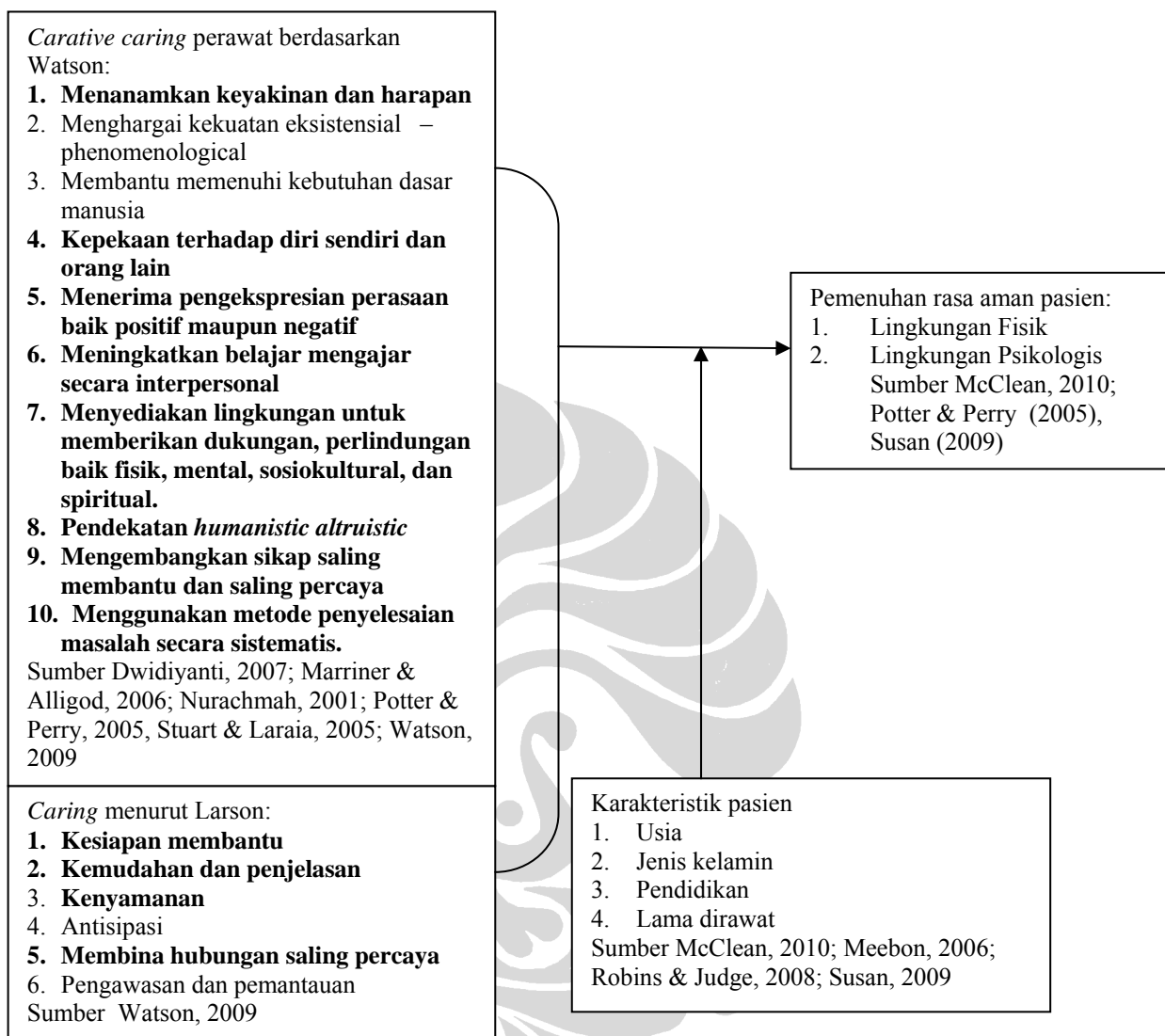
tidak berdasarkan pada salah satu teori *caring* namun didasarkan pada perkembangan *caring* dalam keperawatan. Larson mengemukakan ada enam indikator dalam perilaku *caring* yaitu meliputi *accessible* (6 item), *explains and facilitates* (6 item), *comforts* (9 item), *anticipates* (5 item), *trusting relationship* (16 item), dan *Monitors and follows through* (8 item).

Kesimpulan dari 10 *carative caring* menurut Watson dan enam indikator perilaku *caring* oleh Larson ada persamaan mengenai perilaku *caring* yang ditunjukkan, sehingga *caring* menurut Watson dan Larson dapat digabungkan.



Skema 2.1

Kerangka teori penelitian



Kalimat yang dicetak tebal merupakan tinjauan teori *caring* menurut Watson dan Larson yang mempunyai kesamaan. Skema mengidentifikasi bahwa pemenuhan rasa aman pasien dipengaruhi oleh *caring* perawat. *Caring* perawat dijabarkan oleh Watson sebagai 10 faktor *carative*. *Caring* yang menjadi fokus penelitian ini adalah 10 *carative caring* dimana tiga *carative* pertama digabung menjadi satu, sehingga ada tujuh *carative* dan dua pengembangan *caring* menurut Larson yang meliputi pendekatan kemanusiaan/ keyakinan-harapan-sensitifitas, membina atau membantu kepercayaan, menerima ekspresi perasaan positif dan negative pasien, pengajaran interpersonal, menciptakan lingkungan yang mendukung dan

melindungi, membantu memenuhi kebutuhan dasar, dimensi fenomenologis/eksistensi, antisipasi, serta pemantauan dan pengawasan.



BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka konsep yang menjadi landasan pikir penelitian. Bab ini juga menguraikan hipotesis dan definisi operasional yang digunakan untuk seluruh variabel yang diteliti.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang telah dilakukan dan memberi landasan terhadap topik yang dipilih dalam penelitian. Penelitian ini aspek yang diteliti meliputi *caring* perawat dan pemenuhan rasa aman pasien berdasarkan persepsi pasien beserta karakteristik pasien yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lamanya dirawat.

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari *caring* perawat, pemenuhan rasa aman dan karakteristik pasien. Variabel penelitian adalah objek penelitian, atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian (Arikunto, 2006)

3.1.1 Variabel bebas (*Independent*)

Variabel yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel terikat (Alimul, 2003). Variabel Independent pada penelitian ini adalah *caring* perawat. Penelitian ini meliputi tujuh *carative caring* dari Watson ditambah dua dari Larson yaitu pendekatan kemanusiaan/keyakinan-harapan-sensitifitas, mengembangkan sikap saling membantu dan saling percaya, menerima pengekspresian perasaan baik positif maupun negatif, menggunakan metode penyelesaian masalah secara sistematis, meningkatkan belajar mengajar secara interpersonal, menyediakan lingkungan untuk memberikan dukungan, perlindungan baik fisik, mental, sosiokultural, dan spiritual ditambah *caring* dari Larson yang meliputi *antisipasi* dan *pemantauan dan pengawasan*.

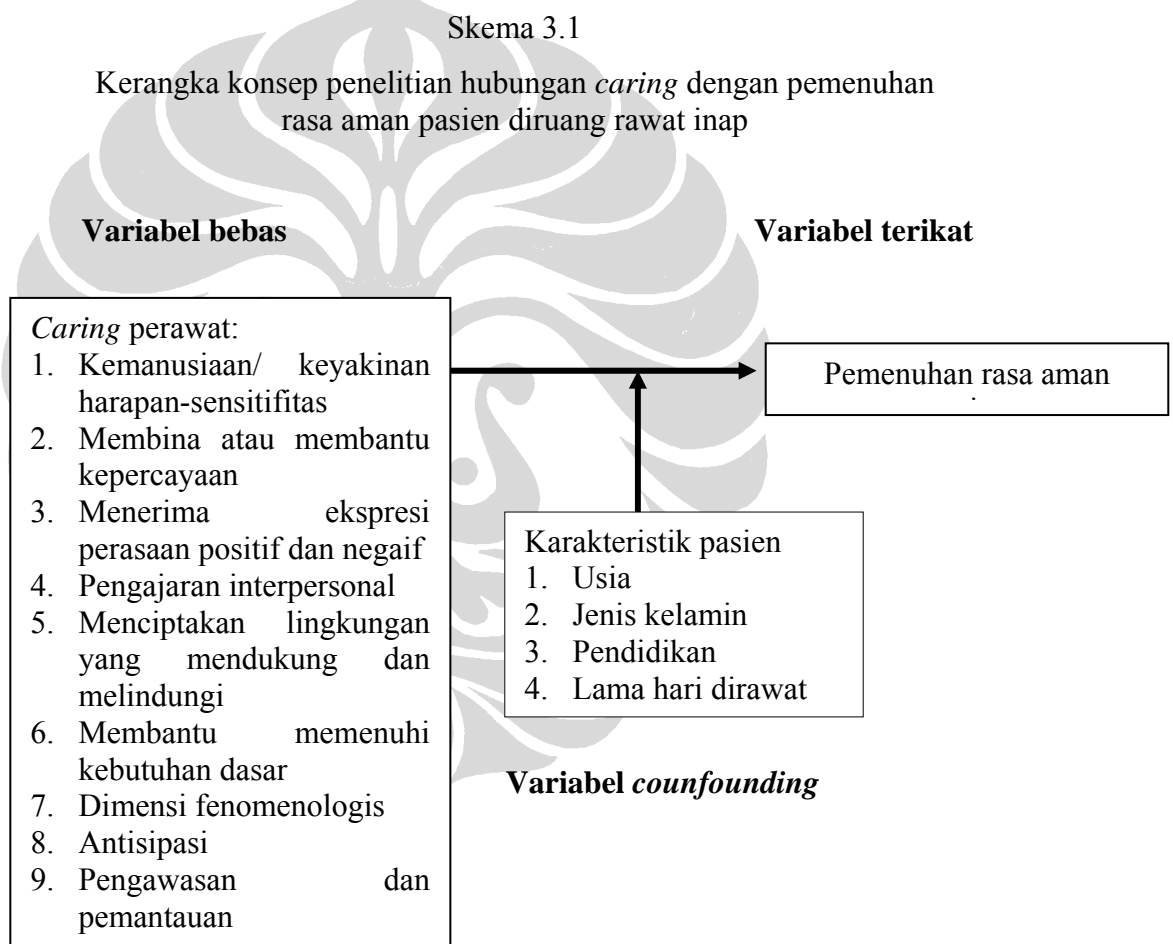
3.1.2 Variabel terikat (*Dependent*)

Variabel yang dipengaruhi atau menjadi akibat dari variabel bebas (Alimul, 2003). Variabel *dependent* pada penelitian ini adalah pemenuhan rasa aman pada pasien

yang dirawat di ruang rawat inap. Variabel *dependent* pemenuhan rasa aman diukur dengan harapan dan kenyataan pelayanan keperawatan.

3.1.3 Variabel pengganggu (*Confounding*)

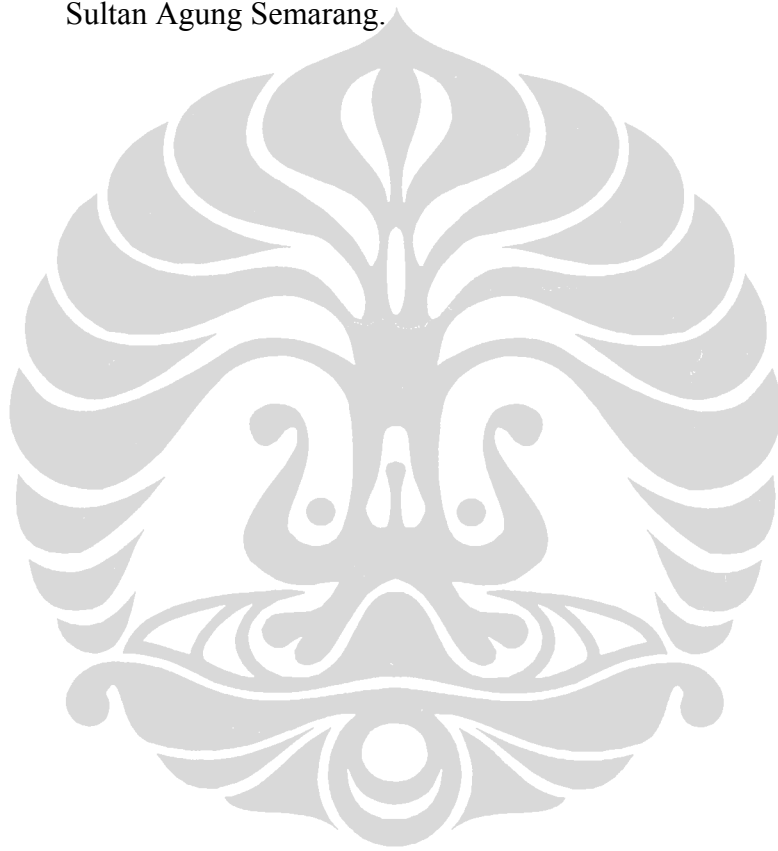
Variabel yang mengganggu terhadap hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Notoadmojo, 2010). Variabel *confounding* diambil dari faktor yang mempengaruhi pasien. Variabel ini hanya diambil variabel internal saja yaitu karakteristik pasien meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan lamanya dirawat.



3.2 Hipotesis

- 3.2.1 Ada hubungan umur pasien dengan pemenuhan rasa aman di RSI Sultan Agung Semarang.
- 3.2.2 Ada hubungan jenis kelamin pasien dengan pemenuhan rasa aman di RSI Sultan Agung Semarang.

- 3.2.3 Ada hubungan pendidikan pasien dengan pemenuhan rasa aman di RSI Sultan Agung Semarang
- 3.2.4 Ada hubungan lama hari rawat pasien dengan pemenuhan rasa aman di RSI Sultan Agung Semarang
- 3.2.5 Ada hubungan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman pasien di RSI Sultan Agung Semarang.
- 3.2.6 Ada faktor yang paling berpengaruh (*caring*, umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama hari rawat) dengan pemenuhan rasa aman di RSI Sultan Agung Semarang.



3.3 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
	Dependen				
1	Rasa aman	Persepsi pasien tentang kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan untuk menjaga pasien terbebas dari cedera, perasaan takut, dan cemas dari lingkungan fisik dan psikologis.	Mengisi kuesioner dengan menggunakan skala Guttman: Ya : 1 Tidak : 0. Untuk pernyataan yang negatif, kategori nilai berlaku terbalik	Rentang skor kumulatif adalah 20-36, parameter menggunakan mean. Jika nilai $\geq 27,85$ aman dan tidak aman bila nilai $< 27,85$	Ordinal
	Independen				
2	<i>Caring</i>	Persepsi pasien terhadap aktifitas dan sikap perawat dalam hubungan pasien perawat yang mencakup kemanusiaan/ keyakinan-harapan-sensitifitas, membina atau membantu kepercayaan, menerima ekspresi perasaan positif dan negatif pasien, pengajaran interpersonal, menciptakan lingkungan yang mendukung dan melindungi, membantu memenuhi kebutuhan dasar, dimensi fenomenologis/eksistensi, antisipasi, serta pemantauan dan pengawasan.	Mengisi Kuesioner dengan menggunakan skala likert: 4 : Selalu 3 : Sering 2 : Jarang 1 : Tidak pernah Untuk pernyataan yang negatif, kategori nilai berlaku terbalik	Rentang skor kumulatif adalah 124-195, parameter menggunakan median Jika nilai ≥ 169 perilaku <i>caring</i> baik dan perilaku <i>caring</i> kurang bila nilai < 169	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
	<i>Confounding</i>				
3	Umur	Jumlah tahun sejak pasien lahir hingga ulang tahun terakhir.	Mengisi kuesioner pertanyaan umur pasien	Usia pasien 12 – 68 tahun. Parameter menggunakan median. 1. Umur < 27 tahun 2. Umur \geq 27 tahun	Ordinal
4	Jenis Kelamin	Ciri fisik secara biologis pasien yang dibawa sejak lahir sesuai dengan KTP	Pasien melingkari salah satu option terkait jenis kelamin	1.laki-laki 2.perempuan	Nominal
5	Pendidikan	Sekolah formal yang pernah diikuti dan mendapatkan ijazah saat diteliti yang dikelompokkan sesuai dengan wajib belajar 9 tahun.	Pasien mencantumkan isian pendidikan yang telah dilalui. 1=Tidak Sekolah 2=SD 3=SLTP 4=SMU 5=PT	1.Pendidikan rendah \leq SLTP 2. Pendidikan tinggi > SLTP	Ordinal
6	Lama dirawat	Hari/waktu yang dibutuhkan pasien menjalani perawatan di rumah sakit	Pasien mencantumkan isian lama hari rawat	Lama dirawat 2-8 hari. Parameter menggunakan mean 4,41 hari. 1. Lama rawat < 4 hari 2. Lama rawat \geq 4 hari	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab 4 menguraikan tentang metodologi penelitian termasuk desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat dan pengumpul data, prosedur data dan analisis data.

4.1 Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan penelitian yang disusun sehingga dapat menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan peneliti (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Jenis penelitian ini adalah analitik observasional yang menggambarkan ada tidaknya hubungan antara *caring* dengan pemenuhan rasa aman pasien berdasarkan persepsi pasien dalam pelayanan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang. Metode penelitian yang digunakan *cross sectional* yaitu mempelajari hubungan antara faktor risiko dengan efek, observasi atau pengukuran terhadap variabel bebas dan variabel tergantung dilakukan sekali dan dalam waktu yang bersamaan (Sastroasmoro & Ismael, 2010).

Penelitian ini menganalisis pengaruh variabel bebas yaitu perilaku *caring* dan karakteristik pasien terhadap variabel terikat yaitu pemenuhan rasa aman.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi merupakan keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2010). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa kelas II dan III RSI Sultan Agung Semarang pada bulan Mei 2011. Kelas VIP dan kelas I tidak diperbolehkan dipakai untuk penelitian karena yang respondennya melibatkan pasien, karena pasien dapat terganggu dengan adanya penelitian menurut KaBag Diklat (2011). Pasien yang digunakan penelitian adalah ruang rawat inap saja tidak melibatkan ruang gawat darurat karena bersifat *emergency* dan perawatan di ruang gawat darurat pasien hanya sebentar jadi tidak dimasukkan kedalam penelitian ini. *Intensive Care Unit*

Universitas Indonesia

tidak dimasukkan kedalam penelitian karena pasien bersifat *total care* jadi tidak termasuk dalam kriteria *inklusi*. Populasinya adalah jumlah pasien rata-rata setiap bulan yang dicerminkan dalam BOR. Populasi berdasarkan jumlah tempat tidur pasien rawat inap dewasa kelas II dan III sebanyak 211 dengan BOR 75% pada April 2011 berarti jumlah populasinya 158 pasien. Rata-rata BOR pada tahun 2010 70%-75%.

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian dari karakteristik yang dimiliki populasi (Notoatmodjo, 2010). Sampel yang diambil adalah pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa dengan kriteria *inklusi* pasien yang sadar dapat mendengar, dapat berkomunikasi secara verbal, mampu membaca, mau berpartisipasi dan dirawat lebih dari 1 X 24 jam di ruang rawat inap dewasa kelas II dan III dengan tingkat ketergantungan *self care* dan *partial care* serta bersedia menjadi responden. Pasien yang sesuai kriteria tersebut diharapkan dapat mengisi kuesioner secara mandiri.

Besar kecilnya sampel sangat dipengaruhi oleh desain dan ketersediaan sampel. Semakin besar sampel yang dipergunakan, semakin baik dan representatif hasil yang diperoleh (Notoadmodjo, 2010). Mengingat RSI Sultan Agung besarnya BOR tiap bulannya berubah jadi mempengaruhi jumlah populasinya, sehingga penelitian ini menggunakan *total sampling* dari jumlah populasi pada bulan Mei yang pengambilan datanya disesuaikan dengan kriteria *inklusi* sampel. Penghitungan sampel menurut Notoatmodjo (2002), adalah sebagai berikut:

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

Dimana :

N : Jumlah populasi

n : Besarnya sampel

d : Tingkat kepercayaan (10 %)

Dengan menggunakan rumus maka perhitungan sampel adalah :

$$n = \frac{158}{1 + 158(0,1)^2}$$

$$n = 99,37$$

Jadi jumlah sampel minimal pada penelitian ini sebanyak 99 orang.

Tabel 4.1
Distribusi Sampel Penelitian di Ruang Rawat Inap
RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011

No	Nama Ruang	Jumlah
1	Baitur Rahman	10
2	Baitus Salam	32
3	Baitur Rijal	34
4	Baitul Izzah	15
5	Baitus Syifa	10
Total		101

4.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang rawat inap dewasa RSI Sultan Agung Semarang kelas II dan III. Pemilihan lokasi penelitian ini karena terjangkau dan memberikan kemudahan dari segi administrasi dan proses penelitian serta rumah sakit ini belum pernah dilakukan penelitian tentang *caring* perawat. Penelitian dilakukan bulan Februari sampai Juni 2011. Proses penelitian ini dimulai dari pembuatan proposal, uji kuesioner, pengumpulan data, analisis data, dan penyusunan laporan penelitian. Jadwal penelitian pada lampiran 1.

4.4 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan suatu sistem nilai atau norma yang harus dipatuhi oleh peneliti saat melakukan aktifitas penelitian yang melibatkan responden (Polit & Hungler, 2005). Penelitian ini dilakukan dengan prinsip etik yaitu uji etik terlebih dahulu sebelum dilaksanakan penelitian oleh tim uji etik. Setelah mendapatkan surat keterangan lolos kaji etik pada tanggal 26 Mei 2011, peneliti melaksanakan penelitian (Lampiran 2).

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 27 Mei – 17 Juni 2011 dengan cara peneliti mendekati, memperkenalkan diri, dan menjelaskan identitas peneliti terhadap pasien yang terpilih, kemudian menjelaskan tujuan penelitian sehingga pasien dapat mengambil keputusan bersedia atau tidak menjadi responden (lampiran 9).

Etika penelitian yang digunakan pada penelitian ini merujuk pada prinsip etik yang dikeluarkan oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK-BPPK, 2003), sebagai prinsip dasar etik penelitian:

4.4.1 *Respect for persons* (menghormati harkat dan martabat manusia)

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. Pada penelitian ini tidak ada pasien yang menolak untuk dijadikan responden penelitian

Penelitian menggunakan *Informed Consent* atau lembar persetujuan kepada pasien. Lembar persetujuan memberikan pada pasien kemudian peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data. Lembar persetujuan diberikan kepada pasien yang memenuhi kriteria. Tujuannya adalah pasien mengetahui judul penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Jika pasien bersedia diteliti, maka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut, namun jika pasien menolak untuk diteliti, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya. Semua pasien yang ditunjuk sebagai responden bersedia menandatangani lembar persetujuan (lampiran 3).

4.4.2 Beneficence (manfaat)

Prinsip ini dilakukan dengan memberi manfaat semakin besar, risiko semakin kecil, rancangan penelitian memenuhi persyaratan ilmiah, pelaksanaan penelitian melihat kemampuan peneliti dan menjaga kesejahteraan subjek penelitian serta tidak merugikan (*do no harm, non maleficence*). Penelitian ini bermanfaat untuk mengembangkan pelayanan keperawatan kepada pasien sehingga akan meningkatkan mutu pelayanan dan tidak ada dampak atau risiko yang ditimbulkan.

4.4.3 Justice (keadilan)

Prinsip ini dilakukan dengan perlakuan yang sama pada setiap orang. Setiap individu mempunyai hak yang sama untuk dipilih dalam penelitian ini dengan menghormati persetujuan yang telah disepakati dan tidak membedakan perlakuan pada satu subjek dengan subjek yang lain. Pasien yang berada diruangan setuju sebagai responden dan mempunyai hak yang sama untuk dipilih dalam penelitian dengan menghormati persetujuan yang telah disepakati.

4.5 Alat Pengumpulan Data

Instrumen pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen penelitian berupa kuesioner yang dapat dilihat pada lampiran 4. Kuesioner merupakan teknik pengumpul data yang dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab (Sugiyono, 2010). Kuesioner pada penelitian ini terdiri 3 bagian sebagai berikut:

4.5.1 Kuesioner karakteristik pasien

Instrumen penelitian berupa kuesioner yaitu kuesioner A yang di gunakan untuk menggambarkan karakteristik pasien yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan lamanya perawatan. Kuesioner A berisi tentang pertanyaan terbuka dan pasien diminta menuliskan atau memilih jawaban sesuai dengan kondisi pasien saat penelitian.

4.5.2 Kuesioner pemenuhan rasa aman

Kuesioner pemenuhan rasa aman merupakan kuesioner B yang digunakan untuk mengetahui tingkat rasa aman pasien di rumah sakit. Kuesioner yang dipakai disusun oleh peneliti sendiri yang terdiri dari 36 pernyataan yang terkait dengan pemenuhan rasa aman. Pernyataan dalam kuesioner pemenuhan rasa aman dibuat dalam bentuk pernyataan positif dan pernyataan negatif. Pengukuran ini menggunakan skala Guttman dengan dua kriteria dengan alasan peneliti menginginkan tipe jawaban yang tegas atas pernyataan yang diajukan (Djalali & Muliono, 2007; Helmi, 2010; Umar, 2005). Pernyataan positif nilai 1= Ya, dan nilai 0= Tidak. Sedangkan untuk pernyataan negatif nilai 1= Tidak dan nilai 0= Ya. Skor jawaban pasien dengan rentang nilai 20-36. Kisi-kisi kuesioner dalam penelitian ini dapat dilihat dalam lampiran 5.

4.5.3 Kuesioner *caring*

Kuesioner *caring* merupakan kuesioner C yang digunakan untuk mengetahui gambaran *caring* perawat dalam pelayanan asuhan keperawatan. Pada penelitian ini *caring* yang digunakan yaitu tujuh *carative caring* dari Watson dan dua perilaku *caring* dari Larson.

Kuesioner *caring* yang dipakai merupakan modifikasi dari Watson, 2009 yang terdiri dari 49 pernyataan yang terkait dengan perilaku *caring* perawat. Pernyataan dalam kuesioner *caring* dibuat dalam bentuk pernyataan positif dan pernyataan negatif. Pengukuran ini menggunakan skala likert dengan empat kriteria. Skor nilai berbanding terbalik. Pernyataan positif nilai 4= selalu, 3= sering, 2= jarang, dan 1= tidak pernah. Sedangkan untuk pernyataan negatif nilai 1= selalu, 2= sering, 3= jarang, dan 4= tidak pernah. Skor alternatif jawaban responden memiliki rentang nilai 124-195.

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 instrumen direncanakan di RS Roemani Semarang, namun karena rumah sakit tersebut tidak diperbolehkan untuk dilakukan uji coba, sehingga peneliti menggunakan rumah sakit lain yang mempunyai karakteristik yang sama. Uji instrumen dilaksanakan di RS Panti Wilasa Citarum Semarang disertai surat pengantar permohonan ijin uji instrumen (Lampiran 6). Alasan uji coba di RS Panti Wilasa Citarum Semarang karena rumah sakit tersebut mempunyai karakteristik yang sama dengan RS Islam Sultan Agung Semarang. Karakteristik tersebut meliputi pasien, BOR serta rasio pasien yang hampir sama, dan rumah sakit terdiri dari 16 pelayanan.

Uji instrumen dengan jumlah sampel 30 responden dilaksanakan pada tanggal 3 – 5 Mei 2011 di ruang Bougenville, Cempaka, dan Angrek. Uji coba kuesioner tidak didampingi oleh peneliti. Uji validitas dan reliabilitas pada 6 – 8 Mei 2011. Uji instrumen dengan 30 pasien, sudah dianggap mewakili penelitian dan distribusi skor/nilai akan lebih mendekati kurva normal (Umar, 2002). Menurut Hastono (2007) uji coba instrumen 30 pasien dapat menurunkan nilai tabel sehingga nilai r hitung lebih besar, sehingga semakin validitas.

4.6.1 Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk mengetahui sejauhmana ketepatan suatu alat ukur dalam mengukur suatu data (Hastono, 2007). Validitas suatu instrumen dilakukan dengan cara melakukan korelasi yang digunakan antara masing-masing variabel dengan skor totalnya.

Teknik yang digunakan untuk uji validitas 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, tetapi bila r hitung lebih kecil dari r tabel maka

Universitas Indonesia

pernyataan dalam kuesioner tersebut tidak valid. Pernyataan yang tidak valid harus harus dibuang bila dianggap tidak penting dan r hitung lebih kecil dari r tabel (Hastono, 2007). Pernyataan yang tidak valid dapat dimodifikasi bila item pernyataan merupakan item pernyataan yang mempunyai nilai validitas mendekati nilai r tabel dan merupakan pernyataan yang secara konten dianggap penting dan mempengaruhi bagi variabel yang diteliti (Hastono,2007). Cara pengujian validitas melakukan uji coba kuesioner kepada sejumlah pasien, mempersiapkan tabel tabulasi jawaban, dan menganalisis korelasi antara masing – masing pertanyaan dengan skor total dengan menggunakan rumus teknik korelasi *pearson product moment* (Sugiyono, 2010).

$$R_{xy} = \frac{N \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x^2)][N \sum y^2 - (\sum y^2)]}}$$

Dimana :

R_{xy} : Indeks korelasi antara dua variabel yang dikorelasikan.

x : Skor butir.

y : Skor total.

Nilai r tabel koefisien korelasi Pearson Product Moment untuk 30 pasien ($df=n-2$; $30-2=28$) dengan tingkat kemaknanan 5% adalah 0,361, maka item soal tersebut dikatakan valid bila lebih besar dari 0,361.

Hasil uji validitas untuk kuesioner pemenuhan rasa aman pada 30 pasien dari 52 pernyataan terdapat 21 pernyataan yang tidak valid yaitu nomor 7, 9, 10, 11, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 24, 25, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 44, 48 dan 49. Pernyataan nomor 7, 9, 10, 11, 14, 20, 21, 25, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 44, 48 dan 49 dihilangkan karena tidak penting sedangkan pernyataan nomor 7, 16, 18, 22, 24, direvisi atau dimodifikasi. Kuesioner akhir untuk pemenuhan rasa aman yang digunakan penelitian berjumlah 36 pernyataan. Hasil uji validitas pada penelitian dengan 101 pasien didapatkan r tabel 0,195 dari 36 pertanyaan hasilnya valid semua. Sehingga, jawaban pasien yang dinilai /masuk dalam proses *entry*.

Hasil uji validitas terhadap kuesioner tentang *caring* perawat, dari 54 pernyataan terdapat 11 pernyataan tidak valid yaitu pernyataan nomor 9, 10, 25, 26, 27, 34, 40, 41, 43, 44 dan 46. Pernyataan nomor 9, 10, 26, 27, 43, dan 46 dihilangkan. Sedangkan pernyataan nomor 25, 27, 34, 40, 41, 44 direvisi atau dimodifikasi. Kuesioner *caring* perawat yang digunakan penelitian berjumlah 49 pernyataan. Hasil uji validitas pada penelitian dengan 101 pasien didapatkan r tabel 0,195 dari 49 pertanyaan hasilnya valid semua, sehingga jawaban pasien yang dinilai /masuk dalam proses *entry*.

4.6.2 Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah uji yang dilakukan untuk mengetahui apakah instrumen yang digunakan telah reliabel. Suatu alat ukur dikatakan reliabel bila alat itu dalam mengukur suatu gejala pada waktu yang berlainan, akan senantiasa menunjukkan hasil yang sama. Pertanyaan dikatakan reliabel jika jawaban seseorang terhadap pertanyaan konsisten atau stabil dari waktu ke waktu (Hastono, 2007).

Pengukuran reliabilitas pada dasarnya dapat dilakukan dengan dua cara yaitu *repeated measure* atau ukur ulang bahwa pertanyaan yang ditanyakan pada responden berulang pada waktu yang berbeda dan *one shot* atau diukur sekali saja bahwa pengukuran hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain (Hastono, 2007). Untuk mengetahui pertanyaan reliabilitas dengan membandingkan nilai *Alpha Cronbach* dengan alpha 0,05. Bila *Alpha Cronbach* lebih besar atau sama dengan alpha maka pernyataan dalam kuesioner tersebut dinyatakan reliabel.

Tabel 4.2
Hasil Validitas dan Reliabilitas Kuesioner Pengukuran *Caring* dan Pemenuhan Rasa Aman di RS Panti Wilasa Citarum Semarang, April 2011

Variabel	Pengujian (n=30)			Pengujian (n=101)		
	Jumlah pernyataan	R	<i>Cronbachs Alpha</i>	Jumlah pernyataan	r	<i>Cronbachs Alpha</i>
Pemenuhan rasa aman	52	-0,380 – 0,874	0,927	36	0,246-0,671	0,919
<i>Caring</i> perawat	54	0,026 – 0,845	0,959	49	0,280-0,825	0,955

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Penelitian melewati uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia sebelum melakukan prosedur pengumpulan data yang dibuktikan dengan surat keterangan lolos uji etik penelitian (lampiran 2). Hal ini dilakukan untuk memastikan penelitian yang dilakukan tidak melanggar etik penelitian. Surat pengantar ijin penelitian dibuat oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang ditujukan oleh Direktur RSI Sultan Agung Semarang (lampiran 7). Penelitian dilakukan setelah melalui prosedur administratif perijinan penelitian.

Penelitian yang dilakukan melalui prosedur pengumpulan data terdiri atas prosedur administratif dan prosedur teknis. Secara rinci penjelasan dari prosedur pengumpulan data penelitian ini dijelaskan sebagai berikut:

4.7.1 Prosedur administratif

Prosedur administratif ijin penelitian dilakukan sesuai dengan peraturan perijinan yang berlaku di RSI Sultan Agung Semarang. Ijin penelitian diajukan kepada Direktur RSI Sultan Agung Semarang yang kemudian dilimpahkan kepada Kepala Bagian Diklat pada 14 April 2011 (lampiran 6). Peneliti dapat surat balasan dari RSI Sultan Agung Semarang pada 21 April 2011 (lampiran 8). Surat keterangan lolos uji etik pada 26 Mei 2011 (lampiran 2) sehingga penelitian ini dimulai pada 27 Mei 2011 (lampiran 1)

4.7.2 Prosedur teknis

Prosedur teknis merupakan alur yang dilalui pasien dan peneliti selama proses pengambilan data. Penelitian ini tidak melibatkan perawat pelaksana dalam memberikan kuesioner kepada pasien dengan alasan supaya tidak terjadi bias dan pasien dalam memberikan jawaban tanpa ada rasa takut karena yang dinilai adalah perawat ruangan.

Peneliti mengecek daftar pasien yang telah dibuat. Peneliti melakukan pendistribusian kuesioner sendiri. Peneliti datang langsung ke pasien untuk

menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan prosedur penelitian pada jam 09.00 s/d 11.30 sehingga tidak mengganggu pelayanan keperawatan. Kuesioner diserahkan kepada pasien dan dipersilahkan untuk memahami penelitian yang akan dilaksanakan dan membaca petunjuk penelitian.

Pasien setelah membaca petunjuk penelitian dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan atas keikutsertaannya sebagai subjek penelitian. Pasien diberikan waktu untuk mengisi kuesioner 100 menit dan diperkenankan untuk mengklarifikasi pernyataan yang kurang jelas. Pasien tidak ada yang mengklarifikasi pernyataan. Kuesioner yang telah selesai diisi diserahkan kembali kepada peneliti dan peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dan kejelasan isian kuesioner untuk dijadikan satu dokumen. Hasil pengecekan semua pernyataan diisi oleh pasien.

4.8 Pengolahan dan analisis data

4.8.1 Pengolahan data

Pengolahan data merupakan salah satu bagian dari rangkaian kegiatan penelitian setelah pengumpulan data. Pengolahan data dilakukan bertujuan untuk mengolah data yang masih mentah dengan sedemikian rupa sehingga menjadi informasi yang akhirnya dapat digunakan untuk menjawab tujuan penelitian. Dalam pengolahan data terdapat empat tahapan yaitu *editing*, *coding*, *processing*, *cleaning*.

4.8.1.1 Editing data (*Editing*)

Peneliti langsung melakukan pengecekan kelengkapan isi instrumen saat pasien mengembalikan instrumen ke peneliti. Hasil dari *editing* semua instrumen terisi. Kegiatan ini dilakukan pada 27 Mei – 17 Juni 2011.

4.8.1.2 Pemberian kode data (*Coding*)

Peneliti memberikan kode dari data hasil kuesioner yang berupa data huruf diganti data angka. Data ini misalnya jenis kelamin, tingkat pendidikan, umur, dan lama dirawat dan jawaban instrumen sesuai dengan definisi operasional penelitian.

Coding dilakukan secara bertahap sejak setiap data terkumpul dilakukan pada 28 Mei – 18 Juni 2011.

4.8.1.3 Memasukkan data (*Processing*)

Peneliti memproses data dengan melakukan *entry* dari semua instrumen yang digunakan dari masing-masing pasien ke dalam salah satu program analisis data pada komputer. Kegiatan *processing* dilakukan secara bertahap setiap data yang terkumpul, dilakukan pada 28 Mei- 18 Juni 2011.

4.8.1.4 Pembersihan data (*Cleaning*)

Peneliti mengecek kembali data yang sudah di*entry* dengan cara mengetahui missing data, variasi data dan konsistensi data melalui salah satu program analisis data pada komputer. Hasil dari kegiatan ini tidak ada missing data. Kegiatan *cleaning* dilakukan pada 20 Juni 2011.

4.8.2 Analisis data

Analisis data dilakukan setelah proses pengolahan data dilaksanakan. Analisis data pada penelitian dilakukan dengan pendekatan kuantitatif yaitu analisis univariat dan analisis bivariat dan multivariat.

4.8.2.1 Analisis *Univariat*

Analisis univariat untuk mendeskripsikan masing-masing variabel yang diteliti yaitu untuk data kategorik seperti jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama hari rawat, *caring* perawat dan pemenuhan rasa aman akan disajikan dalam distribusi frekuensi.

4.8.2.2 Analisis *Bivariat*

Analisis bivariat dilakukan setelah diketahui karakteristik masing-masing variabel diteruskan dengan analisis bivariat. Tujuan analisis bivariat untuk melihat keeratan hubungan antara variabel *dependent* dan *independent* (Hastono, 2007). Analisis bivariat dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman. Selain itu juga untuk mengetahui hubungan

faktor karakteristik pasien (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lama hari rawat) terhadap pemenuhan rasa aman. Data *bivariat* dalam penelitian ini adalah hubungan karakteristik pasien (umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama hari rawat) dengan pemenuhan rasa aman dan hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman yang dianalisis secara analitik dengan menggunakan uji statistik *non parametrik* dengan kai kuadrat karena variabel bebas dan variabel terikatnya terdiri atas kategori dan kategori. Analisis uji statistik dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3
Analisis Uji Statistik Variabel Penelitian Hubungan *Caring* dengan Pemenuhan Rasa Aman di RSI Sultan Agung Semarang

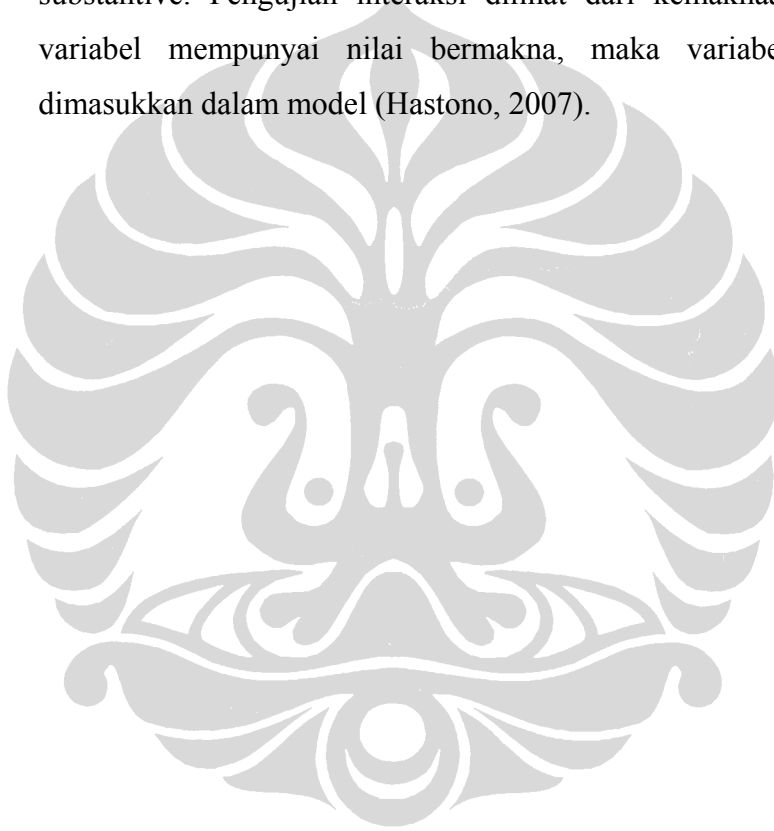
No	Variabel	Variabel	Uji Statistik
1	<i>Caring</i>	Pemenuhan rasa aman	Kai kuadrat
2	Umur	Pemenuhan rasa aman	Kai kuadrat
3	Jenis Kelamin	Pemenuhan rasa aman	Kai kuadrat
4	Pendidikan	Pemenuhan rasa aman	Kai kuadrat
5	Lama hari rawat	Pemenuhan rasa aman	Kai kuadrat

4.8.2.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat adalah analisis multi variabel dalam satu atau lebih hubungan. Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel *independent* mana yang paling berpengaruh terhadap variabel *dependent*. Proses analisis multivariat dilakukan dengan menghubungkan beberapa variabel *confounding* dengan satu variabel *dependent* pada waktu yang bersamaan. Uji statistik yang digunakan adalah uji regresi logistik karena variabel *confounding* dan *dependent* berupa kategorik dengan kategorik. Dalam analisis multivariat dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Melakukan analisis multivariat antara masing-masing variabel *confounding* dan *dependent*. Variabel yang mempunyai nilai $p < 0.25$, maka variabel tersebut masuk dalam model multivariat. Namun bisa saja $p > 0.25$ tetap diikutkan ke multivariat tersebut bila secara substansi penting (Hastono, 2007). Penelitian ini yang mempunyai $p < 0,25$ pada variabel *caring*, umur, jenis kelamin dan pendidikan pasien. Variabel lama hari rawat $p > 0,25$ sehingga tidak diikutsertakan dalam model multivariat.

- b. Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai $p < 0.05$ dan mengeluarkan variabel yang $p > 0.05$. Pengeluaran variabel tidak serentak semua yang $p > 0.05$, namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar (Hastono, 2007).
- c. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui pertimbangan logika substantive. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabel mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model (Hastono, 2007).



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini berisi tentang hasil penelitian yang dilakukan terhadap pasien di RSI Sultan Agung Semarang. Hasil penelitian ini menjelaskan tentang data yang terkait dengan karakteristik pasien, *caring* perawat dan pemenuhan rasa aman. Penelitian dilakukan terhadap 101 pasien yang dirawat di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang. Penyajian data hasil penelitian terdiri dari hasil analisis univariat, bivariat dan multivariat.

5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian. Hasil analisis univariat mendeskripsikan karakteristik pasien (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lama hari rawat), *caring* perawat dan rasa aman.

5.1.1 Karakteristik pasien (umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama hari rawat)

Tabel 5.1
Distribusi frekuensi umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama hari rawat pasien di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)

Karakteristik Responden	Jumlah	(%)
Umur		
<27 tahun	49	48,5
≥27 tahun	52	51,5
Jenis kelamin		
Laki-laki	60	59,4
Perempuan	41	40,6
Pendidikan		
Pendidikan rendah	72	71,3
Pendidikan tinggi	29	28,7
Lama rawat		
<4 hari	55	54,5
≥ 4 hari	46	45,5

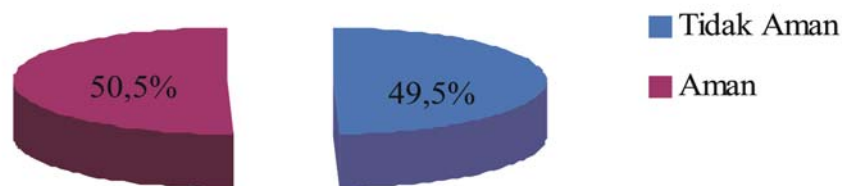
Berdasarkan tabel 5.1 diperoleh informasi tentang karakteristik pasien paling banyak meliputi berusia ≥ 27 tahun, berjenis kelamin laki-laki (59,4%), berpendidikan rendah (71,3%) dengan lama hari rawat > 4 hari (54,5%)

Universitas Indonesia

5.1.2 Gambaran Pemenuhan Rasa Aman Pasien

Diagram 5.1

Distribusi Frekuensi Pemenuhan Rasa Aman Pasien di Ruang Rawat Inap
RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)



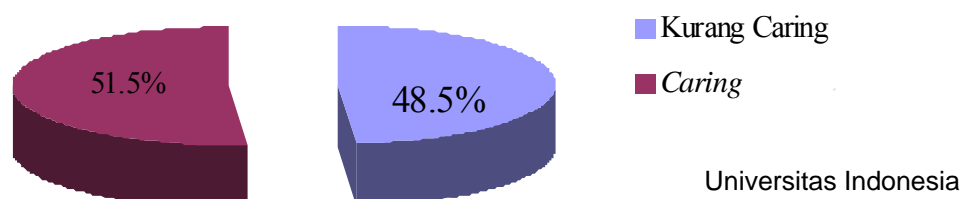
Berdasarkan Diagram 5.1 menunjukkan bahwa pemenuhan rasa aman oleh perawat yang dipersepsikan oleh pasien sebanyak 50,5% mempersepsikan aman sedangkan 49,5% tidak aman.

5.1.3 Gambaran Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana

Perilaku *caring* perawat sebagai variabel independen adalah perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan pasien dalam memberikan asuhan keperawatan di ruang rawat inap dewasa RSI Sultan Agung Semarang. Perilaku *caring* perawat diidentifikasi berdasarkan sembilan aspek yaitu Kemanusiaan/ keyakinan-harapan-sensitifitas, membina atau membantu kepercayaan, menerima ekspresi perasaan positif dan negatif pasien, pengajaran interpersonal, menciptakan lingkungan yang mendukung dan melindungi, membantu memenuhi kebutuhan dasar, dimensi fenomenologis/ eksistensi, antisipasi, dan pengawasan dan pemantauan yang dapat dilihat pada diagram 5.2.

Diagram 5.2

Distribusi *Caring* Perawat Menurut Persepsi Pasien
di Ruang Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)



Universitas Indonesia

Berdasarkan diagram 5.2 menggambarkan bahwa persepsi pasien terhadap *caring* perawat yang menyatakan baik lebih dari separuh (51,5%) sedangkan yang mempersepsikan perawat kurang *caring* 48,5%

Tabel 5.2
Distribusi *Caring* Perawat Menurut Persepsi Pasien
di Ruang Rawat Inap RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)

No	Aspek <i>Caring</i>	Kategori	Jumlah	(%)
1	Kemanusiaan/ keyakinan-harapan-sensitifitas	Kurang <i>Caring</i>	46	45,4
		<i>Caring</i>	55	54,6
2	Membina atau membantu kepercayaan	Kurang <i>Caring</i>	66	65,3
		<i>Caring</i>	35	34,7
3	Menerima ekspresi perasaan positif dan negatif pasien	Kurang <i>Caring</i>	56	55,4
		<i>Caring</i>	45	44,6
4	Pengajaran interpersonal	Kurang <i>Caring</i>	48	47,5
		<i>Caring</i>	53	52,5
5	Menciptakan lingkungan yang mendukung dan melindungi	Kurang <i>Caring</i>	46	45,5
		<i>Caring</i>	55	54,5
6	Membantu memenuhi kebutuhan dasar	Kurang <i>Caring</i>	46	45,5
		<i>Caring</i>	55	54,5
7	Dimensi fenomenologis/ Eksistensi	Kurang <i>Caring</i>	39	38,6
		<i>Caring</i>	62	61,4
8	Antisipasi	Kurang <i>Caring</i>	101	100
		<i>Caring</i>	0	0
9	Pengawasan dan pemantauan	Kurang <i>Caring</i>	53	52,5
		<i>Caring</i>	48	47,5

Berdasarkan tabel 5.2 diperoleh informasi mengenai *caring* berdasarkan 9 aspek karatif dari Watson dan Larson didapatkan hasil perawat yang berperilaku *caring* paling baik menurut persepsi pasien pada aspek dimensi fenomenologis/ eksistensi 61,4% dan yang kurang *caring* dimensi antisipasi (100%).

5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menguji hubungan antara variabel *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman. Uji statistik yang digunakan adalah Kai-Kuadrat pada tingkat kepercayaan 95%. Dengan menggunakan crosstab 2 x 2 (variabel independen 2 kategori dan variabel dependen 2 kategori).

5.2.1 Hubungan umur pasien dengan pemenuhan rasa aman

Tabel 5.3
Analisis Hubungan Umur Pasien dengan Pemenuhan Rasa Aman
di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)

Karakteristik	Pemenuhan Rasa Aman		Total (%)	OR (95% CI)	p	
	Tidak Aman	Aman				
	f	%	f	%		
Umur						
< 27 tahun	20	40,8	29	59,2	100	0,506 (0,229-1,117)
≥27 tahun	30	57,7	22	42,3	100	

Hasil analisis hubungan antara umur dengan pemenuhan rasa aman diperoleh bahwa pasien yang umurnya kurang dari 27 tahun yang lebih mempersepsikan rasa aman 59,2% dan pasien yang umurnya di atas 27 tahun yang kurang mempersepsikan rasa aman sebesar 42,3%. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara umur pasien dengan pemenuhan rasa aman ($p=0,135$; $\alpha 0,05$).

5.2.2 Hubungan jenis kelamin pasien dengan pemenuhan rasa aman

Tabel 5.4
Analisis Hubungan Jenis Kelamin Pasien dengan Pemenuhan Rasa Aman
di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)

Karakteristik	Pemenuhan Rasa Aman		Total (%)	OR (95% CI)	p	
	Tidak Aman	Aman				
	f	%	F	%		
Jenis Kelamin						
Laki-laki	26	43,3	34	56,7	100	0,542 (0,242-1,211)
Perempuan	24	58,5	17	41,5	100	

Hasil analisis hubungan antara jenis kelamin pasien dengan pemenuhan rasa aman menunjukkan bahwa pasien laki-laki yang mempersepsikan rasa aman lebih tinggi (56,7%) dibandingkan wanita (41,5%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan jenis kelamin dengan pemenuhan rasa aman pasien ($p=0,194$; $\alpha 0,05$).

5.2.3 Hubungan pendidikan pasien dengan pemenuhan rasa aman

Tabel 5.5
Analisis Hubungan Pendidikan Pasien dengan Pemenuhan Rasa Aman
di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)

Karakteristik	Pemenuhan Rasa Aman				Total (%)	OR (95% CI)	P
	Tidak Aman		Aman				
	f	%	F	%			
Pendidikan							
Pendidikan rendah	39	54,2	33	45,8	100	1,934	0,209
Pendidikan tinggi	11	37,9	18	62,1	100	(0,801-4,671)	

Hasil analisis hubungan pendidikan pasien dengan pemenuhan rasa aman pasien menunjukkan bahwa pasien berpendidikan tinggi yang mempersepsikan pemenuhan rasa aman lebih tinggi (62,1%) dibandingkan pasien yang berpendidikan rendah. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan pemenuhan rasa aman ($p=0,209$; $\alpha 0,05$).

5.2.4 Hubungan lama dirawat dengan pemenuhan rasa aman

Tabel 5.6
Analisis Hubungan Lama di rawat dengan Pemenuhan Rasa Aman
Di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)

Karakteristik	Pemenuhan Rasa Aman				Total (%)	OR (95% CI)	p
	Tidak Aman		Aman				
	f	%	f	%			
Lama rawat							
<4 hari	28	50,9	27	49,1	100	1,131	0,913
≥ 4 hari	22	47,8	24	52,2	100	(0,517-2,477)	

Hasil analisis hubungan antara lama hari rawat dengan pemenuhan rasa aman pasien menunjukkan bahwa lama rawat kurang empat hari lebih rendah mempersepsikan rasa aman (49,1%). Sedangkan lama rawat lebih dari 4 hari mempersepsikan rasa aman lebih tinggi (52,2%).

5.2.5 Hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman

Tabel 5.7
Analisis Hubungan *Caring* Perawat dengan Pemenuhan Rasa Aman
di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)

Karakteristik	Pemenuhan Rasa Aman		Total (%)	OR (95% CI)	p
	Tidak Aman f %	Aman f %			
Kurang <i>Caring</i>	31 63,3	18 36,7	100	2,991 (1,331-6,723)	0,013*
<i>Caring</i>	19 49,5	33 63,5	100		

*Bermakna pada α 0,05

Dari tabel 5.7 menunjukkan bahwa berdasarkan hasil analisis hubungan antara *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman menurut persepsi pasien diperoleh bahwa perawat yang *caring* memberikan pemenuhan rasa aman tinggi sebanyak 63,5%, sedangkan perawat yang kurang *caring* diperoleh hasil pemenuhan rasa aman lebih rendah (36,7%). Hasil uji statistik menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara kemampuan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman ($p=0,013$; α 0,05). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa perawat yang perilaku *caring* mempunyai peluang 3 kali untuk memberikan pemenuhan rasa aman dibanding perawat yang berperilaku kurang *caring* (CI 95%; OR=2,991)

5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dalam penelitian ini untuk mengetahui hubungan secara bersama-sama antara variabel karakteristik pasien dengan pemenuhan rasa aman. Analisis multivariat dilakukan dengan regresi logistik melalui beberapa langkah.

5.3.1 Seleksi kandidat

Pada tahap ini dilakukan penyeleksian variabel yang akan menjadi kandidat model. Variabel yang diikutsertakan dalam analisis model regresi ini, bila hasil uji bivariat memiliki $p < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Hasil seleksi dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8
 Hasil Seleksi Bivariat untuk Kandidat Model pada *Caring* Perawat
 dan Karakteristik Pasien dengan Pemenuhan Rasa Aman
 di RSI Sultan Agung Semarang, Mei 2011 (n=101)

Variabel	P
<i>Caring</i>	0,007*
Umur	0,089*
Jenis Kelamin	0,133*
Pendidikan	0,138*
Lama hari rawat	0,758

* Bermakna dengan $p < 0,25$

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa ada empat variabel yang mempunyai $p < 0,25$ yaitu *caring*, umur, jenis kelamin, dan pendidikan. Sehingga ke empatnya tersebut yang masuk ke dalam pemodelan multivariat.

5.3.2 Pemodelan Multivariat

Tabel 5.9
 Pemodelan Awal Hasil Analisis Regresi Logistik pada Variabel *Caring*
 dan Karakteristik Pasien dengan Pemenuhan Rasa Aman
 di RSI Sultan Agung Semarang, Mei (n=101)

Variabel	B	P	OR	95%CI
<i>Caring</i>	1,221	0,006	3,391	1,429-8,044
Umur	-0,721	0,099	0,486	0,206-1,144
Jenis Kelamin	-0,798	0,075	0,450	0,187-1,085
Pendidikan	0,458	0,341	1,580	0,617-4,051

Langkah selanjutnya variabel *caring*, umur, jenis kelamin dan pendidikan dilakukan analisis dengan uji regresi logistik. Pemodelan pertama yang dikeluarkan yaitu variabel pendidikan ($p=0,341$). Setelah variabel pendidikan dikeluarkan, dari hasil analisis perbandingan OR ternyata tidak terjadi perubahan nilai $OR < 10\%$, sehingga pendidikan dikeluarkan.

Variabel ke dua yang dikeluarkan yaitu jenis kelamin pasien ($p=0,071$), setelah variabel dikeluarkan dari hasil analisis perbandingan OR ternyata tidak terjadi perubahan nilai $OR < 10\%$, sehingga variabel pendidikan dikeluarkan. Variabel

Universitas Indonesia

yang terakhir yang dikeluarkan adalah umur pasien ($p=0,76$), ternyata terjadi perubahan nilai $OR > 10\%$, sehingga variabel umur dimasukkan kembali.

5.3.4 Pemodelan akhir

Tabel 5.10
Pemodelan Akhir Hasil Analisis Regresi Logistik pada Variabel *Caring*
dan Karakteristik Pasien dengan Pemenuhan Rasa Aman
di RSI Sultan Agung Semarang, Mei (n=101)

Variabel	B	p	OR	95%CI
<i>Caring</i>	1,140	0,007*	3,128	1,388-7,159
Umur	0,749	0,076	0,473	0,207-1,083

*Bermakna pada $\alpha 0,05$

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa variabel umur merupakan *confounding* hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman. Sehingga dapat diambil kesimpulan bahwa perawat yang *caring* mempunyai peluang 3,128 kali untuk memberikan rasa aman dibanding perawat yang kurang *caring* setelah dikontrol dengan umur pasien. Hasil analisis didapatkan OR yang paling tinggi yaitu perilaku *caring* ($OR=3,128$) sehingga dapat disimpulkan bahwa *caring* yang paling berpengaruh terhadap pemenuhan rasa aman.

BAB 6

PEMBAHASAN

Bab 6 menguraikan pembahasan hasil penelitian mengenai hubungan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman di ruang rawat inap dewasa RSI Sultan Agung Semarang. Bahasan meliputi interpretasi dan diskusi hasil (mengintegrasikan hasil penelitian dengan konsep terkait dan hasil penelitian terdahulu yang berhubungan dengan variabel yang diteliti), keterbatasan penelitian, dan implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian selanjutnya.

6.1 Interpretasi dan diskusi hasil

6.1.1 Hubungan umur pasien dengan pemenuhan rasa aman

Hasil analisis univariat terhadap umur pasien menunjukkan bahwa penelitian ini didominasi oleh pasien yang berumur ≥ 27 tahun yaitu sebanyak 51,5%. Hasil analisis bivariat dengan menggunakan kai kuadrat didapatkan hasil bahwa pasien yang berumur ≥ 27 tahun lebih mempersepsikan pada pemenuhan rasa tidak aman sebanyak 57,7% dan umur yang < 27 tahun sebanyak 59,2% lebih mempersepsikan rasa aman, dengan derajat kepercayaan 95% terhadap umur dengan pemenuhan rasa aman ($p = 0,135$; $\alpha 0,05$). Jadi hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemenuhan rasa aman pasien oleh perawat.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian McClean (2010) rata-rata usia pasien yang mempengaruhi rasa aman adalah 36,8 tahun dengan jumlah responden 33 pasien yang berkisar antara 19 – 60 tahun. Hasil penelitian oleh Lamri (1997 dalam Meeboon, 2006) tingkat kepuasan pasien (terhadap perilaku *caring* dalam pemenuhan rasa aman) pada usia 18 – 45 tahun cenderung lebih tinggi dibanding berusia 12 – 17 tahun. Pasien yang lebih tua mudah menerima perlakuan orang lain dibandingkan dengan pasien yang lebih muda, termasuk perilaku pemberian rasa aman.

Hasil penelitian ini didukung oleh Potter & Perry (2005) bahwa usia pada bayi dan lansia merupakan penyebab terbesar terjadinya cedera dibanding usia remaja dan dewasa sehingga rasa amannya berkurang dibanding remaja. Cedera merupakan penyebab terbesar rasa tidak aman pada anak-anak yang berusia lebih dari satu tahun dan pada lansia jadi merupakan penyebab kematian yang lebih besar daripada akibat penyakit lain (Susan, 2009). Gunarsa (1996) melaporkan bahwa remaja (12-18 tahun) sulit bekerja sama dengan baik dan tidak menunjukkan sikap yang kooperatif sehingga lebih tinggi tuntutan mereka terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Kondisi ini mengharuskan perawat memberikan pelayanan yang optimal sesuai dengan tuntutan pasien untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia terutama rasa aman di rumah sakit.

Hasil penelitian ini menunjukkan umur kurang dari 27 tahun cenderung lebih puas terhadap pemberian rasa aman dibanding umur yang lebih 27 tahun. Penelitian ini lebih banyak usia remaja, dewasa muda dibanding dengan dewasa tua sehingga yang lebih merasa puas umur kurang dari 27 tahun. Pasien selain umur kurang dari 27 tahun juga disebabkan oleh pendidikan yang rendah lebih banyak, sehingga dalam mempersepsikan pemenuhan rasa amannya lebih baik.

6.1.2 Hubungan jenis kelamin dengan pemenuhan rasa aman

Hasil analisis univariat terhadap jenis kelamin pasien menunjukkan bahwa pasien berjenis kelamin laki-laki sebanyak 59,4%. Pasien laki-laki mempunyai tuntutan lebih tinggi terhadap pelayanan kesehatan khususnya perawat. Reimen (1998 dalam Wolf, 2003) bahwa harapan laki-laki terhadap perilaku perawat yaitu kehadiran perawat membuat pasien seperti memiliki nilai diri, membuat pasien lebih merasa nyaman, ramah, sopan dan menyenangkan. Tuntutan tersebut akan meningkatkan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sekaligus merupakan keuntungan bagi rumah sakit terkait kinerja perawatnya.

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan kai kuadrat didapatkan hasil bahwa pasien yang berjenis kelamin laki-laki yang mempersepsikan pemenuhan rasa aman lebih tinggi (56,7%) dan wanita lebih tinggi mempersepsikan tidak aman

(58,5%). Jadi hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pemenuhan rasa aman pasien ($p = 0,194$; $\alpha 0,05$).

Penelitian tersebut bertolak belakang dengan penelitian Hayes & Tylor (2007) menyatakan bahwa wanita lebih besar mempersepsikan pelayanan yang diberikan perawat baik dibanding laki-laki. Hasil penelitian ini didukung oleh McClean (2010) bahwa jenis kelamin tidak ada hubungan signifikan terhadap rasa aman pasien dengan jumlah responden 33 laki-laki dan 3 perempuan. Loundon & Britta (1998) menyatakan bahwa jenis kelamin pria lebih mudah puas dibandingkan dengan wanita.

Pasien wanita lebih teliti dalam menilai perilaku orang lain dan lebih mampu mengekspresikan penilaiannya mengenai perilaku orang lain termasuk perilaku perawat dalam pemenuhan rasa aman. Sehingga laki-laki lebih mempersepsikan perawat lebih baik dalam pemenuhan rasa aman dibandingkan dengan wanita. Menurut Robbins & Judge (2008) bahwa wanita menghabiskan waktu lebih banyak untuk menganalisis suatu hal dibandingkan pria.

Hal ini didukung oleh Reimen (1998 dalam Wolf, 2003) yang menjelaskan harapan pasien wanita terhadap perilaku perawat yang diterimanya meliputi sikap mau mendengarkan, tanggap terhadap keluhan pasien, memberi dukungan terhadap pasien, selalu hadir untuk pasien untuk member rasa nyaman, realistis lembut dan sopan. Sedangkan harapan pasien laki-laki terhadap perilaku perawat yang dilakukan oleh perawat terdiri dari sikap kehadiran perawat membuat pasien seperti memiliki nilai diri, membuat pasien merasa nyaman, ramah, lembut, sopan dan menyenangkan.

6.1.3 Hubungan pendidikan pasien dengan pemenuhan rasa aman

Hasil analisis univariat terhadap pendidikan pasien menunjukkan bahwa pasien yang berpendidikan rendah yaitu sebanyak 71,3%. Pendidikan merupakan salah satu karakteristik demografi yang dapat mempengaruhi seseorang baik terhadap

lingkungan maupun objek tertentu. Radwin (2003) pendidikan berpengaruh terhadap persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan, semakin tinggi pendidikan pasien, maka akan semakin tinggi tuntutan pelayanan yang mereka minta terutama penjelasan informasi masalah yang dihadapi pasien.

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan kai kuadrat didapatkan hasil bahwa pasien yang berpendidikan rendah lebih mempersepsikan pemenuhan rasa tidak aman (45,8%) dibanding pendidikan tinggi lebih mempersepsikan aman (62,1%). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pemenuhan rasa aman pasien ($p = 0,209$; $\alpha 0,05$).

Hasil penelitian ini didukung oleh Hayes & Tylor (2007) bahwa pendidikan tinggi mempengaruhi persepsi pasien terhadap perilaku perawat yang baik dalam pemenuhan rasa aman. Sedangkan penelitian Radwin (2003) menyebutkan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan (memberikan rasa aman). Tingkat kemaknaan hubungan menurut Wolf (2003) bahwa tingkat pendidikan dan kepuasan pasien terhadap perilaku perawat mempunyai hubungan yang lemah.

Hal ini bertolak belakang dengan penelitian Meeboon (2006) bahwa tidak ditemukannya adanya persepsi yang berbeda atas perilaku perawat dengan tingkat pendidikan pada klien kanker. Penelitian ini tidak sejalan dengan Northouse (1998), hasil penelitiannya menyatakan bahwa ada hubungan secara bermakna antara pendidikan dengan tingkat kepuasan pasien. Tingkat pendidikan yang tinggi cenderung mengharapkan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan keinginannya.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan tidak memiliki hubungan dengan persepsi pasien terhadap perilaku perawat dalam pemenuhan rasa aman di rumah sakit, perlu dikaji lebih lanjut dimana semakin tinggi pendidikan pasien, maka akan semakin tinggi tuntutan pelayanan yang mereka minta terutama penjelasan informasi mengenai masalah yang dihadapi pasien.

Sehingga hal ini dapat menjadi perhatian rumah sakit bahwa 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, agar pasien dapat merasakan kepuasan selama mendapatkan pelayanan di rumah sakit.

Perilaku perawat (memberikan rasa aman) dipersepsikan oleh pasien dengan pendidikan tinggi cenderung lebih puas dibanding pendidikan rendah, kemungkinan hal ini disebabkan oleh adanya hubungan pasien dengan pendidikan tinggi untuk lebih memiliki keberanian mengemukakan harapannya dan meminta pelayanan sesuai dengan yang diharapkannya.

6.1.4 Hubungan lama hari rawat dengan pemenuhan rasa aman

Hasil analisis univariat sebgaiian besar pasien lama rawatnya kurang empat hari sebanyak 54,5% sedangkan lama hari rawat lebih dari empat hari sebesar 45,5%.

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan kai kuadrat didapatkan hasil bahwa lama hari rawat lebih empat hari lebih mempersepsikan pemenuhan rasa aman (52,2%) dibanding tidak aman (47,8%). Lama hari rawat kurang empat hari mempersepsikan rasa aman lebih kecil (49,1%) dibanding tidak aman (50,9%). Hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara lama hari rawat dengan pemenuhan rasa aman ($p=0,894$; $\alpha 0,05$). Secara proporsi bahwa lama hari rawat kurang dari empat hari mempunyai kecenderungan mempersepsikan perilaku perawat (memberikan rasa aman) lebih rendah dibandingkan dengan lama hari rawat lebih panjang.

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Yasmin (2000) hasil penelitiannya tentang kepuasan pasien terhadap fasilitas dan pelayanan keperawatan dari 38,4% (28 orang) menyatakan puas dirawat 2-6 hari dan 62,65 (58 orang) dirawat dalam 7-10 hari menyatakan tidak puas. Hasil penelitian di rumah sakit Jepang melaporkan bahwa pasien yang dirawat kurang dari satu minggu pasien lebih puas jika perilaku perawat dapat menunjukkan sikap perhatian dan penting untuk merawat kulit mereka (rasa aman). Aspek yang

terpenting adalah ingin mendapat kepuasan dan ingin terbebas dari stres cemas serta dokter dan perawat yang kompeten (Tokunaga & Imanaka, 2003). Hasil penelitian tersebut bertolak belakang dengan hasil penelitian ini, karena pengkategorian lama hari rawatnya lebih lama dibanding dengan penelitian ini, sehingga mempengaruhi hasil penelitiannya.

Pasien dengan waktu rawat yang pendek maka tuntutan pasien terhadap perilaku perawat dalam pemenuhan rasa aman sangat tinggi. Wolf (2003) pendeknya waktu rawat pasien akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap perilaku perawat dan tentunya terhadap pemenuhan rasa aman. Pengalaman dan lama waktu rawat seseorang akan mempengaruhi persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh perawat.

Penelitian ini didukung oleh Jones (2009) yang menjelaskan bahwa menciptakan sebuah kepercayaan pasien kepada perawat adalah dengan menciptakan waktu bersamaan antara perawat dan pasien. Perawat yang berhasil dengan membagi kepercayaan akan membuat pekerjaan perawat menjadi lebih mudah karena pasien yang sudah percaya akan menerima seluruh kegiatan yang dilakukan oleh perawat.

6.1.5 Hubungan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman

6.1.5.1 Gambaran *caring* perawat

Hasil analisis univariat dari penelitian ini terdapat proporsi perawat yang *caring* dan yang kurang *caring* menurut persepsi pasien cenderung seimbang, hal ini dapat dilihat dari prosentase perawat yang *caring* 51.5% dan yang kurang *caring* 48,5%, artinya hampir separuh perawat *caring* terhadap pasien.

Hasil penelitian tentang *caring* perawat dan pelayanan keperawatan secara umum di rumah sakit lain menunjukkan hasil yang tidak jauh berbeda. Penelitian ini didukung oleh penelitian Rahayu (2001) tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap *caring* perawat yang dipersepsikan oleh perawat di instalasi rawat

inap RSUP Persahabatan Jakarta dengan responden sebanyak 108 orang menunjukkan bahwa 51,9% termasuk kategori *caring* dan 48,1% kurang *caring*.

Hal ini sangat memprihatinkan bagi profesi keperawatan, mengingat bahwa *caring* merupakan inti dari praktik keperawatan yang bersifat etik dan filosofikal (Alligood, 2006). Kondisi ini merupakan hal yang kurang menguntungkan bagi rumah sakit, sebagaimana disebutkan bahwa *caring* adalah dasar dari etik dan filosofi praktik keperawatan, sehingga melalui *caring* perawat dapat mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan pasien. Perawat yang *caring* akan menghargai pasiennya sebagai manusia bermanfaat dan mempunyai kebutuhan yang komprehensif meliputi bio-psiko, sosio dan spiritual yang mereka yakini dapat menimbulkan masalah kesehatan (Watson, 1985 dalam George, 2010; Watson, 1979 dalam Alligood, 2006).

Pasien di RSI Sultan Agung Semarang mempersepsikan *caring* perawat yang masih kurang dari separuh diantaranya adanya anjuran kepada pasien untuk mengatakan keluhannya, bahasa yang digunakan perawat tidak mudah dimengerti, kurang menjelaskan terkait tindakan keperawatan yang dilakukan, tidak melibatkan pasien ketika berdiskusi tentang kesehatan pasien, mengontrol keluhan dan kondisi pasien setiap hari, mendengarkan ungkapan perasaan pasien, memberikan penyuluhan kesehatan dan membantu pasien supaya tidak cemas.

Perawat yang menunjukkan sikap *caring* dan peduli langsung untuk memberikan bantuan, dukungan atau perilaku kepada individu atau kelompok melalui antisipasi kebiasaan untuk meningkatkan kondisi manusia atau kehidupan berarti perawat membantu berpartisipasi untuk memperoleh pengetahuan dan meningkatkan kesehatan pasien menurut Leininger (1979 dalam George, 2010). Sikap/perilaku *caring* perawat, diharapkan mutu asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan. Gaut (Alligood, 2006) menyebutkan salah satu kondisi penting untuk selalu *caring* adalah melalui tindakan tekun dan bertindak berdasarkan pengetahuan.

Lebih lanjut hasil penelitian dari hasil analisis univariat tentang sembilan komponen *caring* dijelaskan dari sembilan komponen tersebut yang menunjukkan *caring* perawat baik pada aspek dimensi pengajaran interpersonal, menciptakan lingkungan yang mendukung dan melindungi, membantu memenuhi kebutuhan dasar, fenomenologis/eksistensi, tetapi sebaliknya yang kurang *caring* pada dimensi kemanusiaan/keyakinan-harapan-sensifitas, membina atau membantu kepercayaan, menerima ekspresi perasaan positif dan negative pasien, antisipasi dan pengawasan dan pemantauan.

Dimensi yang masih kurang tentunya bagi perawat harus ditingkatkan lagi untuk memenuhi kebutuhan bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual. Dimensi yang pertama yang masih kurang yaitu kemanusiaan/keyakinan-harapan-sensifitas yang merupakan penggabungan dari pendekatan *humanistic altruistic*, menanamkan keyakinan dan harapan dan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain. Ketiga *carative* tersebut merupakan praktik keperawatan dalam membina hubungan perawat dan pasien dengan mengaplikasikan tehnik komunikasi. Stuart & Laraia (2005) dalam menerapkan dimensi *humanistic altruistic* perawat harus 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.

Dimensi kedua menanamkan keyakinan dan harapan wujud dari perilaku *caring* perawat yaitu 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).

Dimensi ketiga yaitu kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain dimanifestasikan dengan 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, 2005). Sedangkan menurut Larson dalam Watson (2009) manifestasi *caring* perawat saat berhubungan dengan pasien ditunjukkan perawat harus konsentrasi dengan satu pasien meskipun sedang kritis, menawarkan alternatif bagi pasien untuk pengobatan, cek persepsi pasien sebelum memulai tindakan apapun, ramah terhadap keluarga pasien adalah yang terpenting, mengekspresikan perasaan pasien tentang penyakit dan pengobatan serta informasi yang rahasia, dan meminta pasien apa nama panggilan pasien. Dimensi ini juga menekankan pada perilaku *caring* perawat disertai dengan tehnik komunikasi yang baik.

Dimensi *caring* yang masih kurang menurut persepsi pasien yaitu membina atau membantu kepercayaan. Hubungan saling percaya akan meningkatkan dan menerima perasaan positif dan negative antara perawat dan pasien. Kesiapan perawat membantu pasien dengan kongruen, empati dan ramah akan memberikan kepercayaan pasien terhadap perawat. Pengembangan hubungan saling percaya menerapkan bentuk komunikasi untuk menjalin hubungan dalam keperawatan. Empati berarti perawat memahami apa yang dirasakan klien. Ramah berarti penerimaan positif terhadap orang lain yang sering diekspresikan melalui bahasa tubuh, ucapan tekanan suara, sikap terbuka, ekspresi wajah dan lain-lain (Kozier & Erb, 1985; Nurachmah, 2001; Barnhart, et al., 1994, dalam Alligood, 2006).

Dimensi menerima pengekspresian perasaan baik positif dan negative diwujudkan dengan penerimaan perawat terhadap perasaan pasien baik positif atau negatif akan menjadikan pasien berkeinginan untuk sembuh. Perawat memberikan

waktunya dengan mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien (Nurachmah, 2001). Perilaku *caring* perawat dalam hal ini 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).

Antisipasi merupakan dimensi *caring* dari Larson yang paling kurang terhadap perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan pasien di RSI Sultan Agung Semarang, karena dimensi ini untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan supaya tidak terjadi dampak yang merugikan pasien. Kemampuan perawat untuk mengatasi tindakan pencegahan komplikasi dan mengantisipasi perubahan-perubahan yang tidak diinginkan dari kondisi pasien sehingga perawat sudah menyiapkan yang dibutuhkan bila hal yang tidak diinginkan terjadi (Watson, 2009).

Pengawasan dan pemantauan merupakan dimensi terakhir yang dipersepsikan pasien masih kurang. Kemampuan perawat dengan menunjukkan sikap profesional dan menjamin keamanan tindakan keperawatan yang didelegasikan kepada orang lain dengan bimbingan dan pengawasan. Manifestasi *caring* perawat dapat ditunjukkan dengan profesional dalam penampilan mengenakan pakaian yang layak dan identifikasi, membuat prosedur bagaimana mengambil darah iv dan bagaimana mengelola peralatan seperti suction, memberikan perawatan fisik yang baik kepada pasien, memastikan bahwa keluarga atau perawat lain tahu cara merawat pasien, dan tahu kapan harus memanggil dokter (Watson, 2009). Dimensi ini menjelaskan bahwa perawat harus melakukan pemantauan dan pengawasan setiap saat dan memastikan bahwa perawat yang lain tahu cara merawat pasien. tindakan ini diwujudkan salah satunya pada saat operan pergantian dinas/shift.

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan harusnya dengan mendasari sikap *caring* terhadap pasien. Aspek-aspek *caring* harus diterapkan saat melaksanakan praktik keperawatan. Hasil penelitian Agustin (2002) rata-rata aspek *caring* yang dikembangkan oleh Larson yang mempunyai nilai *caring* lebih baik adalah kesiapan membantu. Hasil penelitian ini menggambarkan perilaku *caring* perawat dalam kategori kurang, namun menurut peneliti didasarkan pada beberapa faktor diantaranya persepsi pasien terhadap *caring* atau perilaku perawat yang berbeda-beda.

Menurut Robin & Judge, 2008 sikap setiap individu dalam mempersepsikan dapat berbeda. Hal ini dikarenakan setiap orang dapat memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu hal yang sama. Motivasi dan minat seseorang mempunyai pengaruh yang besar terhadap persepsi. Persepsi individu juga dipengaruhi oleh masa lalu terhadap sesuatu yang dipersepsikan tersebut. Pengalaman yang baik atau buruk akan berpengaruh terhadap persepsi individu pada hal yang sama. Harapan yang dimiliki individu juga mempengaruhi persepsinya. Kenyataan yang tidak sesuai dengan harapan individu dapat dipersepsikan sebagai hal yang buruk.

Faktor ke dua yaitu masih minimnya pemahaman perawat tentang konsep *caring*, sehingga dalam praktik keperawatan perawat belum menerapkan secara optimal. Selain faktor tersebut beban kerja perawat yang tidak proposional juga merupakan salah satu faktor *caring* yang paling mendasar. Hal ini didukung oleh penelitian Sobirin (2006) tentang hubungan beban kerja dan motivasi dengan penerapan perilaku *caring* perawat pelaksana di RSUD Unit Swadana Kab Subang dengan responden 118 yang menyatakan *caring* tinggi sebanyak 47,5% dan *caring* rendah 52,5% bahwa beban kerja perawat mempengaruhi kinerja perawat terutama dalam penerapan *caring* terhadap pasien.

Perawat di RSI Sultan Agung masih banyak berpendidikan DIII Keperawatan sehingga ini menjadi kendala dalam pemberian pelayanan yang berperilaku *caring*, sehingga perawat dituntut untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang lebih tinggi. Watson (1979) dalam George (2010) menyatakan bahwa *caring* adalah

suatu karakteristik interpersonal yang tidak diturunkan melalui genetik, tetapi di pelajari melalui suatu pendidikan sebagai budaya profesi.

6.1.5.2 Gambaran pemenuhan rasa aman

Hasil penelitian secara analisis univariat terdapat proporsi pemenuhan rasa aman oleh perawat yang dipersepsikan oleh pasien yang merasa aman dan yang tidak aman cenderung seimbang, hal ini dapat dilihat dari prosentase aman sebesar 50,5% dan yang tidak aman 49.5%, artinya hampir separuh pasien merasakan aman pada tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, namun hasil ini masih kurang karena selama di rumah sakit pasien harus dijamin keamanannya.

Aspek yang tidak aman menurut persepsi pasien di RSI Sultan Agung Semarang meliputi tidak adanya anjuran pasien dan pengunjung untuk cuci tangan oleh perawat, membiarkan pengunjung ramai di ruangan, keadaan udara dikamar panas, tidak ada bel panggilan, tidak mengorientasikan pasien baru, tidak ada informasi penggunaan alat pemadam kebakaran, tidak memberikan informasi setiap pergantian dinas, pasien yang mempunyai penyakit menular dicampur, perawat tidak menemani pasien bila keluarga tidak ada. Lingkungan yang aman di rumah sakit merupakan lingkungan yang bebas dari ancaman kesehatan. Lingkungan yang tidak aman dapat membahayakan rasa aman pasien di rumah sakit yang dapat mengakibatkan cedera atau jatuh (Potter & Perry, 2005).

Hasil penelitian ini didukung oleh McClean (2010) melaporkan bahwa tingkat keamanan pasien dibagi menjadi tiga tingkatan rendah, sedang dan tinggi. Nilai rata-rata keamanan rendah 26,19%, keamanan sedang 32,39% dan keamanan tinggi 49,75%. Hal ini menunjukkan bahwa pasien di rumah sakit masih dalam kondisi yang tidak aman. Mc Clean (2010) melaporkan dalam penelitiannya bahwa rasa aman di rumah sakit dapat ditunjang dengan adanya aturan di larang merokok di lingkungan rumah sakit, identifikasi staff (memperkenalkan diri pada pasien dan keluarga, kejelasan informasi pemberian obat oleh perawat kepada pasien dengan menjelaskan tujuan dari setiap obat yang diberikan, efek samping dan bila pasien alergi segera melaporkan kepada perawat), fasilitas rumah sakit

adanya kursi roda, pengendalian infeksi dengan adanya anjuran untuk cuci tangan, tutup mulut dan hidung saat bersin, anjuran pengunjung untuk membatasi pengunjung yang masuk ke kamar pasien.

Pelayanan asuhan keperawatan yang aman merupakan cermin perilaku perawat dalam penerapan pedoman asuhan kepada pasien. Perilaku yang disiplin merupakan perilaku yang taat dan patuh dalam peraturan. Perawat bertanggung jawab penuh terhadap keamanan diri pasien dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, karena selama 24 jam perawat yang bekerja memberikan pelayanan. Pelaksanaan pemberian asuhan untuk keamanan pasien yang sebagian di antaranya secara klinik dibagi bersama dengan dokter dan secara lingkungan dengan pekerja (Sulastomo, 2007).

6.1.5.3 Hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman

Hubungan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan semakin perilaku *caring* perawat baik menunjukkan bahwa terjadi pemenuhan rasa aman yang tinggi. Perilaku perawat yang kurang *caring* akan mempengaruhi pemenuhan rasa aman yang rendah. Perawat yang *caring* menunjukkan pemenuhan rasa aman sebesar 63,5%, sedangkan perilaku *caring* yang kurang pemenuhan rasa aman lebih rendah sebesar 36,7%. Hasil uji statistik didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara *caring* dengan pemenuhan rasa aman pasien ($p=0,013$; $\alpha 0,05$). Hasil analisis diperoleh $OR=2,991$, artinya perawat yang *caring* mempunyai peluang 3 kali memberikan pemenuhan rasa aman dibandingkan perawat yang kurang *caring*.

Hasil penelitian ini di dukung oleh penelitian Maryam (2009) yaitu hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di IRNA Bedah Medik RSUD Dr Soetomo Surabaya dengan hasil bahwa 74,1% pasien puas dengan penerapan tindakan keselamatan (keamanan) pasien. Munro (2001 dalam Wolf 2003) ada hubungan yang kuat antara persepsi pasien terhadap perilaku *caring* perawat dengan kepuasan pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa perawat yang berperilaku *caring* dengan baik akan

memberikan rasa aman yang lebih baik pula untuk meningkatkan kepuasan pasien dan proses penyembuhan pasien untuk mengurangi kecemasan pasien.

Kejadian yang membuat pasien tidak aman dalam penelitian ini adalah tidak adanya anjuran pasien dan pengunjung untuk cuci tangan oleh perawat, membiarkan pengunjung ramai di ruangan, keadaan udara dikamar panas, tidak ada bel panggilan, tidak mengorientasikan pasien baru, tidak ada informasi penggunaan alat pemadam kebakaran, tidak memberikan informasi setiap pergantian dinas, pasien yang mempunyai penyakit menular dicampur, perawat tidak menemani pasien bila keluarga tidak ada. Oleh karena itu kegiatan keperawatan hendaknya tidak bertumpu pada rekam medic/ catatan keperawatan yang sudah ada, tetapi perawat harus selalu mengkaji, mendiagnosis keperawatan, membuat perencanaan dan melakukan implementasi dan evaluasi secara berkala pada pasien. Carruth et all (1999) dalam Nurachmah (2001) bahwa *Caring* juga didefinisikan sebagai tindakan yang bertujuan memberikan asuhan fisik dan perhatian emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien. Larson dalam Greenhalg et al (1998) mengatakan bahwa *caring* adalah asuhan yang diberikan secara terus menerus difokuskan pada perawatan fisik maupun mental dan meningkatkan rasa aman pasien. Perawat dalam meningkatkan asuhan keperawatan untuk kebutuhan rasa aman pasien hendaknya menerapkan penggunaan *caring*. *Caring* menurut Potter & Perry (2005) adalah memberikan perhatian penuh pada pasien saat memberikan asuhan keperawatan.

Asuhan keperawatan adalah sesuatu yang dikerjakan kepada seseorang atau memberikan informasi kepada seseorang dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan, meningkatkan atau mengembalikan kemampuan membantu diri sendiri, atau menghilangkan gangguan (Abdellah dalam Alligood, 2006). Metode pemecahan masalah asuhan keperawatan salah satunya dengan menggunakan proses keperawatan. Kozier (1995) proses keperawatan salah satunya adalah metode yang sistematis dan rasional dalam merencanakan dan memberikan pelayanan keperawatan kepada individu dengan tujuan untuk mengidentifikasi status kesehatan klien, kebutuhan atau masalah kesehatan aktual atau risiko,

membuat perencanaan sesuai dengan kebutuhan yang telah diidentifikasi, dan melaksanakan intervensi keperawatan spesifik sesuai dengan kebutuhan.

Pemberian asuhan keperawatan harus diciptakan hubungan yang baik antara pasien dan perawat. Kozier et al (1995) menyatakan bahwa hubungan perawat-pasien menjadi inti dalam pemberian asuhan keperawatan, karena keberhasilan penyembuhan dan peningkatan kesehatan pasien sangat dipengaruhi oleh hubungan perawat-pasien. Metode pemberian asuhan keperawatan harus memfasilitasi efektifnya hubungan tersebut. Konsep yang mendasari hubungan perawat pasien adalah hubungan saling percaya, empati, *caring*, otonomi, dan mutualitas.

Jones (2009) menjelaskan bahwa untuk menciptakan sebuah kepercayaan pasien kepada perawat adalah dengan menciptakan waktu bersama perawat dan pasien. Perawat yang berhasil adalah membangun kepercayaan akan membuat pekerjaan perawat menjadi lebih mudah karena pasien yang sudah percaya akan menerima seluruh kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan aspek untuk pemenuhan rasa aman pasien, selain itu aspek penting yang harus diciptakan untuk menciptakan hubungan baik antara pasien dan perawat adalah menciptakan kondisi perawat yang seimbang dalam beban kerjanya sehingga perawat terhindar dari kejenuhan dan kelelahan yang berlebihan.

Hasil penelitian di rumah sakit Jepang melaporkan bahwa pasien yang dirawat kurang dari satu minggu mereka puas, jika perilaku perawat dapat menunjukkan sikap perhatian dan pentingnya untuk merawat kulit pasien. Bila lebih dari satu minggu namun kurang dari satu bulan pasien ingin perawat dapat mengurangi nyeri, mengerti opini dan perasaan mereka (meningkatkan keamanan). Aspek yang penting adalah ingin mendapat kepuasan dan ingin terbebas dari stress dan cemas serta dokter yang kompeten dalam hal ini berkaitan dengan perilaku *caring*. (Tokunaga & Imanaka, 2003). Keamanan pasien di rumah sakit adalah sistem (tatanan) pelayanan dalam rumah sakit yang memberikan asuhan pasien agar menjadi lebih aman.

Dampak perilaku *caring* bagi perawat adalah dapat menjaga martabat dan integritas pasien, meningkatkan status pemulihan pasien, menurunkan gejala yang dirasakan pasien, meningkatkan status pemulihan pasien, menurunkan gejala yang dirasakan pasien, meningkatkan kepuasan pasien serta terciptanya kualitas pelayanan keperawatan yang tinggi (Lea & Watson, 1998). Menurut Swanson (1999 dalam Watson, 2002) dampak perilaku perawat yang *caring* yaitu meningkatkan kesejahteraan emosi dan spiritual, meningkat hubungan saling percaya, meningkatkan penyembuhan fisik, keamanan, memiliki lebih banyak energi, biaya perawatan lebih rendah serta menimbulkan perasaan lebih nyaman.

Perilaku *caring* yang ditunjukkan untuk memenuhi rasa aman masih kurang yang dipersepsikan oleh pasien karena terkait dengan hubungan antara pasien dan perawat yang kurang, baik secara kualitas maupun kuantitasnya. Hubungan secara kualitas dapat diwujudkan dengan adanya komunikasi dan proses keperawatan dalam menyelesaikan masalah pasien, sedangkan kuantitas sering atau tidaknya perawat membina hubungan dengan pasien. Perawat belum banyak menerapkan komunikasi terapeutik kepada pasien pada setiap praktik keperawatan, sekaligus Stuart & Laria (2005) menyebutkan bahwa komunikasi merupakan hal penting yang harus diterapkan dalam praktik keperawatan sebab komunikasi merupakan alat untuk membangun suatu hubungan yang terapeutik. Selain itu komunikasi bisa menjadi media untuk mempengaruhi perilaku orang lain, sehingga tanpa komunikasi, hubungan terapeutik perawat pasien tidak mungkin terjalin. Watson (2005) menyebutkan bahwa komunikasi yang efektif merupakan salah satu hubungan saling percaya. McQueen (2000) mengatakan bahwa perawat berada pada posisi yang ideal untuk memberikan informasi, pendidikan kesehatan, dorongan dan dukungan kepada pasien dalam rangka memandirikan dan melibatkan pasien dalam mencapai kondisi kesehatannya yang optimal.

Hasil analisis multivariat didapatkan bahwa perawat yang *caring* mempunyai peluang 3,128 kali untuk memberikan rasa aman dibanding perawat yang kurang *caring* setelah dikontrol dengan umur pasien. Hasil analisis tersebut dijelaskan bahwa *caring* yang paling berpengaruh terhadap pemenuhan rasa aman.

Hasil penelitian ini bahwa usia pasien yang mempersepsikan lebih aman pada usia kurang dari 27 tahun (12-27 tahun). Menurut Gunarso usia dewasa muda (19-30 tahun) lebih idealis, optimis dan penuh ide-ide untuk mencari jalan yang baru, lebih rasional dalam penilaian tindakan pelayanan yang diterimanya terutama *caring* perawat dalam pemenuhan rasa aman. Menurut Barbara (2003) menyatakan bahwa risiko jatuh (tidak aman) dapat dialami semua usia, tetapi yang terbesar adalah lansia dan anak-anak. Perilaku *caring* perawat yang baik untuk memenuhi rasa aman sebaiknya tidak membedakan umur pasien baik itu remaja, dewasa atau lansia. Hubungan perawat dan pasien dapat terjalin dengan baik harus tepat dalam penggunaan komunikasi dengan memperhatikan umur atau tumbuh kembang pasien.

6.2 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan dari penelitian ini terdapat pada saat pengumpulan data. *Caring* dapat digunakan sebagai penilain kinerja perawat harapnya dapat mewakili penilaian pasien terhadap perawat, oleh sebab itu supaya objektif beberapa pasien menilai satu perawat yang sudah dikenalnya terlebih dahulu.

Perilaku perawat dalam memberikan rasa aman dalam pengumpulan data menggunakan kuesioner. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan wawancara mendalam dan *focus group discussion*, sehingga didapatkan data yang lebih akurat. Sampel pada kriteria inklusi dapat dilengkapi dengan sampel penelitian untuk pasien baru yang hari rawatnya lebih pendek, sehingga pasien tersebut dapat mempersepsikan *caring* dan rasa aman lebih objektif lagi.

6.3 Implikasi terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan dan penelitian selanjutnya.

6.3.1 Pelayanan keperawatan

Hasil penelitian tentang *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman ini memperhatikan bahwa perilaku *caring* dan pemenuhan rasa aman masih belum dikatakan baik. Salah satu masalah hubungan perawat dan pasien dalam pemenuhan rasa aman adalah komunikasi, karena komunikasi merupakan bagian

dari dimensi *caring* (pengajaran interpersonal, fenomenologis/eksistensi, kemanusiaan/ keyakinan-harapan-sensitifitas, membina atau membantu kepercayaan, menerima ekspresi perasaan positif dan negative pasien) yang paling menonjol.

Kemampuan yang harus dikembangkan oleh perawat adalah kemampuan berkomunikasi, karena komunikasi merupakan kunci yang penting untuk dapat menciptakan kepercayaan pasien kepada perawat. Komunikasi ini tentu saja menyesuaikan umur dan tumbuh kembang pasien untuk pengambilan keputusan yang tepat pada pasien.

Keterlibatan perawat dalam kegiatan dan pengambilan keputusan di ruangan menjadi penting untuk meningkatkan kontrol perawat terhadap praktik keperawatan. Pengambilan keputusan ini merupakan bagian dari proses keperawatan dalam penerapan asuhan keperawatan.

Peran pemimpin keperawatan dalam hal ini adalah kepala ruangan dan ketua tim sangat diperlukan untuk memberikan contoh kepada perawat pelaksana dalam menerapkan perilaku *caring* kepada pasien. Pengembangan profesional perawat dapat dikembangkan salah satunya melalui penilaian kinerja perawat dengan perilaku *caring*. Penilaian ini dapat meningkatkan kinerja perawat yang disertai dengan praktik keperawatan dengan berlandaskan *caring*. Peningkatan perilaku *caring* dapat dilakukan dengan pelatihan, studi kasus atau pendidikan formal yang lebih tinggi lagi, mengingat RSI Sultan Agung Semarang masih banyak perawat yang berpendidikan DIII Keperawatan.

Peningkatan rasa aman pasien dapat diberikan oleh perawat dengan adanya peningkatan antisipasi/pencegahan dan pemantauan atau pengawasan terhadap pasien. Pemantauan dan pengawasan harus diberikan kepada pasien setiap saat mulai dari pasien masuk rumah sakit sampai keluar dengan kondisi mencapai kesehatan yang optimal. Tindakan ini dapat dilakukan salahsatunya pada saat pergantian dinas/shif dengan melakukan operan. Perawat saat operan tidak hanya

berada di ruang perawat saja, tetapi keliling di semua ruang pasien baik shif pagi, siang atau malam untuk pemantauan dan pengawasan.

6.3.2 Pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran pentingnya berperilaku *caring* bagi perawat. Berdasarkan hasil ini hendaknya mahasiswa dapat mengembangkan kemampuan berperilaku *caring* karena hal ini terbukti dapat meningkatkan kepuasan pasien dan menciptakan persepsi pasien yang baik terhadap perawat.

Hasil analisis bahwa faktor yang menyebabkan perilaku *caring* perawat masih belum maksimal adalah pengetahuan perawat tentang perilaku *caring*. Berbagai konsep dan teori *caring* telah dikemukakan oleh para pakar keperawatan tetapi dalam konteks pelayanan keperawatan konsep tersebut belum diterapkan secara maksimal. Kondisi ini juga didukung oleh kurikulum pendidikan keperawatan yang masih sangat terbatas khususnya tentang *caring* terutama tingkat diploma belum ada mata ajar terkait *caring*. Harapannya mahasiswa calon perawat dapat menerapkan konsep *caring* sekaligus bersikap profesional.

6.3.3 Penelitian selanjutnya

Studi selanjutnya yang dapat dikembangkan adalah bagaimana bentuk pengembangan profesional yang efektif untuk menumbuhkan perilaku *caring* perawat, misalnya dengan perbandingan antara berbagai model seperti pelatihan, bimbingan dan pendampingan yang efektif untuk menumbuhkan perilaku *caring*. Metode observasi, wawancara dan focus group discussion dalam pengumpulan data pada penelitian tentang hubungan lingkungan fisik dan psikologis dengan *caring* perawat untuk pemenuhan rasa aman. Pelatihan perawat tentang *caring* untuk pemenuhan rasa aman pasien, dapat dikembangkan untuk dapat lebih mendapatkan hasil atau data yang lebih objektif.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab 7 ini menguraikan tentang kesimpulan dari hasil penelitian dan saran. Kesimpulan disusun untuk menjawab tujuan penelitian, sedangkan saran untuk member masukan bagi perawat, rumah sakit, pendidikan, maupun penelitian selanjutnya.

7.1 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian “Hubungan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman” yang dilaksanakan bulan Februari sampai juni 2011, dapat disimpulkan sebagai berikut:

- 7.1.1 Karakteristik pasien yang menjadi responden penelitian sebagian besar adalah berjenis kelamin laki-laki, berpendidikan rendah yaitu SD dan SLTP, rata-rata umur 31,36 tahun dan lama hari rawat kurang dari empat hari.
- 7.1.2 Gambaran perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien adalah bahwa perawat yang berperilaku *caring* lebih dari separuh berperilaku *caring* baik.
- 7.1.3 Gambaran pemenuhan rasa aman yang dipersepsikan pasien adalah lebih dari separuh pasien mempersepsikan rasa aman.
- 7.1.4 Ada hubungan *caring* perawat dengan pemenuhan rasa aman, artinya bila perawat berperilaku *caring* baik maka dapat meningkatkan rasa aman pasien.
- 7.1.5 Tidak adanya hubungan antara karakteristik pasien meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama hari dirawat dengan pemenuhan rasa aman. Umur pasien kurang dari 27 tahun lebih mempersepsikan rasa aman dibanding dengan umur kurang dari 27 tahun. Laki-laki lebih mempersepsikan aman dibandingkan wanita, pendidikan tinggi lebih merasa aman dibandingkan dengan pendidikan rendah, lama hari rawat lebih dari empat hari lebih merasa aman dibandingkan dengan kurang empat hari.

7.1.6 Perawat yang *caring* mempunyai peluang 3,128 kali untuk memberikan rasa aman dibanding perawat yang kurang *caring* setelah dikontrol dengan umur pasien.

7.2 SARAN

7.2.1 Manajer keperawatan

Manajer keperawatan sebaiknya meningkatkan kegiatan yang dapat:

- a. Memasukan peningkatan perilaku *caring* perawat dalam pemberian rasa aman ke dalam perencanaan dan tujuan pelayanan keperawatan sekaligus dibuat kebijakan terkait *caring* dan rasa aman.
- b. Menjadikan aspek *caring* dalam salah satu penilaian evaluasi penampilan kerja perawat dan program orientasi staf baru.
- c. Menyusun jadwal dinas bagi perawat dengan tepat sesuai dengan kebutuhan pelayanan supaya tidak ada perawat yang merasa kecapian atau kelelahan sehingga memberikan dampak perawat tidak menerapkan perilaku *caring* ataupun pemberian rasa aman pada pasien.
- d. Memberikan orientasi bagi staf baru mengenai kebijakan, aturan maupun standar keamanan yang harus ditaati dalam bekerja
- e. Mengembangkan berbagai metode pembelajaran untuk penerapan perilaku *caring* seperti seminar, *role play*, *focus group discussion*, studi kasus.
- f. Memberikan kesempatan kepada perawat untuk melanjutkan pendidikan formal ke jenjang yang lebih tinggi.
- g. Mengembangkan bentuk bimbingan dari kepala ruangan/ketua tim kepada perawat pelaksana terkait perilaku *caring* dalam pemenuhan rasa aman.
- h. Meningkatkan peran kepala ruangan dan ketua tim sebagai *role model* dalam pelaksanaan perilaku *caring*.
- i. Meningkatkan pengawasan dan pengendalian dengan supervisi oleh kepala ruang kepada katim dan perawat pelaksana dalam pelaksanaan perilaku *caring* perawat dalam memberikan rasa aman.

7.2.2 Perawat pelaksana

- a. Perawat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perilaku *caring* untuk memenuhi kebutuhan rasa aman dengan cara mengikuti pelatihan, seminar.
- b. Perawat meningkatkan kemampuan dalam berkomunikasi dengan pasien.
- c. Perawat meningkatkan kemampuan dalam fungsi penyuluhan kesehatan dengan pasien
- d. Perawat mengembangkan diri dengan melanjutkan pendidikan formal.
- e. Perawat mengembangkan pengetahuan tentang antisipasi dan pemantauan atau pengawasan kepada pasien dengan studi kasus.
- f. Perawat meningkatkan kegiatan operan pada saat pergantian dinas/shift untuk meningkatkan pemantauan dan pengawasan terhadap pasien.

7.2.3 Pendidikan keperawatan

Pendidikan keperawatan mengembangkan kemampuan berperilaku *caring* pada mahasiswa dengan adanya penambahan kurikulum pendidikan keperawatan khususnya tentang *caring* terutama tingkat diploma. *Caring* dapat dimasukkan dalam mata ajar tersendiri atau *include* mata ajar konsep dasar keperawatan atau etika keperawatan.

7.2.4 Peneliti selanjutnya

Mengembangkan desain penelitian yang lebih tinggi seperti *case control* untuk mengetahui pelatihan *caring* dengan perilaku *caring* yang dikaitkan dengan pemenuhan rasa aman yang dipersepsikan oleh pasien, disertai pengumpulan data dengan cara beberapa pasien menilai satu perawat. Pengumpulan data dengan wawancara mendalam, *focus group discussion* kepada pasien untuk menilai *caring* perawat atau rasa aman yang telah diterima pasien. Pasien yang *total care* juga diikutsertakan dalam penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A. (2003). *Riset keperawatan dan tehnik penelitian ilmiah*. Edisi Pertama. Jakarta: Salemba Medika
- Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorist and their work*. St Louis: The CV Mosby Company
- Ardiana. (2010) *Hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku caring perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSU Dr. H Koesnadi Bondowoso*. Tesis. Program Magister keperawatan FIK UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Arikunto, S. (2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. (Edisi revisi VI). Jakarta: PT Rineka Cipta
- Barbara, H. (2003). *Asistensi suatu pendekatan proses keperawatan*. Edisi 6. Jakarta
- Barnum, J.B.S. (2006). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. (5th Ed). Philadelphia: Lippincott
- Crave, R.F & Hirnle, C.J. (2002) *Fundamentals of nursing; human health and function*. Edisi 4. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Carson. (2004). Do performance appraisals of registered nurse reflect a relationship vol 39 issue 5-13.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15098320>, diperoleh 28 Mei 2011
- Data Gugus Kendali Mutu RSI Sultan Agung Semarang. 2011. Kepuasan pasien. laporan tidak dipublikasikan
- Data Rekam Medik RSI Sultan Agung Semarang. 2010. Catatan medis. Laporan tidak dipublikasikan
- Departemen Kesehatan (1999). *Standar pelayanan rumah sakit*. Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta. Jakarta: Depkes
- Departemen Kesehatan. (2008). *Panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit*. Jakarta: Bhakti Husada
- Departemen Pendidikan Nasional. (2009). *Kamus bahasa Indonesia*. Jakarta: Pusat Bahasa
- Dwidiyanti, M. (2007). *Caring*. Semarang: Hasani

- Djalali & Muliono. (2007). *Pengukuran dalam bidang pendidikan*. Jakarta: Gramedia
- Douglas, L.M. (1992). *The effective nurse, leader and manager*. (4th Ed). St Louis: Mosby
- George, J.B. (2010). *Nursing theories: The base for professional nursing practice*. (3rd.Ed.). New Jersey: Prentice Hall
- Gillies, D.A. (1996). *Nursing management: a system approach*. Philadelphia: Saunders Company
- Greenhalg. (1998). Nursing caring behaviors. *Journal of advance nursing* vol 27 page 927-932
- Gunarsa, S. (1996). *Psikologi keperawatan*. Jakarta: BPK Gunung Mulia
- Hamid, A.Y. (1999). Nilai-nilai professional dalam praktik keperawatan. Makalah seminar lokakarya MPKP. Jakarta: FKUI
- Hastono, S.P. (2007). *Analisa data kesehatan*. Depok. FKM. UI
- Hayes, J.S & Suzette, TB.(2007). Perception of nurses caring behaviors by trauma patient. *Journal of Trauma Nursing*
http://findarticles.com/p/articles/mi_b184/is_200710/ai_n32256526/
 diperoleh 2 Juli 2011
- Helmi. (2010). *Analisis data: Untuk riset manajemen dan bisnis*. Medan: USU Press.
- Jones. (2009). Graduate nurse experience of developing trust in the nursing patient relationship. *contemporary nurse*. Volume 3. Issue 142-152
- Kozier, B.Erb, G. & Wikinson, J. (1995). *Foundamental of nursing: concept, process and practice*. California: Addison Wesley Publishing Company
- KEPK-BPPK (2003). *Pedoman nasional etik penelitian kesehatan*. Komisi Etik Penelitian Kesehatan-Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, DepkesRI.
<http://www.jarlitbangkes.or.id/2010/data/RakernasRegionalBarat2005/KE>,
 diperoleh 10 Maret, 2011
- Kepmenkes Nomor: 1204/menkes/sk/x/2004 tentang *persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit*. http://www.telkompdc.com/jasamedivest/files/permenkes_1204-2004-persyaratan_kes_rs.pdf, diperoleh 25 April, 2011

- Lea & Watson (1998). A multivariate analysis. *Journal of advanced nursing*. 28, 662-671
- Loundon & Britta (1988). *Quality improvement in primary care and the improvement of patient perceptions*. <http://proquest.umi.com/pqdweb>, diperoleh 10 April, 2011.
- Maryam.D.(2009). *Hubungan antara penerapan tindakan keselamatan pasien oleh perawat pelaksana dengan kepuasan pasien di IRNA bedah dan medic RSUD Dr. Soetomo Surabaya*. Tesis. Program Magister keperawatan FIK UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- McClellan. (2010). *Assessing the security needs of patient in medium secure psychiatric care in Northern Ireland*.
<http://www.stjohnsmercy.org/patientinfo/sjmh/SafetySecurity.asp>, diperoleh 5 April , 2011.
- Mc Queen, Anne.(2000). Nurse patient relationships and partner ship in hospital care. *Journal of clinical nursing*, 723-731, diperoleh 12 Februari, 2010.
- Meebon.(2006).*The effect of patients and nursing unit characteristic on outcomes among hospitalized patient with chronic illness in Thailand*.
<http://www.nursing.arizona.edu/library/meebons.pdf>, diperoleh 15 Maret, 2011.
- Muhasidah. (2002). *Hubungan tehnik dan frekuensi supervise kepala ruangan dengan pelaksanaan caring untuk perawat pelaksana di RS Sumber Waras*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI. Jakarta; Tidak dipublikasikan
- Northouse, P.G & Northouse, L.L (1998), *Health communication ; Strategies for Health Professional* (2nd ed). East Norwalk Connecticut. Appleton & Lange.
- Notoatmojo.(2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurachmah, E. (2001, 21 Juni). *Asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit*. Perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia (PERSI). Januari 19, 2010. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnew&kode=786&tbl=artikel>
- Polit & Hungler, B.P (1999). *Nursing research principles and methods* (6th ad). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Potter, P.A & Perry , A.G. (2005). *Fundamental of nursing concept; Process & Practice*. Jilid 2. St. Louis: Mosby
- Radwin, L.(2003). *Do Cancer Patients' Characteristics Make a Difference in Their Perceptions of the Quality of Patient-Centered Nursing Care?.* *Academy health meeting. University of Massachusetts Boston*.

<http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102275547.html>,
diperoleh 13 Maret, 2011.

- Rahayu. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan sikap caring yang di persepsikan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Persahabatan*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- Robbins & Judge, T.A. (2008). *Perilaku organisasi*. (D. Angelica, dkk, Penerjemah). Edisi 12. Jakarta: Salemba Empat. (1998)
- Robins. (2003). *Perilaku organisasi*. Jakarta: Gramedia
- Rosdahl, C.B. (1999). *Textbook of basic nursing*. Edisi 7. Philadelphia: Lippincot
- Sastroasmoro, S & Ismael, S.(2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: CV Sagungseto
- Sobirin, C (2006). *Hubungan beban kerja dan motivasi dengan penerapan perilaku caring perawat pelaksana di RSUD unit swadana Kab Subang*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- Stuart, G.W. & Laraia M.T. (2005), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed). USA: St Mosby Inc
- Sulastomo. (2007). *Manajemen kesehatan*. Jakarta: Gramedia
- Suliman, W.A. Wellman, E Omer, T., Thomas, L. (2009). Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment, *Journal of Nursing Research*. Diperoleh 13 Februari 2011.
- Sugiyono. (2010). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif*. Jakarta: Alfabeta
- Susan (2009). *Fundamental concepts and skills for nursing*. Canada: Saunders Elsevier.
- Swansburg, R.C. (1993). *Introductory management and leadership for nurse*. Boston: Jones and Bartlett
- Swansburg, R.C., & Swansburg, R.J. (1999). *Introductory management and leadership for nurse*. (2nd Ed). Boston: Jones and Bartlett
- Tarwoto & Wartunah. (2003). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Jakarta: Salemba

- Tokunaga, J. & Imanaka, Y.(2003). Influence of length of stay patient satisfaction with hospital care in Japan, <http://intqhc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/14/6/493>, diperoleh 2 Mei 2011
- Umar, H. (2002). *Metode riset bisnis*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang perlindungan konsumen
- Watson (2002). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer publishing company
- Watson (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer publishing company
- Wijono, D. (2007). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan . teori, strategi dan aplikasi*. Volume 1 dan 2. Salemba.: Airlangga University Press
- Wolf, Z.R.(2003). Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_6_12/ai_n18616793/
- Yasmin. (2000). *Hubungan karakteristik pasien dan fasilitas perawatan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan dan prosedur penerimaan pasien rawat inap di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukit Tinggi*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- Yasri, W. (1996). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien diinstalasi rawat jalan RSUD Tangerang*. Tesis. Programstudi KARS FKM UI. Jakarta: Tidak dipublikasikan
- Yusrizal. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien rawat inap di RSU Lubuk Linggau Sumatra Selatan*. Jakarta. Program Studi KARS. FKM UI: Tidak dipublikasikan

JADWAL PENELITIAN
HUBUNGAN CARING DENGAN PEMENUHAN RASA AMAN PASIEN
DIRUANG RAWAT INAP RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

N O	KEGIATAN	Februari				Maret				April				Mei				Juni				juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Memilih judul																								
2	Studi pendahuluan																								
3	Penyusunan dan konsultasi proposal																								
4	Seminar proposal																								
5	Perbaikan proposal																								
6	Uji Validitas dan Reliabilitas																								
6	Penelitian																								
7	Analisis penelitian dan laporan																								
8	Seminar hasil penelitian																								
9	Revisi hasil penelitian																								
10	Sidang tesis																								



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

LAMPIRAN 2

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan caring dengan pemenuhan rasa aman pasien di ruang rawat inap RSI. Islam Sultan Agung Semarang.

Nama peneliti utama : **Niken Sukesi**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.



Dewi Indriyati, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Jakarta, 26 Mei 2011

Ketua,

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Kepada Yth Calon Responden
Bapak/Ibu, Sdr/I yang sedang dirawat
Di RSI Sultan Agung Semarang

Dengan hormat

Puji syukur kehadiran Allah yang Maha Kuasa, sehingga selalu dalam rahmatNya. Dengan ini saya, Niken Sukesi, NPM 0906504890, mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Hubungan *caring* dengan pemenuhan rasa aman pasien di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang.

- a. Penelitian ini sangat bermanfaat untuk meningkatkan kualitas pelayanan bagi pasien di RSI Sultan Agung Semarang
- b. Pengisian ini memerlukan waktu 100 menit untuk mengisi 85 item pernyataan
- c. Hasil penelitian menjadi acuan dalam melakukan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSI Sultan Agung Semarang
- d. Saya menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan pasien sebagai responden.
- e. Penelitian ini juga menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh, baik dalam pengumpulan, pengolahan, maupun dalam penyajian nanti.
- f. Saya sangat mengharapkan partisipasi saudara/ saudari dalam penelitian ini dan sebagai tanda setuju mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang dibagikan.

Atas kesediaan dan partisipasinya , saya mengucapkan banyak terima kasih

Peneliti

Niken Sukesi

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat informasi dan membaca lembar penjelasan penelitian, maka saya memahami manfaat dan tujuan penelitian ini. Saya mengerti dan percaya bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Saya juga menyadari bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan saya.

Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSI Sultan Agung Semarang. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Semarang, Mei 2011

(_____)

Tanda tangan dan nama lengkap

KUESIONER A : KARAKTERISTIK PASIEN

Petunjuk pengisian:

1. Pernyataan berikut ini berkaitan dengan karakteristik responden
2. Berikan tanda *checklist* (V) atau uraian singkat dan jelas untuk pertanyaan singkat di bawah ini
3. Bapak/Ibu, Sdr/I dimohon untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan.

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Nomor responden(diisi oleh peneliti)
2	Usiatahun
3	Jenis kelamin	Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>
4	Tingkat pendidikan	Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>
5	Lama dirawat hingga hari inihari
6	Ruang dirawat

KUESIONER B : PEMENUHAN RASA AMAN PASIEN

Petunjuk pengisian

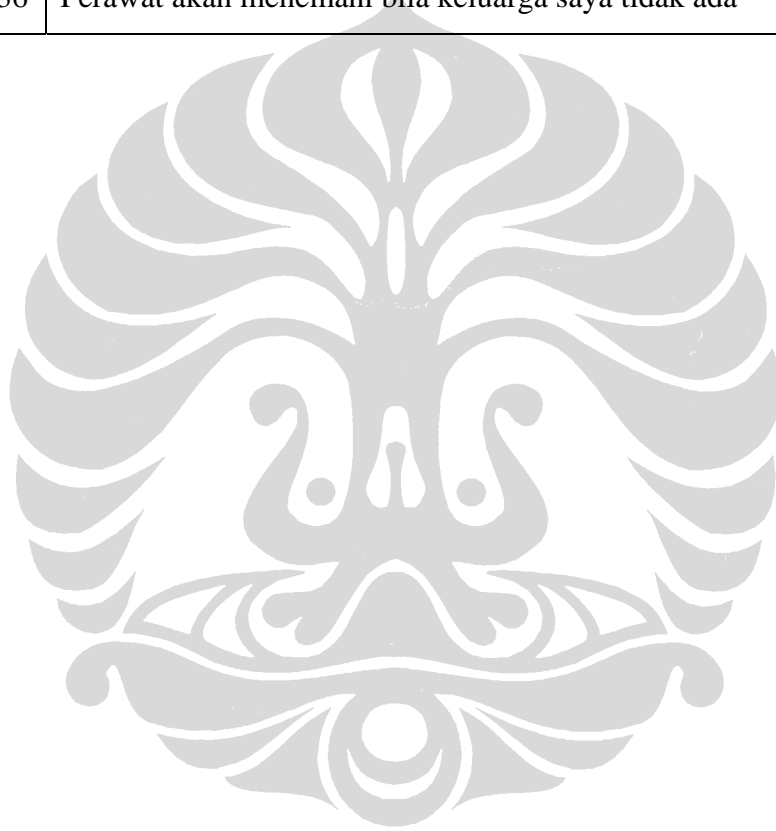
1. Bacalah pernyataan dan pilihan jawaban dengan cermat dan teliti
2. Pernyataan 1 sampai 36 terdapat dua pilihan jawaban yaitu YA dan TIDAK
3. Seluruh pernyataan berikut ini berkaitan dengan persepsi anda terhadap sikap atau perilaku perawat selama merawat anda dan juga ketersediaan fasilitas di ruangan saudara
4. Pilih satu jawaban yang anda anggap paling sesuai dengan penilaian anda dengan cara memberi tanda *checklist* (v).
5. Jika anda ingin mengganti pilihan jawaban karena jawaban pertama salah, maka cukup dengan memberikan tanda (x) pada anda *checklist* (v) yang salah, kemudian berikan tanda pada *checklist* (v) baru pada kolom jawaban yang anda anggap paling benar
6. Anda dimohon untuk TIDAK menggosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan
7. Keterangan pilihan jawaban dan artinya:

Pilihan jawaban	Artinya
TIDAK	Pernyataan “Jarang” atau tidak pernah dilakukan, tidak pernah terlihat atau sangat bertolak belakang, dengan sikap dan perilaku perawat atau fasilitas di ruangan saudara tidak ada (0)
YA	Pernyataan sangat sesuai selalu dilakukan atau selalu terlihat pada sikap dan perilaku perawat atau fasilitas di ruangan saudara ada (1)

No	Selama saya menjadi pasien di sini, sikap dan perilaku perawat dalam pemenuhan rasa aman adalah	YA	TDK
1	Mencocokkan nama dengan papan nama saat akan melakukan tindakan keperawatan kepada saya		
2	Memeriksa obat dengan daftar obat sebelum diberikan kepada saya		
3	Menjelaskan nama, tujuan dan jenis obatnya kepada saya		
4	Cuci tangan /menggunakan alkohol sebelum kontak dengan saya		

No	Selama saya menjadi pasien di sini, sikap dan perilaku perawat dalam pemenuhan rasa aman adalah	YA	TDK
5	Cuci tangan/menggunakan alkohol sesudah melakukan tindakan		
6	Tidak memasang pengaman tempat tidur		
7	Ruangan saya tersedia tempat cuci tangan		
8	Menganjurkan kepada pasien dan pengunjung untuk cuci tangan		
9	Ruangan saya ditemui banyak lalat atau nyamuk		
10	Ruangan saya ada tempat sampah		
11	Membiarkan keluarga saya berbondong menjenguk saya		
12	Membiarkan pengunjung ramai di ruangan saya		
13	Kamar mandi lantai tidak licin		
14	Kamar mandi jaraknya jauh dari ruangan saya		
15	Kamar mandi diberikan pegangan		
16	Membantu keadaan udara di kamar saya tidak panas,		
17	Sprey tempat tidur saya tidak diganti tiap hari		
18	Tempat tidur saya kokoh		
19	Tempat tidur rodanya terkunci		
20	Tidak ada bel panggilan yang dekat dengan pasien		
21	Kasur dalam keadaan tidak baik		
22	Ada anjuran untuk dilarang merokok dilingkungan rumah sakit		
23	Menganjurkan saya dan keluarga untuk tidak meninggalkan barang berharga di ruangan		
24	Menganjurkan saya untuk tidak cemas dan takut selama di rumah sakit		
25	Tidak mengorientasikan ruangan sebelum saya dirawat		
26	Mengorientasikan tempat evakuasi bila terjadi bahaya		
27	Perawat tepat waktu pada saat memeriksa		
28	Dokter tidak tepat waktu pada saat memeriksa		
29	Menginformasikan penggunaan alat pemadam kebakaran		
30	Melakukan tindakan prosedur tidak dengan tepat (misalnya cairan infus dibiarkan kosong)		
31	Saya pernah jatuh dari tempat tidur atau di kamar mandi		

No	Selama saya menjadi pasien di sini, sikap dan perilaku perawat dalam pemenuhan rasa aman adalah	YA	TDK
32	Memberikan informasi setiap penggantian shift/dinas		
33	Melindungi privasi dan menjaga kerahasiaan saya		
34	Perawat bila ada yang batuk atau bersin tidak ditutup atau tidak menggunakan masker		
35	Pasien yang mempunyai penyakit menular di campur dengan yang tidak menular		
36	Perawat akan menemani bila keluarga saya tidak ada		



KUESIONER C: CARING PERAWAT MENURUT PERSEPSI PASIEN

Petunjuk :

1. Pernyataan No 1-49 terdapat alternatif jawaban selalu, sering, jarang dan tidak pernah
2. Selalu (SL)= berarti setiap hari/ rutin dilakukan; Sering (SR)= berarti tidak rutin dilakukan; Jarang (J)= berarti pernah tetapi tidak rutin dilakukan; Tidak pernah (TP)= berarti sama sekali tidak dilakukan
3. Pilihlah salah satu alternatif jawaban yang telah disediakan dengan cara member tanda (V) pada kolom jawaban

No	Selama saya menjadi pasien di sini, sikap dan perilaku perawat terhadap saya adalah	SL	SR	J	TP
1	Menghormati saya				
2	Perhatian kepada saya				
3	Menunjukkan ketidaktulusannya merawat saya				
4	Tersenyum kepada saya				
5	Memanggil nama saya dengan benar				
6	Melupakan saya kalau sibuk				
7	Menganjurkan saya untuk mengatakan keluhan yang saya rasakan				
8	Menghiraukan keluhan saya				
9	Menanyakan kepada saya tentang pengalaman perawatan dulu yang saya alami				
10	Penjelasan yang diberikan kepada saya bahasanya tidak mudah dipahami				
11	Menjelaskan tentang tindakan yang diperlukan untuk saya				
12	Melibatkan saya ketika berdiskusi membicarakan tentang kesehatan saya				
13	Membiarkan saya sembuh dengan sendirinya tanpa motivasi dari peawat				
14	Menganjurkan saya bertanya tentang hal-hal yang tidak saya mengerti tentang kondisi penyakit saya				
15	Bersikap ramah kepada saya dan keluarga saya				

No	Selama saya menjadi pasien di sini, sikap dan perilaku perawat terhadap saya adalah	SL	SR	J	TP
16	Menunjukkan kebosanan kepada saya				
17	Mendengarkan ungkapan perasaan saya dengan penuh kesabaran				
18	Membantu saya untuk tidak cemas dengan kondisi saya				
19	Acuh kepada saya				
20	Menunjukkan wajah yang cemberut				
21	Menunjukkan memahami kondisi saya				
22	Mengucapkan dengan lemah lembut				
23	Menunjukkan sikap tidak peduli ketika bertanya tentang keluhan saya setiap hari				
24	Menganjurkan keluarga saya untuk menanyakan kondisi saya				
25	Menanyakan kepada saya apakah saya sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan perawat				
26	Menanyakan kepada saya tentang keluhan yang saya rasakan				
27	Melakukan tindakan keperawatan dengan lambat				
28	Melakukan tindakan keperawatan tanpa peduli ada keluarga saya				
29	Memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit saya				
30	Menganjurkan keluarga saya untuk terlibat merawat saya				
31	Menjelaskan tujuan prosedur tindakan keperawatan tidak tepat				
32	Memperhatikan kenyamanan lingkungan sekitar saya (misalnya kebersihan tempat tidur, meja dan sekitarnya)				
33	Memperhatikan keamanan lingkungan sekitar saya (misalnya memelihara alat medis yang terpasang pada pasien)				
34	Perhatian kerapihan lingkungan sekitar saya sangat kurang				
35	Menganjurkan keluarga saya untuk untuk membaca yasin dan berdoa untuk penyembuhan saya.				
36	Membantu saya memenuhi kebutuhan BAK, BAB, mandi, ganti pakaian				
37	Membantu saya dengan mengharap imbalan				
38	Melakukan tindakan dengan tergesa-gesa				

No	Selama saya menjadi pasien di sini, sikap dan perilaku perawat terhadap saya adalah	SL	SR	J	TP
39	Menganjurkan saya untuk makan yang bergizi				
40	Perawat kurang memperhatikan kebutuhan untuk beribadah selama saya dirawat disini				
41	Menganjurkan bertanya tentang kondisi penyakit saya				
42	Memberikan penjelasan kondisi saya ketika saya bertanya				
43	Memastikan kebenaran obat untuk saya				
44	Memberikan obat tanpa melihar respon saya (alergi, nyeri)				
45	Mengontrol keluhan dan kondisi saya setiap saat				
46	Mengatur ruangan supaya tenang pada malam hari agar saya bisa tidur				
47	Melatih saya untuk merawat diri sendiri				
48	Pergantian dinas tidak keliling melihat kondisi saya				
49	Sebelum saya tidur perawat melakukan kontrol pada malam hari,				



LAMPIRAN 5

Kisi-kisi instrument pemenuhan rasa aman pasien di ruang rawat inap dewasa
RSI Sultan Agung Semarang

No	Pemenuhan rasa aman	Pernyataan pemenuhan rasa aman	Pernyataan	
			Positif	Negatif
1	Lingkungan Fisik	1. Mencocokkan nama pasien dengan papan nama saat melakukan tindakan keperawatan 2. Memeriksa obat dengan daftar obat sebelum diberikan kepada pasien sekaligus menjelaskan nama dan jenis obatnya 3. Menjelaskan nama, tujuan dan jenis obatnya 4. Cuci tangan/menggunakan alkohol sebelum kontak dengan pasien 5. Cuci tangan/menggunakan alkohol sesudah melakukan tindakan 6. Perawat tidak memasang pengaman tempat tidur 7. ruangan pasien tersedia tempat cuci tangan 8. Menganjurkan kepada pasien dan pengunjung untuk cuci tangan 9. Ruang pasien ditemui banyak lalat atau nyamuk 10. Ruang pasien ada tempat sampah 11. Membiarkan keluarga pasien berbondong menjenguk pasien 12. Membiarkan pengunjung tidak menepati jam berkunjung dan ramai di ruangan pasien 13. Kamar mandi lantai tidak licin 14. Kamar mandi jaraknya jauh dari ruangan pasien 15. Kamar mandi diberikan pegangan 16. Keadaan udara di kamar pasien tidak panas	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16,	6, 11, 12, 14,

No	Pemenuhan rasa aman	Pernyataan pemenuhan rasa aman	Pernyataan	
			Positif	Negatif
		17. Sprey tempat tidur pasien tidak diganti tiap hari 18. Tempat tidur pasien kokoh 19. Tempat tidur rodanya terkunci 20. Tidak ada bel panggilan yang dekat dengan pasien 21. Kasur dalam keadaan tidak baik 22. Ada anjuran untuk dilarang merokok dilingkungan rumah sakit	22	17, 20, 21
2	Lingkungan Psikologis	23. Pasien dan keluarga untuk tidak meninggalkan barang berharga 24. Perawat menganjurkan pasien untuk tidak cemas 25. Perawat tidak mengorientasikan ruangan sebelum pasien dirawat 26. Perawat mengorientasikan tempat evakuasi bila terjadi bahaya 27. Perawat tepat waktu pada saat memeriksa 28. Dokter tidak tepat waktu pada saat memeriksa 29. Perawat menginformasikan tempat dan penggunaan alat pemadam kebakaran 30. Perawat melakukan tindakan prosedur tidak dengan tepat 31. Pasien pernah jatuh dari tempat tidur atau di kamar mandi 32. Perawat memberikan informasi setiap penggantian dinas 33. Melindungi privasi dan menjaga kerahasiaan pasien 34. Perawat bila batuk atau bersin tidak ditutup 35. Pasien yang mempunyai penyakit menular di campur dengan yang tidak menular 36. Perawat akan menemani pasien bila keluarga pasien tidak ada,	23, 24, 26, 27, 28, 29	32, 33, 36

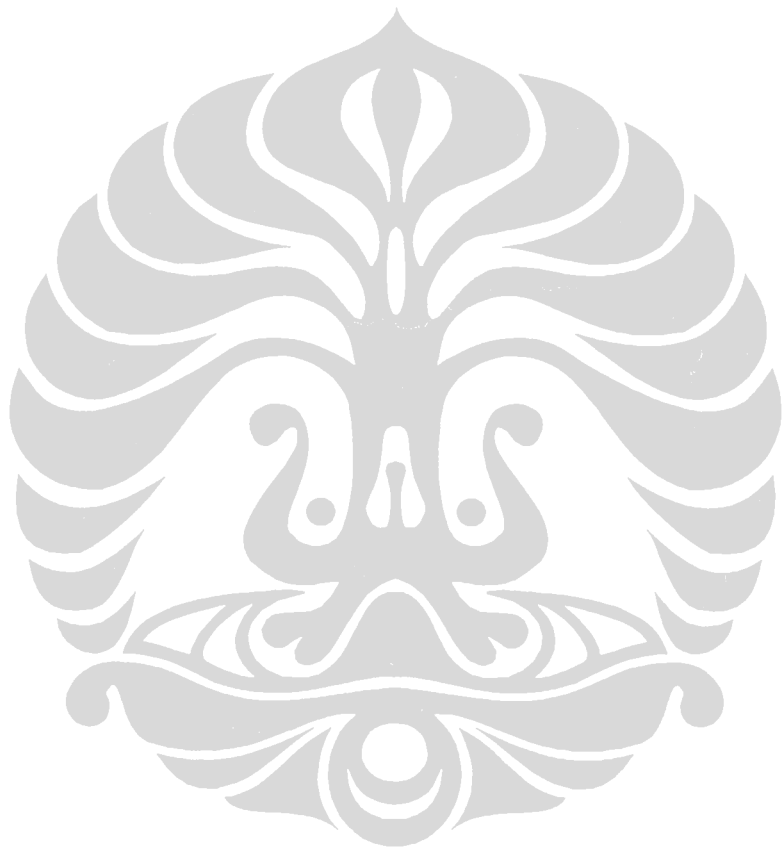
LAMPIRAN 7

Kisi-kisi instrument *caring* perawat pelaksana di ruang rawat inap dewasa
RSI Sultan Agung Semarang

No	Faktor <i>carative</i>	Pernyataan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana	Pernyataan	
			Positif	Negatif
1	Kemanusiaan/ keyakinan- harapan- sensitifitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghormati pasien 2. Perhatian kepada pasien 3. ketulusan kepada pasien 4. Senyum 5. Memanggil nama pasien dengan benar 6. Menghiraukan pasien karena sedang sibuk 7. Menganjurkan pasien untuk mengatakan keluhan dan yang dirasakan pasien 8. Menghiraukan keluhan pasien 9. Menanyakan kepada pasien tentang pengalaman perawatan dulu yang pasien alami 10. Penjelasan kepada pasien bahasanya tidak mudah dipahami 11. Menjelaskan kepada pasien tentang kondisi penyakit pasien dan tindakan yang diperlukan untuk pasien 12. Melibatkan pasien ketika berdiskusi 13. Membiarkan pasien sembuh tanpa dimotivasi perawat 14. Menganjurkan pasien bertanya tentang hal-hal kesehatan pasien 15. Bersikap ramah kepada pasien dan keluarga pasien 16. Menunjukkan kebosanan 17. Mendengarkan ungkapan perasaan pasien dengan penuh kesabaran 18. Membantu pasien untuk tidak cemas dengan kondisi pasien 19. Acuh kepada pasien 	1, 2, 4, 5, 7 11, 13, 14, 16	3, 6, 8, 9, 10, 12, 15

No	Faktor <i>carative</i>	Pernyataan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana	Pernyataan	
			Positif	Negatif
2	Membina atau membantu kepercayaan	20. Menunjukkan wajah yang cemberut	21, 22	20
		21. Menunjukkan memahami kondisi pasien		
		22. Mengucapkan dengan lemah lembut		
3	Menerima ekspresi perasaan positif dan negatif pasien	23. Menunjukkan sikap tidak peduli pada pasien	24, 25	23
		24. Menganjurkan keluarga pasien untuk menanyakan kondisi pasien		
		25. Menanyakan kepada pasien apakah sudah mengerti dengan penjelasan perawat		
4	Pengajaran interpersonal	26. Menanyakan kepada pasien tentang keluhan yang dirasakan	26, 29, 30	27, 28
		27. Melakukan tindakan keperawatan dengan lambat		
		28. Melakukan tindakan keperawatan tanpa peduli ada keluarga pasien		
		29. Memberikan penyuluhan kesehatan tentang penyakit pasien		
		30. Menganjurkan keluarga pasien untuk terlibat merawat		
5	Menciptakan lingkungan yang mendukung dan melindungi	31. Menjelaskan tujuan prosedur tindakan keperawatan tidak tepat kepada saya	32, 33, 34	31
		32. Memperhatikan kenyamanan lingkungan sekitar		
		33. Memperhatikan keamanan lingkungan sekitar		
		34. Perhatian kerapihan lingkungan sekitar pasien sangat kurang		
6	Membantu memenuhi kebutuhan dasar	35. Menganjurkan keluarga pasien untuk melakukan membaca yasin dan berdoa	35,36	37, 38
		36. Membantu pasien dalam melaksanakan keperluan pasien sesuai dengan		

		kemampuan pasien (BAK, BAB, mandi, ganti pakaian)		
		37. Menunjukkan sikap tidak sabar pada saat membantu pasien		
		38. Melakukan tindakan dengan tergesa-gesa		
7	Dimensi fenomenologis/eksistensi	39. Menganjurkan saya untuk makan yang bergizi	39, 41, 42	40,
		40. Kurang memperhatikan kebutuhan pasien untuk berdoa dan beribadah selama dirawat		
		41. Menganjurkan pasien untuk bertanya tentang kondisi penyakit pasien		
		42. Memberikan penjelasan tentang kondisi pasien		
8	Antisipasi	43. Memeriksa obat dengan teliti di hadapan pasien	43, 45	44
		44. Memberikan obat tanpa melihat respon saya (alergi, nyeri).		
		45. Mengontrol keluhan dan kondisi saya setiap saat		
9	Pemantauan dan pengawasan	46. Mengatur ruangan tenang pada malam hari	46, 47, 49	48
		47. Melatih pasien untuk dapat merawat diri sendiri		
		48. Pada pergantian jaga dinas tidak berkeliling memeriksa kondisi pasien		
		49. Melakukan kontrol pada malam hari, sebelum pasien tidur		





UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

LAMPIRAN 6

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 061 /H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin penelitian

7 April 2011

Yth. Direktur
RS. Islam Sultan Agung
Semarang

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Niken Sukesi
0906504890

akan mengadakan penelitian dengan judul : **"Hubungan Caring Perawat Dengan Pemenuhan Rasa Aman Pada Pasien di Ruang Rawat Inap di RS. Sultan Agung Semarang"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Islam Sultan Agung Semarang.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Wati Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bidang Keperawatan RS. Islam Sultan Agung
3. Kepala Bagian Diklat RS. Islam Sultan Agung
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

LAMPIRAN 7

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : /H2.F12.D/PDP.04.02/2011
Lampiran : --
Perihal : Permohonan ijin uji instrument penelitian

11 April 2011

Yth. Direktur
RS. Panti Wilasa Citarum
Semarang

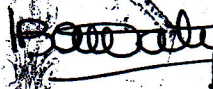
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) atas nama:

Sdr. Niken Sukesi
0906504890

akan mengadakan uji instrument penelitian dengan judul : "**Hubungan Caring Perawat Dengan Pemenuhan Rasa Aman Pada Pasien di Ruang Rawat Inap di RS. Islam Sultan Agung Semarang**".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan yang bersangkutan untuk mengadakan uji penelitian di RS. Panti Wilasa Citarum Semarang.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth. :

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Kepala Bagian Diklat RS. Panti Wilasa Citarum
3. Sekretaris FIK-UI
4. Manajer Pendidikan dan Mahalum FIK-UI
5. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
6. Koordinator M.A. "Tesis"
7. Peringgal



RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG

LAMPIRAN 8

Jl. Raya Kaligawe Km 4 PO Box 1235 Telp. (024) 6580019 (5 saluran) Fax. (024) 6581928
Website : www.rsisultanagung.co.id E-mail : rs@rsisultanagung.co.id
SEMARANG 50112

Bismillaahirrahmaanirrahlim

Nomor : 264 / B/RSI-SA / IV / 2011
Lamp : -
Hal : **Permohonan Ijin Penelitian**

Semarang, 21 April 2011

Kepada Yth
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Jakarta

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kita panjatkan Allah SWT, Semoga kita selalu dalam Lindungan dan mendapat Petunjuk serta RidhoNya, Amin.

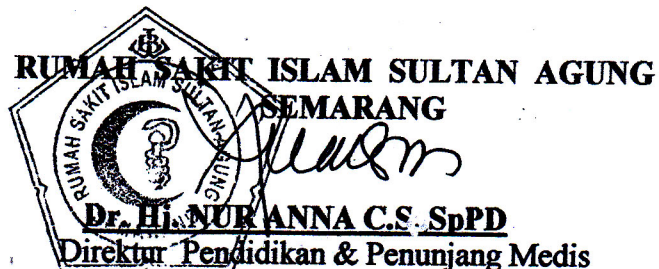
Menjawab surat Saudara Nomor : 1061/H2.F12.D/PDP.04.02/2011, Perihal permohonan melakukan penelitian di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis, maka dengan ini kami beritahukan bahwa Rumah Sakit Islam Sultan Agung dapat menerima mahasiswa :

Nama : Sdr. NIKEN SUKESI
NIM : 0906504890
Judul : **"Hubungan Caring Perawat Dengan Pemenuhan Rasa Aman Pada Pasien Di Ruang Rawat Inap RS. Islam Sultan Agung Semarang"**

Adapun ketentuan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung :

- Mentaati peraturan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung
- Memberikan hasil penelitian untuk kepentingan Rumah Sakit Islam Sultan Agung
- Membayar biaya administrasi / tarip sesuai yang telah ditetapkan

Demikian, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.
Billahittaufiq wal hidayah
Wassalamu'alaikum Wr. Wb.



Tembusan Yth :

1. Bagian Keperawatan
2. Bagian SDI
3. Bagian Keuangan
4. Arsip

Hubungan caring..., Niken Sukesi, FIK UI, 2011

**JADWAL PENGAMBILAN SAMPEL PENELITIAN
DI RSI SULTAN AGUNG SEMARANG, MEI 2011**

Ruang	Mei				Juni														Jml			
	27	28	30	31	1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	13	14	15	16		17	18	
Baitur Rahman	3					2					2					3					10	
Baitus Salam		15					5					6					6				32	
Baitur Rijal			10					8					8					8			34	
Baitul Izzah				5					4					3						3	15	
Baitus Syifa					3					2					2						3	10
Total																					101	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Niken Sukesi
Tempat dan Tanggal lahir : 7 Maret 1978
Alamat : Bukit Panjangan Asri Blok O 16 B Semarang
Asal Institusi : STIKES Widya Husada Semarang
Status Perkawinan : Menikah, dengan dua putra
Nama Suami : Pramana, SE

Riwayat Pendidikan Tinggi

1. Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Tahun 2011 Semester IV
2. PSIK UNDIP Semarang Tahun lulus 2007
3. Akta Mengajar IKIP Semarang Tahun lulus 2002
4. Akademi Keperawatan Widya Husada Semarang Tahun lulus 2000
5. SMUN 7 Semarang Tahun lulus 1997
6. SLTP N 36 Semarang Tahun lulus 1994
7. SD Salomo I Semarang Tahun lulus 1993

Riwayat Pekerjaan:

1. Dosen Tetap Akper Widya Husada Semarang Tahun 2000-2007
2. Pembantu Direktur I Akper Widya Husada Semarang Tahun 2007-2009
3. Kepala Unit Penjamin Mutu STIKES Widya Husada Semarang Tahun 2009 – sekarang