



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**TESIS**

**KEPUASAN KELUARGA PELANGGAN TERHADAP  
KEPERAWATAN UNIT PERAWATAN INTENSIF  
PADA 18 RUMAH SAKIT DI INDONESIA TAHUN 2008**

Diajukan oleh:

**SUSAN OKTIWIDYA ANANDA  
0606022605**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JULI 2008, DEPOK**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**TESIS**

**KEPUASAN KELUARGA PELANGGAN TERHADAP  
KEPERAWATAN UNIT PERAWATAN INTENSIF  
PADA 18 RUMAH SAKIT DI INDONESIA TAHUN 2008**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
**MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

Diajukan oleh:

**SUSAN OKTIWIDYA ANANDA  
0606022605**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JULI 2008, DEPOK**

**UNIVERSITAS INDONESIA  
PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT**

**Tesis, Juli 2008**

**SUSAN OKTIWIDYA ANANDA**

**Kepuasan Keluarga Pelanggan Terhadap Keperawatan Unit Perawatan Intensif Pada 18 Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2008**

xv + 181 halaman + 57 tabel + 23 gambar + 7 lampiran

**ABSTRAK**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kepuasan keluarga pelanggan terhadap keperawatan unit perawatan intensif pada 18 Rumah Sakit di Indonesia.

Dalam penyusunan kerangka konsep penelitian ini sebagai variabel dependen adalah variabel kepuasan total yang meliputi harapan dan persepsi responden dimana tingkat kepuasan dihitung berdasarkan kesenjangan nilai antara keduanya sedangkan sebagai variabel independen adalah mencari diantara lima dimensi *servqual* yaitu *tangible*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty* yang memiliki pengaruh paling dominan dalam kepuasan keluarga pelanggan serta penilaian dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang tercakup dalam lima proses, yaitu pengkajian, diagnosa, rencana, tindakan dan evaluasi keperawatan.

Metode penelitian yang dilaksanakan adalah gabungan penelitian kuantitatif dan kualitatif, dimana menggunakan survey kepada 246 responden perawat dan 122 reponden keluarga pelanggan dalam upaya mengumpulkan data kuantitatif. Sedangkan untuk mengumpulkan data kualitatif digunakan metode *cross-sectional* terhadap responden informan. Kemudian data yang diperoleh dari hasil penelitian ini kemudian dilakukan analisis dengan menggunakan metode reliabilitas, korelasi, dan regresi yang kesemuanya menggunakan program perangkat lunak komputer.

Dari hasil penelitian terlihat bahwa 62,3 % dari responden merasa puas dengan keperawatan unit perawatan intensif pada 18 rumah sakit di Indonesia. Penggunaan metode *servqual* sebagai alat ukur kepuasan keluarga pelanggan, memperlihatkan adanya hubungan bermakna antara kepuasan total responden dengan lima aspek dimensi metode *servqual* tersebut. Juga metode *servqual* memperlihatkan adanya kesenjangan antara jasa yang dipersepsikan dengan jasa yang diharapkan keluarga pelanggan.

Juga di dalam penelitian ini terlihat adanya hubungan tidak langsung antara pelaksanaan asuhan keperawatan dan kepuasan keluarga pelanggan,

dikatakan telah terlaksana dengan baik oleh 93,9% responden dan hal ini memiliki keterkaitan tidak langsung dengan kepuasan total keluarga pelanggan unit perawatan intensif.

Dalam hal ini, proses rencana keperawatan merupakan proses yang paling baik dilaksanakan dan proses tindakan keperawatan merupakan proses yang dinyatakan paling tidak baik dilaksanakan oleh para perawat pelaksana di unit perawatan intensif.

Sebagai kesimpulan dari penelitian ini bahwa penilaian asuhan keperawatan dan alat ukur metode servqual dapat mengidentifikasi unsur-unsur pelayanan yang menyebabkan ketidak-puasan keluarga pelanggan terhadap mutu pelayanan serta unsur-unsur pelayanan mana yang memberikan pengaruh besar secara signifikan terhadap kepuasan total keluarga pelanggan.

Oleh karena itu disarankan kepada pihak manajemen rumah sakit untuk menggunakan metode servqual dalam melakukan survei pengukuran kepuasan keluarga pelanggan. Karena penelitian ini membuktikan bahwa metode servqual dapat digunakan dan efektif untuk diterapkan di rumah sakit dalam mengukur kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif.

Dari hasil penelitian, saran untuk semua pihak yang terkait untuk memperhatikan keluarga pelanggan yang mempunyai harapan tinggi namun berpersepsi rendah, dimana hal tersebut menggambarkan tingginya tingkat ketidakpuasan keluarga pelanggan.

**Kata kunci :** Kepuasan keluarga pelanggan, asuhan keperawatan dan unit perawatan intensif

**Daftar Pustaka :** 41 buku (1986 – 2007)

**UNIVERSITY OF INDONESIA  
POST GRADUATE PROGRAM  
PROGRAM IN HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY**

**Thesis, July 2008**

**SUSAN OKTIWIDYA ANANDA**

**Customer's family satisfaction rating on Intensive Nursing Unit at 18  
Hospitals all over Indonesia in the Year 2008**

xv + 181 pages + 57 tables + 23 pictures + 7 attachments

**ABSTRACT**

This research's goal is to assess the level of the customer's family satisfaction on Intensive Nursing unit at 18 Hospitals all over Indonesia.

In compiling the frame of this research concept, the dependent variable is: total satisfaction variable that encompassed hope and perception of the respondents, where the level of satisfaction is calculated based on the different value between the two, while the independent variable is finding between consists of 5 dimensions: service quality, tangible, reliability, responsiveness, assurance and empathy that has most dominant effect in family's customer satisfaction and in executing nursing guidelines that consists of 5 process: review, diagnosis, planning, action and nursing evaluation. Research method that is implemented is a combination of quantitative and qualitative research, where it surveyed 246 nurse respondents and 122 family customer respondents, in an effort to collect quantitative data. While in the process of gathering qualitative data, cross-sectional method was used against informant respondents. Then data obtained from this research will be analyzed using reliability, correlation and regression method that is all available in the computer software. From the results of the research, we can see that 62,3 % of the respondents felt satisfied with the intensive nursing unit at 18 Hospitals all over Indonesia. The use of servqual method as a gauge for the level of customer's family satisfaction shows a meaningful correlation between total respondent satisfactions with the 5 aspect dimension of the servqual method. Also the servqual method shows there was a gap between the service that is perceived and the service that is hoped for by the customer's family. The research also shows an indirect correlation between the executions of the nursing guidelines and customer's family satisfaction, it is stated that it was well executed by 93,9% respondents and this also have indirect

correlation with the total satisfaction of the customer's family with regards to the intensive care unit. In this point, planning process of nursing guidelines is the best process they've been doing and the action process of nursing guidelines is the worst process in their statement. In conclusion from this research, executing nursing guidelines and the servqual method could identify the service aspects that caused dissatisfaction for the customer's family against the quality of service and all aspect of service where it significantly influenced the customer's family total satisfaction. It is recommended to the hospital management to use the servqual method in surveys, to gauge the level of the customer's family satisfaction. Due to the proof this research has shown, the servqual method could be used effectively in hospitals in order to gauge the level of the customer's family satisfaction in the intensive care unit.

Keyword : customer family's satisfaction,

Keyword : Family's Customer Satisfaction, Nursing Guidelines, and Intensive Care Unit

Literature : 41 books (1986-2007)

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis dengan judul

**KEPUASAN KELUARGA PELANGGAN TERHADAP KEPERAWATAN  
UNIT PERAWATAN INTENSIF PADA 18 RUMAH SAKIT  
DI INDONESIA TAHUN 2008**

Telah disetujui, diperiksa, dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program  
Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 19 Juli 2008

Pembimbing



(Dr. dr. H. Adang Bachtiar, MPH, ScD)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 19 Juli 2008

Ketua



(dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS)

Anggota



(Dr. dr. Adang Bachtiar, MPH, ScD)



(Saida Simanjuntak, SKp, MARS)

Menerangkan bahwa penguji tidak datang

~~WA~~ (Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, PhD)

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Susan Oktiwidya Ananda  
NPM : 0606022605  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Angkatan : 2006  
Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

**KEPUASAN KELUARGA PELANGGAN TERHADAP KEPERAWATAN  
UNIT PERAWATAN INTENSIF PADA 18 RUMAH SAKIT  
DI INDONESIA TAHUN 2008**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan bersedia menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 19 Juli 2008



(Susan Oktiwidya Ananda)

## RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Susan Oktiwidya Ananda

Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 28 Oktober 1977

Agama : Buddha

Alamat Rumah : Jl. Kelapa Hijau VI blok DA no.8  
Kelapa Gading Permai, Jakarta 14240

Alamat Kantor : Siloam Hospitals Cooperate  
Lippo Karawaci, Tangerang - Banten

**Riwayat Pendidikan**

1982 – 1989 : SD Tunas Karya, Jakarta

1989 – 1992 : SMP Tunas Karya, Jakarta

1992 – 1995 : SMA Don Bosco 2, Jakarta

1992 – 2001 : Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran, Bandung

2006 – sekarang : FKM UI, Depok

**Riwayat Pekerjaan**

2005 – 2007 : Dokter PTT di RSUD Jampangkulon, Sukabumi

2007 – 2008 : Dokter Estetika di CBC clinic, Jakarta

Saat ini : Clinical Governance Officer,  
Siloam Hospital Cooperate, Lippo Karawaci, Tangerang

## KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kasih dan penyertaan dari Tuhan Yang Maha Esa sehingga penulis bisa diberi kesempatan untuk belajar dan menyelesaikan tesis Magister di Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

Ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada Alm. Papi (Sandhya Ananda), Mami terkasih (Marliana Wanadjadja) dan Kakak tercinta (Shanti Ananda dan Shinta Ananda) dan keponakan-keponakanku (Rian dan Rina) yang telah memberikan dukungan, doa dan kesabaran selama penulis mengikuti perkuliahan sampai dengan menyelesaikan tesis ini.

Pada kesempatan ini, penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setingginya kepada:

1. Bapak Dr. dr. H. Adang Bachtiar, MPH ScD., sebagai pembimbing yang telah memberikan waktu dan kesabaran dalam memberikan bimbingan dari awal sampai penyelesaian tesis ini.
2. Ibu Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS., sebagai penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam pembuatan tesis ini.
3. Bapak Prof. dr. Purnawan Junadi, MPH, sebagai penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam pembuatan tesis ini.
4. Saida Simanjutak, SKp. MARS, sebagai penguji yang telah memberikan masukan dan arahan dalam pembuatan tesis ini.
5. Tim Subdit Bina Pelayanan Keperawatan Intensif, Direktorat Bina Yan Keperawatan, DitJen YanMedik, Depkes yang telah memberikan kesempatan untuk bergabung dalam penelitian mengenai keperawatan unit perawatan intensif pada 18 rumah sakit di Indonesia.
6. Seluruh manajemen dan staf 18 rumah sakit di Indonesia yang telah memberikan waktu dan kesempatan sehingga penelitian ini dapat dilaksanakan.

7. Kepada teman-temanku yang tersayang (Rizma, Donny, Iyut, Lyani, Oki,) yang telah memberikan dorongan dan semangat selama penyusunan tesis ini.
8. Kepada tim penelitian yang sudah bersama-sama sepanjang jalan dalam penelitian ini (Andien, Mirna, Laras dan Mz Ferry). Terima kasih atas pengertian dan kerjasamanya yang kompak sepanjang jalan, dari awal sampai dengan titik akhir tesis ini.
9. Untuk teman-teman kelas (Mb Julian, Jo, Mz Erwan, Mz Nur, Lia, Acid, Lusi, Ira, Guswan, Anti, Mb Fathya, Ibnu, Leo, Pap Danang, Mz Harsono, Banq Ferry, dan yang tidak disebutkan) terima kasih atas kekompakkannya dalam angkatan 2006.
10. Rekan-rekan FKM 2006 yang saling membantu dan kompak selama menjalani perkuliahan.

Kiranya Tuhan YME memberkati Bapak, Ibu, saudara/i untuk segala kebaikan yang telah diberikan bagi penulis.

Depok, Juli 2007

Penulis

## DAFTAR ISI

Abstrak	i
Riwayat Hidup	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Gambar	xii
Daftar Tabel	xiii
Daftar Lampiran	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	<b>1</b>
1.1 Latar belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Pertanyaan Masalah	8
1.4 Tujuan Penelitian	8
1.4.1 Tujuan Umum	8
1.4.2 Tujuan Khusus	8
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.5.1 Bagi Peneliti	9
1.5.2 Bagi Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit	9
1.5.3 Bagi Program Studi	10
1.5.4 Bagi Departemen Kesehatan	10
1.6 Ruang Lingkup	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Unit Perawatan Intensif</b>	<b>12</b>
2.1.1 Pengertian	12
2.1.2 Ruang Lingkup Unit Perawatan Intensif	14
2.1.3 Falsafah dan Tujuan dari Unit Perawatan Intensif	15
2.1.4. Klasifikasi Unit Perawatan Intensif	16
<b>2.2 Manajemen Asuhan Keperawatan</b>	<b>19</b>
2.2.1 Pengertian	19
2.2.2 Asuhan Keperawatan	21

<b>2.3 Kepuasan Pelanggan</b>	27
2.3.1 Pengertian Kepuasan Pelanggan	27
2.3.2 Persepsi dan Harapan	32
2.3.3 Pengukuran Kepuasan Pelanggan	34
<b>2.4 Kerangka Teori</b>	54
<b>BAB III GAMBARAN UMUM</b>	55
<b>3.1 Pengertian</b>	55
3.1.1 Ruang Lingkup	55
3.1.2 Klasifikasi Pelayanan ICU	56
<b>3.2 Falsafah dan Tujuan Keperawatan Intensif</b>	59
3.2.1 Falsafah Keperawatan Intensif	59
3.2.2 Tujuan Keperawatan Intensif	60
<b>3.3 Pengorganisasian Keperawatan Intensif</b>	58
3.3.1 Pengorganisasian Keperawatan Intensif	61
3.3.2 Ketenagaan Keperawatan Intensif	63
3.3.3 Fasilitas dan pemeliharaan alat	64
<b>BAB IV KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	71
4.1 Kerangka Konsep	71
4.2 Hipotesis Penelitian	72
4.3 Definisi Operasional	73
<b>BAB V METODE PENELITIAN</b>	77
5.1 Rancangan Penelitian	77
5.2 Lokasi Penelitian	77
5.3 Waktu Penelitian	78
5.4 Populasi dan Sampel	79
5.5 Pengumpulan Data	80
5.5.1 Kepuasan Keluarga Pasien	80
5.5.2 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	80
5.6 Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner	81
5.7 Pengolahan dan Analisis Data	81
5.7.1 Data Kuantitatif	81
5.7.2 Data kualitatif	85

<b>BAB VI HASIL PENELITIAN</b>	<b>86</b>
6.1 Karakteristik Responden	86
6.1.1 Responden Perawat di Unit Perawatan Intensif	86
6.1.2 Responden Keluarga Pelanggan di Unit Perawatan Intensif	91
6.2 Hasil Penelitian Asuhan Keperawatan	95
6.2.1 Hubungan Karakteristik Responden dengan Asuhan Keperawatan	95
6.2.2 Distribusi Asuhan Keperawatan	100
6.3 Hasil Penelitian Kepuasan Keluarga Pelanggan	108
6.3.1 Hubungan Faktor-faktor Kontribusi dengan Kepuasan Keluarga Pelanggan	108
6.3.2 Harapan Responden terhadap Kualitas Jasa	113
6.3.3 Persepsi Responden terhadap Kualitas Jasa	108
6.3.4 Analisa Kuadran Kepuasan Keluarga Pelanggan	122
6.3.5 Gambaran Dan Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi Kepuasan Keluarga Pelanggan	135
6.4 Analisis Multivariat <i>Dimensi Service Quality</i>	144
6.5 Hubungan tidak langsung antara asuhan keperawatan terhadap kepuasan keluarga pasien	147
<b>BAB VII PEMBAHASAN</b>	<b>149</b>
<b>7.1. Kendala Penelitian</b>	<b>149</b>
<b>7.2. Keterbatasan Penelitian</b>	<b>150</b>
<b>7.3 Analisa Asuhan Keperawatan</b>	<b>151</b>
7.3.1 Karakteristik Perawat Pelaksana	151
7.3.2 Proses Asuhan Keperawatan	153
<b>7.4 Kepuasan Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif</b>	<b>157</b>
7.4.1 Analisis karakteristik keluarga pelanggan	157
7.4.2 Analisis Kepuasan melalui Dimensi SERVQUAL	160
7.4.3 Analisis Multivariat	170
<b>7.5 Hubungan antara Asuhan Keperawatan terhadap Kepuasan Total Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif</b>	<b>171</b>
<b>BAB VIII KESIMPULAN DAN SARAN</b>	<b>174</b>
<b>8.1 Kesimpulan</b>	<b>174</b>
<b>8.2 Saran</b>	<b>176</b>
<b>Daftar Pustaka</b>	<b>178</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	<i>Nursing Care of Client</i>	22
Gambar 2.2	<i>Customer Perception of Quality and Customer Satisfaction</i>	42
Gambar 2.3	<i>Conseptual Model of Service Quality – The Gap Analysis Model</i>	51
Gambar 2.4	Diagram Kartesius	53
Gambar 6.1	Jumlah Responden ICU Pada 18 Rumah Sakit Umum	86
Gambar 6.2	Proporsi Perawat ICU berdasarkan Umur	87
Gambar 6.3	Proporsi Perawat ICU berdasarkan Jenis Kelamin	88
Gambar 6.4	Proporsi Perawat ICU berdasarkan Jenjang Pendidikan	88
Gambar 6.5	Proporsi Perawat ICU berdasarkan Lama Kerja di ICU	89
Gambar 6.6	Jumlah responden Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif	91
Gambar 6.7	Proporsi Keluarga Pelanggan ICU berdasarkan Umur	91
Gambar 6.8	Proporsi Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif berdasarkan Jenis Kelamin	92
Gambar 6.9	Proporsi Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif berdasarkan Pendidikan Terakhir	93
Gambar 6.10	Proporsi Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif berdasarkan Pekerjaan	94
Gambar 6.11	Proporsi Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif berdasarkan Cara Pembayaran	95
Gambar 6.12	Diagram Kepuasan Keluarga Pelanggan di Unit Perawatan Intensif 18 Rumah Sakit di Indonesia	124
Gambar 6.13	Analisis Kartesius dalam dimensi <i>tangible</i>	127
Gambar 6.14	Analisis Kartesius dalam dimensi <i>reliability</i>	128
Gambar 6.15	Analisis Kartesius dalam dimensi <i>responsiveness</i>	129
Gambar 6.16	Analisis Kartesius dalam dimensi <i>assurance</i>	130
Gambar 6.17	Analisis Kartesius dalam dimensi <i>emphaty</i>	131
Gambar 6.18	Distribusi Keluarga Pelanggan ICU	143
Gambar 6.19	Hubungan Kertekaitan Asuhan Keperawatan dengan Kepuasan Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif	148

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Kualifikasi kepala perawatan unit perawatan intensif	61
Tabel 3.2	Kualifikasi pembimbing klinik unit perawatan intensif	62
Tabel 3.3	Kualifikasi pelaksana perawat unit perawatan intensif	62
Tabel 3.4	Ratio perawat : pasien unit perawatan intensif	63
Tabel 3.5	Desain ruangan di unit perawatan intensif	65
Tabel 3.6	Area kerja di unit perawatan intensif	67
Tabel 3.7	Alat-alat monitor di unit perawatan intensif	69
Tabel 3.8	Alat-alat bantu pernafasan di unit perawatan intensif	69
Tabel 3.9	Alat-alat perawatan khusus ginjal di unit perawatan intensif	70
Tabel 3.10	Alat-alat perawatan khusus jantung dan pembuluh darah di unit perawatan intensif	70
Tabel 3.11	Perlengkapan unit perawatan intensif	70
Tabel 6.1	Karakteristik Informan	90
Tabel 6.2	Distribusi Responden menurut Usia dan Asuhan Keperawatan	95
Tabel 6.3	Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin dan Asuhan Keperawatan	96
Tabel 6.4	Distribusi Responden menurut Pendidikan dan Asuhan Keperawatan	97
Tabel 6.5	Distribusi Responden menurut Lama Bekerja dan Asuhan Keperawatan	98
Tabel 6.6	Distribusi Pengkajian Asuhan Keperawatan	100
Tabel 6.7	Distribusi Diagnosa Asuhan Keperawatan	101
Tabel 6.8	Distribusi Rencana Asuhan Keperawatan	102
Tabel 6.9	Distribusi Tindakan Asuhan Keperawatan	104
Tabel 6.10	Distribusi Evaluasi Asuhan Keperawatan	105
Tabel 6.11	Distribusi Frekuensi Asuhan Keperawatan	107
Tabel 6.12	Distribusi Responden menurut Usia dan Kepuasan Keluarga Pelanggan	108
Tabel 6.13	Distribusi Responden menurut Jenis kelamin dan Kepuasan Keluarga Pelanggan	109
Tabel 6.14	Distribusi Responden menurut Pendidikan dan Kepuasan Keluarga Pelanggan	110

Tabel 6.15	Distribusi Responden menurut Pekerjaan dan Kepuasan Keluarga Pelanggan	111
Tabel 6.16	Distribusi Responden menurut Cara Pembayaran dan Kepuasan Keluarga Pelanggan	112
Tabel 6.17	Harapan Responden terhadap Dimensi <i>Tangible</i> Berdasarkan Mean	113
Tabel 6.18	Harapan Responden terhadap Dimensi <i>Reliability</i> Berdasarkan Mean	114
Tabel 6.19	Harapan Responden terhadap Dimensi <i>Responsiveness</i> Berdasarkan Mean	115
Tabel 6.20	Harapan Responden terhadap Dimensi <i>Assurance</i> Berdasarkan Mean	116
Tabel 6.21	Harapan Responden terhadap Dimensi <i>Emphaty</i> Berdasarkan Mean	117
Tabel 6.22	Persepsi Responden terhadap Dimensi <i>Tangible</i> Berdasarkan Mean	118
Tabel 6.23	Persepsi Responden terhadap Dimensi <i>Reliability</i> Berdasarkan Mean	118
Tabel 6.24	Persepsi Responden terhadap Dimensi <i>Responsiveness</i> Berdasarkan Mean	119
Tabel 6.25	Persepsi Responden terhadap Dimensi <i>Assurance</i> Berdasarkan Mean	120
Tabel 6.26	Persepsi Responden terhadap Dimensi <i>Emphaty</i> Berdasarkan Mean	121
Tabel 6.27	Perhitungan Rata-rata dari penilaian Harapan dan penilaian Persepsi di ruang perawatan ICU 18 Rumah Sakit di Indonesia	122
Tabel 6.28	“Gap-score” antara harapan dan persepsi untuk dimensi <i>Tangible</i> dengan Metode Servqual berdasarkan mean	127
Tabel 6.29	“Gap-score” antara harapan dan persepsi untuk dimensi <i>Reliability</i> dengan Metode Servqual berdasarkan mean	128
Tabel 6.30	“Gap-score” antara harapan dan persepsi untuk dimensi <i>Responsiveness</i> dengan Metode Servqual berdasarkan mean	129
Tabel 6.31	“Gap-score” antara harapan dan persepsi untuk dimensi <i>Assurance</i> dengan Metode Servqual berdasarkan mean	130
Tabel 6.32	“Gap-score” antara harapan dan persepsi untuk dimensi <i>Emphaty</i> dengan Metode Servqual berdasarkan mean	131
Tabel 6.33	Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi Responden Dimensi <i>Tangible</i> Keluarga Pelanggan ICU	132
Tabel 6.34	Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi Responden Dimensi <i>Reliability</i> Keluarga Pelanggan ICU	134
Tabel 6.35	Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi Responden Dimensi <i>Responsiveness</i> Keluarga Pelanggan ICU	135

Tabel 6.36	Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi Responden Dimensi Assurance Keluarga Pelanggan ICU	137
Tabel 6.37	Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi Responden Dimensi Assurance Keluarga Pelanggan ICU	138
Tabel 6.38	Distribusi Frekuensi Kepuasan Keluarga Pelanggan ICU Berdasarkan Dimensi Kepuasan	140
Tabel 6.39	Gambaran Dimensi Kepuasan Keluarga Pelanggan ICU	140
Tabel 6.40	Hasil analisis bivariat antara variabel independent dan kepuasan keluarga pelanggan	142
Tabel 6.41	Hasil pengujian multivariat variabel independen dengan dependen	143
Tabel 6.42	Hasil pengujian multivariat variabel independen dengan dependen	144
Tabel 6.43	Hasil pengujian multivariat variabel independent dengan dependen	144
Tabel 6.44	Hasil pengujian multivariat variabel independent dengan dependen	144
Tabel 6.45	Hasil uji interaksi antara <i>tangible</i> dan <i>responsiveness</i>	145

## **Daftar Lampiran**

<b>Lampiran 1</b>	<b>Tim Penelitian FKM - Depkes</b>
<b>Lampiran 2</b>	<b>Form Wawancara Mendalam</b>
<b>Lampiran 3</b>	<b>Form Kuesioner Perawat Pelaksana</b>
<b>Lampiran 4</b>	<b>Form Kuesioner Keluarga Pasien</b>
<b>Lampiran 5</b>	<b>Hasil Wawancara Mendalam</b>
<b>Lampiran 6</b>	<b>Surat Keterangan Penelitian di RSUD Pasar Rebo</b>
<b>Lampiran 7</b>	<b>Surat Keterangan Penelitian di RSUD Tarakan</b>

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan merupakan salah satu unsur kesejahteraan umum harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 melalui pembangunan nasional yang berkesinambungan berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945. Pembangunan kesehatan diarahkan untuk mempertinggi derajat kesehatan, yang besar artinya bagi pembangunan dan pembinaan sumber daya manusia Indonesia dan sebagai modal bagi pelaksanaan pembangunan manusia Indonesia seutuhnya dan pembangunan seluruh masyarakat Indonesia. Sasaran pembangunan kesehatan di Indonesia antara lain adalah terselenggaranya pelayanan kesehatan yang semakin bermutu dan merata. Dalam upaya mencapai sasaran ini, maka ditetapkan peningkatan mutu pelayanan rumah sakit sebagai bagian dari tujuan program pembangunan kesehatan (UU RI No.23 Thn.1992).

Rumah Sakit merupakan sarana pelayanan yang mempunyai fungsi utama menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) baik fisik maupun psikososial yang dilakukan secara terpadu (Ilyas,1999).

Unit perawatan intensif adalah suatu bagian dari rumah sakit yang bersifat spesifik dan kompleks, didukung oleh sumber daya yang memiliki pendidikan dan ketrampilan khusus disertai dengan perlengkapan khusus yang ditujukan untuk

observasi, perawatan dan terapi bagi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam jiwa atau potensial mengancam jiwa dengan prognosis *dubia*. Unit perawatan intensif didirikan dengan kapabilitas memiliki kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan ketrampilan tenaga medis yaitu dokter dan perawat dan tenaga non-medis yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut (Perdici).

Unit perawatan intensif merupakan suatu unit yang membutuhkan biaya yang besar, teknologi canggih dan sumber daya yang intensif bagi suatu rumah sakit. Di Amerika Serikat, pada tahun 2000 diperkirakan anggaran biaya sekitar 15-55 triliun dolar AS (0,5% dari GDP dan sekitar 13% dari anggaran kesehatan nasional Amerika Serikat) (Halpern, 2004).

Salah satu sumber daya manusia memiliki nilai potensial yang besar dalam pelayanan rumah sakit adalah sumber daya keperawatan, dimana pelayanan keperawatan adalah salah satu faktor penentu bagi kualitas pelayanan rumah sakit (Depkes, 1999).

Menurut PPNI (1999), suatu pelayanan keperawatan merupakan pelayanan yang diberikan karena untuk membantu pasien dengan kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemampuan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan hidup secara mandiri.

Pelayanan keperawatan merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan, dimana perawat merupakan pemberi pelayanan pertama kepada seorang pasien sebelum pasien mendapatkan pelayanan medis dari tenaga medis lainnya, baik

dari seorang dokter, dokter spesialis maupun dokter subspecialis (Zumrotin, 1995).

Kinerja merupakan hasil kerja pelaksana baik secara kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi. Kinerja tenaga kesehatan merupakan suatu masalah dimana memiliki nilai potensial yang besar dalam melakukan pengkajian sebagai salah satu upaya mempertahankan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dimana umumnya tenaga mperawat merupakan tenaga terbesar di antara tenaga kesehatan lainnya sehingga kinerja perawat pelaksana akan berdampak langsung oleh pasien (Ilyas, 1999).

Manajemen asuhan keperawatan adalah pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metode proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien atau menyelesaikan masalah pasien (Gillies, 1989).

Proses keperawatan menurut Alfaro-Lefevre (1989) dalam Craven (2000) adalah suatu metoda yang sistematis yang diberikan secara humanistik yang berfokus pada pencapaian hasil, dimulai dari tahap pengkajian, pembuatan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Perawatan intensif merupakan salah satu bentuk keperawatan yang memiliki nilai potensial penting dalam perkembangan pelayanan kesehatan di Indonesia. Tujuan dari pelayanan keperawatan intensif adalah memberikan asuhan terhadap pasien dengan penyakit berat yang potensial *reversible*, memberikan asuhan bagi pasien yang memerlukan observasi ketat dengan atau tanpa pengobatan yang tidak dapat diberikan di ruang perawatan umum, memberikan

pelayanan kesehatan bagi pasien dengan potensial atau adanya kerusakan organ umumnya paru mengurangi kesakitan dan kematian yang dapat dihindari pada pasien-pasien dengan penyakit kritis (Adam & Osborne, 1997).

Penilaian kualitas dari pelayanan kesehatan terlihat mudah dilakukan, dimulai dari penentuan obyek yang akan diukur, identifikasi ukuran yang sesuai dengan masing-masing sumber data dan pada puncaknya adalah penganalisaan, pengumpulan, pemahaman dan penyebaran dari hasil tersebut. (Loeb, 2004)

Dalam menilai kualitas pelayanan kesehatan terutama di suatu rumah sakit memiliki kesulitan tersendiri karena merupakan suatu fenomena yang unik dimana terdapat dimensi dan indikator yang khusus. Untuk mengatasi hal tersebut dibutuhkan suatu pedoman berupa hakikat dasar dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yaitu memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan kesehatan. Yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien (Azwar, 1996).

Kepuasan adalah suatu sensasi perasaan berupa rasa senang dan kecewa seseorang yang ditimbulkan dari nilai perbandingan terhadap kenyataan, dikatakan puas apabila kenyataan sesuai dengan nilai harapan dan tidak puas apabila kenyataan dibawah nilai harapan. Konsep kepuasan pasien berdasarkan pendapat Azwar 1996 hampir menyerupain dengan kepuasan konsep kepuasan yang dikembangkan oleh Wexley dan Yukl (1988), bahwa seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara kondisi yang diharapkan dengan kondisi berdasarkan kenyataan. Semakin besar kelebihan dalam banyak hal penting yang dibutuhkan,

maka semakin besar rasa kepuasan yang ditimbulkan. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik dan subspecialistik (Aditama, 2000).

Menurut Parasuraman et al (1990) kepuasan pasien sangat ditentukan oleh kualitas pelayanan yang diperoleh selama terjadinya proses interaksi antara mereka dan penyedia jasa. Persepsi atau harapan seseorang yang diterima bersifat subyektif dan individual. Memahami tingkat pasien akan berdampak terhadap perilaku untuk berkunjung kembali ke pelayanan di rumah sakit.

Terdapat faktor – faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien :

1. umur dan jenis kelamin (Lumenta, 1989)
2. umur, pendidikan, jenis kelamin, kepribadian, suku dan latar belakang budaya, kasus penyakit (Nelson & Brown, 1989)
3. tingkat sosio ekonomi, pendidikan, budaya (Jacobalis, 1989)

Dalam penilaian tersebut, dibutuhkan suatu acuan untuk menilai nilai kualitas dari pelayanan keperawatan di unit perawatan intensif yang dicerminkan dari kepuasan pelanggan unit perawatan intensif tersebut dengan menggunakan suatu konsep kepuasan berupa konsep kualitas pelayanan jasa atau *service quality* (servqual), 5 dimensi yang mempengaruhi kualitas pelayanan sebagai yaitu *tangibles* (bukti langsung sarana fisik), *reliability* (keandalan pelayanan), *responsiveness* (tanggapan pelayanan), *assurance* (keyakinan/jaminan) dan *emphaty* (kepedulian)

Dan juga penilaian akan pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh para perawat pelaksana di dalam unit perawatan intensif tersebut. Kepuasan

pasien secara keseluruhan terhadap pelayanan di bagian unit perawatan intensif merupakan salah satu gambaran dari penilaian terhadap setiap jenis pelayanan yang ditemukan pasien (pelayanan, petugas administrasi, dan keuangan), pelayanan dokter, pelayanan staf keperawatan, dan pelayanan staf penunjang medis. (Aditama, 2002).

Dalam suatu penelitian terlihat adanya hubungan antara kuantitas dan kualitas dalam pelayanan unit perawatan intensif khususnya pada pasien yang menggunakan alat ventilator. Setelah penyesuaian dalam keragaman tingkat penyakit, variabel demografik dan karakteristik dari unit perawatan intensif, terdapat gambaran peningkatan kuantitas unit perawatan intensif berhubungan langsung dengan rendahnya tingkat kematian di unit perawatan intensif dan rumah sakit.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa determinan utama kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pemenuhan kebutuhan pasien, berupa pelayanan kesehatan dinilai bermutu. Namun perlu diketahui persepsi pasien terhadap kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sehingga bila ada ketidaksesuaian antara harapan dan persepsi dapat langsung dilakukan perbaikan yang merupakan salah satu upaya meningkatkan kualitas perawatan.

Unit Perawatan Intensif baik di Rumah Sakit Umum Daerah maupun Rumah Sakit Umum Pendidikan merupakan sebuah bagian dari unit-unit penyedia pelayanan kesehatan yang berjenjang, dimana semua rumah sakit ini dari kelas B sampai dengan kelas C merupakan rumah sakit yang telah ditunjuk menjadi pusat

rujukan dari tempat-tempat pelayanan kesehatan di sekitarnya. Namun, pelayanan kesehatan yang diberikan sangatlah bervariasi karena memiliki bermacam-macam sumber daya manusia, sarana, prasarana dan asuhan keperawatan.

Tingkat kebutuhan dan keinginan untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan yang baik sangat tinggi sehingga mendorong bagi pihak manajemen maupun Dinas Kesehatan Daerah dan Departemen Kesehatan RI untuk memberikan suatu pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi. Dalam hal ini bagian Pelayanan Perawatan dan YanMed Keperawatan merasa perlunya penyusunan standarisasi secara baku untuk pelayanan keperawatan di unit perawatan intensif bagi seluruh rumah sakit di Indonesia baik rumah sakit pemerintah maupun swasta.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Masalah yang dihadapi oleh Unit Perawatan Intensif di rumah sakit adalah berkaitan dengan fungsi dari unit penyedia pelayanan kesehatan berkelanjutan yang dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, tidak hanya dari kualitas tenaga kesehatan juga dari sarana dan prasarana. Oleh karena itu dibutuhkan suatu standarisasi dari pelayanan kesehatan di unit perawatan intensif dalam suatu rumah sakit baik pemerintah maupun swasta sehingga penetapan rumusan masalah untuk penelitian ini adalah belum sesuainya kepuasan dari keluarga pelanggan akan pelayanan dari unit perawatan intensif sebagai bagian dari standar yang dibuat untuk pencapaian pelayanan yang berkualitas.

### 1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan di 18 rumah sakit?
2. Bagaimana penilaian persepsi dan harapan dari keluarga pelanggan unit perawatan intensif di 18 rumah sakit akan pelayanan yang telah diberikan?
3. Dimensi kepuasan (*tangibles, realibility, responsiveness, assurance dan emphathy*) apa yang paling dominan terhadap kepuasan total keluarga pelanggan unit perawatan intensif di 18 rumah sakit secara umum?
4. Apakah terdapat hubungan tidak langsung antara pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?

### 1.4 Tujuan Penelitian

#### 1.4.1 Tujuan Umum

Penulisan tesis ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai kepuasan keluarga pelanggan terhadap kualitas keperawatan di Unit Perawatan Intensif di 18 Rumah Sakit di Indonesia.

#### 1.4.2 Tujuan Khusus

- 1 Mengetahui bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan di 18 rumah sakit.

- 2 Mengetahui bagaimana penilaian persepsi dan harapan dari keluarga pelanggan unit perawatan intensif di 18 rumah sakit akan pelayanan yang telah diberikan.
- 3 Mengetahui dimensi kepuasan (*tangibles, realibility, responsiveness, assurance dan emphathy*) yang paling dominan terhadap kepuasan total keluarga pelanggan unit perawatan intensif di 18 rumah sakit secara umum.
- 4 Mengetahui keterkaitan antara pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kepuasan keluarga pelanggan unit perawatan intensif.

## **1.5 Manfaat Penelitian**

### **1.5.1 Bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan oleh peneliti untuk mampu meningkatkan pengetahuan dan pemahaman serta menambah pengalaman atas penilaian kualitas pelayanan kesehatan dengan menilai kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif di rumah sakit. Serta penelitian ini disusun untuk memenuhi syarat Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

### **1.5.2 Bagi Unit Perawatan Intensif Rumah Sakit**

Dengan dilakukannya penelitian ini, maka diharapkan Unit Perawatan Intensif di rumah sakit dapat dievaluasi secara komprehensif dengan penilaian harapan dan persepsi kepuasan pelanggan dan penilaian

pelaksanaan asuhan keperawatan untuk dapat meningkatkan pelayanan kepada pasien, sesuai visi dan misi rumah sakit.

### 1.5.3 Bagi Program Studi

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi tambahan yang bermanfaat mengenai kepuasan keluarga pelanggan di salah satu unit pelayanan kesehatan sehingga dapat digunakan lebih lanjut untuk tujuan pendidikan dan penelitian, hasil ini diharapkan bermanfaat dalam pengadaan evaluasi hasil pendidikan.

### 1.5.4 Bagi Departemen Kesehatan

Hasil dari evaluasi terhadap kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif rumah sakit dapat dimanfaatkan sebagai acuan dalam upaya perbaikan peningkatan mutu dalam keperawatan di unit perawatan intensif di masa depan.

## 1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan untuk menyusun standarisasi keperawatan dalam unit perawatan intensif di Indonesia. Terbentuklah suatu tim penelitian dibawah pengawasan Subdit Bina Pelayanan Keperawatan Depkes RI bekerja sama dengan tim penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat UI (terlampir) sehingga terlaksana suatu penelitian di Unit Perawatan Intensif 18 Rumah Sakit Umum di 9 Propinsi yang merupakan bagian dari Pusat Bantuan Regional Penanganan Krisis

Kesehatan, yaitu suatu unit fungsional di daerah yang ditunjuk untuk mempercepat dan mendekatkan fungsi bantuan kesehatan dalam penanggulangan kesehatan pada kejadian bencana dan krisis kesehatan lainnya. 9 Propinsi tersebut adalah Propinsi Sumatra Utara, Propinsi Sumatera Selatan, Propinsi DKI Jakarta, Propinsi Jawa Tengah, Propinsi Jawa Timur, Propinsi Kalimantan Selatan, Propinsi Bali, Propinsi Sulawesi Utara, dan Propinsi Sulawesi Selatan. Nama-nama rumah sakit yang tergabung dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Propinsi Sumatera Utara : RSUP Adam Malik dan RSUD Deli Serdang
2. Propinsi Sumatera Selatan : RSUP M Hosin dan RSUD Kayu Agung
3. Propinsi DKI Jakarta : RSUD Tarakan dan RSUD Pasar Rebo
4. Propinsi Jawa Tengah : RSUD Moewardi dan RSUD Suradji
5. Propinsi Jawa Timur : RSUD Soetomo dan RSUD Sidoarjo
6. Propinsi Kalimantan Selatan : RSUD Ulin dan RSUD Banjar Baru
7. Propinsi Bali : RSUD Gianyar dan RSUP Sanglah
8. Propinsi Sulawesi Utara : RSUP Kadow dan RS Bethesda
9. Propinsi Sulawesi Selatan : RSUD Andi Makasau dan RSUD Syek Yusuf

Waktu yang dipergunakan untuk melakukan penelitian adalah bulan Juli 2007 – Juni 2008. Penelitian akan membahas mengenai kepuasan keluarga pelanggan terhadap keperawatan di unit perawatan intensif dengan menilai kepuasan dari keluarga pelanggan akan ruang perawatan dan asuhan keperawatan.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. Unit Perawatan Intensif

##### 2.1.1 Pengertian

Rumah sakit adalah organisasi kompleks yang menggunakan gabungan peralatan ilmiah khusus dan rumit, dikelola oleh satuan personel yang terlatih dan terdidik dalam ilmu modern yang diadakan untuk tujuan perbaikan dan pemeliharaan kesehatan yang baik. Rumah sakit terdiri atas beberapa unit/instalasi, salah satu diantaranya adalah Unit Perawatan Intensif (Hassan, 1986).

Unit perawatan intensif bermula dari banyaknya kematian yang disebabkan oleh kelumpuhan otot-otot pernafasan karena adanya wabah *poliomyelitis* di Scandinavia pada sekitar awal tahun 1950. Pada waktu itu dokter-dokter spesialis anestesi melakukan intubasi dan memberikan bantuan napas buatan secara manual, mirip yang dilakukan selama proses anestesi. Mereka mampu menyelamatkan nyawa pasien poliomyelitis dan menurunkan mortalitas menjadi sebanyak 40%, dibandingkan dengan cara sebelumnya yakni penggunaan *iron lung* dan memiliki tingkat mortalitas sebesar 90%. Pada tahun 1852, Engstrom membuat ventilator bertekanan positif yang ternyata sangat efektif untuk memberi pernapasan jangka panjang. Sejak saat itulah unit perawatan intensif dengan perawatan pernapasan mulai terbentuk dan tersebar luas (Perdici).

Tahun 1958, Dr. Peter Safar, seorang dokter spesialis anestesi mendirikan unit perawatan intensif pertama dengan didukung tenaga medis dokter di *Baltimore City Hospital*, Amerika Serikat. Unit perawatan intensif mulai didirikan pada tahun 1971 di beberapa kota besar, yaitu di RSCM (Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo) Jakarta oleh Prof. Moch. Kelan dan Prof. Muhardi, di RS Dr. Soetomo Surabaya oleh Prof. Karijadi Wirjoatmodjo, di RS Dr. Karijadi Semarang oleh Prof. Haditopo, dan diikuti oleh beberapa kota besar lainnya. Unit perawatan intensif seringkali dimotori oleh beberapa dokter-dokter spesialis anestesi (Perdici).

Unit perawatan intensif modern telah berkembang luas dan tidak terbatas menangani pasien pasca bedah atau pasien yang menggunakan ventilasi mekanis saja, namun telah menjadi cabang ilmu sendiri yaitu *intensive care medicine*. Ruang lingkup pelayanannya meliputi pemberian dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, renal dan lain-lainnya, baik pada pasien dewasa atau pasien anak (Perdici).

Unit Perawatan Intensif adalah suatu daerah khusus di rumah sakit yang memberikan pelayanan maksimum, dukungan dari fungsi vital dan terapi yang pasti untuk penderita dengan kegagalan akut tetapi dapat berubah-ubah, kegagalan multi dari sistem vital (paru-paru, jantung, ginjal, dan sistem saraf). Selain itu, unit perawatan intensif juga didefinisikan sebagai suatu tempat dilakukannya pemantauan intensif terus menerus dan kegiatan pendukung kehidupan serta terapi pasti pada penderita dengan penyakit/kondisi yang mengancam kehidupan (McLeod, 1981).

Menurut Tim Depkes RI (2006), pelayanan unit perawatan intensif ditetapkan sesuai standar klasifikasi tempat pelayanan, diperlukan data jumlah/jenis kunjungan yang diterima sehari-hari dan kesiapan dari sumber daya yang mendukung pelayanan di unit perawatan intensif.

### 2.1.2 Ruang Lingkup Unit Perawatan Intensif

Berdasarkan Tim Depkes RI (2006) ruang lingkup pelayanan perawatan intensif meliputi berdasarkan standar pelayanan di unit perawatan intensif oleh Departem Kesehatan meliputi :

1. Diagnostik dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari.
2. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik pemenuhan kebutuhan dasar.
3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh :
  - a. Penyakit
  - b. Kondisi pasien menjadi buruk karena pengobatan atau terapi
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang bergantung pada fungsi alat atau mesin dan orang lain.

Berdasarkan Perdici, pasien yang memerlukan perawatan intensif adalah pasien dengan kebutuhan :

- a. Pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan, sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan terapi titrasi.
- b. Pemantauan kontinyu terhadap pasien-pasien dalam keadaan kritis yang dapat mengakibatkan terjadinya dekompensasi fisiologis.
- c. Intervensi medis segera oleh tim perawatan intensif.

### 2.1.3 Falsafah dan Tujuan dari Unit Perawatan Intensif

Falsafah dari pelayanan keperawatan intensif disediakan dan diberikan kepada pasien dalam keadaan gawat dan darurat yang perlu tindakan dan pengawasan secara ketat dan terus menerus disertai dengan tindakan perawatan dan terapi yang sesuai. Dan tujuan dari pelayanan keperawatan intensif adalah menyelamatkan hidup, mencegah penurunan kualitas hidup seseorang, mengoptimalkan kondisi pasien serta mengurangi angka kematian dan kecacatan pasien kritis dan mempercepat proses penyembuhan pasien (Tim Depkes RI, 2006).

Tujuan dari pelayanan unit perawatan intensif adalah memberikan pelayanan medik tertitrasi dan berkelanjutan serta mencegah fragmentasi pengelolaan (Perdici).

#### 2.1.4. Klasifikasi Unit Perawatan Intensif (Tim Depkes, 2006)

##### 1. ICU Primer

Ruang perawatan intensif primer memberikan pelayanan kepada pasien yang memerlukan perawatan ketat (high care). Ruang perawatan intensif mampu melakukan resusitasi jantung paru dan memberikan ventilasi bantu 24-48 jam. Kekhususan yang dimiliki ICU primer adalah unit perawatan yang memiliki ruangan tersendiri, letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat, dan ruang rawat pasien lain dan memiliki kebijakan/kriteria pasien yang masuk dan keluar. Memiliki seorang anesthesiologi sebagai kepala dan didukung dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru. Memiliki 25% jumlah perawat yang cukup telah mempunyai sertifikat pelatihan perawatan intensif, minimal satu orang per shift serta mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.

##### 2. ICU Sekunder

Pelayanan ICU sekunder adalah pelayanan yang khusus mampu memberikan ventilasi bantu lebih lama, mampu melakukan bantuan hidup lain, tetapi tidak terlalu kompleks. Kekhususan yang dimiliki ICU sekunder adalah memiliki ruangan tersendiri berdekatan dengan kamar bedah, ruang darurat dan ruang rawat lain. Juga memiliki kriteria pasien masuk, keluar dan rujukan. ICU sekunder memiliki tenaga dokter spesialis sebagai konsultan

yang dapat menanggulangi setiap saat bila diperlukan. Di dalam ICU sekunder terdapat seorang kepala ICU yaitu seorang dokter konsultan *intensive care* atau dokter spesialis anesthesiologi, yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut. ICU sekunder memiliki tenaga keperawatan lebih dari 50% bersertifikat ICU dan minimal berpengalaman kerja di unit penyakit dalam dan bedah selama 3 tahun, memiliki kemampuan memberikan bantuan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu, melakukan pemantauan invasif dan usaha-usaha penunjang hidup. ICU sekunder mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi dan memiliki ruang isolasi dan mampu melakukan prosedur isolasi.

### 3. ICU Tersier

Ruang ini mampu melaksanakan semua aspek perawatan intensif, mampu memberikan pelayanan tertinggi termasuk dukungan atau bantuan hidup multi sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tidak terbatas serta mampu memberikan pelayanan renal ekstrakorporal dan pemantauan kardiovaskuler invasif dalam jangka waktu yang terbatas. Kekhususan yang dimiliki ICU tersier adalah memiliki tempat khusus tersendiri di dalam rumah sakit serta memiliki kriteria pasien yang masuk, keluar, dan rujukan. Didukung tenaga dokter spesialis dan sub spesialis yang dapat dipanggil setiap saat diperlukan dan dikelola oleh seorang ahli anesthesiologi konsultan

*intensive care* atau dokter ahli konsultan *intensive care* yang lain, yang bertanggung jawab secara keseluruhan. Dan dokter jaga yang minimal mampu memberikan bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut, memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikasi ICU dan minimal pengalaman kerja di unit penyakit dalam dan bedah selama 3 tahun dan mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan intensif baik invasif maupun non-invasif. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi. ICU tersier juga harus memiliki paling sedikit seseorang yang mampu mendidik medik dan perawat agar dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien dan memiliki staf tambahan yang lain misalnya tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian

Unit perawatan intensif sebagai bagian dari unit rumah sakit didukung sarana penunjang pelayanan kesehatan lainnya berupa pelayanan penunjang medis dan non-medis. Pelayanan penunjang medis seperti pelayanan radiologi, laboratorium klinik, farmasi dan bank darah. Sedangkan pelayanan penunjang non-medis seperti sistem informasi di dalam unit perawatan intensif berupa sistem komunikasi yaitu telepon, faksimili, dan internet dan bagian transportasi (ambulans), dimana seluruh pelayanan penunjang ini juga bersifat non-stop selama 24 jam penuh. Sumber daya manusia di unit perawatan intensif haruslah memiliki kualifikasi yang prima dengan memiliki keahlian dan ketrampilan agar dapat menunjang pemberian pelayanan kesehatan perawatan intensif secara

optimal. Kemampuan dan ketrampilan diperoleh dengan diadakannya pelatihan-pelatihan baik formal maupun non-formal. Sehingga untuk mendukung hal tersebut, rumah sakit harus memiliki program pelatihan yang tepat untuk tenaga kesehatan yang terdapat di dalamnya sesuai dengan klasifikasi unit perawatan intensif rumah sakit tersebut.

Keberadaan unit perawatan intensif di setiap rumah sakit merupakan kebutuhan dasar. Pelayanan keperawatan intensif memiliki bentuk yang berbeda dengan pelayanan keperawatan di ruang rawat biasa karena tingkat ketergantungan pasien terhadap perawatan di ruang intensif sangat tinggi. Kualitas dari pelayanan rumah sakit tersebut dapat tercerminkan dari kualitas yang diberikan dalam pelayanan unit perawatan intensif, sehingga Departemen Kesehatan RI telah menetapkan unit perawatan intensif sebagai penunjang standar kualitas pelayanan rumah sakit melalui penilaian akreditasi Rumah Sakit.

## **2.2 Manajemen Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengertian**

Keperawatan adalah diagnosis dan penanganan respon manusia terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial (ANA, 2000). Dalam dunia keperawatan moderen respon manusia yang didefinisikan sebagai sebagai pengalaman dan respon orang terhadap sehat dan sakit yang merupakan suatu fenomena perhatian perawat.

Berdasarkan hasil Lokakarya Nasional Keperawatan tahun 1983 yang disusun oleh Konsorsium Ilmu Kesehatan (1983, hal 2), pengertian keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang berdasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan. Pelayanan keperawatan diberikan secara komprehensif kepada individu, keluarga atau masyarakat, baik yang sehat maupun yang sakit. Keperawatan sebagai pelayanan profesional dituntut mampu memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar praktek dan etika profesi.

Asuhan keperawatan menurut *University of South Alabama Medical Center* dalam Swanburg & Swanburg (1999) adalah tindakan yang diterima oleh klien yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien atau keluarga pasien untuk mendapatkan derajat kesehatan yang optimal. Staf keperawatan memberikan asuhan keperawatan selama 24 jam dengan menggunakan proses keperawatan.

Asuhan keperawatan ditujukan untuk memandirikan dan atau mensejahterakan pasien, diberikan sesuai dengan karakteristik ruang lingkup keperawatan, dikelola secara profesional dalam konteks kebutuhan asuhan keperawatan.

Sasaran dan tujuan pelayanan keperawatan adalah membantu individu terbebas dari masalah kesehatan, membantu individu mengembangkan potensinya untuk memelihara kesehatan secara mandiri dan membantu individu memperoleh derajat kesehatan seoptimal mungkin (Kozier, 1998).

Menurut Sullivan & Decker (1985), sasaran dan tujuan pelayanan keperawatan adalah memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas, memelihara posisi tempat pelayanan secara kompetitif dengan selalu meningkatkan program pelayanan keperawatan, meningkatkan hubungan dengan pasien, keluarga dan masyarakat, meningkatkan operasional rumah sakit, meningkatkan nilai personil, memperbaiki kinerja staf, memperbaiki komunikasi dengan staf dan meningkatkan produktifitas.

Sedangkan menurut Craven (2000) tujuan pelayanan keperawatan adalah membantu individu, keluarga dan masyarakat memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dengan standar keperawatan yang sudah ditetapkan, profesionalisme dalam sikap perawat, biaya yang efektif, dan lingkungan yang nyaman.

### 2.2.2 Asuhan Keperawatan

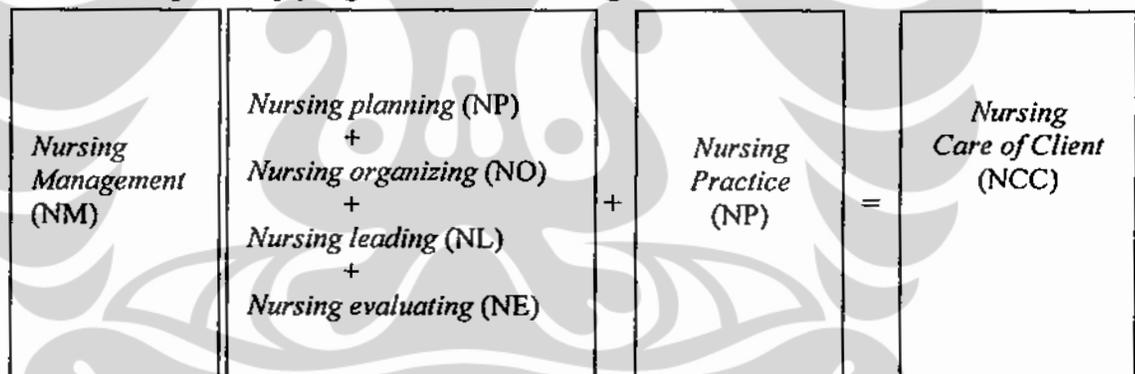
Aktifitas Keperawatan meliputi peran dan fungsi pemberi Asuhan Keperawatan, praktek Keperawatan, pengelola institusi Keperawatan, pendidikan klien serta kegiatan penelitian dibidang Keperawatan (Sieglar, 2000).

Menurut hasil penelitian Swansburg dan Swansburg (1999) ada dua atribut utama yang berhubungan dengan kepuasan klien dalam menerima asuhan keperawatan, yaitu atribut praktek keperawatan dan atribut pribadi perawat. Atribut praktek keperawatan terdiri dari perawatan holistik, interaksi perawat-klien, dan komunikasi perawat-klien. Atribut pribadi perawat adalah kualitas

perawat (menyenangkan, ramah, bersahabat, dan mau membantu), cakap, profesional dan mempunyai komitmen untuk melakukan tugas dengan baik.

Menurut Boulding (Swansburg, 1999) terdapat 9 teori dalam asuhan keperawatan, salah satunya adalah tahap-tahap penentuan langkah dalam keperawatan dimana terdapat fase-fase dinamis dalam proses utama/pelaksanaan dimana melibatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam manajemen keperawatan. Upaya ini melibatkan sumber daya manusia, logistik, perlengkapan serta pengetahuan klinis dan ketrampilan untuk memberikan keperawatan dalam lingkungan kerja.

Tahap – tahap yang dilalui adalah sebagai berikut :



Gambar 2.1 Nursing Care of Client, diadaptasi dari Swansburg, R.C (1999) : *Management and leadership for nurse managers*

Proses dalam asuhan keperawatan merupakan suatu metode sistematis yang difokuskan dalam pelayanan keperawatan untuk memberikan hasil yang optimal dan biaya yang sefektif mungkin. Terdapat 5 tahapan dalam proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Menurut Chity (1997) penekanan keperawatan adalah asuhan yang humanistik yang didasarkan pada hubungan profesional antara manusia. Proses

keperawatan merupakan serangkaian aktivitas yang harus dilaksanakan oleh perawat agar klien memperoleh asuhan keperawatan yang bermutu (George, 1990; Kozier, 1998).

Mutu asuhan keperawatan dapat dievaluasi dengan menilai komponen masukan, proses dan keluaran. Salah satunya yaitu dengan mengukur kepuasan konsumen yang didapatkan dari hasil wawancara dengan klien, keluarga atau perawat, survey atau observasi interaksi perawat dengan klien (Swansburg dan Swansburg, 1999).

Kelima tahap keperawatan akan diuraikan sebagai berikut :

a. Pengkajian

Menurut Craven (2000) pengkajian adalah suatu kegiatan untuk mengumpulkan informasi dan data dasar pasien dimulai ketika pasien masuk ke rumah sakit dan dilakukan secara kontinu sampai pasien dinyatakan pulang. Pengumpulan data adalah proses mengumpulkan keterangan mengenai pasien secara sistematis dan lengkap, dapat diperoleh secara langsung maupun tidak langsung dan merupakan data yang dapat dipertanggungjawabkan (Gordon, 1994). Metode pengumpulan data yang utama adalah observasi, wawancara, konsultasi dan pemeriksaan.

Data yang dikumpulkan berupa data subjektif yaitu data yang dapat menggambarkan persepsi dan harapan pasien tentang masalah kesehatan yang dihadapi dimana pasien mengungkapkan tentang perasaannya kepada perawat. dan data obyektif yaitu data yang diperoleh melalui hasil pemeriksaan berupa

inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi dimana data-data tersebut merupakan dasar untuk diagnosa keperawatan (Yura & Walsh, 1988)

#### b. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah penilaian secara klinik akan masalah kesehatan yang aktual dan potensial dimana akan memberikan acuan dalam pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggungjawab perawat (Craven & Hirnle, 2000). Tujuan dari diagnosa keperawatan adalah menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan dan dirumuskan berdasarkan respon pasien terhadap perubahan-perubahan pada status kesehatan, masalah-masalah yang diidentifikasi dan membantu perawat untuk menyelesaikan masalah (Craven&Hirnle,2000).

#### c. Perencanaan

Perencanaan adalah suatu kegiatan keperawatan dimana perawat dan pasien menyusun dan merencanakan kegiatan keperawatan sejak pasien masuk dalam perawatan sampai dinyatakan sembuh dari penyakitnya (Craven&Hirnle,2000). Tujuan dari tahap perencanaan ini adalah memberikan suatu kesempatan bagi perawat, pasien, keluarga dan orang terdekat untuk mengatasi masalah-masalahnya serta mengkomunikasikan rencana tindakan tersebut kepada pasien (Allen, 1991). Menurut Alfaro (1986) setelah tersusunya diagnosa keperawatan, perawat dan pasien bersama-sama

menyusun rencana tindakan untuk mengurangi atau menghilangkan masalah dan meningkatkan derajat kesehatan.

#### d. Implementasi

Dalam tahap ini, melaksanakan kegiatan sesuai rencana yang telah disusun untuk pasien (Craven&Hirmler,2000). Tujuannya adalah memberikan asuhan keperawatan untuk membantu pasien memenuhi kriteria hasil dalam rangka mencapai derajat kesehatan yang optimal (Craven&Hirmler,2000).

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah :

1. Melakukan tindakan mandiri sesuai dengan standar keperawatan,
2. Melakukan tindakan kolaboratif bila perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dalam membuat keputusan terhadap masalah-masalah pasien
3. Menjelaskan tindakan yang diberikan
4. Mencatat dan mengkomunikasikan status kesehatan dan respon pasien terhadap tindakan (Alfaro, 1986).

#### e. Evaluasi

Dalam tahap ini, didapatkan penilaian keefektifan tindakan asuhan keperawatan yang dibandingkan dengan tujuan yang telah dirumuskan berdasarkan respon perilaku pasien (Craven&Hirmler, 2000). Tujuan evaluasi adalah mengumpulkan data subyektif dan obyektif untuk menilai asuhan keperawatan yang sudah diberikan, menilai respon perilaku pasien terhadap

intervensi keperawatan, membandingkan perilaku dengan kriteria hasil, menilai tujuan yang telah ditetapkan, menilai keterlibatan kerjasama dengan pasien dan keluarga, perawatan dan tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam mengambil keputusan, sebagai dasar dalam upaya merivisi rencana keperawatan dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang sudah diberikan dan akibatnya terhadap peningkatan status kesehatan pasien (Alfaro-Lefevre, 1988, Yura&Walsh dalam Craven, 2000).

Setelah kriteria hasil tercapai maka tahapan keperawatan berakhir dengan penulisan catatan pulang dan ringkasan atas resolusi atas riwayat keperawatan pasien oleh perawat. Catatan ini akan menunjukkan status pasien sebelum dipulangkan dari sistem kesehatan seperti : tanda-tanda vital, proses prosedur yang dilakukan, obat-obatan yang diberikan, kemampuan merawat diri, sistem pendukung dan perjanjian untuk kontrol (Craven&Hirnie, 2000).

Dari uraian di atas, dapat disimpulkan proses keperawatan berfokus pada hubungan perawat dengan pasien dan keluarganya serta kontribusi proses keperawatan antara lain memperlihatkan fungsi perawat dalam menggunakan ilmu, seni dan ketrampilan (PPNI, 1999) dimana proses keperawatan mendukung kepuasan konsumen (Craven&Hirnie, 2000).

## 2.3 Kepuasan Pelanggan

### 2.3.1 Pengertian Kepuasan Pelanggan

Kepuasan pelanggan merupakan gambaran dari tingkat kepuasan seorang pelanggan ketika menerima atau menggunakan hasil produk jasa yang dihasilkan oleh seorang produsen. Handi Irawan dalam bukunya *Indonesian Customer Satisfaction Index*, menyatakan bahwa kepuasan pelanggan ditentukan oleh 5 hal, yakni kualitas produk, jasa pelayanan, faktor emosional, harga dan biaya, dan kemudahan mendapatkannya

Tingkat keberhasilan dari suatu produk atau jasa di dalam pasar serigkali ditentukan dengan nilai keberhasilan dari penjualan dalam jumlah keuntungan dengan besar uang yang dihasilkan bukanlah dengan kualitas dari produk atau jasa yang dihasilkan. (Sorrel (2000) dalam Barnes (2001)).

Di dalam buku *Secret of Customer Relationship Management* oleh James G. Barnes (2000) tertulis 5 faktor yang menentukan atas kepuasan pelanggan yaitu produk atau jasa inti, sistem dan pelayanan pendukung, performa teknis, elemen-elemen interaksi dengan pelanggan dan elemen emosional.

Gambaran kepuasan tergambar dalam lima kesimpulan oleh Susan Fournier dan David Glen Mick baru-baru ini yaitu sebagai berikut :

1. Kepuasan pelanggan merupakan suatu proses yang berlangsung secara aktif dan dinamis
2. Kepuasan pelanggan digambarkan sebagai presentasi suatu dimensi sosial yang kuat.

3. Kepuasan pelanggan memiliki komponen integral berupa makna (*value*) dan emosi.
4. Proses penilaian kepuasan tergantung terhadap pendirian-pendirian tertentu seperti paradigma, model dan mode
5. Kepuasan produk berkaitan erat dengan kepuasan dan kualitas hidup itu sendiri

Kepuasan pelanggan adalah suatu keadaan dimana keinginan, harapan dan kebutuhan pelanggan dipenuhi. Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan. Pengukuran kepuasan pelanggan merupakan elemen penting dalam menyediakan pelayanan yang lebih baik, lebih efisien dan lebih efektif. Apabila pelanggan merasa tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan, maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak efektif dan tidak efisien. Hal ini terutama sangat penting bagi pelayanan publik.

Menurut Jacobalis, S. (1990), mutu pelayanan rumah sakit dapat ditelaah dari tiga hal yaitu

1. Struktur

Berupa sarana fisik, peralatan, dana, tenaga kesehatan dan nonkesehatan, serta pasien)

2. Proses

Manajemen RS baik manajemen interpersonal, teknis maupun pelayanan keperawatan yang kesemuanya tercermin pada tindakan medis dan nonmedis kepada pasien

### 3. Outcome

Aspek mutu yang dapat dipakai sebagai indikator untuk menilai mutu pelayanan RS yaitu: penampilan keprofesian (aspek klinis), efisiensi dan efektivitas, keselamatan dan kepuasan pasien

Secara umum dikaitkan dengan suatu derajat keberhasilan atau penampilan yang patut mendapatkan pujian, sesuatu yang *excellent*, suatu derajat kesempurnaan hasil yang melampaui tingkat rata-rata, hal ini merupakan hal yang dapat diaplikasikan secara tepat untuk produk barang atau benda namun menjadi lebih rumit untuk produksi jasa. Unsur-unsur mutu dalam pelayanan kepada pasien adalah merupakan tindakan pelayanan profesional (*technical quality*), efisiensi dalam pemanfaatan sumber daya (*co-efficiency*), pasien aman dari risiko cedera atau keadaan yang tidak diinginkan terkait dengan jasa klinis yang diberikan (*missmanagement*) dan kepuasan pasien dengan jasa yang diberikan (*satisfaction*). Dan pelayanan yang bermutu mengandung empat unsur penting yaitu tindakan pelayanan yang profesional, aman, efisien dan menimbulkan kepuasan pada pasien (Jacobalis, 1990).

Kepuasan pasien adalah tingkatan dari perasaan seseorang atas perbandingan antara kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapan yang ada (Oliver, 1980 dalam Supranto, 1997). Kepuasan pasien menurut Pascoe (1995) dalam Krowinski & Steiber (1996) adalah perbedaan nilai harapan pasien dengan persepsi yang diterima. Sedangkan menurut Kotler (1995) kepuasan adalah tingkat yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari perbandingan antara

penampilan atau hasil produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang terhadap penampilan atau hasil produk tersebut..

Aspek kepuasan masyarakat atau pasien sebagai ukuran tingkat kualitas pelayanan kesehatan, merupakan suatu perwujudan yang khas dan rumit, dapat berjalan sejajar maupun tidak sejajar dengan kode etik profesi dan standar mutu pelayanan yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Perwujudan khas ini harus diperhatikan lebih seksama oleh penyelenggara dan petugas pelayanan kesehatan.

Mutu pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan tingkat kepuasan pasien dapat bersumber dari faktor yang relatif spesifik, seperti pelayanan rumah sakit, petugas kesehatan, atau pelayanan pendukung (Woodside, 1989).

Terdapat beberapa faktor yang dapat memberikan pengaruh terhadap kepuasan, seperti faktor psikologis, demografis dan geografis (Loudon & Bitta, 1988). Perbedaan akan tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, agama dan suku bangsa dapat memberikan perbedaan dalam penilaian harapan dan persepsi pasien terhadap pelayanan kesehatan (Natoatmodjo, 1989). Sedangkan menurut Malley (1997) terdapat 15 karakteristik pasien yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien sebagai berikut : umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, prosedur, sumber daya, demografi, cakupan perawatan kesehatan, metode pembayaran, pertemuan staf, waktu pelayanan, pekerjaan, atasan, agama dan atau kepercayaan, suku bangsa.

Pendapat Woodside (1989), selaras konsep kepuasan yang dikembangkan oleh Fraser, (1992) bahwa kepuasan selalu dinyatakan sebagai suatu rata-rata hasil

perbandingan dari beberapa keadaan pada suatu saat tertentu. Sesungguhnya kepuasan itu berdimensi banyak, bersifat tidak mutlak dan skalanya tidak terbatas.

Dengan demikian, pada suatu saat tertentu seseorang dapat merasa puas pada suatu aspek dari suatu keadaan. Berdasarkan studi literatur yang dilakukan Taylor (1994), dapat disimpulkan bahwa aspek mutu pelayanan rumah sakit sebagai indikator kepuasan pasien cenderung merupakan suatu fenomena yang diterima secara luas dikalangan para ahli. Menurut Nelson (1990), sikap perawat sangat mempengaruhi pasien, perawat yang ramah dan mau memahami keadaan pasien sangat membantu proses penyembuhan. Kepuasan pasien dalam pelayanan rumah sakit dapat diprediksi dengan kepuasannya terhadap pelayanan medis dan keperawatan serta didukung oleh staf yang ada. Hal terpenting adalah bahwa kepuasan itu merupakan hasil dari reaksi afeksi, sebagai wujud penegasan sikap pasien terhadap pelayanan di rumah sakit yang berdimensi banyak.

Menurut pendapat Azwar (1996) persoalan yang paling rumit adalah menentukan indikator kualitas (barang, jasa, atau pekerjaan) yang dapat memenuhi kebutuhan dan kepuasan seseorang (seperti pekerjaan, pasien, atau konsumen) sebab hal ini bersifat subyektif, merupakan hasil reaksi afeksi (penilaian perasaan) seseorang. Reaksi afeksi yang bersifat subyektif dapat menghasilkan penilaian yang sama atau berbeda, meskipun obyek yang dinilai adalah sama. Reaksi afeksi seseorang yang menghasilkan penilaian sama atau berbeda, sangat ditentukan oleh latar belakang atau karakteristik individu, seperti suku bangsa dengan nilai budaya yang dianut, pendidikan, umur, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan atau pendapatan.

Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan faktor yang penting dalam mengembangkan suatu sistem penyediaan pelayanan yang tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, meminimalkan biaya dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan secara optimal terhadap populasi sasaran.

Terdapat beberapa cara untuk mengukur kepuasan pelanggan, berdasarkan penilaian petani terhadap dua isu penting yaitu:

1. tingkat kepentingan pelayanan yang diberikan,
2. kinerja pemberi pelayanan didalam memberikan pelayanannya.

Berdasarkan pendapat diatas, maka dapat disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap rumah sakit atau pelayanan di rumah sakit dapat diartikan sebagai gambaran utuh tingkat kualitas pelayanan rumah sakit menurut penilaian pasien.

### 2.3.2 Persepsi dan Harapan

Martila dan James (1977) dalam Supranto (1997) menjelaskan bahwa pengukuran kepuasan dilakukan dengan cara melakukan analisis tingkat kepentingan (harapan) dan kinerja yang menggambarkan kepuasan pelanggan. Adanya perbedaan antara harapan dan kenyataan akan menggambarkan tingkat kepuasan dari pasien. Tujuan dilakukan penilaian kepuasan pasien adalah untuk meningkatkan kualitas khususnya pelayanan asuhan keperawatan di rumah sakit melalui persepsi pasien (Craven&Hirle,2000).

Menurut Sarwono (1993) dalam Palestin (2006), persepsi adalah kemampuan seseorang untuk mengorganisasikan pengamatan misal kemampuan

untuk mengidentifikasi atau menfokuskan masalah-masalah yang ada. Sedangkan menurut Perry (1993) persepsi adalah suatu proses dimana individu membuat suatu penilaian tentang informasi yang diterima dan penilaian dengan pihak lain. Menurut Kozier, Erb & Oliviere (1991), persepsi dipelajari dan bagaimana persepsi dipelajari adalah sangat individual dan dipengaruhi emosi, bahasa, sikap dan pengalaman selama individu bersosialisasi.

Hasil penelitian Sriyanti, M.Y (1994) menyatakan bahwa pasien remaja tidak puas dengan pelayanan keperawatan sedangkan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status perkawinan, transportasi, latar belakang pendidikan dan cara pembayaran tidak ada hubungan bermakna dengan tingkat kepuasan. Penelitian ini dikuatkan hasil penelitian Emilia, A. (1993) yang hasilnya menyatakan tidak ada hubungan karakteristik pasien dengan kepuasan pasien.

Dapat disimpulkan bahwa setiap manusia memiliki persepsi yang berbeda-beda terhadap suatu masalah atau keadaan yang ada, dipengaruhi oleh banyak faktor. Persepsi merupakan suatu proses individual yang akan menghasilkan suatu pandangan atau opini yang mungkin berbeda dengan harapan yang ada. Demikian pula dengan persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang sesuai dengan harapan dari pasien akan berbentuk majemuk. Sehingga kita harus mengetahui bagaimana persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan sehingga dapat menentukan kerangka pelayanan yang tepat dan sesuai dengan harapan pasien tersebut.

### 2.3.3 Pengukuran Kepuasan Pelanggan

Pengukuran kepuasan pasien bisa dilakukan dengan dua cara yaitu indeks keras yang bersifat obyektif dan indeks lunak yang bersifat subyektif (Supranto, 1997). Salah satu alat yang sering digunakan dalam pengukuran kepuasan adalah kuesioner, dimana melalui kuesioner dapat dilihat persepsi pasien melalui penilaian tingkat harapan dan kinerja (kenyataan) terhadap pelayanan keperawatan di rumah sakit.

Krowinski dan Steiber (1996) menggambarkan pengukuran tingkat kepuasan dilakukan dengan beberapa cara, seperti :

1. Penggunaan pertanyaan ganda seperti keramahan perawat dan kompetisi antara perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu. Pengukuran ini menggunakan jawaban persetujuan yang dimulai dari nilai sangat tidak setuju sampai dengan sangat setuju.
2. Penggunaan pertanyaan terbuka dimana dapat digunakan sebagai acuan penyusunan kuesioner
3. Penggunaan pertanyaan tertutup, dalam bagian ini responden diminta memberikan jawaban sesuai dengan pilihan yang ada berdasarkan skala intensitas atau dengan skala Likert dimana terdapat empat atau lima tingkatan.

Pengukuran keputusan menggunakan bentuk tertutup lebih mudah diaplikasikan daripada bentuk terbuka dan jawaban dengan skala Likert lebih baik

daripada skala yang bersifat dikotomi karena memberika kebebasan pada klien untuk mengekspresikan dan menilai kondisi yang mendekati sebenarnya.

Menurut Kotler (1997), pengukuran kepuasan pelanggan dapat dilakukan dengan beberapa cara, yaitu :

1. Sistem keluhan dan saran

Kesempatan yang diberikan secara luas dan terbuka kepada pelanggan untuk menyampaikan keluhan dan saran atas kualitas pelayanan yang telah diterima.

2. Survei kepuasan pelanggan

Digunakan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan terhadap mutu pelayanan yang diterimanya. Sehingga dapat menerima masukan atau timbal balik langsung dari pelanggan dan dapat digunakan dalam melakukan evaluasi kualitas pelayanan

3. Belanja siluman

Digunakan untuk mengenal titik-titik kekuatan dan kelemahan dalam sistem pelayanan terhadap pesaing-pesaing yang ada.

4. Analisis kehilangan pelanggan

Memahami secara obyektif mengapa seorang pelanggan memutuskan untuk berhenti menggunakan jasa atau pelayanan yang ditawarkan

Salah satu metode juga yang dapat digunakan untuk mengukur kepuasan pelanggan atas jasa yang diterimanya adalah metode SERVQUAL. Metode ini termasuk salah satu cara dimana responden diminta untuk menilai tingkat harapan mereka terhadap atribut tertentu dan juga tingkat yang mereka rasakan. Metode

yang dikembangkan oleh Zeithaml (1990) ini, khusus digunakan untuk mengukur kepuasan pelanggan atas jasa yang diberikan.

Metode ini menggunakan *user based-approach* (melakukan pendekatan), yang mengukur kualitas jasa secara kuantitatif dalam bentuk kuesioner dan mengandung dimensi-dimensi kualitas jasa seperti *tangibles*, *responsiveness*, *reliability*, *assurance*, dan *empathy*.

Tujuan dari penggunaan dimensi servqual dalam pengukuran kesenjangan adalah untuk melakukan program perbaikan dalam pengendalian jasa layanan yang digunakan sebagai alternatif usulan dalam perbaikan kualitas jasa yang berorientasi terhadap kepuasan pelanggan, sebagai salah satu strategi perusahaan dalam memberdayakan *Total Quality Service*.

Pada metode Servqual dibutuhkan data skor harapan (*expected score*) dan skor persepsi (*perceive score*). Perbedaan antara kedua skor ini memiliki sasaran penilaian pelanggan untuk mengetahui kualitas jasa yang diterima pelanggan dengan menggunakan metode penilaian (*assessment*) yang disebut dengan nama Servqual.

Zeithaml, V. A.; Parasuraman, A.; Berry, L.L. (1990) memperkenalkan 10 dimensi SERVQUAL (*service quality* = kualitas pelayanan) yang umumnya dipergunakan dalam mengukur mutu dan menjadi penentu kualitas pelayanan kepada pelanggan yaitu:

### *1. Access*

Melibatkan pendekatan pada setiap kontak yang terjadi antara perusahaan dengan pihak pelanggan. Dalam ini dimana adanya suatu hubungan yang sering dilakukan pihak perusahaan dengan pelanggan dalam memberikan informasi pada produk yang mereka tawarkan, dengan harapan pelanggan dapat mengetahuinya dengan jelas.

### *2. Communication*

Secara terus menerus memberikan informasi kepada pelanggan dalam bahasa dan penggunaan kata yang jelas sehingga para pelanggan dapat dengan mudah mengerti serta disamping itu perusahaan hendaknya dapat secara cepat dan tanggap dalam menyikapi keluhan dan komplek yang dilakukan oleh pelanggan.

### *3. Competence*

Adanya suatu keterampilan yang dimiliki dan dibutuhkan agar dalam memberikan jasa kepada pihak pelanggan dapat dilaksanakan dengan optimal. Disini pengetahuan karyawan akan bentuk jasa yang akan mereka berikan kepada pelanggan dapat ditawarkan pada kondisi dan situasi yang sesuai, seperti melakukan pendekatan kepada para pelanggan yang ingin membeli produk yang dijual.

### *4. Courtesy*

Dalam kegiatan ini adanya suatu nilai moral yang dimiliki oleh karyawan yang memberikan pelayanan kepada pelanggan yang tercermin dari pribadi karyawan seperti kesopanan, respek/respon yang

cepat dalam menawarkan suatu produk kepada pelanggan, serta melakukan pertimbangan dalam mengambil inisiatif yang terbaik dalam menghadapi suatu pelayanan dan juga mengadakan kontak diantara para karyawan yang melakukan pelayanan.

#### 5. *Credibilitas*

Perlunya suatu kepercayaan yang diberikan kepada pelanggan (*believability*) serta kejujuran. Dalam pelaksanaan ini, dimana adanya suatu usaha yang maksimal dari sebuah perusahaan untuk berusaha menanamkan kepercayaan, sehingga perhatian yang tertuju kepada tujuan tersebut akan dapat memberikan suatu kredibilitas yang baik bagi perusahaan pada masa yang akan datang. Dalam masalah kredibilitas sangat berpengaruh pada nama perusahaan, reputasi perusahaan, karakteristik personal dalam melakukan kontak secara personal, adanya tingkat kesulitan yang dihadapi dalam menjual yang tentunya akan melibatkan tingkat interaksi yang positif dengan pelanggan.

#### 6. *Reliability*

Adanya suatu pelibatan yang konsisten akan kinerja dari perusahaan dalam melihat ketergantungan mereka pada kondisi objektif pada saat melakukan pelayanan. Ini dapat diartikan juga adanya suatu upaya untuk melakukan kinerja perusahaan secara optimal dalam memberikan pelayanan yang benar pada saat pertama.

### *7. Responsiveness*

Perlunya suatu kemampuan seorang pelayanan jasa untuk dapat membaca jalan pikiran pelanggan dalam mengharapkan produk yang mereka inginkan, sehingga pelanggan merasakan suatu perhatian yang serius dari pihak perusahaan akan harapan yang mereka butuhkan, dalam arti perusahaan dengan cepat mengambil inisiatif akan permasalahan yang dihadapi pelanggan.

### *8. Security*

Adanya suatu kepercayaan yang tinggi dari pelanggan akan produk yang mereka beli, dengan demikian pelanggan merasa terbebas dari rasa ragu dan bimbang akan kualitas dari produk yang mereka terima, tentunya pelayanan yang diberikan dapat memberikan suatu kepercayaan yang maksimal kepada pelanggan .

### *9. Tangible*

Adanya pembuktian yang nyata dari tim penjualan akan bentuk fisik dari pelayanan yang mereka berikan, sehingga pembuktian tersebut akan dapat dapat membentuk suatu opini bagi pelanggan kearah yang positif. Tentunya perusahaan akan mengalami suatu tingkat kepercayaan tinggi pada masa mendatang.

### 10. *Understanding/knowing the customer*

Membuat suatu ilustrasi yang objektif dengan membentuk suatu usaha dalam tindak lanjut berupa perbuatan sehingga dapat memberikan pengertian kepada pelanggan akan produk yang mereka butuhkan.

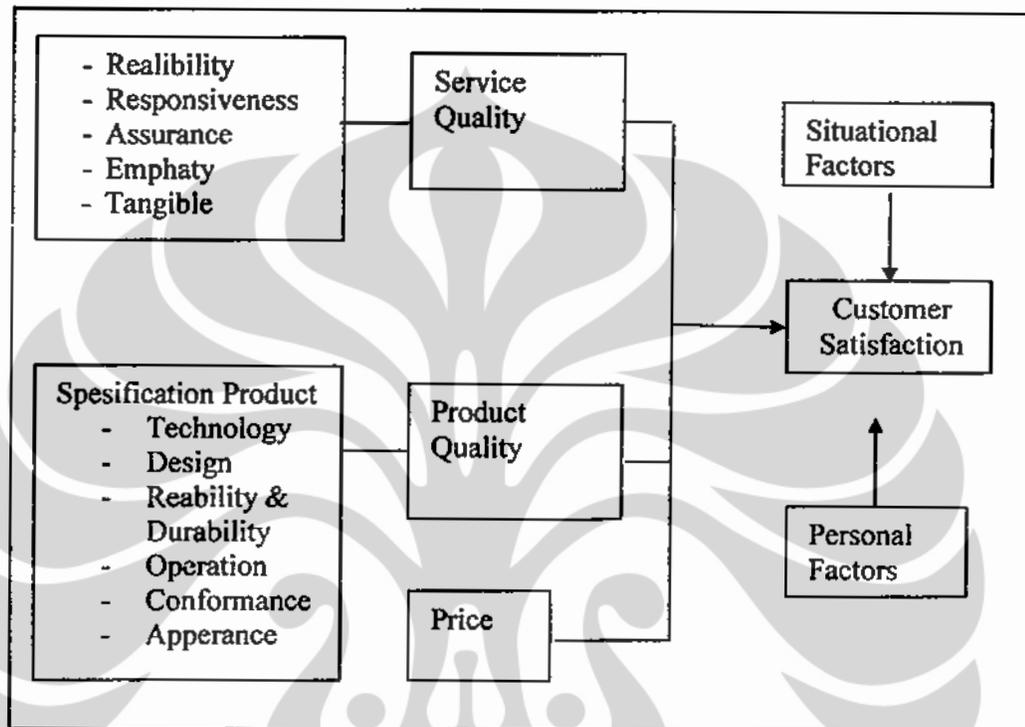
Kesepuluh dimensi di atas dapat dirangkum dalam 5 dimensi kualitas pelayanan SERVQUAL sebagai berikut:

- a. *Tangible*, sesuatu yang dapat dilihat, bukti fisik, yaitu kemampuan Unit Perawatan Intensif untuk dapat menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana yang dimiliki dapat menjadi bukti nyata dari pelayanan yang diberikan oleh provider. Hal-hal yang terlihat ini dapat berupa gedung/ruangan, perlengkapan dan peralatan medik dengan teknologi tinggi.
- b. *Reliability*, kemampuan untuk membuktikan janji pelayanan andal dan akurat seperti yang dijanjikan. Di Unit Perawatan Intensif hal tersebut dapat diterjemahkan sebagai ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk pelanggan tanpa kesalahan, sikap yang simpatik, dengan akurasi tinggi.

- c. *Responsiveness*, sikap yang tanggap, kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan responsif serta tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan pasien menunggu tanpa adanya suatu alasan yang jelas menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan.
- d. *Assurance*, jaminan dan kepastian, yaitu pengetahuan, kesopansantunan dan kemampuan pegawai (dokter & perawat) dalam menumbuhkan kepercayaan terhadap rumah sakit. Assurance ini terdiri dari komponen : komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi, dan kesopansantunan.
- e. *Empathy*, yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada pasien dengan berupaya memahami keinginan konsumen.

Di lain pihak, beberapa pakar mengemukakan bahwa persepsi konsumen pada sektor jasa dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas secara total (*total quality*). Kualitas total terdiri dari tiga faktor, yaitu kualitas pelayanan (*service quality*), kualitas produk (*product quality*), atau spesifik produk (*product specification*) dan harga (*price*). Kualitas pelayanan dapat dilihat dari beberapa dimensi salah satunya adalah dimensi kualitas pelayanan **SERVQUAL** : *Reability, Responsiveness, Assurance, Emphaty, Tangibles*. Sedangkan kualitas produk yang dijadikan pengukuan adalah kualitas secara fisik produk tersebut yang sering disebut spesifikasi produk (*product*

specification) seperti tahan lama, teknologi, disain produk yang digambarkan pada gambar berikut ini.



Gambar 2.2 *Customer Perception of Quality and Customer Satisfaction*

TQM adalah singkatan dari *Total Quality Management*. Total artinya keseluruhan, tanpa kecuali. *Quality* merupakan kesan akhir dari pelanggan (konsumen) tentang suatu produk dan jasa yang diperolehnya. Menurut Doetsch dan Davis (1994) kualitas (*quality*) merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan konsumen.

Berdasarkan arti kata di atas dapat disimpulkan bahwa kualitas bukan hanya sebatas pengertian "*the best*" atau yang terbaik dari produk sejenis, akan

tetapi lebih merupakan pemberian kepuasan terhadap konsumen atau pelanggan dengan ukuran-ukuran tertentu.

Manajemen merupakan kesatuan fungsi yang terikat, terpadu, simbiotik dan saling terkait satu sama lainnya. Dalam hal ini setiap fungsi menjadi unit-unit tersendiri dan saling terkait, sehingga menciptakan gerakan dinamis dari totalitas fungsional dimana keputusan ditetapkan dan diimplementasikan sebagai upaya bersama dalam mencapai tujuan kolektif.

Menurut Santoso (1992), TQM merupakan suatu sistem manajemen yang mengangkat kualitas sebagai strategi usaha dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dengan melibatkan seluruh anggota organisasi. Hal itu dibangun berdasarkan konsep kualitas, *teamwork*, produktivitas dan pengertian serta kepuasan pelanggan.

Menurut Feigenbaum (1991) definisi TQM adalah suatu sistem kualitas total dijelaskan sebagai salah satu yang merangkum keseluruhan siklus kepuasan pelanggan dari interpretasi keperluannya terutama pada tahap pemesanan, melalui pasokan produk atau jasa dari harga ekonominya dan pada persepsinya dari produk setelah dia telah menggunakannya sepanjang perioda waktu.

Manajemen Kualitas Total (TQM) adalah konsep dan metoda yang memerlukan komitmen dan keterlibatan pihak manajemen dan seluruh organisasi dalam pengolahan perusahaan untuk memenuhi keinginan atau kepuasan pelanggan secara konsisten. Dalam TQM tidak hanya pihak manajemen yang bertanggungjawab dalam memenuhi keinginan pelanggan, tetapi juga peran secara

aktif seluruh anggota dalam organisasi untuk memperbaiki kualitas produk atau jasa yang dihasilkannya (Bennett and Kerr, 1996).

TQM mencakup semua aktifitas-aktifitas keseluruhan fungsi manajemen yang menentukan kebijakan kualitas, sasaran, dan tanggungjawabnya dan mengimplementasikannya dengan menggunakan perangkat seperti perencanaan kualitas, kontrol kualitas, pemastian kualitas dan perbaikan kualitas dalam sistem kualitas (Wheaton dan Schrott, 1999)

Pendekatan manajemen kualitas dapat dicapai apabila kita konsern pada karakteristik TQM, yang menurut Tjiptono dan Diana (1995) perlu memperhatikan karakteristik mencapai manajemen kualitas yaitu :

- a. Memfokuskan kepada pelanggan, baik pelanggan internal maupun eksternal
- b. Memiliki obsesi yang tinggi terhadap kualitas
- c. Pendekatan ilmiah harus digunakan dalam mengambil keputusan dan pemecahan masalah.
- d. Komitmen yang dirumuskan harus untuk keperluan jangka panjang
- e. Membutuhkan kerja sama tim
- f. Senantiasa memperbaiki proses secara berkesinambungan
- g. Menyamakan dan menyatukan visi, persepsi tentang tujuan yang hendak dicapai oleh setiap tingkat manajemen.
- h. Memberdayakan DM melalui diklat terprogram.
- i. Memberikan kebebasan kepada setiap lapis manajemen dalam mengoptimalkan sasaran

j. Adanya keterlibatan dan pemberdayaan karyawan secara konseptual Menurut Hansler dan Brunell (Tjiptono dan Diana, 1995) dalam hubungan *total quality management* terdapat empat prinsip utama yakni :

a. Kepuasan pelanggan

Manajemen mutu menempatkan kepuasan pelanggan pada posisi penting dan memperluas dalam dimensi arti, sebab kualitas bukan hanya bermakna sebagai hal kesesuaian dengan spesifikasi produk tertentu tetapi lebih bermakna sebagai pemberian kepuasan kepada pelanggan. Aspek kepuasan pelanggan (*customer*) diantaranya mencakup harga, keamanan, ketepatan waktu jual beli dan waktu purna jual serta aspek lain yang mendukung kepuasan pelanggan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa semakin tinggi nilai kualitas yang diberikan oleh pihak produsen maka akan semakin besar pula nilai kepuasan yang akan diterima oleh pihak pelanggan. Pemberian kepuasan pelanggan tidak boleh diartikan sebagai pemberian bonus reduksi, rabat, atau berupa janji sosial lainnya. Kepuasan pelanggan adalah proses pemenuhan keperluan pelanggan dari dua aspek yakni aspek fisik material yang ditimbulkan oleh benda produk yang dijual, dan kepuasan batin berupa jaminan keamanan, kenyamanan, kecakupan jumlah yang dibeli dan lebih dari itu kepuasan hati yang tak dapat terukur merupakan aspek utama yang harus diperhatikan.

b. Menghargai setiap orang

Setiap individu yang ada dalam organisasi memiliki potensi meski di batasi pemanfaatannya karena dinding jabatan, kewenangan, dan sebagainya. Namun demikian setiap karyawan menjadi faktor penting, dominan, dan menentukan bagi pemberdayaan fungsi-fungsi manajemen lainnya dalam sistem TQM. Dalam manajemen mutu setiap orang dihargai dan diperlakukan sama dalam arti kemanusiaan dan dalam arti hukum ekonomi. Dalam pengambilan keputusan tim, setiap individu mendapat hak yang sama untuk memberi masukan, usul dan saran yang konkrit dan relevan dengan program kerja organisasi.

c. Manajemen berdasarkan fakta

Dalam manajemen mutu dasar pertimbangan untuk pengambilan suatu keputusan atau pemecahan masalah harus didasarkan kepada fakta, seperti tergambar melalui angka-angka atau balok-balok statistika yang memformulasikan keadaan nyata situasi dan suatu kondisi organisasi.

d. Perbaikan berkesinambungan

Manajemen perlu menerapkan siklus PDCA (*Plan-do-check-act*), yakni berupa langkah-langkah perencanaan, melaksanakan rencana, memeriksa hasil pelaksana perencanaan, dan melakukan tindakan korektif pada tahap kegiatan yang diperlukan. Untuk perusahaan, manajemen harus terus menerus melakukan perbaikan dengan memperhatikan segala perubahan perilaku konsumen.

Sebagai misal, kalau memang pelanggan mereka bosan dengan kemasan produk, kenapa tidak diganti? Ini merupakan titik kunci dan mampu memenuhi kepuasan pelanggan. Sifat dari perbaikan yang dilakukan adalah lebih bersifat dinamis, elegan, realistis dan bisa memberikan dukungan kepada manajemen. Dalam hal ini manajemen tidak terkesan memiliki birokrasi yang sulit sehingga dapat memberikan efisiensi yang tepat guna. Iklim persaingan mutu akan menerapkan kepada kita bahwa tidak dapat lagi bergantung pada orang lain, dalam arti ketergantungan primer (tidak dapat berbuat apa-apa tanpa bantuan pihak lain). Para bawahan harus didorong dan diarahkan untuk mengembangkan diri secara sukarela. Merupakan tugas seorang penyelia untuk tidak hanya melatih atau menyiapkan penggantinya, tetapi juga menunjukkan kepada mereka bagaimana mereka dapat mengembangkan diri mereka sendiri.

Tingkat kepuasan pasien menunjuk pada prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan. Selaras bahwa kepuasan merupakan hasil penilaian perasaan yang lebih bersifat subjektif, maka hal ini menunjuk pada dimensi abstrak, para ahli telah banyak mengembangkan model pengukuran yang dapat digunakan untuk mengkuantifikasi dimensi abstrak dari suatu fenomena (dimensi keperibadian, sikap, atau perilaku) agar lebih mudah dipahami.

Berpedoman pada skala pengukuran yang dikembangkan Likert (dikenal dengan istilah skala Likert), kepuasan pasien dapat dikategorikan dan dikuantifikasi, seperti:

1. Sangat puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien, seperti sangat bersih (untuk prasarana), sangat ramah (untuk hubungan dengan dokter atau perawat), atau sangat cepat (untuk proses administrasi); yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas yang paling tinggi.
2. Agak puas, diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sepenuhnya atau sebagian sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak kurang cepat (proses administrasi), atau agak kurang ramah, yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori puas namun tidak sempurna.
3. Kurang puas, diartikan sebagai ukuran subyektif hasil penilaian perasaan pasien menggambarkan pelayanan kesehatan yang didapatkan seringkali didapatkan tidak sesuai dengan kebutuhan seperti agak kotor (untuk sarana), agak lamban (proses administrasi) atau kurang ramah dalam melayani pelanggan, yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas kurang puas.

4. Tidak puas, diartikan sebagai ukuran subyektif hasil penilaian perasaan pasien yang rendah, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan seperti terlalu kotor (untuk sarana), sangat lambat (untuk proses administasi), atau tidak ramah, yang seluruhnya hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori paling rendah.

Menurut Fitzsimmons (2006), terdapat lima kesenjangan yang menyebabkan adanya perbedaan antara persepsi dan harapan pelanggan terhadap kualitas pelayanan. Model kualitas pelayanan menyajikan lima kesenjangan yang memberikan dampak terhadap kualitas pelayanan serta dapat mengurangi kualitas dari pelayanan.

#### 1. Kesenjangan 1

Merupakan kesenjangan yang paling berbahaya dimana kesenjangan terjadi antara pelayanan yang diharapkan dan persepsi manajemen. Perhatian utama manajemen pelayanan akan terpusatkan pada usaha untuk mengurangi dan menghapuskan kesenjangan ini.

Kesenjangan 1 timbul akibat kekeliruan manajemen dalam menyediakan jasa pelayanan kepada pelanggan dimana manajemen memberikan nilai yang kecil bagi pelanggan dan tidak secara sempurna memberikan sesuai dengan kebutuhan pelanggan.

## 2. Kesenjangan 2

Merupakan kesenjangan antara persepsi manajemen dan spesifikasi kepuasan pelanggan. Kesenjangan ini dipengaruhi oleh tingkat komitmen manajemen akan penyediaan pelayanan yang berkualitas, tujuan kualitas pelayanan dan standarisasi tugas.

## 3. Kesenjangan 3

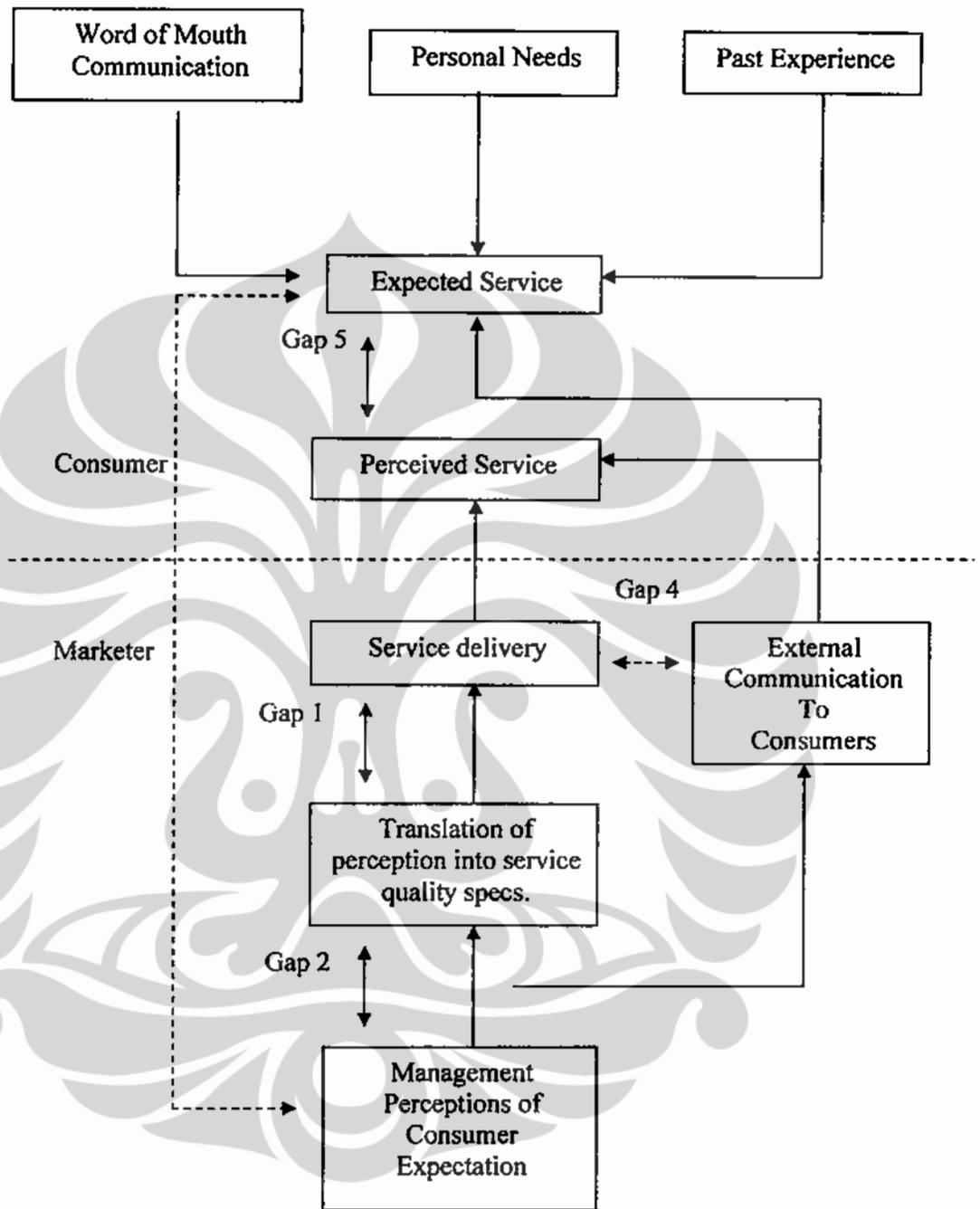
Merupakan kesenjangan antara spesifikasi kepuasan pelanggan dan penyampaian pelanggan. Kesenjangan terjadi ketika pelaksanaan penyampaian pelayanan tidak sesuai dengan spesifikasi yang ada. Hal ini dapat memberikan pengaruh yang negative terhadap persepsi pelanggan. Kesenjangan ini disebabkan oleh kinerja karyawan yang buruk dan ketidakmampuan untuk memenuhi standar pelayanan.

## 4. Kesenjangan 4

Merupakan kesenjangan antara penyampaian pelayanan dan komunikasi eksternal ke pelanggan. Kesenjangan ini terjadi ketika perusahaan gagal dalam menepati janji yang telah diberikan kepada pelanggan.

## 5. Kesenjangan 5

Merupakan kesenjangan antara pelayanan yang diharapkan dan pelayanan yang didapatkan. Persepsi pelanggan mengenai kualitas pelayanan bergantung terhadap nilai perbandingan persepsi pelaksanaan pelayanan yang didapatkan terhadap pelayanan yang diharapkan.



Gambar 2.3 Conceptual Model of Service Quality – The Gap Analysis Model, Sumber : Parasuraman et al (1988)

Menurut Aritonang (2005), ada beberapa cara untuk dijadikan dasar dalam menentukan atribut atau dimensi yang diprioritaskan untuk diperbaiki di waktu mendatang berdasarkan data-data kepuasan pelanggan yang didapatkan. Cara itu diantaranya penggunaan skor kesenjangan dan kuadaran.

Diagram kartesius merupakan alat analisis yang digunakan untuk menentukan strategi peningkatan pelayanan dengan melihat hubungan kinerja atau pelayanan dengan melihat hubungan kinerja atau tingkat pelaksanaan pelayanan yang dilakukan oleh pihak perusahaan dengan kepuasan yang diharapkan oleh pelanggan. Diagram kartesius merupakan suatu diagram terdiri dari empat bagian yang dibatas oleh dua buah garis yang berpotongan tegak lurus pada titik x rata-rata dan y rata-rata. Titik x rata-rata merupakan nilai skor rata-rata dari tingkat pelaksanaan atau kepuasan pelanggan seluruh faktor atau atribut penyerta. Titik y rata-rata merupakan nilai skor rata-rata dari tingkat kepentingan seluruh faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan. (Husein Umar, 2000). Kuadran I, II, III, dan IV menggambarkan tingkat prioritas atribut dimana sebagai berikut :

i. Kuadran I

Menunjukkan faktor yang dianggap mempengaruhi kepuasan pelanggan, termasuk unsur-unsur jasa yang dianggap sangat penting tetapi manajemen belum melaksanakannya sesuai keinginan pelanggan, sehingga faktor-faktor tersebut masih mengecewakan pelanggan atau pelanggan tidak puas dengan faktor-faktor tersebut.

ii. Kuadran II

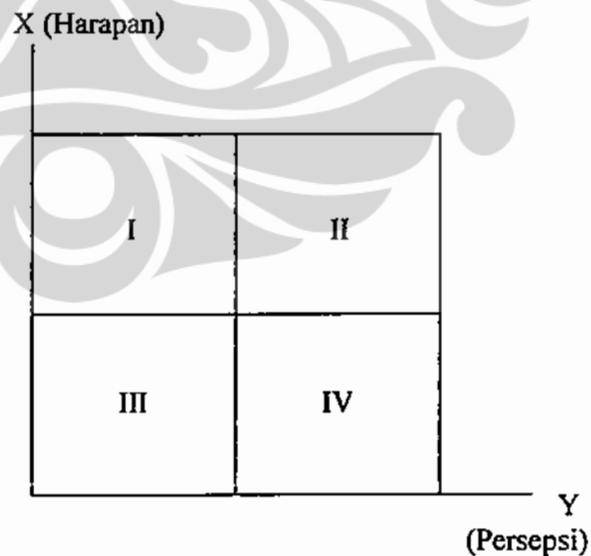
Menunjukkan unsur jasa pokok yang telah berhasil dilaksanakan perusahaan, untuk itu wajib dipertahankannya. Faktor-faktor di daerah ini dianggap sangat penting dan sangat memuaskan.

iii. Kuadran III

Menunjukkan beberapa faktor yang kurang penting pengaruhnya bagi pelanggan, pelaksanaannya oleh perusahaan biasa-biasa saja. Faktor-faktor di daerah III dianggap kurang penting dan kurang memuaskan.

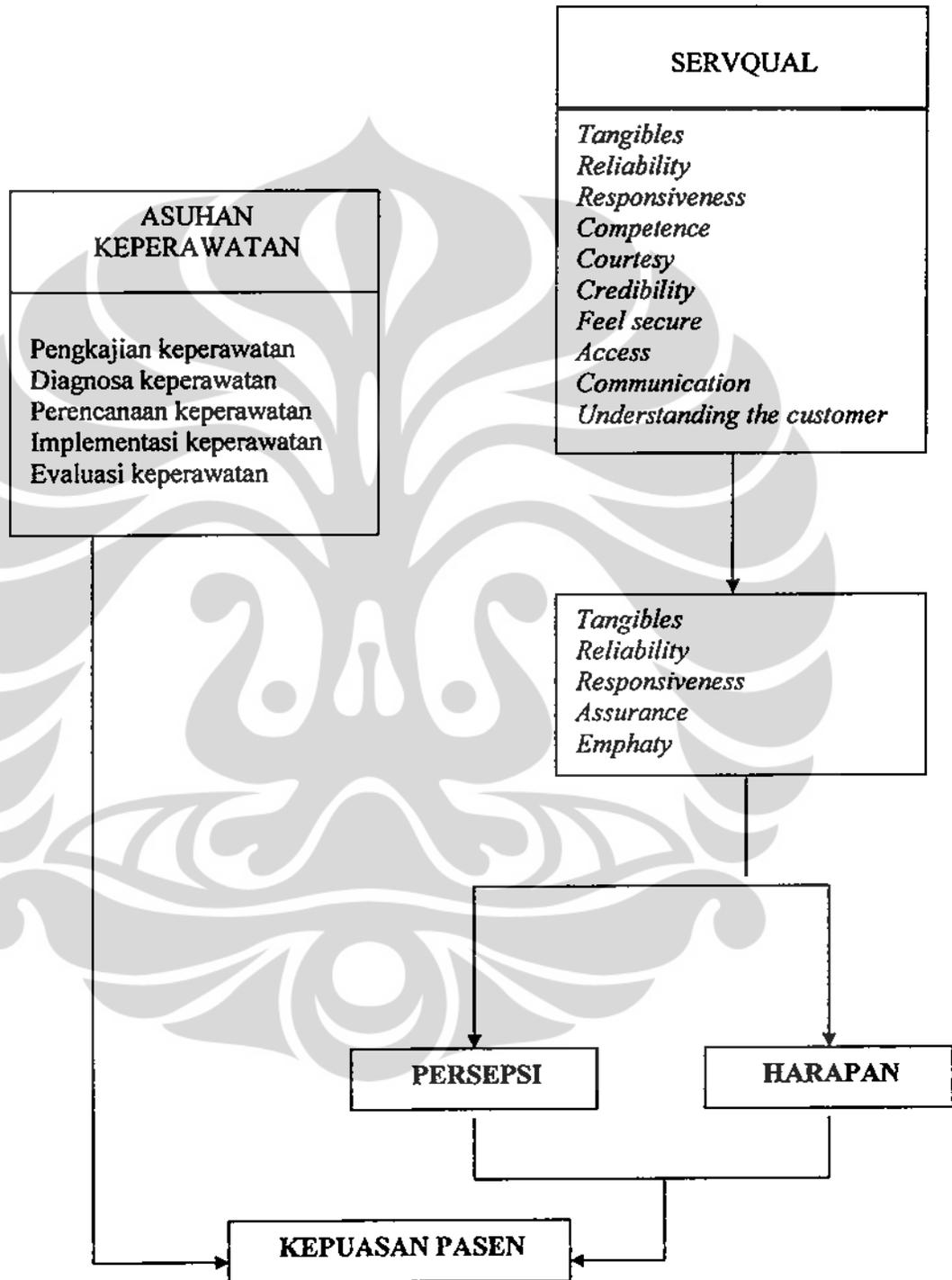
iv. Kuadran IV

Menunjukkan faktor yang mempengaruhi pelanggan kurang penting, akan tetapi pelaksanaannya berlebihan. Faktor-faktor di daerah ini dianggap kurang penting tetapi sangat memuaskan.



Gambar 2.4. Diagram Kartesius

## 2.4 Kerangka Teori



## BAB III

### GAMBARAN UMUM

#### 3.1 Pengertian

Ruang perawatan intensif (ICU) adalah unit perawatan khusus yang dikelola untuk merawat pasien sakit berat dan kritis, cedera dengan penyulit yang mengancam nyawa dengan melibatkan tenaga kesehatan terlatih serta didukung dengan kelengkapan peralatan khusus.

##### 3.1.1 Ruang Lingkup (Tim Depkes, 2006)

Ruang lingkup pelayanan perawatan intensif meliputi berdasarkan Standar Pelayanan di UPI oleh Depkes meliputi :

1. Diagnostik dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari.
2. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik pemenuhan kebutuhan dasar.
3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh :
  - a. Penyakit
  - b. Kondisi pasien menjadi buruk karena pengobatan/therapy
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang bergantung pada fungsi alat atau mesin dan orang lain.

### 3.1.2 Klasifikasi Pelayanan ICU (Tim Depkes, 2006)

Pelayanan ICU dapat diklasifikasikan menjadi tiga (tiga), yaitu :

#### 1. ICU Primer

Ruang perawatan intensif primer memberikan pelayanan kepada pasien yang memerlukan perawatan ketat (high care). Ruang perawatan intensif mampu melakukan resusitasi jantung paru dan memberikan ventilasi bantu 24-48 jam. Kekhususan yang dimiliki ICU primer adalah:

- a. Ruangan tersendiri, letaknya dekat dengan kamar bedah, ruang darurat, dan ruang rawat pasien lain.
- b. Memiliki kebijakan/kriteria pasien yang masuk dan keluar
- c. Memiliki seorang anesthesiologi sebagai kepala
- d. Ada dokter jaga 24 jam dengan kemampuan resusitasi jantung paru
- e. Konsulen yang membantu harus siap dipanggil
- f. Memiliki 25% jumlah perawat yang cukup telah mempunyai sertifikat pelatihan perawatan intensif, minimal satu orang per shift.
- g. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.

#### 2. ICU Sekunder

Pelayanan ICU sekunder adalah pelayanan yang khusus mampu memberikan ventilasi bantu lebih lama, mampu melakukan bantuan

hidup lain, tetapi tidak terlalu kompleks. Kekhususan yang dimiliki ICU sekunder adalah:

- a. Ruangan tersendiri, berdekatan dengan kamar bedah, ruang darurat, dan ruang rawat lain.
- b. Memiliki kriteria pasien masuk, keluar, dan rujukan
- c. Tersedia dokter spesialis sebagai konsultan yang dapat menanggulangi setiap saat bila diperlukan
- d. Memiliki seorang kepala ICU yaitu seorang dokter konsultan intensive care atau bila tidak tersedua oleh dokter spesialis anesthesiologi, yang bertanggung jawab secara keseluruhan dan dokter jaga yang minimal mampu melakukan resusitasi jantung paru(bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut)
- e. Memiliki tenaga keperawatan lebih dari 50% bersertifikat ICU dan minimal berpengalaman kerja di unit penyakit dalam dan bedah selama 3 tahun
- f. Kemampuan memberikan bantuan ventilasi mekanis beberapa lama dan dalam batas tertentu, melakukan pemantauan invasif dan usaha-usaha penunjang hidup.
- g. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.
- h. Memiliki ruang isolasi dan mampu melakukan prosedur isolasi

### 3. ICU Tersier

Ruang ini mampu melaksanakan semua aspek perawatan intensif, mampu memberikan pelayanan tertinggi termasuk dukungan atau bantuan hidup multi sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tidak terbatas serta mampu memberikan pelayanan renal ekstrakorporal dan pemantauan kardiovaskuler invasif dalam jangka waktu yang terbatas. Kekhususan yang dimiliki ICU tersier adalah:

- a. Tempat khusus tersendiri di dalam rumah sakit
- b. Memiliki kriteria pasien yang masuk, keluar, dan rujukan
- c. Memiliki dokter spesialis dan sub spesialis yang dapat dipanggil setiap saat diperlukan
- d. Dikelola oleh seorang ahli anesthesiologi konsultan intensif care atau dokter ahli konsultan intensif care yang lain, yang bertanggung jawab secara keseluruhan. Dan dokter jaga yang minimal mampu resusitasi jantung paru (bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut)
- e. Memiliki lebih dari 75% perawat bersertifikasi ICU dan minimal pengalaman kerja di unit penyakit dalam dan bedah selama 3 tahun.
- f. Mampu melakukan semua bentuk pemantauan dan perawatan intensif baik invasif maupun non invasif

- g. Mampu dengan cepat melayani pemeriksaan laboratorium tertentu, Rontgen untuk kemudahan diagnostik selama 24 jam dan fisioterapi.
- h. Memiliki paling sedikit seseorang yang mampu mendidik medik dan perawat agar dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien
- i. Memiliki staf tambahan yang lain misalnya tenaga untuk kepentingan ilmiah dan penelitian

### **3.2 Falsafah dan Tujuan Keperawatan Intensif**

#### **3.2.1 Falsafah Keperawatan Intensif (Tim Depkes, 2006)**

Pelayanan keperawatan intensif disediakan dan diberikan kepada pasien dalam keadaan kegawatan dan kedaruratan yang perlu ditanggulangi dan diawasi secara ketat, terus menerus serta tindakan segera, ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi. Pelayanan keperawatan intensif tersebut diberikan melalui pendekatan multidisiplin secara komprehensif.

Dalam falsafah keperawatan intensif, tim keperawatan meyakini bahwa :

- a. Setiap pasien mempunyai kebutuhan individual dan berhak mendapatkan pelayanan keperawatan terbaik, sehingga mampu berfungsi secara maksimal dengan kualitas hidup yang optimal.
- b. Kepedulian dan perhatian (*caring*) dari tim keperawatan mendorong rasa percaya diri pasien dan mempercepat proses kesembuhannya.

- c. Kualitas hidup pasien optimal dapat dicapai bila dalam pelayanan keperawatan didukung oleh lingkungan internal maupun eksternal, fisik dan psikologis yang dapat memberikan rasa aman dan nyaman.
- d. Lingkungan kerja yang kondusif meliputi lingkungan fisik dan psikologis yang didukung fasilitas dan peralatan yang memadai.
- e. Kualifikasi tenaga keperawatan yang bekerja di ICU dituntut memiliki sertifikasi khusus yang diakui secara profesional.
- f. Pelayanan intensif diberikan melalui pendekatan multi disiplin yang bertujuan memberikan pelayanan yang komprehensif untuk menanggulangi berbagai masalah pasien kritis secara cepat dan tepat sehingga menghasilkan pelayanan yang efektif dan efisien.

### 3.2.2 Tujuan keperawatan intensif (Tim Depkes, 2006)

Tujuan keperawatan intensif adalah:

- a. menyelamatkan kehidupan
- b. mencegah terjadinya kondisi memburuk dan komplikasi melalui observasi dan monitoring yang ketat disertai kemampuan menginterpretasikan setiap data yang didapat dan melakukan tindak lanjut
- c. meningkatkan kualitas hidup pasien dan mempertahankan kehidupan
- d. mengoptimalkan kemampuan fungsi organ tubuh pasien
- e. mengurangi angka kematian dan kecacatan pasien kritis dan mempercepat proses penyembuhan pasien

Tujuan dari pelayanan intensive care adalah memberikan pelayanan medik tertitiasi dan berkelanjutan serta mencegah fragmentasi pengelolaan (Perdici).

### 3.3 Pengorganisasian Keperawatan Intensif

#### 3.3.1 Pengorganisasian Keperawatan Intensif (Tim Depkes, 2006)

Pengorganisasian dalam unit perawatan intensif bertujuan untuk menciptakan kelancaran pemberian pelayanan keperawatan, pelayanan medik, dan pelayanan kesehatan lain. Struktur organisasi tergantung luasnya unit pelayanan dan tingkat kompleksitas dari kegiatan yang dikelola serta model asuhan keperawatan yang diberikan. Untuk mewujudkan terlaksananya tujuan tersebut, diperlukan pengelola keperawatan di unit keperawatan intensif seperti tabel-tabel di bawah ini.

##### A. 1. Persyaratan Kepala Perawat

Pelayanan Unit Perawatan Intensif		
Primer	Sekunder	Tersier
Minimal lulus D3 keperawatan	D3 keperawatan Sertifikat ACLS Pengalaman > 5 tahun di ICU atau S1 keperawatan pengalaman minimal 3 tahun di ICU	Minimal S1 keperawatan pengalaman ICU 5 tahun, lulus S2 critical care, pengalaman di ICU minimal 2 tahun
Pengalaman minimal 3 tahun		
Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS	Sertifikat ACLS	Sertifikat ACLS, Sertifikat ICU (BLS/BTLS), Sertifikat keterampilan khusus (ventilasi mekanik, hemodinamik, IABP, hemodialisis, CRRt, dll)
Sertifikat manajemen ruang perawatan	Sertifikat manajemen ruang perawatan	Sertifikat manajemen ruang perawatan

Tabel 3.1 Kualifikasi kepala perawatan unit perawatan intensif

## 2. Persyaratan Pembimbing Klinik

Pelayanan Unit Perawatan Intensif		
Primer	Sekunder	Tersier
Minimal lulus D3 keperawatan	Minimal lulus S1 keperawatan	Minimal lulus S1 keperawatan, pengalaman minimal 5 tahun
Pengalaman minimal 5 tahun	Pengalaman minimal 5 tahun	Lulus S2 spesialis critical care, pengalaman di ICU minimal 2 tahun
Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS, sertifikat Clinical Instructor (CI)	Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS, sertifikat Clinical Instructor (CI)	Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS, sertifikat keterampilan khusus (ventilasi mekanik, hemodinamik, CRRT)

Tabel 3.2 Kualifikasi pembimbing klinik unit perawatan intensif

## 3. Pelaksana Perawat

Pelayanan Unit Perawatan Intensif		
Primer	Sekunder	Tersier
Minimal lulus D3 keperawatan	Minimal lulus D3 keperawatan	Minimal lulus D3 keperawatan, pengalaman di ruang rawat inap 3 tahun, high care intermediate ward minimal 2 tahun
Pengalaman di ruang rawat inap 2 tahun	Pengalaman di ruang rawat inap 3 tahun	Minimal lulus S1 keperawatan, pengalaman di ruang rawat inap 2 tahun
Sertifikat ICU (BLS, BTLS)	Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS	Sertifikat ICU (BLS, BTLS), sertifikat ACLS

Tabel 3.3 Kualifikasi pelaksana perawat unit perawatan intensif

### B. Ratio perawat : pasien

Pelayanan Unit Perawatan Intensif		
Primer	Sekunder	Tersier
1 : 3 atau 1 : 2	1 : 1 atau 1 : 2	1 : 1 atau 2 : 1

Tabel 3.4 Ratio perawat : pasien unit perawatan intensif

Keberhasilan pelayanan dan asuhan keperawatan didukung oleh sistem pengelolaan yang diterapkan dalam unit perawatan intensif. Pengelolaan pelayanan keperawatan intensif meliputi pengelolaan fasilitas dan peralatan, staf yang diperlukan, asuhan keperawatan, dan model praktek keperawatan (metoda tim/perawat primer/manajemen kasus) yang digunakan.

#### 3.3.2 Ketenagaan Keperawatan Intensif (Tim Depkes, 2006)

Kualifikasi ketenagaan perawatan juga tergantung dari klasifikasi pelayanan perawatan intensif (primer, sekunder, tersier). Pelayanan perawatan intensif tersier harus mempunyai staf perawat kritikal yang berpengalaman dan berkualifikasi dalam perawatan pasien kritis. Staf perawat intensif adalah staf perawat profesional yang diberi kewenangan sebagai seorang perawat yang mampu memberikan asuhan keperawatan yang kompeten pada pasien dalam kondisi kritis melalui integrasi kemampuan ilmiah dan keterampilan khusus serta diikuti oleh nilai-nilai kemanusiaan.

Perawat intensif dalam memberikan pelayanannya mengacu pada standar keperawatan kritikal, komitmen pada kode etik keperawatan dapat berfungsi sebagai perwakilan pasien secara tepat serta menunjukkan

akuntabilitas terhadap tindakannya. Perawat kritikal menggunakan intervensi independen, dependen, dan interdependen dalam mengelola pasien.

### 3.3.3 Fasilitas dan pemeliharaan alat (Tim Depkes, 2006 dan Perdici)

Kelengkapan fasilitas dan peralatan di unit perawatan intensif merupakan faktor pendukung yang sangat penting karena memudahkan untuk mengantisipasi keadaan yang mengancam kehidupan. Kebutuhan fasilitas dan peralatan disesuaikan dengan klasifikasi pelayanan intensif yang diberikan.

#### a. Area/lokasi

Dianjurkan satu kompleks dengan kamar bedah dan kamar pulih, berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke Unit Gawat Darurat, laboratorium dan radiologi.

#### b. Desain

Standar ICU yang memadai ditentukan disain yang baik dan pengaturan ruang yang adekuat. Bangunan ICU harus terisolasi, lantai mudah dibersihkan dan rata, serta mempunyai standar tertentu terhadap :

- i. Bahaya api
- ii. Ventilasi
- iii. AC
- iv. *Exhausts fan*
- v. Pipa air
- vi. Komunikasi
- vii. Bakteriologis
- viii. Kabel monitor

a. Area pasien :

- i. Unit terbuka 12 – 16 m<sup>2</sup> / tempat tidur
- ii. Unit tertutup 16 – 20 m<sup>2</sup> / tempat tidur
- iii. Jarak antara tempat tidur : 2 m
- iv. Unit terbuka mempunyai 1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur
- v. Unit tertutup 1 ruangan 1 tempat tidur cuci tangan

Harus ada sejumlah outlet yang cukup sesuai dengan level ICU. ICU tersier paling sedikit 3 outlet udara-tekan, dan 3 pompa hisap dan minimal 16 stop kontak untuk tiap tempat tidur.

Pencahayaan cukup dan adekuat untuk opservasi klinis dengan lampu TL *day light* 10 watt/m<sup>2</sup>. Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Disain dari unit juga memperhatikan privasi pasien.

JENIS	Klasifikasi ICU		
	Primer	Sekunder	Tersier
Area pasien : Unit terbuka 12– 16m <sup>2</sup>	1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur	1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur	1 tempat cuci tangan setiap 2 tempat tidur
Area pasien : Unit tertutup 16- 20 m <sup>2</sup>	1 tempat cuci tangan setiap 1 tempat tidur	1 tempat cuci tangan setiap 1 tempat tidur	1 tempat cuci tangan setiap 1 tempat tidur
Outlet oksigen	1 per tempat tidur	1 per tempat tidur	1 per tempat tidur
Vakum	-	-	-
Stop kontak	2 per tempat tidur	2 per tempat tidur	2 per tempat tidur

Tabel 3.5 Desain ruangan di unit perawatan intensif

Area kerja, lingkungan dan ruang-ruang dalam unit perawatan intensif adalah sebagai berikut :

1. Area kerja meliputi :

- i. Ruang yang cukup untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat dengan pasien.
- ii. Ruang yang cukup untuk memonitor pasien, peralatan resusitasi dan penyimpanan obat dan alat (termasuk lemari pendingin).

- iii. Ruang yang cukup untuk mesin X-Ray mobile dan mempunyai negatif skop.
  - iv. Ruang untuk telpon dan sistem komunikasi lain, komputer dan koleksi data, juga tempat untuk penyimpanan alat tulis dan terdapat ruang yang cukup resepsionis dan petugas administrasi.
2. Lingkungan
 

Mempunyai pendingin ruangan / AC yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu  $22^{\circ}$ – $25^{\circ}$  kelembaban 50-70%.
  3. Ruang Isolasi
 

Dilengkapi dengan tempat cuci tangan dan tempat ganti pakaian sendiri.
  4. Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih
 

Untuk menyimpan monitor, ventilator, pompa infus dan pompa syringe, peralatan dialisis, alat-alat sekali pakai, cairan, penggantung infus, troli, penghangat darah, alat hisap, linen dan tempat penyimpanan barang dan alat bersih.
  5. Ruang tempat pembuangan alat / bahan kotor
 

Ruang untuk membersihkan alat-alat, pemeriksaan urine, pengosongan dan pembersihan pispot dan botol urine. Desain unit menjamin tidak ada kontaminasi.
  6. Ruang perawat
 

Terdapat ruang terpisah yang dapat digunakan oleh perawat yang bertugas dan pimpinannya.
  7. Ruang staf Dokter
 

Tempat kegiatan organisasi dan administrasi termasuk kantor Kepala bagian dan staf, dan kepustakaan.
  8. Ruang Tunggu keluarga pasien
  9. Laboratorium
 

Harus dipertimbangkan pada unit yang tidak mengandalkan pelayanan terpusat.

JENIS	Klasifikasi ICU		
	Primer	Sekunder	Tersier
Lingkungan	Air conditioned	Air conditioned	Air conditioned
Suhu	23-25 <sup>o</sup> C	23-25 <sup>o</sup> C	23-25 <sup>o</sup> C
Humiditas	50-70%	50-70%	50-70%
Ruang penyimpanan dan barang bersih	Terpusat	Ada	Ada
Ruang tempat buang kotoran		Ada	Ada
Ruang perawat		Ada	Ada
Ruang staf dokter			Ada
Ruang tunggu keluarga pasien			
Laboratorium		24 jam	24 jam

Tabel 3.6 Area kerja di unit perawatan intensif

#### b. Peralatan

- i. Jumlah dan macam peralatan bervariasi tergantung tipe, ukuran dan fungsi ICU dan harus sesuai dengan beban kerja ICU, disesuaikan dengan standar yang berlaku
- ii. Terdapat prosedur pemeriksaan berkala untuk keamanan alat
- iii. Peralatan dasar meliputi ventilator, alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan nafas, alat hisap, peralatan akses vaskuler, defibrilator dan alat pacu jantung, alat pengatur suhu pasien, peralatan drain thorax, pompa infus dan pompa syringe, peralatan portable untuk transportasi, tempat tidur khusus, lampu untuk tindakan, *continous Renal Replacement Therapy*

Peralatan lain (seperti peralatan hemodialisa dan lain-lain) untuk prosedur diagnostik dan atau terapi khusus hendaknya tersedia bila secara klinis ada indikasi dan untuk mendukung fungsi unit perawatan intensif.

Protokol dan pelatihan kerja untuk staf medik dan para medik perlu tersedia untuk penggunaan alat-alat termasuk langkah-langkah untuk mengatasi apabila terjadi malfungsi.

iv. Monitoring Peralatan (Termasuk peralatan portable yang digunakan untuk transportasi pasien).

1. Tanda bahaya kegagalan pasokan gas.

2. Tanda bahaya kegagalan pasokan oksigen.

Alat yang secara otomatis teraktifasi untuk memonitor penurunan tekanan pasokan oksigen, yang selalu terpasang di ventilator.

3. Pemantauan konsentrasi oksigen.

Diperlukan untuk mengukur konsentrasi oksigen yang dikeluarkan oleh ventilator atau sistim pernafasan.

4. Tanda bahaya kegagalan ventilator atau diskonsentrasi sistim pernafasan. Pada penggunaan ventilator otomatis, harus ada alat yang dapat segera mendeteksi kegagalan sistim pernafasan atau ventilator secara terus menerus.

5. Volume dan tekanan ventilator.

Volume yang keluar dari ventilator harus terpantau. Tekanan jalan nafas dan tekanan sirkuit pernafasan harus terpantau terus menerus dan dapat mendeteksi tekanan yang berlebihan.

6. Suhu alat pelembab (*humidifier*)

Ada tanda bahaya bila terjadi peningkatan suhu udara inspirasi.

7. Elektrokardiograf

Terpasang pada setiap pasien dan dipantau terus menerus.

8. Pulse oximeter.

Harus tersedia untuk setiap pasien di ICU.

9. Emboli udara

Apabila pasien sedang menjalani hemodialisis, plasmapheresis, atau alat perfusi, harus ada pemantauan untuk emboli udara.

10. Bila ada indikasi klinis harus tersedia peralatan untuk mengukur variabel fisiologis lain seperti tekanan intra arterial dan tekanan arteri pulmonalis, curah jantung, tekanan inspirasi dan aliran jalan nafas, tekanan intrakranial, suhu, transmisi neuromuskular, kadar CO<sub>2</sub> ekspirasi

JENIS	Klasifikasi ICU		
	Primer	Sekunder	Tersier
COC (cardiac output computer)			
Analisa oksigen			
Mesin EKG 12 lead			
Mesin EEG/fungsi cerebral			
Analisa gula darah			
Analisa gas darah			
Analisa Na/K/Cl (elektrolit)			
Tempat tidur yang mempunyai alat ukur berat badan			
Pengangkat (alat untuk memindahkan pasien)			
Analisa CO <sub>2</sub> respirasi			
Monitor EKG 3 lead, suhu, nadi, tekanan darah			
Mesin EKG Record			

Tabel 3.7 Alat-alat monitor di unit perawatan intensif

JENIS	Klasifikasi ICU		
	Primer	Sekunder	Tersier
CPAP			
Alat bronkoskopi fiberoptik			
Trakeostomi set			
Ventilator			
Intubasi set			
Resusitator manual			
Krikotirotomi manual			
Humidifier			
Oksigen set			
Masker oksigen			

Tabel 3.8 Alat-alat bantu pernafasan di unit perawatan intensif

JENIS	Klasifikasi ICU		
	Primer	Sekunder	Tersier
Set continuous arteriovenos haemofiltration			
Mesin hemodialisa			
Alat peritoneal dialisa			

Tabel 3.9 Alat-alat perawatan khusus ginjal di unit perawatan intensif

JENIS	Klasifikasi ICU		
	Primer	Sekunder	Tersier
Intraaortic baloon pump			
Infusion/syringe pump			
Alat pacu jantung temporer			
CRV			
CVP set			
Defibrilator			
Vena secti set			

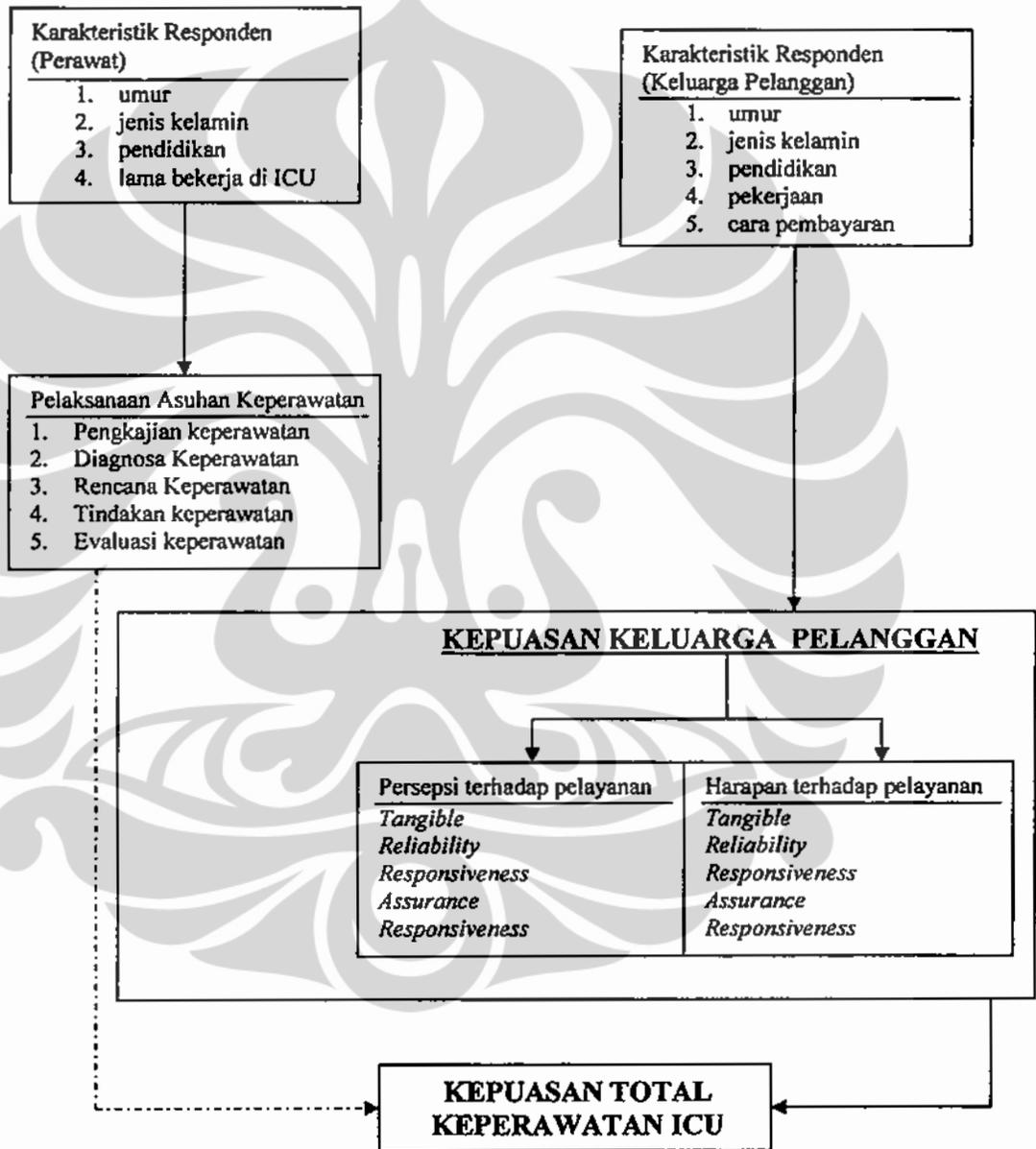
Tabel 3.10 Alat-alat perawatan khusus jantung dan pembuluh darah di unit perawatan intensif

JENIS	Klasifikasi ICU		
	Primer	Sekunder	Tersier
Tempat tidur multafungsi			
Autoclave			
Drip stands			
Trolley ganti balutan			
Trolley emergency			
Matras pemanas/ pendingin			
Blood/fluid warming devices, pressure bags, dan skala			
NGT pump			
Bedpans			
Blood fridge			
Alat anti dekubitus			

Tabel 3.11 Perlengkapan unit perawatan intensif

**BAB IV**  
**KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL**

**4.1 KERANGKA KONSEP**



#### 4.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Umur (Keluarga Pelanggan)	Umur responden yang dihitung dari ulang tahun terakhir	Kuesioner	1. 18 – 25 tahun 2. 26 – 35 tahun 3. 36 – 45 tahun 4. 46 – 55 tahun 5. > 55 tahun	Ordinal
2	Umur (Perawat Pelaksana)	Umur responden yang dihitung dari ulang tahun terakhir	Kuesioner	1. 18 – 25 tahun 2. 26 – 35 tahun 3. 36 – 45 tahun 4. 46 – 55 tahun 5. > 55 tahun	Ordinal
3	Jenis Kelamin (Keluarga Pelanggan)	Jenis kelamin responden	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Ordinal
4	Jenis Kelamin (Perawat Pelaksana)	Jenis kelamin responden	Kuesioner	1. Laki-laki 2. Perempuan	Ordinal
5	Tingkat pendidikan (Keluarga pasien)	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh responden	Kuesioner	1. Tidak tamat SD 2. Lulus SD 3. Lulus SLTP 4. Lulus SLTA 5. Lulus DIII 6. Lulus S1 7. Lulus S2 8. Lulus S3	Ordinal
6	Tingkat pendidikan (Perawat)	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditamatkan oleh responden	Kuesioner	1. S1 Keperawatan 2. S2 Keperawatan 3. Akper 4. SPK	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
7	Pekerjaan	Status pekerjaan yang dijalani oleh responden	Kuesioner	1. Swasta 2. Wiraswasta 3. Pegawai Negeri 4. Ibu Rumah Tangga 5. Lain-lain	Ordinal
8	Lama Bekerja di ICU	Jangka waktu responden (perawat) telah bekerja di ruang perawat intensif	Kuesioner	1. < 1 tahun 2. 1 – 2 tahun 3. > 2 tahun	Ordinal
9	Cara Pembayaran	Cara pembayaran terhadap pelayanan yang diterima	Kuesioner	1. Biaya sendiri 2. Asuransi/Perusahaan 3. Dana Sosial	Ordinal
10	Lama Bekerja	Lama perawat (responden) bekerja sebagai perawat unit perawatan intensif di rumah sakit sekarang ini.	Kuesioner	Lama bekerja dalam tahun	Ratio
11	Tingkat kepuasan dimensi tangibles	Harapan dan persepsi responden terhadap keadaan fisik unit perawatan intensif yang dapat dilihat dan dirasakan oleh responden seperti kebersihan gedung, kecukupan fasilitas peralatan di unit perawatan intensif dan penampilan perawat.	Kuesioner	Skor kepuasan	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
12	Tingkat kepuasan dimensi kehandalan / reability	Harapan dan persepsi responden terhadap keandalan pelayanan perawat yang cepat dan tepat disertai dengan sistem informasi yang jelas seperti kehati-hatian dalam memberikan pelayanan, penjelasan terhadap tindakan yang dilakukan, kesungguhan dalam melaksanakan tugas dan cara petugas memberikan obat.	Kuesioner	Skor kepuasan	Interval
13	Tingkat kepuasan dimensi respon-siveness	Harapan dan persepsi responden terhadap kemauan dan daya tanggap pelayanan unit perawatan intensif untuk selalu siap membantu pelanggan dan memberikan pelayanan cepat, seperti : tanggapan terhadap keluhan, kecepatan dalam memberikan pelayanan, segera datang bila dibutuhkan, memperhatikan kondisi pasien, cepat dalam memberikan pertolongan	Kuesioner	Skor kepuasan	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
14	Tingkat kepuasan dimensi assurance	Harapan dan persepsi responden terhadap jaminan pengetahuan dan kemampuan perawat di unit perawatan intensif meliputi keamanan, kesopanan dan dapat dipercaya seperti : ketrampilan perawat, pengetahuan perawat, perasaan aman bagi pasien, pemberian pelayanan secara meyakinkan, dan rekam medis yang lengkap.	Kuesioner	Skor kepuasan	Interval
15.	Tingkat kepuasan dimensi emphaty	Harapan dan persepsi responden terhadap perhatian yang diberikan secara pribadi dan memahami kebutuhan pelanggan unit perawatan intensif , seperti: perawat menghargai prevasi, memberikan perhatian, memberikan kesempatan beribadah, memberikan dorongan moril dan pemahaman perawat terhadap kondisi pasien	Kuesioner	Skor kepuasan	Interval
16.	Pengkajian keperawatan	Persepsi pasien / keluarga pasien terhadap perawat pelaksana dalam melakukan pengkajian keperawatan.	Kuesioner	Skor	Interval
17	Diagnosa keperawatan	Persepsi pasien / keluarga pasien terhadap perawat pelaksana dalam melakukan diagnosa keperawatan.	Kuesioner	Skor	Interval
18.	Rencana keperawatan	Persepsi pasien / keluarga pasien terhadap perawat pelaksana dalam melakukan diagnosa keperawatan.	Kuesioner	Skor	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
19.	Tindakan keperawatan	Persepsi pasien / keluarga pasien terhadap perawat pelaksana dalam melakukan tindakan keperawatan.	Kuesioner	Skor	Interval
20	Evaluasi keperawatan	Persepsi pasien / keluarga pasien terhadap perawat pelaksana dalam melakukan evaluasi tindakan keperawatan.	Kuesioner	Skor	Interval
21	Kepuasan Total Keperawatan ICU	Perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari ekspektasi konsumen sehingga konsumen memberikan respon penuh terhadap apa yang telah diberikan. Variabel ini diukur melalui : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Total kepuasan keluarga pelanggan</li> <li>- Pelaksanaan asuhan keperawatan</li> </ul>	Kuesioner	Skor	

## BAB V

### METODE PENELITIAN

#### 5.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan merupakan gabungan antara penelitian kuantitatif dan kualitatif. Dalam penelitian kuantitatif dilakukan survey pada seluruh sampel untuk mengetahui kepuasan keluarga pelanggan dengan menggunakan kuesioner yang diserahkan kepada keluarga pelanggan untuk menilai tingkat kepuasan atas keperawatan di dalam pelayanan Unit Perawatan Intensif (ICU) 18 Rumah Sakit dan kuesioner diserahkan kepada seluruh perawat pelaksana di ICU 18 Rumah Sakit untuk menilai penerapan asuhan keperawatan di dalam ICU masing-masing. Sedangkan di dalam penelitian kualitatif menggunakan wawancara mendalam dengan desain *cross-sectional* kepada responden untuk mengetahui secara lebih mendalam faktor-faktor kepuasan keluarga pelanggan dan penerapan asuhan keperawatan di unit perawat intensif (ICU).

#### 5.2 Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Ruang Perawatan Intensif 18 Rumah Sakit Umum di 9 Propinsi yaitu Propinsi Sumatra Utara, Propinsi Sumatera Selatan, Propinsi DKI Jakarta, Propinsi Jawa Tengah, Propinsi Jawa Timur, Propinsi Kalimantan Selatan, Propinsi Bali, Propinsi Sulawesi Utara, dan Propinsi

Sulawesi Selatan. Nama-nama rumah sakit yang tergabung dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Propinsi Sumatera Utara : RSUP Adam Malik dan RSUD Deli Serdang
2. Propinsi Sumatera Selatan : RSUP M Hosin dan RSUD Kayu Agung
3. Propinsi DKI Jakarta : RSUD Tarakan dan RSUD Pasar Rebo
4. Propinsi Jawa Tengah : RSUD Moewardi dan RSUD Suradji
5. Propinsi Jawa Timur : RSUD Soetomo dan RSUD Sidoarjo
6. Propinsi Kalimantan Selatan : RSUD Ulin dan RSUD Banjar Baru
7. Propinsi Bali : RSUD Gianyar dan RSUD Sanglah
8. Propinsi Sulawesi Utara : RSUP Kandow dan RS Bethesda
9. Propinsi Sulawesi Selatan : RSUD Andi Makasau dan RSUD Syek Yusuf

### **5.3 Waktu Penelitian**

Pengambilan data kuantitatif berupa kuesioner dilakukan oleh tim dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia, yang dilaksanakan pada bulan Agustus sampai dengan Desember 2007.

Pengambilan data kualitatif berupa wawancara mendalam dilakukan di 2 (dua) rumah sakit yaitu RSUD Tarakan dan Pasar Rebo (DKI Jakarta). Pengambilan data kualitatif dilakukan pada bulan April 2008 sampai dengan Juni 2008. Pemilihan 2 (dua) rumah sakit ini berdasarkan alasan keterbatasan waktu dari peneliti.

#### 5.4 Populasi dan Sampel

Populasi penelitian ini adalah keluarga pelanggan dan perawat pelaksana di Unit Perawatan Intensif di 18 Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Pendidikan, pada bulan September 2007.

Populasi keluarga pelanggan di Unit Perawatan Intensif di 18 Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Pendidikan dari penelitian kuantitatif ini adalah sebanyak 122 orang, dengan proporsi responden terkecil dari RSUD Gianyar sebanyak 1 orang (0,8%) dan proporsi terbanyak dari RSUD Ulin sebanyak 15 orang (12,3%). Sedangkan untuk populasi semua perawat unit perawatan intensif (ICU) di 18 Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Pendidikan yaitu sebanyak 246 orang, proporsi responden terkecil dari RSU Bethesda dan RSUD Pasar Rebo sebanyak 6 orang (2,4%) dan proporsi terbanyak RSUP Prof.Kandow sebanyak 26 orang (10,6%).

Pendekatan secara kualitatif bertujuan untuk melengkapi dan menggali informasi lebih mendalam pada penelitian secara kuantitatif. Populasi dari penelitian kualitatif adalah kepala ruangan, kepala Instalasi dan perawat senior unit perawatan intensif (ICU) di RSUD Tarakan dan RSUD Pasar Rebo. Pengambilan data kualitatif yaitu dengan wawancara mendalam (*indepth interview*) kepada beberapa informan. Jumlah informan dibatasi sampai peneliti memperoleh informasi yang di butuhkan dan dianggap sudah menjawab pertanyaan penelitian.

Prosedur pengambilan data pada penelitian ini dibantu oleh tim peneliti dari Subdit Keperawatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, dengan tidak menggunakan seragam, untuk menghindari terjadinya bias.

## **5.5 Pengumpulan Data**

### **5.5.1 Kepuasan Keluarga Pasien**

Pengumpulan data menggunakan metode pemberian kuesioner. Data dikumpulkan dengan cara menyebar daftar pertanyaan untuk mendapatkan data-data penilaian konsumen tentang kualitas pelayanan medis dengan kuesioner berupa persepsi dan harapan keluarga pelanggan mengenai unit perawatan intensif di rumah sakit tersebut

### **5.5.2 Pelaksanaan Asuhan Keperawatan**

Kuesioner yang diisi oleh perawat pelaksana di unit perawatan intensif mengenai asuhan keperawatan yang dilaksanakan di unit tersebut, juga dilakukan wawancara mendalam terhadap kepala ruangan, kepala unit intensif dan perawat senior akan evaluasi mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan. Jenis data yang dikumpulkan termasuk data primer yang diperoleh dari keluarga pasien dan perawat pelaksana.

## 5.6. Uji Validitas dan Reabilitas Kuesioner

Sebelum mengolah data yang didapat dari hasil penelitian, dilakukan uji validitas dan reabilitas terhadap instrumen yang digunakan dalam mengumpulkan data. Kuesioner yang telah dibuat oleh peneliti telah didiskusikan dan ditetapkan dalam rapat ahli profesi keperawatan intensif, yaitu terdiri dari:

- a. Himpunan Perawat Critical Care Indonesia (HIPERCCI)
- b. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)
- c. Tim Sub Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia

## 5.7 Pengolahan dan Analisis Data

### 5.7.1 Data Kuantitatif

Setelah melalui proses pengkodean data (*data coding*) maka akan diberi kode tersendiri (*coding process*) selanjutnya dilakukan tahap editing untuk kemudian dipindahkan pada program *Statistical Program for Social Science* (SPSS) versi 15 untuk mempermudah pengolahan dan analisis data secara statistik. Tahap selanjutnya melakukan pembersihan data (*data cleaning*). Maka akan didapatkan distribusi frekuensi untuk masing-masing variabel dan tingkat signifikansi hubungan antara masing-masing variabel yang diteliti. Metode-metode statistik yang digunakan dalam analisis data :

Analisa data menggunakan instrumen statistik berupa metode *Chi-Square Test of Dependence*.

$$\text{Rumus Chi-Square : } X^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Keterangan:

$$E = \frac{T_k \cdot T_b}{n}$$

$X^2$  = Chi-Square

$O_i$  = Frekuensi dari data ke - 1 yang diobservasi (*observed*)

$E_i$  = Frekuensi dari data ke - 1 yang diharapkan (*expected*)

$T_k$  = Total kolom

$T_b$  = Total baris

*Chi-Square Test of Dependence* digunakan untuk menganalisa frekuensi dari dua variabel dengan banyak katagori untuk menentukan apakah kedua variabel tersebut berhubungan satu sama lain atau sebaliknya tidak berhubungan (Kountur, 2006). Pada penelitian ini karena tingkat keyakinan yang diharapkan sebesar 95 % maka alpha ( $\alpha$ ) yang digunakan dalam tabel *Chi-Square* : 0,05.

Sedangkan untuk mengetahui seberapa besar korelasi diantara variabel-variabel yang saling berhubungan akan menggunakan koefisien korelasi *Person product moment*.

Koefesioen korelasi ( $r$ ) dapat diperoleh dari formula berikut :

$$r = \frac{n(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Menurut Colton, kekuatan hubungan dua variabel secara kualitatif dapat dibagi dalam 4 area yaitu :

$r = 0,025 - 0,25$	Tidak ada hubungan/hubungan lemah
$r = 0,26 - 0,5$	Ada hubungan, hubungan cukup
$r = 0,51 - 0,75$	Ada hubungan, hubungan kuat
$r = 0,76 - 1,00$	Ada hubungan, hubungan sangat kuat

Pengolahan data kuantitatif dalam penelitian ini meliputi tahap-tahap berikut ;

a. Pemeriksaan

Setelah data terkumpul peneliti memeriksa kelengkapan kuesioner baik dari data isian ataupun semua kuesioner. Pemeriksaan ini meliputi hal-hal seperti kelengkapan data isian dan jawaban pada kuesioner.

b. Pembuatan kode (data coding)

Data koding merupakan suatu proses penyusunan secara sistematis data mentah (yang ada dalam kuesioner) kedalam bentuk yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data.

c. Pemindahan data ke komputer (*data entering*)

Data yang sudah diberi kode kemudian dipindahkan kedalam mesin pengolah.

d. Pembersihan data (*data cleaning*)

Untuk memastikan bahwa seluruh data yang dimasukkan ke dalam mesin pengolah data sesuai dengan yang sebenarnya.

e. Listing

Setelah jawaban terkumpul pada tempatnya masing-masing kemudian menghitung jawaban yang sama dan dilakukan penghitungan skor jawaban.

f. Penyajian data (*data output*)

Hasil pengolahan data disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan tabel silang.

g. Analisis Data (*data analyzing*)

Merupakan proses untuk melihat bagaimana menginterpretasikan data, kemudian menganalisis data dari hasil yang sudah ada pada tahap pengolahan data.

Analisis data yang dilakukan adalah :

- i. Analisis Univariat , yaitu untuk memperoleh gambaran sebaran atau distribusi frekuensi dan proporsi dari semua variabel yang diteliti
- ii. Analisis Bivariat, yaitu untuk menguji hipotesis hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan uji  $X^2$
- iii. Analisis Multivariat, yaitu digunakan jika suatu masalah dalam penelitian mengandung tiga atau lebih dari tiga variabel. Analisis multivariat

digunakan untuk menguji derajat atau keeratan hubungan antara dua variabel dengan menggunakan  $r$ .

#### 5.7.2. Data kualitatif

Proses pengumpulan data kualitatif yaitu :

1. Mengumpulkan semua data yang diperoleh dari seluruh informan
2. Dari data yang dikumpulkan kemudian dibuat transkrip data yaitu dengan mencatat data yang diperoleh sebagaimana adanya tanpa membuat kesimpulan
3. Setelah transkrip dibuat kemudian dikategorikan atau dikelompokkan data sesuai variabelnya.
4. Ringkasan data disajikan dalam bentuk matrik atau tabel
5. Kemudian dilakukan analisis dan interpretasi data secara kualitatif dan menghubungkannya dengan teori-teori yang ada
6. Proses analisis data dilakukan tanpa menunggu selesainya seluruh pelaksanaan wawancara mendalam

## BAB VI

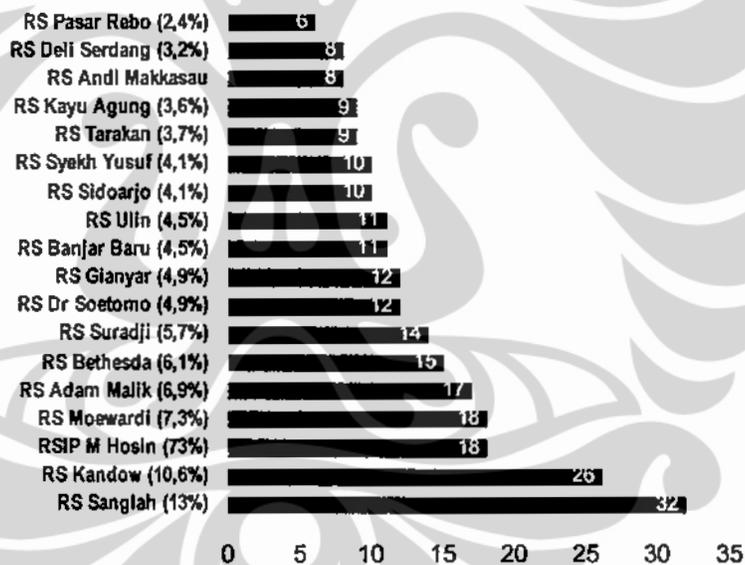
### HASIL PENELITIAN

#### 6.1 Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini adalah seluruh perawat dan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif (ICU) pada 18 (delapan belas) rumah sakit pusat bantuan regional Departemen Kesehatan.

##### 6.1.1 Responden Perawat di Unit Perawatan Intensif

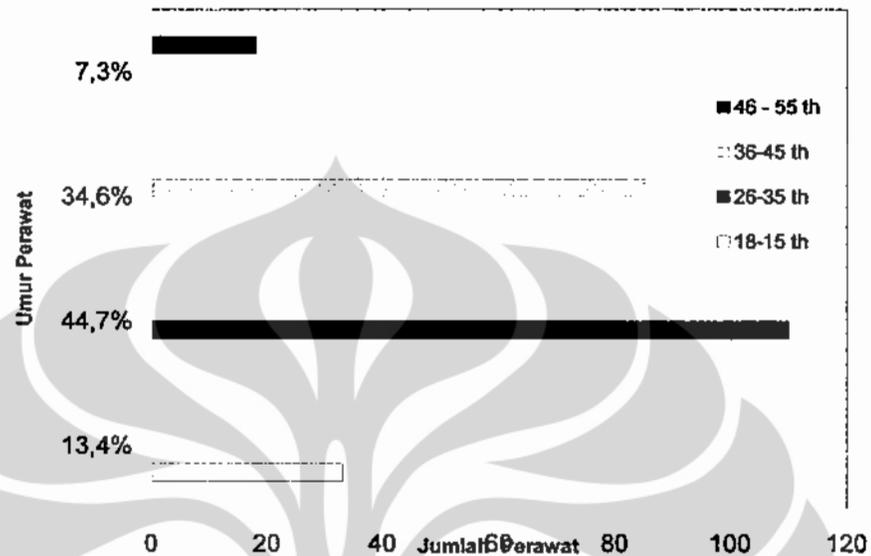
###### a. Jumlah Responden Perawat ICU



Gambar 6.1 Jumlah Responden ICU Pada 18 Rumah Sakit

Dari gambar tersebut terlihat bahwa proporsi responden terbesar adalah yang berasal dari ICU RSUP Sanglah yaitu sebanyak 32 orang (13%) dan proporsi responden terkecil yaitu di RSUD Pasar Rebo sebanyak 6 orang (2,4%). Total perawat yang menjadi responden sebanyak 246 orang.

### b. Karakteristik Responden Perawat Berdasarkan Umur



Gambar 6.2 Proporsi Perawat ICU Berdasarkan Umur

Umur responden berkisar antara 18 – 55 tahun. Dari tabel tersebut menunjukkan proporsi perawat yang paling banyak yang bekerja di ICU pada 18 rumah sakit umum berkisar pada usia 18-45 tahun yaitu sebanyak 110 orang (44,7%), kemudian golongan usia 36-45 tahun yaitu sebanyak 85 orang (34,6%), golongan usia 18-25 tahun sebanyak 33 orang (13,4%) dan golongan usia 45-55 tahun yaitu sebanyak 18 orang (7,3%).

### c. Karakteristik Responden Perawat Berdasarkan Jenis Kelamin

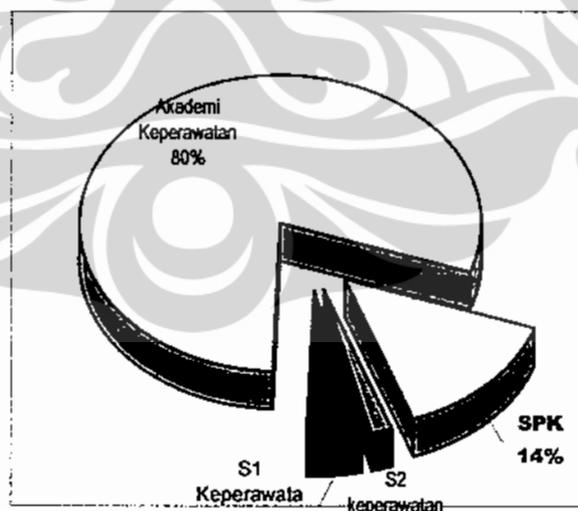
Dari hasil penelitian didapatkan hasil proporsi perawat berdasarkan jenis kelamin. Pada gambar 6.3 menunjukkan proporsi terbesar perawat yang bekerja di ICU berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 191 orang.



Gambar 6.3 Proporsi Perawat ICU Berdasarkan Jenis Kelamin

d. Karakteristik Responden Perawat Berdasarkan Pendidikan Terakhir

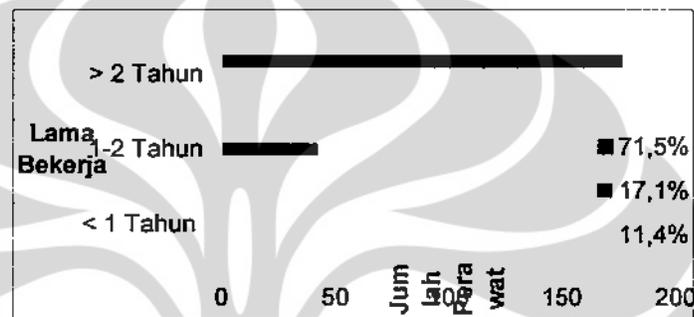
Latar belakang pendidikan perawat yang bekerja di ICU seperti yang terlihat pada gambar 6.4, proporsi terbesarnya memiliki pendidikan akademi keperawatan (Akper) yaitu sebanyak 196 orang. Yang menempuh pendidikan terakhir SPK sebanyak 35 orang (14%) Sedangkan yang sudah menempuh jenjang S1 keperawatan sebanyak 11 orang dan S2 keperawatan sebanyak 4 orang.



Gambar 6.4 Proporsi Perawat ICU Berdasarkan Jenjang Pendidikan

e. Karakteristik Responden Perawat Berdasarkan Lama Bekerja di ICU

Dari hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perawat yaitu 176 orang (71,5%) bekerja di ICU lebih dari 2 tahun, sebanyak 42 orang (17,1%) bekerja selama 1-2 tahun di ICU dan sebanyak 28 orang (11,4%) bekerja di ICU kurang dari 1 tahun, sebagaimana terlihat pada gambar berikut :



Gambar 6.5. Proporsi Perawat Berdasarkan Lama Bekerja di ICU

f. Karakteristik Informan

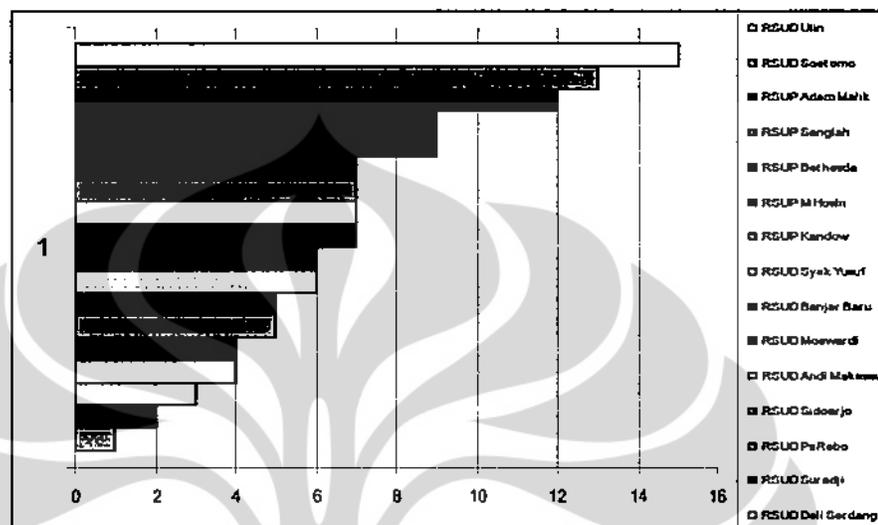
Sedangkan untuk data kualitatif (*indepth interview*) informan yang dipilih yaitu kepala instalasi, kepala ruangan dan 2 (dua) orang perawat senior. Semua informan berjumlah 6 (enam) orang. Adapun karakteristik informan dapat dilihat pada tabel 6.1 berikut ini:

Tabel 6.1 Karakteristik Informan ICU

No	Karakteristik	Informan 1	Informan 2	Informan 3	Informan 4	Informan 5	Informan 6
1	Umur	37 th	38 th	47 th	42 th	40 th	44 th
2	Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan	Laki-laki	Perempuan	Perempuan	Perempuan
3	Pendidikan Terakhir	DIII Keperawatan	DIII Keperawatan	Spesialis Anestesi FK.UJ	DIII Keperawatan	DIII Keperawatan	Spesialis Anestesi
4	Lama Bekerja di RS	13 th	20 th	5 th	21 th	21 th	17 th
5	Lama Bekerja di ICU	7 th	5 th	5 th	14 th	7 th	17 th
6	Jabatan	Kepala Ruangan ICU	Perawat ICU	Kepala Instalasi	Kepala Ruangan ICU	Perawat ICU	Kepala Instalasi
7	Pelatihan yang pernah diikuti	Pelatihan ICU RSCM	Pelatihan ICU RSCM	-	Pelatihan ICU RSCM	Pelatihan HD RS. Cikini	-

## 6.1.2 Responden Keluarga Pelanggan di Unit Perawatan Intensif

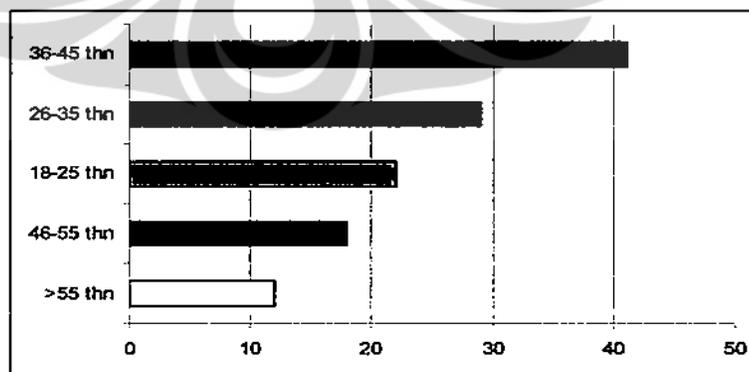
### a. Jumlah Responden Keluarga Pelanggan ICU



Gambar 6.6 Jumlah Responden Keluarga Pelanggan ICU

Dari gambar tersebut terlihat bahwa proporsi responden terbesar adalah yang berasal dari ICU RSUP Soetomo yaitu sebanyak 13 orang (10,7%) dan proporsi responden terkecil yaitu di RSUD Gianyar sebanyak 1 orang (0,8%). Total responden keluarga pelanggan sebanyak 122 orang.

### b. Karakteristik Responden Keluarga Pelanggan ICU Berdasarkan Umur

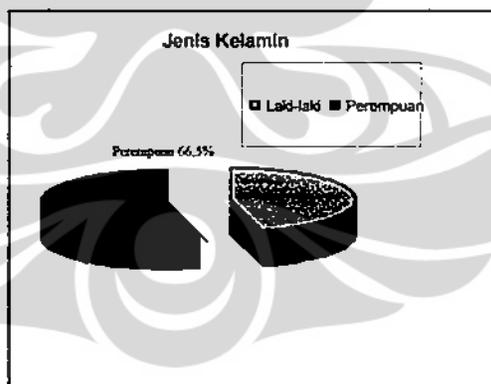


Gambar 6.7 Proporsi Keluarga Pelanggan ICU Berdasarkan Umur

Dari gambar 6.7, didapatkan gambaran berupa proporsi keluarga pelanggan di unit perawatan intensif pada 18 rumah sakit umum yang paling banyak berkisar pada usia 36–45 tahun sebanyak 41 orang (33,6%), golongan usia 26-35 tahun sebanyak 29 orang (23,8%), golongan usia 18-25 tahun sebanyak 22 orang (18,0%), golongan usia 46-55 tahun sebanyak 18 orang (14,8%) dan sebanyak 12 orang (9,8%) bergolongan usia >55 tahun.

c. Karakteristik Responden Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif Berdasarkan Jenis Kelamin

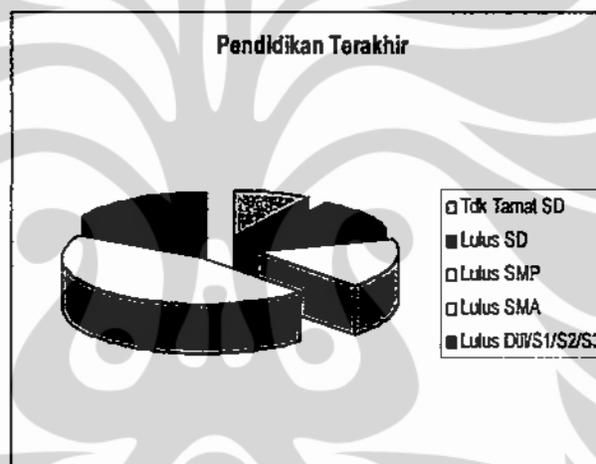
Dari hasil penelitian didapatkan hasil proporsi keluarga pelanggan di ICU berdasarkan jenis kelamin. Pada gambar dibawah ini, menunjukkan gambaran proporsi terbesar keluarga pelanggan di ICU berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 66 orang (66,5%) dan keluarga pelanggan berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 56 orang (45,9%).



Gambar 6.8 Proporsi Jenis Kelamin Keluarga Pelanggan ICU

d. Karakteristik Responden Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif Berdasarkan Pendidikan Terakhir

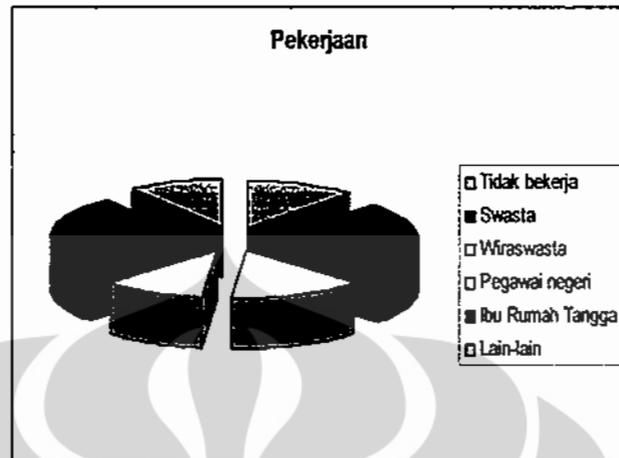
Latar belakang pendidikan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif seperti yang terlihat pada gambar 6.9, proporsi terbesarnya memiliki pendidikan lulus SMA yaitu sebanyak 55 orang (45,1%). Sedangkan yang sudah menempuh jenjang D3/S1/S2/S3 yaitu sebanyak 21 orang (17,2%), lulus SMP yaitu sebanyak 21 orang (17,2%), lulus SD yaitu sebanyak 14 orang (11,5%) dan tidak tamat SD yaitu 11 orang (9%).



Gambar 6.9 Proporsi Pendidikan Terakhir Keluarga Pelanggan ICU

e. Karakteristik Responden Keluarga Pelanggan ICU Berdasarkan Pekerjaan

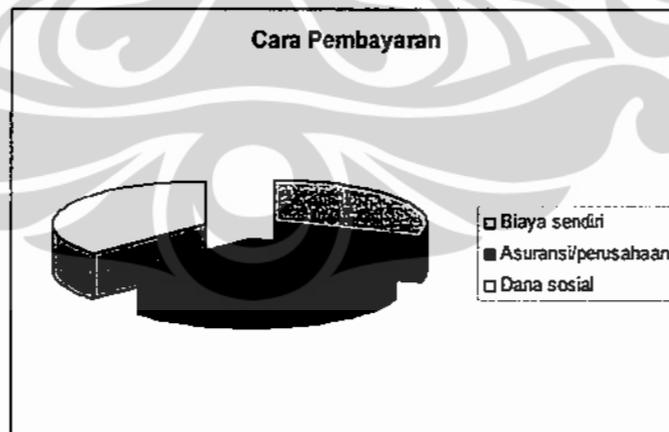
Dari hasil penelitian menunjukkan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif berdasarkan pekerjaan pada gambar 6.10 dengan proporsi terbesar yaitu sebesar 32 orang (26,2%), diikuti pekerja swasta sebanyak 30 orang (24,6%), wiraswasta sebanyak 18 orang (14,8%), tidak bekerja 15 orang (12,3%), pegawai negeri sebanyak 14 orang (11,5%) dan lain-lain sebanyak 13 orang (10,7%), sebagaimana terlihat pada gambar berikut :



Gambar 6.10 Proporsi Pekerjaan Keluarga Pelanggan di ICU

f. Karakteristik Responden Keluarga Pelanggan ICU Berdasarkan Cara Pembayaran

Dari hasil penelitian menunjukkan keluarga pelanggan di ICU berdasarkan cara pembayaran pada gambar 6.11 dengan proporsi terbesar yaitu sebesar 45 orang (36,9%), diikuti asuransi/perusahaan sebanyak 40 orang (32,8%), dan biaya sendiri sebanyak 37 orang (30,3%) sebagaimana terlihat pada gambar berikut :



Gambar 6.11 Proporsi Cara Pembayaran Keluarga Pelanggan di ICU

## 6.2. Hasil Penelitian Asuhan Keperawatan

### 6.2.1 Hubungan Karakteristik Responden dengan Asuhan Keperawatan

#### a. Analisis Hubungan Usia Perawat dengan Asuhan Keperawatan

Tabel 6.2  
Distribusi Responden menurut Usia dan Asuhan Keperawatan

USIA	ASUHAN KEPERAWATAN				Total		P Value
	Baik		Tidak Baik		N	%	
	N	%	N	%			
≥ 25 TAHUN	121	49,2	92	37,4	213	86,6	1,000
< 25TAHUN	19	7,7	14	5,7	33	13,4	
Total	140	56,9	106	43,1	246	100	

Analisis bivariat hubungan antara usia dengan asuhan keperawatan adalah tidak terdapat kesesuaian. Hal ini dapat dilihat dari gambaran sebagai berikut :

Untuk kategori perawat berusia  $\geq 25$  tahun yang bekerja di ICU lebih banyak yang menyatakan telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik yaitu sebanyak 121 orang (49,2%) dan pada kategori perawat berusia  $< 25$  tahun yang bekerja di ICU lebih banyak menyatakan telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik yaitu sebanyak 19 orang (7,7%).

Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value = 1,000 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna**.

Didapatkan dari hasil wawancara mendalam mengenai lama kerja di unit perawatan intensif sebagai berikut :

*“Bukan usia yang menjadi syarat, namun pernah berotasi di seluruh bagian di rumah sakit dan kemauan untuk belajar di ICU.”*

*“Tidak ada syarat seperti itu.”*

*“Usia tidak menjadi patokan, namun kemampuan dan keinginan untuk maju.”*

b. Analisis Hubungan Jenis Kelamin Perawat dengan Asuhan Keperawatan

Tabel 6.3  
Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin dan Asuhan Keperawatan

JENIS KELAMIN	ASUHAN KEPERAWATAN				Total		P Value
	Baik		Tidak Baik		N	%	
	N	%	N	%			
LAKI-LAKI	35	14,2	20	8,1	55	22,4	0,323
PEREMPUAN	105	42,7	86	35,0	191	77,6	
<b>Total</b>	140	56,9	106	43,1	246	100	

Analisis bivariat hubungan antara jenis kelamin dengan asuhan keperawatan adalah tidak terdapat kesesuaian. Hal ini dapat dilihat dari gambaran sebagai berikut :

Untuk kategori perawat laki-laki di ICU lebih banyak yang menyatakan telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik yaitu sebanyak 35 orang (14,2%) dan pada kategori perawat perempuan di ICU lebih banyak menyatakan telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik yaitu sebanyak 105 (42,7%).

Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value=0,323 sehingga

disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna**.

Didapatkan dari hasil wawancara mendalam mengenai lama kerja di unit perawatan intensif sebagai berikut :

*“Tidak ada yah, disini semua perawat melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik.”*

*“Baik perawat laki-laki dan perempuan memiliki tugas kerja yang sama maka mereka melaksanakan asuhan keperawatan sama baikya.”*

*“Tidak adu perbedaan antara perawat laki-laki dan perempuan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.”*

### c. Analisis Hubungan Faktor Pendidikan dengan Asuhan Keperawatan

Tabel 6.4

Distribusi Responden menurut Pendidikan dan Asuhan Keperawatan

PENDIDIKAN	ASUHAN KEPERAWATAN				Total		P Value
	Baik		Tidak Baik		N	%	
	N	%	N	%			
<b>TINGGI</b>	5	33,3	10	66,7	15	100	0,102
<b>TIDAK TINGGI</b>	135	58,4	96	41,6	231	100	
<b>Total</b>	140	56,9	106	43,1	246	100	

Analisis bivariat hubungan antara lama bekerja dengan asuhan keperawatan adalah tidak terdapat kesesuaian. Hal ini dapat dilihat dari gambaran sebagai berikut :

Untuk kategori perawat berpendidikan tinggi di ICU lebih banyak yang menyatakan telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan tidak baik adalah sebanyak 10 orang (66,7%) dan pada kategori perawat dengan berpendidikan tidak tinggi di ICU lebih banyak

yang menyatakan telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik adalah sebanyak 135 (58,4%).

Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value=0,505 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna**.

Didapatkan dari hasil wawancara mendalam mengenai lama kerja di unit perawatan intensif sebagai berikut :

*“Seharusnya perawat pelaksana di ICU telah bersertifikasi khusus ICU ketika bekerja di ICU. Namun disini ada keterbatasan dana dalam mengadakan atau mengirim perawat untuk pelatihan. Jadi kami berusaha sebaik mungkin untuk memberikan pelatihan internal.”*

*“Memiliki sertifikasi khusus ICU dalam menjalankan pekerjaan di ICU. Sayangnya rumah sakit memiliki kemampuan finansial terbatas jadi kami harus mengakali keadaan tersebut.”*

*“Sertifikasi dan pelatihan-pelatihan lainnya yang mendukung kinerja di ICU. Dana rumah sakit untuk pelatihan sangat terbatas jadi hanya beberapa perawat yang dapat mengikuti pelatihan”*

d. Analisis Hubungan Lama Bekerja dengan Asuhan Keperawatan

Tabel 6.5  
Distribusi Responden menurut Lama Bekerja dan Asuhan Keperawatan

LAMA BEKERJA	ASUHAN KEPERAWATAN				Total		P Value
	Baik		Tidak Baik		N	%	
	N	%	N	%			
Lama	37	52,9	33	47,1	70	100	0,505
Kurang lama	103	58,5	73	41,5	176	100	
Total	140	56,9	106	43,1	246	100	

Analisis bivariat hubungan antara lama bekerja dengan asuhan keperawatan adalah tidak terdapat kesesuaian.

Hal ini dapat dilihat dari gambaran sebagai berikut :

Untuk kategori bekerja lama di ICU lebih banyak yang menyatakan telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik adalah sebanyak 37 orang (52,9%) dan pada kategori bekerja kurang lama di ICU lebih banyak yang menyatakan telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik adalah sebanyak 103 (58,5%).

Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value=0,505 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna**.

Didapatkan dari hasil wawancara mendalam mengenai lama kerja di unit perawatan intensif sebagai berikut :

*“Perawat yang bekerja di ICU RS ini minimal sudah bekerja 5 tahun di RS ini dan sudah pernah berkeliling di 3 ruang perawatan, seperti Medikal Bedah, Penyakit Dalam dan Anak.”*

*“Minimal bekerja di RS ini selama 5 tahun dan pernah melewati rotasi di 3 bagian rawat inap seperti Medikal Bedah, Penyakit dalam dan Anak.”*

*“Perawat tersebut telah mengalami rotasi di seluruh bagian dan memiliki kecekatan yang baik.”*

## 6.2.2 Distribusi Asuhan Keperawatan

### a. Distribusi Pengkajian Asuhan Keperawatan

Tabel 6.6 Distribusi Pengkajian Asuhan Keperawatan

No	ATRIBUT	PELAKSANAAN				TOTAL	
		BAIK		TIDAK BAIK			
		N	%	N	%	N	%
1.	Memberikan salam dan memperkenalkan diri.	230	93,5	16	6,5	246	100
2.	Memberitahukan setiap akan melakukan tindakan keperawatan	244	99,2	2	0,8	246	100
3.	Menanyakan keluhan pasien pada waktu melakukan pemeriksaan fisik, untuk memvalidasi data penunjang yang ada	243	98,8	3	1,2	246	100
4.	Memberi kesempatan pada pasien /keluarga untuk mengungkapkan keluhan dan menanggapi dengan sabar	245	99,6	1	0,4	246	100

Dalam proses pengkajian asuhan keperawatan terdapat 4 atribut dimana kesempatan kepada pasien/keluarga untuk mengungkapkan keluhan dan menanggapi dengan sabar merupakan atribut yang paling banyak dinyatakan telah baik dilaksanakan, yaitu sebanyak 245 orang (99,6%) orang sedangkan dalam memberikan salam dan memperkenalkan diri dinyatakan paling tidak baik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu sebanyak 16 orang (6,5%).

Didapatkan dari hasil wawancara mendalam mengenai pengkajian asuhan keperawatan di unit perawatan intensif sebagai berikut :

*“Disini kami bekerja secara bergiliran dan kami berusaha memberikan pelayanan keperawatan yang seirama sehingga dapat memberikan keseragaman dalam pelayanan.”*

*“Pelaksanaan dalam pengkajian keperawatan sehari-hari dilakukan dalam awal pelayanan, ketika perawat-perawat mulai bekerja pada jam kerjanya.”*

*“Kami memiliki banyak kelemahan dalam sudut pengkajian, dimana kami jarang memperkenalkan diri misalnya terhadap pasien maupun keluarga pasien.”*

#### b. Distribusi Diagnosa Asuhan Keperawatan

Tabel 6.7 Distribusi Diagnosa Asuhan Keperawatan

No	ATRIBUT	PELAKSANAAN				TOTAL	
		BAIK		TIDAK BAIK		N	%
		N	%	N	%		
1.	Saya selalu bersama pasien dan keluarga membicarakan masalah keperawatan dan penyebabnya.	206	83.7	40	16.3	246	100
2.	Saya selalu bersama pasien dan keluarga membicarakan gejala-gejala yang dialami pasien sesuai masalah keperawatannya.	206	83.7	40	16.3	246	100
3.	Saya selalu bersama pasien dan keluarga membicarakan penyebab yang dialami pasien sesuai masalah keperawatannya.	212	86.2	34	13.8	246	100

Dalam proses diagnosa asuhan keperawatan terdapat 3 atribut dimana perawat selalu bersama pasien dan keluarga membicarakan penyebab yang dialami pasien sesuai masalah keperawatannya merupakan atribut yang paling banyak dinyatakan telah baik dilaksanakan, yaitu sebanyak 212 orang (86,2%) orang sedangkan atribut dimana perawat selalu bersama pasien dan keluarga membicarakan masalah keperawatan

dan masalahnya serta selalu bersama pasien dan keluarga membicarakan gejala-gejala yang dialami pasien sesuai masalah keperawatannya dinyatakan paling tidak baik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu masing-masing sebanyak 40 orang (16,3%).

Didapatkan dari hasil wawancara mendalam mengenai diagnosa asuhan keperawatan di unit perawatan intensif sebagai berikut :

*“Di dalam diagnosa ini, sedapat mungkin kami melibatkan pasien atau keluarga pasien, sebatas wewenang kami, agar tercipta pemahaman kondisi pasien.”*

*“Di dalam tahap ini, kami memberikan keleluasaan kepada keluarga pasien maupun pasien untuk bertanya namun tetap di dalam wewenang kami.”*

*“Kami akan membantu keluarga pasien atau pasien untuk memahami kondisinya sehingga disini akan tercipta komunikasi dengan pagar-pagar yang jelas.”*

#### c. Distribusi Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 6.8 Distribusi Rencana Asuhan Keperawatan

No.	ATRIBUT	PELAKSANAAN				TOTAL	
		BAIK		TIDAK BAIK			
		N	%	N	%	N	%
1.	Selalu menjelaskan kepada pasien/keluarga tentang rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan.	231	93,9	15	6,1	246	100
2.	Selalu meminta persetujuan dan keterlibatan pasien/keluarga, dari rencana tindakan yang akan dilakukan	231	93,9	15	6,1	246	100
3.	Selalu menanggapi respon pasien/keluarga terhadap rencana tindakan yang akan dilakukan	232	94,3	14	5,7	246	100

Dalam proses rencana asuhan keperawatan terdapat 3 atribut dimana perawat selalu menanggapi respon pasien/keluarga terhadap rencana tindakan yang akan dilakukan merupakan atribut yang paling banyak dinyatakan telah baik dilaksanakan, yaitu sebanyak 232 orang (94,3%) orang sedangkan atribut dimana perawat selalu menjelaskan kepada pasien/keluarga tentang rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan serta selalu meminta persetujuan dan keterlibatan pasien/keluarga, dari rencana tindakan yang akan dilakukan dinyatakan paling tidak baik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu masing-masing sebanyak 15 orang (6,1%).

Didapatkan dari hasil wawancara mendalam mengenai rencana asuhan keperawatan di unit perawatan intensif sebagai berikut :

*"Dalam hal ini, kami selalu menyusun secara tim dan kami selalu bersifat terbuka untuk memberikan informasi kepada pihak keluarga, dalam batas wewenang keperawatan."*

*"Penyusunan rencana tindakan sesuai dengan asuhan keperawatan yang ada, keluarga pasien berhak tahu apa yang akan dilakukan dan kami tetap menjawab sesuai dengan wewenang kami."*

*"Sesuai dengan asuhan keperawatan di RS ini, namun biasanya kami memberikan informasi terlebih dahulu kepada keluarga."*

## d. Distribusi Tindakan Asuhan Keperawatan

Tabel 6.9 Distribusi Tindakan Asuhan Keperawatan

No	ATRIBUT	PELAKSANAAN				TOTAL	
		BAIK		TIDAK BAIK		N	%
		N	%	N	%		
1.	Selalu menyiapkan semua kebutuhan yang akan berhubungan dengan tindakan keperawatan yang akan dilakukan.	244	99,2	2	0,8	246	100
2.	Selalu melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan	230	93,5	16	6,5	246	100
3.	Selalu memberikan penjelasan bila diperlukan suatu ' <i>inform concern</i> ' dalam melakukan suatu tindakan.	244	99,2	2	0,8	246	100

Dalam proses tindakan asuhan keperawatan terdapat 3 atribut dimana perawat selalu menyiapkan semua kebutuhan yang akan berhubungan dengan tindakan keperawatan yang akan dilakukan dan perawat selalu melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan merupakan atribut yang paling banyak dinyatakan telah baik dilaksanakan, yaitu masing-masing sebanyak 244 orang (99,2%) orang sedangkan atribut dimana perawat selalu melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan dinyatakan paling tidak baik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu sebanyak 16 orang (6,5%).

Didapatkan dari hasil wawancara mendalam mengenai tindakan asuhan keperawatan di unit perawatan intensif sebagai berikut :

*"Kami melakukan sesuai dengan asuhan keperawatan yang ada di RS ini dan biasanya disesuaikan dengan kondisi dari pasien tersebut."*

*"Kami melakukan sesuai dengan asuhan keperawatan yang ada di RS ini dan biasanya disesuaikan dengan kondisi dari pasien tersebut."*

*"Sesuai dengan asuhan keperawatan yang ada, bahkan kami sering membuat catatan-catatan tambahan agar dapat membantu dalam aplikasinya sehari-hari."*

#### e. Distribusi Evaluasi Asuhan Keperawatan

Tabel 6.10 Distribusi Evaluasi Asuhan Keperawatan

No.	ATRIBUT	PELAKSANAAN				TOTAL	
		BAIK		TIDAK BAIK		N	%
		N	%	N	%		
1.	Selalu mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.	240	97,6	6	2,4	246	100
2.	Selalu mengevaluasi kondisi pasien, dari hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan.	240	97,6	6	2,4	246	100
3.	Selalu menjelaskan hasil evaluasi tindakan keperawatan kepada pasien/keluarga	212	86,2	34	13,8	246	100
4.	Selalu meminta masukan/usulan kepada pasien/keluarga untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di ruang ICU.	212	86,2	34	13,8	246	100
5.	Selalu menjelaskan yang harus dilakukan pasien/keluarga di rumah, ketika pasien akan dipindahkan ke ruang perawatan.	212	86,2	34	13,8	246	100
6.	Selalu menanyakan perasaan pasien/keluarga selama dirawat di ruang ICU.	212	86,2	34	13,8	246	100

Dalam proses tindakan asuhan keperawatan terdapat 6 atribut dimana perawat selalu mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan perawat selalu mengevaluasi kondisi pasien, dari hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan merupakan atribut yang paling banyak dinyatakan telah baik dilaksanakan, yaitu masing-masing sebanyak 240 orang (97,6%) orang sedangkan atribut dimana perawat selalu menjelaskan hasil evaluasi tindakan keperawatan kepada pasien/keluarga, selalu meminta masukan/usulan kepada pasien/keluarga untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan diruang ICU, selalu menjelaskan yang harus dilakukan pasien/keluarga dirumah, ketika pasien akan dipindahkan keruang perawatan, dan menanyakan perasaan pasien/keluarga selama dirawat diruang ICU dinyatakan paling tidak baik dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu masing-masing atribut sebanyak 34 orang (13,8%).

Didapatkan dari hasil wawancara mendalam mengenai evaluasi asuhan keperawatan di unit perawatan intensif sebagai berikut :

*“Evaluasi dilakukan setiap hari oleh kepala ruangan dan dicatat dalam buku laporan. Laporan ini akan diberikan kepada bagian keperawatan per bulannya agar dapat dievaluasi lebih lanjut. Namun bila ada permasalahan penting, bisa langsung dibicarakan ke Tim Keperawatan.”*

*“Evaluasi harian oleh kepala ruangan dan koordinator keperawatan dan disusun laporan bulanan untuk dievaluasi lebih lanjut oleh Tim Keperawatan.”*

*“Evaluasi oleh kepala ruangan, bila ada masalah baru dibicarakan langsung dengan Sub Keperawatan, namun dievaluasi rutin oleh Sub Keperawatan per bulannya dalam laporan bulanan.”*

Tabel 6.11  
Distribusi Frekuensi Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN	BAIK		TIDAK BAIK		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
PENGAJIAN	171	69.5	75	30.5	246	100%
DIAGNOSA	206	83.7	40	16.3	246	100%
RENCANA	231	93.9	15	6.1	246	100%
TINDAKAN	129	52.4	117	47.6	246	100%
EVALUASI	212	86.2	34	13.8	246	100%
TOTAL ASKEP	226	91.9	20	8.1	246	100%

Sesuai dengan tabel 6.11, dapat dilihat dari 246 responden mengatakan bahwa mereka telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik sebanyak 226 orang (91,9%) dan sebanyak 20 orang (8,1%) tidak melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik. Dalam asuhan keperawatan, proses rencana dalam asuhan keperawatan dikatakan telah dilakukan dengan baik sebanyak 231 orang (93,9%) dan proses tindakan dalam asuhan keperawatan tidak dilakukan dengan baik sebanyak 117 orang (47,6%).

### 6.3. Hasil Penelitian Kepuasan Keluarga Pelanggan

#### 6.3.1 Hubungan Faktor-faktor Kontribusi dengan Kepuasan Keluarga Pelanggan

##### a. Analisis Hubungan Usia dengan Kepuasan Keluarga Pelanggan

Tabel 6.12 Distribusi Responden menurut Usia dan Kepuasan Keluarga Pelanggan

USIA	KEPUASAN KELUARGA PELANGGAN				Total		P Value
	Tidak Puas		Puas		N	%	
	N	%	N	%			
≥ 25 TAHUN	38	31,1	62	50,8	100	82,0	1,000
< 25 TAHUN	8	6,6	14	11,5	22	18,0	
Total	46	37,7	76	62,3	122	100	

Analisis bivariat hubungan antara usia responden dengan kepuasan keluarga pelanggan adalah tidak terdapat kesesuaian. Hal ini dapat dilihat dari gambaran sebagai berikut :

Untuk kategori responden (keluarga pelanggan) di unit perawatan intensif berusia ≥25 tahun lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 62 orang (50,8%) dan pada kategori responden di unit perawatan intensif berusia <25 tahun lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 14 orang (11,5%).

Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value = 0,606 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna**.

b. Analisis Hubungan Jenis Kelamin dengan Kepuasan Keluarga Pelanggan

Tabel 6.13 Distribusi Responden menurut Jenis Kelamin dan Kepuasan Keluarga Pelanggan

JENIS KELAMIN	KEPUASAN KELUARGA PELANGGAN				Total		P Value
	Tidak Puas		Puas		N	%	
	N	%	N	%			
LAKI-LAKI	23	18,9	33	27,0	56	45,9	0,604
PEREMPUAN	23	18,9	43	35,2	66	54,1	
Total	46	37,7	76	62,3	122	100	

Analisis bivariat hubungan antara usia responden dengan kepuasan keluarga pelanggan adalah tidak terdapat kesesuaian. Hal ini dapat dilihat dari gambaran sebagai berikut :

Untuk kategori responden (keluarga pelanggan) laki-laki di unit perawatan intensif lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 33 orang (27,0%) dan pada kategori responden perempuan di unit perawatan intensif lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 43 orang (35,2%).

Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value = 0,604 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna**.

## c. Analisis Hubungan Pendidikan dengan Kepuasan Keluarga Pelanggan

Tabel 6.14 Distribusi Responden menurut Pendidikan dan Kepuasan Keluarga Pelanggan

PENDIDIKAN	KEPUASAN KELUARGA PELANGGAN				Total		P Value
	Tidak Puas		Puas				
	N	%	N	%	N	%	
RENDAH	36	29,5	65	53,3	101	82,8	0,434
TINGGI	10	8,2	11	9,0	21	17,2	
Total	46	37,7	76	62,3	122	100	

Analisis bivariat hubungan antara pendidikan responden dengan kepuasan keluarga pelanggan adalah tidak terdapat kesesuaian. Hal ini dapat dilihat dari gambaran sebagai berikut :

Untuk kategori responden dengan tingkat pendidikan rendah rendah di unit perawatan intensif lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 65 orang (53,3%) dan pada kategori responden dengan tingkat pendidikan tinggi di unit perawatan intensif lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 11 orang (9,0%).

Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value = 0,434 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna**.

## d. Analisis Hubungan Pekerjaan dengan Kepuasan Keluarga Pelanggan di

Tabel 6.15 Distribusi Responden menurut Pekerjaan dan Kepuasan Keluarga Pelanggan

PEKERJAAN	KEPUASAN KELUARGA PELANGGAN				Total		P Value
	Tidak Puas		Puas		N	%	
	N	%	N	%			
KERJA	42	34,4	65	53,3	107	87,7	0,511
TIDAK KERJA	4	3,3	11	9,0	15	12,3	
Total	46	37,7	76	62,3	122	100	

Analisis bivariat hubungan antara pekerjaan dengan kepuasan keluarga pelanggan adalah tidak terdapat kesesuaian. Hal ini dapat dilihat dari gambaran sebagai berikut :

Untuk kategori responden bekerja di unit perawatan intensif lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 65 orang (53,3%) dan pada kategori responden tidak bekerja di unit perawatan intensif lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 11 orang (9,0%).

Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value = 0,511 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna**.

e. Analisis Hubungan Cara Pembayaran dengan Kepuasan Keluarga Pelanggan

Tabel 6.16 Distribusi Responden menurut Cara Pembayaran dan Kepuasan Keluarga Pelanggan

CARA PEMBAYARAN	KEPUASAN KELUARGA PELANGGAN				Total		P Value
	Tidak Puas		Puas		N	%	
	N	%	N	%			
ASURANSI	34	27,9	51	41,8	85	69,7	0,555
BIAYA SENDIRI	12	9,8	25	20,5	37	30,3	
Total	46	37,7	76	62,3	122	100	

Analisis bivariat hubungan antara cara pembayaran responden dengan kepuasan keluarga pelanggan adalah tidak terdapat kesesuaian. Hal ini dapat dilihat dari gambaran sebagai berikut :

Untuk kategori responden yang membayar biaya perawatan dengan asuransi di unit perawatan intensif lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 51 orang (41,8%) dan pada kategori responden yang membayar biaya perawatan di unit perawatan intensif dengan biaya sendiri lebih banyak yang menyatakan puas yaitu sebanyak 25 orang (20,5%).

Dari hasil uji statistik dengan *chi-square* didapat P value = 0,555 sehingga disimpulkan hubungan kedua variabel tersebut adalah **Tidak Bermakna**.

### 6.3.2 Harapan dan Persepsi Responden terhadap Kualitas Jasa

Tabel-tabel di bawah ini memperlihatkan harapan responden terhadap dimensi kualitas jasa yang diberikan Unit Perawatan Intensif dengan menggunakan skala Likert.

#### a. Harapan Responden terhadap Dimensi *Tangible*

Tabel 6.17  
Harapan Responden terhadap Dimensi *Tangible* Berdasarkan Mean

No.	Atribut	Mean
1.	Kebersihan ruang perawatan intensif	3,41
2.	Peralatan di ruang perawatan intensif	3,34
3.	Kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ruang perawatan intensif	2,96
4.	Kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ruang perawatan intensif	3,34
5.	Kebersihan dan kerapihan penampilan perawat di ruang perawatan intensif	3,42

Tabel di atas menggambarkan harapan responden terhadap dimensi *tangible* berdasarkan mean, dimana atribut kebersihan dan kerapihan penampilan perawat di ruang perawatan ICU unit perawatan intensif mengenai kebersihan memiliki nilai mean tertinggi senilai 3,42. Untuk atribut kebersihan ruang perawatan intensif memiliki nilai mean senilai 3,41. Selanjutnya atribut peralatan ruang perawatan intensif dan atribut kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ruang perawatan intensif merupakan dua harapan responden dengan nilai yang sama, yaitu dengan mean senilai 3,34. Dan atribut kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean sebesar 2,96.

b. Harapan Responden terhadap Dimensi *Reliability*

Tabel 6.18  
Harapan Responden terhadap Dimensi *Reliability* Berdasarkan Mean

No.	Atribut	Mean
1.	Penjelasan peraturan oleh perawat di ruang perawatan intensif	3,23
2.	Penjelasan tindakan oleh perawat di ruang perawatan intensif	3,29
3.	Kesungguhan perawat dalam melaksanakan di ruang perawatan intensif	3,31
4.	Ketepatan perawat dalam melaksanakan tindakan ruang perawatan intensif	3,25

Tabel di atas menggambarkan harapan responden terhadap dimensi *reliability* berdasarkan mean, dimana atribut kesungguhan perawat dalam melaksanakan di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean tertinggi 3,31 dan atribut penjelasan tindakan oleh perawat di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean 3,29, atribut ketepatan perawat dalam melaksanakan tindakan ruang perawatan intensif 3,25 dan atribut penjelasan peraturan oleh perawat di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean 3,23

c. Harapan Responden terhadap Dimensi *Responsiveness*

Tabel di 6.19 menggambarkan harapan responden terhadap dimensi *responsiveness* berdasarkan mean, dimana atribut keramahan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean tertinggi yaitu 3,37, diikuti dengan atribut tindakan pertolongan dalam melakukan pertolongan kegawatan di ruang perawatan intensif dengan nilai mean yaitu 3,32, atribut ketanggapan perawat dalam menangani keluhan

keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean 3,28, atribut pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean 3,25 dan atribut yang memiliki nilai terendah dalam dimensi ini adalah atribut komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif dengan nilai mean 3,21.

Tabel 6.19  
Harapan Responden terhadap Dimensi *Responsiveness* Berdasarkan Mean

No.	Atribut	Mean
1.	Ketanggapan perawat dalam menangani keluhan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif.	3,28
2.	Keramahan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif.	3,37
3.	Tindakan pertolongan dalam melakukan pertolongan kegawatan di ruang perawatan intensif.	3,32
4.	Pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat di ruang perawatan intensif.	3,25
5.	Komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif.	3,21

#### d. Harapan Responden terhadap Dimensi *Assurance*

Pada tabel di 6.20 menggambarkan harapan responden terhadap dimensi *assurance* berdasarkan mean, dimana atribut perawat memiliki catatan keperawatan yang lengkap memiliki nilai mean tertinggi yaitu 3,30, diikuti dengan atribut pelayanan yang diberikan oleh perawat di ruang perawatan intensif dengan nilai mean yaitu 3,28, atribut ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean 3,27, atribut perawat memberikan perasaan aman atas pelayanan di

ruang perawatan intensif memiliki nilai mean 3,24 dan atribut yang memiliki nilai terendah dalam dimensi ini adalah atribut pengetahuan perawat tentang penyakit di ruang perawatan intensif dengan nilai mean 3,20.

Tabel 6.20  
Harapan Responden terhadap Dimensi *Assurance* Berdasarkan Mean

No.	Atribut	Mean
1.	Pengetahuan perawat tentang penyakit di ruang perawatan intensif.	3,20
2.	Ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif.	3,27
3.	Pelayanan yang diberikan oleh perawat di ruang perawatan intensif.	3,28
4.	Perawat memberikan perasaan aman atas pelayanan di ruang perawatan intensif.	3,24
5.	Perawat memiliki catatan keperawatan yang lengkap	3,30

e. Harapan Responden terhadap Dimensi *Empathy*

Tabel di 6.21 menggambarkan harapan responden terhadap dimensi *emphaty* berdasarkan mean, dimana atribut kepedulian perawat terhadap kondisi pasien. memiliki nilai mean tertinggi yaitu 3,32, diikuti dengan atribut kepedulian perawat terhadap keluarga pasien dalam menjalankan ibadah.dengan nilai mean yaitu 3,30, atribut penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan memiliki nilai mean 3,24, atribut dorongan moril yang diberikan oleh perawat terhadap keluarga pelanggan.memiliki nilai mean 3,23 dan atribut yang memiliki nilai terendah dalam dimensi ini adalah atribut bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi dengan nilai mean 3,20.

Tabel 6.21  
Harapan Responden terhadap Dimensi *Empathy* Berdasarkan Mean

No.	Atribut	Mean
1.	Penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan	3,24
2.	Kepedulian perawat terhadap kondisi pasien.	3,32
3.	Kepedulian perawat terhadap keluarga pasien dalam menjalankan ibadah.	3,30
4.	Dorongan moril yang diberikan oleh perawat terhadap keluarga pelanggan.	3,23
5.	Bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi .	3,20

### 6.3.3 Persepsi Responden terhadap Kualitas Jasa

Tabel-tabel di bawah ini memperlihatkan harapan responden terhadap dimensi kualitas jasa yang diberikan Unit Perawatan Intensif dengan menggunakan skala Likert.

#### a. Persepsi Responden terhadap Dimensi *Tangible*

Dalam tabel 6.22 menggambarkan persepsi responden terhadap dimensi *tangible* berdasarkan mean, dimana atribut kebersihan ruang perawatan intensif memiliki nilai mean tertinggi yaitu 3,40, diikuti dengan atribut kebersihan dan kerapihan penampilan perawat di ruang perawatan intensif dengan nilai mean yaitu 3,34, atribut kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean 3,30, atribut peralatan di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean 3,29 dan atribut yang memiliki nilai terendah dalam dimensi ini adalah atribut kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ruang perawatan intensif dengan nilai mean 2,93.

Tabel 6.22  
Persepsi Responden terhadap Dimesi *Tangible* Berdasarkan Mean

No	Atribut	Mean
1.	Kebersihan ruang perawatan intensif.	3,40
2.	Peralatan di ruang perawatan intensif.	3,29
3.	Kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ruang perawatan intensif.	2,93
4.	Kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ruang perawatan intensif.	3,30
5.	Kebersihan dan kerapihan penampilan perawat di ruang perawatan intensif.	3,34

b. Persepsi Responden terhadap Dimensi *Reliability*

Tabel 6.23  
Persepsi Responden terhadap Dimesi *Reliability* Berdasarkan Mean

No.	Atribut	Mean
1.	Penjelasan peraturan oleh perawat di ruang perawatan intensif.	3,28
2.	Penjelasan tindakan oleh perawat di ruang perawatan intensif.	3,28
3.	Kesungguhan perawat dalam melaksanakan di ruang perawatan intensif.	3,37
4.	Ketepatan perawat dalam melaksanakan tindakan di ruang perawatan intensif.	3,31

Tabel di atas menggambarkan persepsi responden terhadap dimensi *reliability* berdasarkan mean, dimana atribut kesungguhan perawat dalam melaksanakan di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean tertinggi yaitu 3,37, diikuti dengan atribut ketepatan perawat dalam melaksanakan

tindakan di ruang perawatan intensif dengan nilai mean yaitu 3,31, atribut penjelasan peraturan dan penjelasan tindakan oleh perawat di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean yang sama dalam dimensi yaitu dengan nilai mean 3,28.

c. Persepsi Responden terhadap Dimensi *Responsiveness*

Tabel 6.24  
Persepsi Responden terhadap Dimensi *Responsiveness* Berdasarkan Mean

No.	Atribut	Mean
1.	Ketanggapan perawat dalam menangani keluhan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif.	3,27
2.	Keramahan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif.	3,31
3.	Tindakan pertolongan dalam melakukan pertolongan kegawatan di ruang perawatan intensif.	3,30
4.	Pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat di ruang perawatan intensif.	3,30
5.	Komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif.	3,20

Tabel di atas menggambarkan persepsi responden terhadap dimensi *responsiveness* berdasarkan mean, dimana atribut ketanggapan perawat dalam menangani keluhan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif memiliki nilai mean tertinggi yaitu 3,31, diikuti dengan atribut tindakan pertolongan dalam melakukan pertolongan kegawatan dan pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat di ruang perawatan intensif dengan nilai mean yang sama yaitu 3,30, atribut ketanggapan perawat dalam menangani keluhan keluarga pelanggan di ruang perawatan inten memiliki nilai mean 3,27, dan atribut yang memiliki nilai terendah dalam dimensi ini adalah

atribut komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif dengan nilai mean 3,20.

d. Persepsi Responden terhadap Dimensi *Assurance*

Tabel 6.25  
Persepsi Responden terhadap Dimensi *Assurance* Berdasarkan Mean

No.	Atribut	Mean
1.	Pengetahuan perawat tentang penyakit di ruang perawatan intensif.	3,20
2.	Ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif.	3,26
3.	Pelayanan yang diberikan oleh perawat di ruang perawatan intensif.	3,26
4.	Perawat memberikan perasaan aman atas pelayanan di ruang perawatan intensif.	3,23
5.	Perawat memiliki catatan keperawatan yang lengkap	3,20

Tabel di atas menggambarkan persepsi responden terhadap dimensi *assurance* berdasarkan mean, dimana atribut ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan dan atribut pelayanan yang diberikan oleh perawat di ruang perawatan intensif masing-masing memiliki nilai mean tertinggi yaitu 3,26, diikuti dengan atribut perawat memberikan perasaan aman atas pelayanan di ruang perawatan intensif dengan nilai mean yang sama yaitu 3,23, dan atribut yang memiliki nilai terendah dalam dimensi ini adalah atribut pengetahuan perawat tentang penyakit dan atribut perawat memiliki catatan keperawatan yang lengkap dengan masing-masing nilai mean 3,20.

e. Persepsi Responden terhadap Dimensi *Emphaty*

Tabel 6.26  
Persepsi Responden terhadap Dimesi *Emphaty* Berdasarkan Mean

No.	Atribut	Mean
1.	Penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan	3,22
2.	Kepedulian perawat terhadap kondisi pasien.	3,32
3.	Kepedulian perawat terhadap keluarga pasien dalam menjalankan ibadah.	3,25
4.	Dorongan moril yang diberikan oleh perawat terhadap keluarga pelanggan.	3,22
5.	Bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi .	3,20

Tabel di atas menggambarkan persepsi responden terhadap dimensi *emphaty* berdasarkan mean, dimana atribut kepedulian perawat terhadap kondisi pasien memiliki nilai mean tertinggi yaitu 3,32, diikuti dengan atribut kepedulian perawat terhadap keluarga pasien dalam menjalankan ibadah dengan nilai mean yaitu 3,25, atribut penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan dan atribut dorongan moril yang diberikan oleh perawat terhadap keluarga pelanggan masing-masing memiliki nilai mean 3,22, dan atribut yang memiliki nilai terendah dalam dimensi ini adalah atribut bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi dengan nilai mean 3,20.

6.3.4 Analisa Kuadran Kepuasan Keluarga Pelanggan di Unit Perawatan Intensif  
18 Rumah Sakit di Indonesia

A. Diagram Kartesius

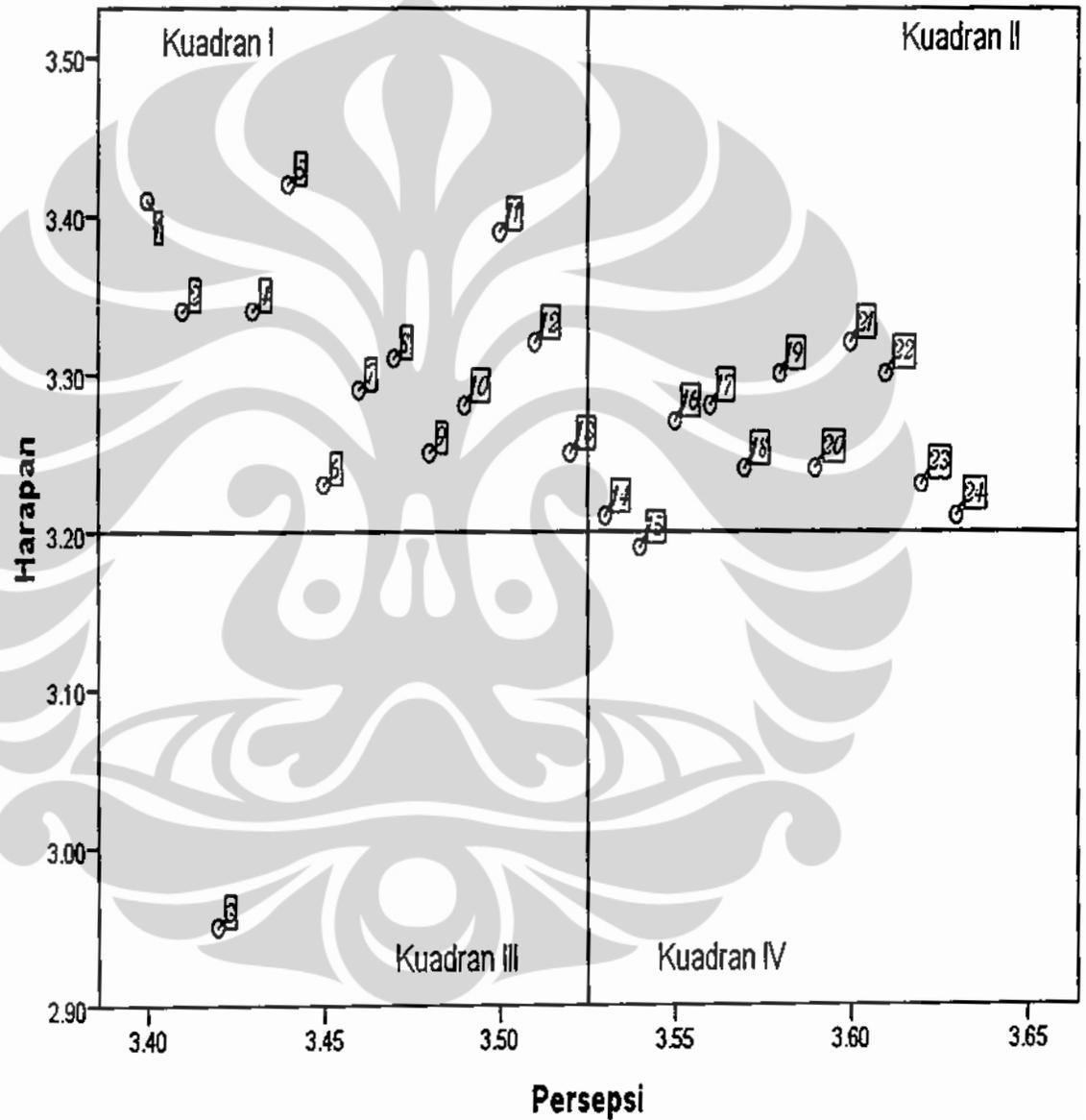
Tabel 6.27  
Perhitungan Rata-rata dari penilaian Harapan dan penilaian Persepsi di ruang perawatan ICU 18 Rumah Sakit di Indonesia

NO	Area yang berhubungan dengan Kepuasan keluarga pelanggan di ICU	Harapan rata-rata	Persepsi rata-rata	Letak Kuadran
<i>Dimensi Tangible</i>				
T1	Kebersihan ruang perawatan ICU	3,41	3,40	I
T2	Peralatan di ruang perawatan ICU	3,34	3,29	I
T3	Kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ICU	2,95	2,93	III
T4	Kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ICU	3,34	3,29	I
T5	Kebersihan dan kerapihan penampilan perawat ICU	3,42	3,34	I
<i>Dimensi Reliability</i>				
Re6	Penjelasan peraturan oleh perawat ICU	3,23	3,28	I
Re7	Penjelasan tindakan oleh perawat ICU	3,29	3,28	I
Re8	Kesungguhan perawat dalam melaksanakan di ICU	3,31	3,37	I
Re9	Ketepatan perawat dalam melaksanakan tindakan	3,25	3,31	I
<i>Dimensi Responsiveness</i>				
Ra10	Ketanggapan perawat dalam menangani keluhan keluarga pelanggan di ICU.	3,28	3,27	I
Ra11	Keramahan perawat dalam memberikan pelayanan	3,39	3,31	I
Ra12	Tindakan pertolongan dalam melakukan pertolongan kegawatan di ICU.	3,32	3,29	I

Ra13	Pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat ICU.	3,25	3,30	I
Ra14	Komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ruang perawatan ICU.	3,21	3,20	II
<i>Dimensi Assurance</i>				
A15	Pengetahuan perawat tentang penyakit di ICU.	3,19	3,20	IV
A16	Ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan .	3,27	3,26	II
A17	Pelayanan yang diberikan oleh perawat ICU.	3,28	3,26	II
A18	Perawat memberikan perasaan aman atas pelayanan	3,24	3,23	II
A19	Perawat memiliki catatan keperawatan yang lengkap	3,30	3,20	II
<i>Dimensi Emphaty</i>				
E20	Penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan	3,24	3,22	II
E21	Kepedulian perawat terhadap kondisi pasien.	3,32	3,32	II
E22	Kepedulian perawat terhadap keluarga pasien dalam menjalankan ibadah.	3,30	3,25	II
E23	Dorongan moril yang diberikan oleh perawat terhadap keluarga pelanggan.	3,23	3,22	II
E24	Bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi .	3,21	3,19	II
Harapan Rata-rata = 3.27				
Persepsi Rata-rata = 3.52				

Gambar 6.12 Diagram Kepuasan Keluarga Pelanggan di Unit Perawatan Intensif 18 Rumah Sakit di Indonesia

**Diagram Kartesius Kepuasan Keluarga Pelanggan  
Unit Perawatan Intensif 18 Rumah Sakit Umum**



Berdasarkan grafik 6.1, dapat diketahui posisi keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat sebagai berikut :

1. Atribut kepuasan yang berada di kuadran I, yaitu atribut yang dianggap mempengaruhi kepuasan pelanggan, termasuk tindakan atau fasilitas yang dianggap sangat penting namun belum dilaksanakan sesuai keinginan pelanggan sehingga menimbulkan ketidakpuasan. Atribut yang termasuk dalam kriteria ini adalah :

1.	Dimensi <i>Tangible</i>	Kebersihan unit perawatan intensif
2.		Peralatan di unit perawatan intensif
3.		Kerapihan dan kebersihan tempat tidur di unit perawatan intensif
4.		Kebersihan dan kerapihan penampilan perawat unit perawatan intensif
5.	Dimensi <i>Reliability</i>	Penjelasan peraturan oleh perawat unit perawatan intensif
6.		Penjelasan tindakan oleh perawat unit perawatan intensif
7.		Kesungguhan perawat dalam melaksanakan di unit perawatan intensif
8.		Ketepatan perawat dalam melaksanakan tindakan
9.	Dimensi <i>Responsiveness</i>	Ketanggapan perawat dalam menangani keluhan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif
10.		Keramahan perawat dalam memberikan pelayanan
11.		Tindakan pertolongan dalam melakukan pertolongan kegawatan di unit perawatan intensif.
12.		Pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat unit perawatan intensif.

2. Atribut kepuasan yang berada di kuadran II, yaitu atribut yang dianggap telah memberikan kepuasan terhadap pelanggan, dianggap penting dan memuaskan sehingga perlu dipertahankan. Atribut yang termasuk dalam kriteria ini adalah :

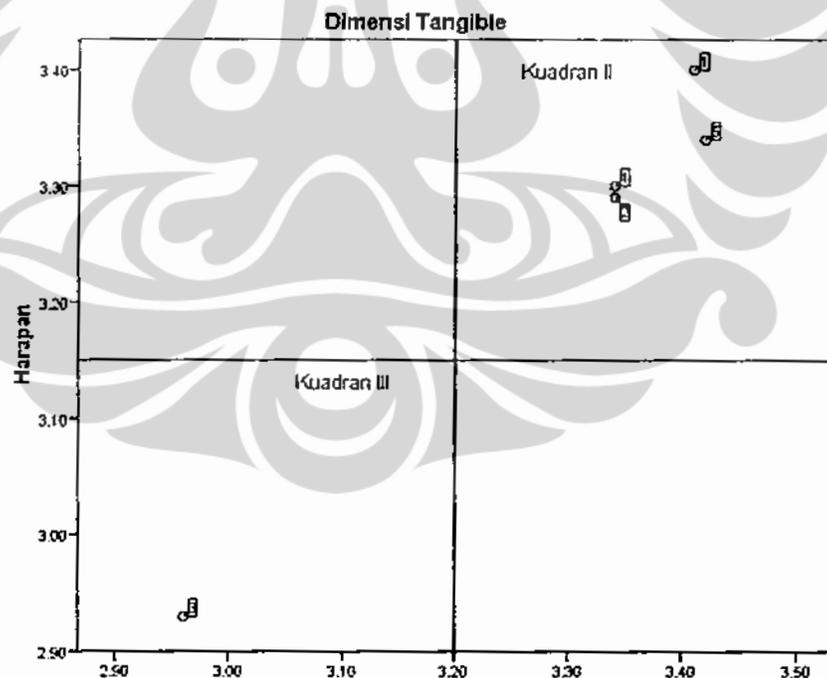
1.	Dimensi Responsiveness	Komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ruang perawatan ICU.
2.		Ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan .
3.	Dimensi Assurance	Pelayanan yang diberikan oleh perawat ICU.
4.		Perawat memberikan perasaan aman atas pelayanan
5.		Perawat memiliki catatan keperawatan yang lengkap
6.		Penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan
7.		Kepedulian perawat terhadap kondisi pasien.
8.	Dimensi Emphaty	Kepedulian perawat terhadap keluarga pasien dalam menjalankan ibadah.
9.		Dorongan moril yang diberikan oleh perawat terhadap keluarga pelanggan.
10.		Bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi

3. Atribut kepuasan yang terdapat di dalam kuadran III, yaitu atribut kepuasan yang dianggap kurang penting dan kurang memuaskan. Atribut kepuasan yang terdapat dalam kuadran ini adalah atribut dimensi *tangible* yaitu kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di unit perawatan intensif.

4. Atribut kepuasan yang terdapat di dalam kuadran IV merupakan atribut kepuasan yang telah dilakukan dengan baik namun dinilai kurang penting oleh pelanggan, sehingga terkesan berlebihan. Atribut kepuasan yang termasuk kuadran ini adalah atribut dimensi *assurance* yaitu pernyataan pengetahuan perawat tentang penyakit di unit perawatan intensif.

Dengan kuadran kartesius, dilakukan penilaian dalam dimensi SERVQUAL (*tangible, reliability, responsiveness, assurance, dan empathy*). Penilaian ini dilakukan untuk melakukan prioritas masalah di dalam setiap dimensi. Didapatkan hasil sebagai berikut :

#### 1. Dimensi *Tangible*

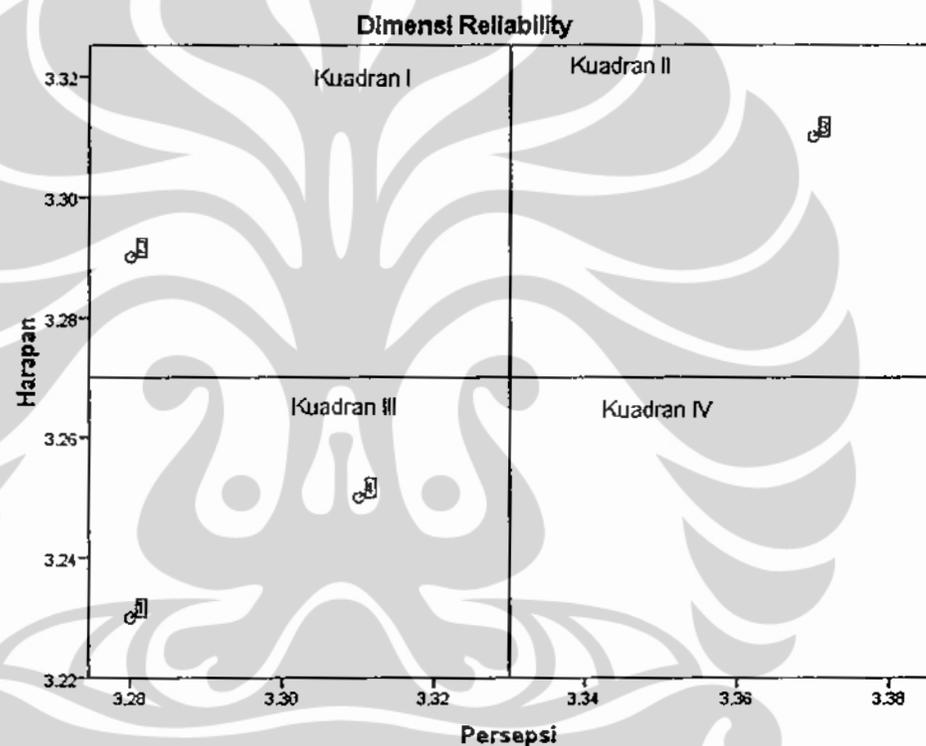


Gambar 6.13 Analisis Kartesius dalam dimensi *tangible*

Dalam gambar 6.13, didapatkan atribut di dalam kuadran II adalah atribut kebersihan ICU dan peralatan di ICU, kebersihan dan kerapian

penampilan perawat di ICU serta atribut kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ICU. Sedangkan di dalam kuadran III didapatkan atribut kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ICU.

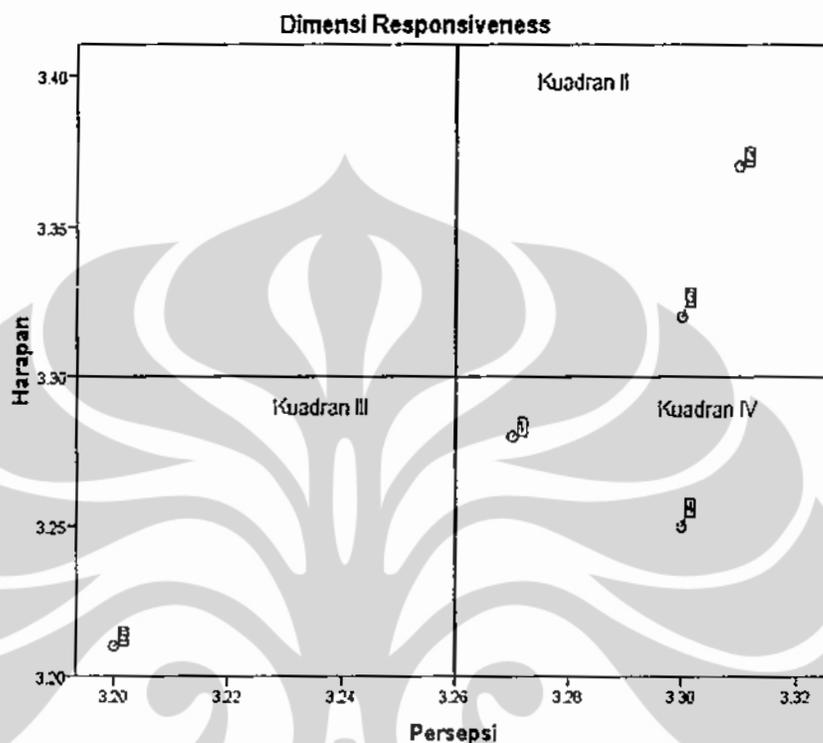
## 2. Dimensi *Reliability*



Gambar 6.14 Analisis Kartesius dalam dimensi *Reliability*

Dalam gambar 6.14, didapatkan atribut di dalam kuadran I adalah atribut penjelasan tindakan oleh perawat di ICU. Di dalam kuadran II didapatkan atribut kesungguhan perawat dalam melaksanakan di ICU.. Di dalam kuadran III didapatkan atribut penjelasan peraturan oleh perawat di ICU dan atribut ketepatan perawat dalam melaksanakan di ICU.

### 3. Dimensi *Responsiveness*



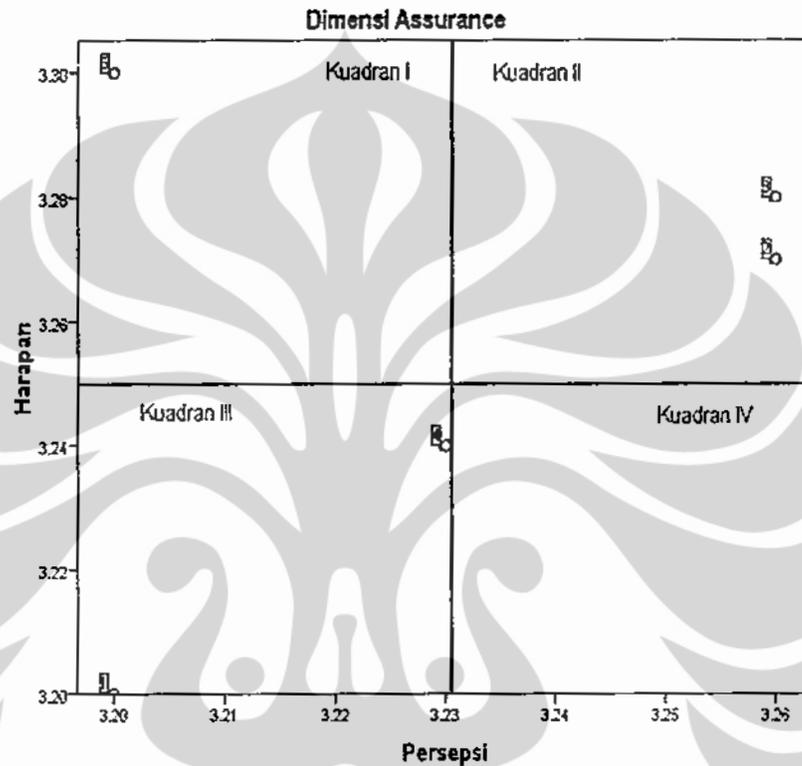
Gambar 6.15 Analisis Kartesius dalam dimensi *Responsiveness*

Dalam gambar 6.15, didapatkan atribut di dalam kuadran II didapatkan atribut keramahan perawat dan tindakan pertolongan kegawatan oleh perawat di ICU. Di dalam kuadran III didapatkan komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ICU. Di dalam kuadran IV didapatkan atribut pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat dan ketanggapan perawat dalam menangani keluhan keluarga pelanggan di ICU.

### 4. Dimensi *Assurance*

Dalam gambar 6.16, didapatkan atribut di dalam kuadran I adalah atribut catatan keperawatan, di dalam kuadran II adalah atribut ketrampilan perawat dan pelayanan yang diberikan oleh perawat di ICU. Di dalam kuadran

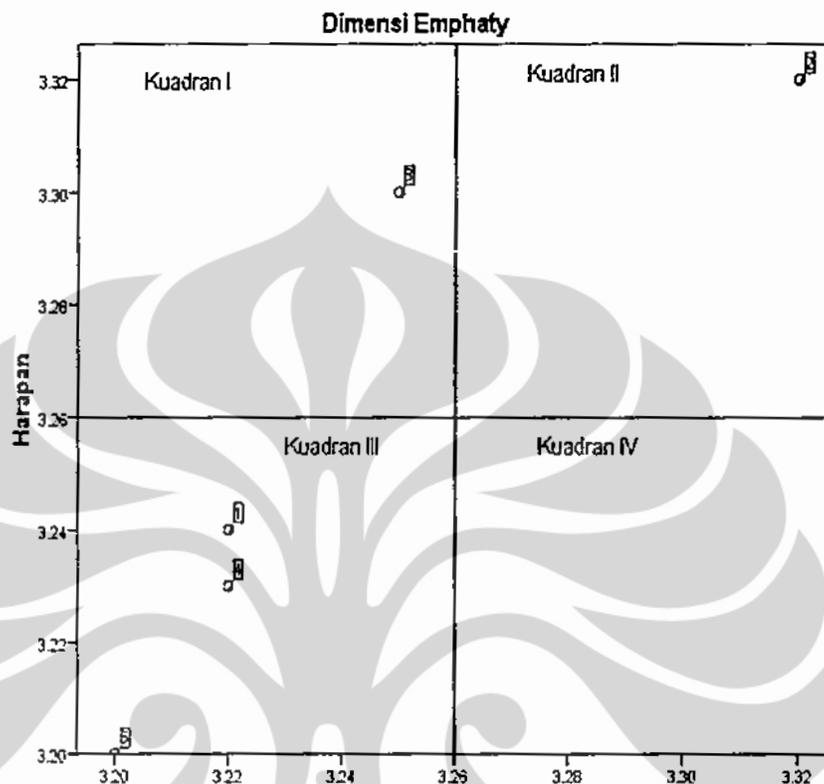
III didapatkan pengetahuan perawat tentang penyakit di ICU dan perasaan aman oleh perawat atas pelayanan di ICU.



Gambar 6.16 Analisis Kartesius dalam dimensi *Assurance*

### 5. Dimensi *Emphaty*

Dalam gambar 6.17, didapatkan atribut di dalam kuadran I adalah atribut kepedulian perawat terhadap keluarga pasien ICU dalam menjalankan ibadah., di dalam kuadran II adalah atribut kepedulian perawat terhadap kondisi pasien di ICU. Di dalam kuadran III didapatkan atribut penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan, dorongan moril yang diberikan oleh perawat terhadap keluarga pelanggan, dan atribut bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi di ICU.



Gambar 6.17 Analisis Kartesius dalam dimensi *Assurance*

### B. “Gap-score” dalam 5 Dimensi Kepuasan

Pada penelitian ini hasil perhitungan “gap-score” antara harapan dan persepsi dengan metode servqual berdasarkan nilai mean didapatkan hasil sebagai berikut :

#### 1. Dimensi *Tangible*

Dari tabel 6.28 terlihat adanya kesenjangan antara jasa yang dipersepsikan keluarga pelanggan lebih rendah (-0,27) dengan jasa yang diharapkan terhadap dimensi tangible maka kualitas jasa dipersepsikan buruk dan tidak memuaskan keluarga pelanggan.

Tabel 6.28 “Gap-score” antara harapan dan persepsi untuk dimensi *Tangible* dengan Metode Servqual berdasarkan mean

No	Atribut	Mean		Gap Score
		Harapan	Persepsi	
1.	Kebersihan ruang perawatan intensif	3,41	3,40	- 0,01
2.	Peralatan di ruang perawatan intensif	3,34	3,29	- 0,05
3.	Kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ruang perawatan intensif	2,96	2,93	- 0,03
4.	Kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ruang perawatan intensif	3,34	3,30	- 0,04
5.	Kebersihan dan kerapihan penampilan perawat di ruang perawatan intensif	3,42	3,34	- 0,08
Dimensi <i>Tangible</i>		<b>16,53</b>	<b>16,26</b>	<b>- 0,27</b>

## 2. Dimensi *Reliability*

Dari tabel 6.29 terlihat adanya kesenjangan antara keseluruhan jasa yang dipersepsikan keluarga pelanggan lebih tinggi (+ 0,17) dengan jasa yang diharapkan terhadap dimensi *reliability* maka kualitas jasa dipersepsikan baik dan memuaskan keluarga pelanggan.

Tabel 6.29 “Gap-score” antara harapan dan persepsi untuk dimensi *Reliability* dengan Metode Servqual berdasarkan mean

No	Atribut	Mean		Gap Score
		Harapan	Persepsi	
1.	Penjelasan peraturan oleh perawat di ruang perawatan intensif	3.23	3.28	+ 0,05
2.	Penjelasan tindakan oleh perawat di ruang perawatan intensif	3.29	3.28	- 0,01
3.	Kesungguhan perawat dalam melaksanakan di ruang perawatan intensif	3.31	3.37	+ 0,06
4.	Ketepatan perawat dalam melaksanakan tindakan ruang perawatan intensif	3.25	3.31	+ 0,06
Dimensi <i>Reliability</i>		<b>13,07</b>	<b>13,24</b>	<b>+ 0,17</b>

### 3. Dimensi *Responsiveness*

Tabel 6.30 “Gap-score” antara harapan dan persepsi untuk dimensi *Responsiveness* dengan Metode Servqual berdasarkan mean

No	Atribut	Mean		Gap Score
		Harapan	Persepsi	
1.	Ketanggapan perawat dalam menangani keluhan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif.	3,28	3,27	- 0,01
2.	Keramahan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif.	3,37	3,31	- 0,06
3.	Tindakan pertolongan dalam melakukan pertolongan kegawatan di ruang perawatan intensif.	3,32	3,30	- 0,02
4.	Pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat di ruang perawatan intensif.	3,25	3,30	+ 0,05
5.	Komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif.	3,21	3,20	- 0,01
Dimensi <i>Responsiveness</i>		16,43	16,38	- 0,05

Dari tabel 6.30 terlihat adanya kesenjangan antara keseluruhan jasa yang dipersepsikan keluarga pelanggan lebih rendah (- 0,05) dengan jasa yang diharapkan terhadap dimensi *responsiveness* maka kualitas jasa dipersepsikan buruk dan mengecewakan keluarga pelanggan.

### 4. Dimensi *Assurance*

Dari tabel 6.31 terlihat adanya kesenjangan antara keseluruhan jasa yang dipersepsikan keluarga pelanggan lebih rendah (- 0,14) dengan jasa yang diharapkan terhadap dimensi *assurance* maka kualitas jasa dipersepsikan buruk dan mengecewakan keluarga pelanggan.

Tabel 6.31 "Gap-score" antara harapan dan persepsi untuk dimensi *Assurances* dengan Metode Servqual berdasarkan mean

No	Atribut	Mean		Gap Score
		Harapan	Persepsi	
1.	Pengetahuan perawat tentang penyakit di ruang perawatan intensif.	3,20	3,20	0
2.	Ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif.	3,27	3,26	- 0,01
3.	Pelayanan yang diberikan oleh perawat di ruang perawatan intensif.	3,28	3,26	- 0,02
4.	Perawat memberikan perasaan aman atas pelayanan di ruang perawatan intensif.	3,24	3,23	- 0,01
5.	Perawat memiliki catatan keperawatan yang lengkap	3,30	3,20	- 0,10
<b>Dimensi Assurance</b>		<b>16,29</b>	<b>16,15</b>	<b>- 0,14</b>

#### 5. Dimensi *Emphaty*

Dari tabel 6.32 terlihat adanya kesenjangan antara keseluruhan jasa yang dipersepsikan keluarga pelanggan lebih rendah (-0,08) dengan jasa yang diharapkan terhadap dimensi *emphaty* maka kualitas keseluruhan jasa dipersepsikan buruk dan mengecewakan keluarga pelanggan.

Tabel 6.32 "Gap-score" antara harapan dan persepsi untuk dimensi *Emphaty* dengan Metode Servqual berdasarkan mean

No	Atribut	Mean		Gap Score
		Harapan	Persepsi	
1.	Penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan	3,24	3,22	- 0,02
2.	Kepedulian perawat terhadap kondisi pasien.	3,32	3,32	0
3.	Kepedulian perawat terhadap keluarga pasien dalam menjalankan ibadah.	3,30	3,25	- 0,05
4.	Dorongan moril yang diberikan oleh perawat terhadap keluarga pelanggan.	3,23	3,22	- 0,01
5.	Bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi .	3,20	3,20	0
<b>Dimensi Emphaty</b>		<b>16,29</b>	<b>16,21</b>	<b>- 0,08</b>

## 6.3.5 Gambaran dan Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi Kepuasan

## Keluarga Pelanggan

A. Dimensi *Tangible*

Tabel 6.33  
Distribusi Frekuensi Harapan & Persepsi  
Dimensi *Tangible* Keluarga Pelanggan ICU

TANGIBLE	Harapan				Persepsi			
	Puas		Tidak Puas		Puas		Tidak Puas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Kebersihan ruang perawatan	121	99.2	1	0.8	121	99.2	1	0.8
Kecukupan peralatan di ruang perawatan	116	95.1	6	4.9	116	95.1	6	4.9
Kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ruang perawatan	99	81.1	23	18.9	100	82	22	18
Kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ruangan perawatan	120	98.4	2	1.6	119	97.5	3	2.5
Kebersihan dan kerapihan penampilan perawat di ruang perawatan	120	98.4	2	1.6	121	99.2	1	0.8

Gambar 6.13 Distribusi Frekuensi Harapan & Persepsi  
Dimensi *Tangible* Keluarga Pelanggan ICU

Hasil tingkat harapan responden terhadap pernyataan dimensi *tangible*, sebanyak 121 orang (99,2%) menyatakan kebersihan ruang perawatan adalah penting. Dari pernyataan pengalaman responden berdasarkan dimensi *tangible*, 121 orang (99,2%) menyatakan kebersihan ruang perawatan serta kebersihan dan kerapihan penampilan perawat di ruang perawatan sesuai dengan persepsi responden.

Didapatkan dari wawancara mendalam, hal-hal yang terkait dengan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif dalam dimensi

*tangible* yaitu sebagai berikut :

*"Terdapat unit sendiri dalam hal kebersihan dan mereka juga bekerja 24 jam sehari disebar di dalam unit-unit. Seperti di ICU ini, terpisah khusus dari ruang unit lainnya seperti misalnya dengan ruangan rawat inap VIP"*

*"Terdapat tim khusus untuk kebersihan, mereka bertanggung jawab untuk ICU selama 24 jam sehari. Jadi apabila memang dibutuhkan sewaktu-waktu, mudah dipanggil."*

*"Ada pengaturan tersendiri untuk tim kebersihan. Diluar tanggung jawab keperawatan".*

*"Kebersihan di dalam dan luar sekeliling ICU merupakan tanggung jawab dari tim kebersihan RS, kalau dibutuhkan di luar jadwal pembersihan ruangan, kami harus mencari mereka sekarang berada dimana, tidak ada yang ditugaskan secara khusus untuk tiap ruangan."*

*"Sudah ada manajemen tersendiri untuk kebersihan, di luar tanggung jawab ICU."*

*"Namun untuk fasilitas bagi keluarga pasien memang tidak disediakan khusus."*

*"Untuk fasilitas dan sarana bagi keluarga pasien disini, seperti WC atau tempat sholat tidak disediakan secara khusus oleh rumah sakit, jadi mereka harus ke mushola atau ke WC umum."*

*"Fasilitas dan sarana di ICU baik di dalam maupun di sekeliling ICU kurang mendukung, dari fasilitas medis, keperawatan maupun fisik masih kurang memadai. Seperti contohnya, dalam hal fasilitas kamar mandi dan tempat mencuci tangan. Di ICU hanya ada 1 wastafel untuk mencuci tangan bagi keluarga pasien dan tenaga medis;/non medis menggunakan bersama-sama. Untuk kamar mandi, hanya ada 1 kamar mandi di dalam ruang bedah. Untuk keluarga pasien mereka harus berjalan jauh ke gedung sebelah karena disini hanya untuk staf. Jadi memang disini tidak terdapat fasilitas dan sarana yang memadai."*

*"Memang jauh dari rasa nyaman, terutama bila dibandingkan dengan RS lainnya terutama RS Swasta. Namun memang begini adanya."*

## B. Dimensi Reliability

Tabel 6.34 Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi  
Dimensi *Reliability* Keluarga Pelanggan ICU

RELIABILITY	Harapan				Persepsi			
	Puas		Tidak Puas		Puas		Tidak Puas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Penjelasan perawat tentang peraturan di ICU	117	95.9	5	4.1	120	98.4	2	1.6
Penjelasan perawat tentang tindakan yang dilakukan	119	97.5	3	2.5	119	97.5	3	2.5
Kesungguhan perawat dalam melaksanakan tindakan	117	95.9	5	4.1	122	100	0	0
Ketepatan dalam melaksanakan tindakan keperawatan	119	97.5	3	2.5	119	97.5	3	2.5

Hasil tingkat harapan responden terhadap pernyataan dimensi *reliability*, sebanyak 119 orang (97,5%) menyatakan penjelasan perawat tentang tindakan yang dilakukan serta ketepatan dalam melaksanakan tindakan keperawatan adalah penting. Dari pernyataan pengalaman responden berdasarkan dimensi *reliability*, 122 orang (100%) menyatakan kesungguhan perawat dalam melaksanakan tindakan telah sesuai dengan persepsi responden.

Didapatkan dari wawancara mendalam, hal-hal yang terkait dengan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif dalam dimensi *realibility* yaitu sebagai berikut :

*“Ketrampilan yang dimiliki telah cukup memuaskan, sesuai dengan standar yang diberikan.”*

*“Ketrampilan yang sekarang cukup, namun tetap harus dilanjutkan dengan pelatihan-pelatihan atau seminar lanjutan mengenai keperawatan ICU.”*

*“Ketrampilannya merata antara perawat karena pembaharuan ilmu dan ketrampilan selalu dilakukan bersama sehingga tingkat ketrampilan di dalam ICU sangat baik dan merata”*

*“Ketrampilan tenaga keperawatan disini merata dan memiliki klasifikasi khusus. Namun sebagai proses pengembangan diri tetap dibutuhkan suatu pelatihan-pelatihan maupun seminar agar dapat tetap berkembang dan maju.”*

*“Ketrampilan keperawatan disini sudah baik. Rata-rata perawat disini telah bersertifikasi untuk ICU.”*

### C. Dimensi Responsiveness

Tabel 6.35 Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi Dimensi Responsiveness Keluarga Pelanggan ICU

RESPONSIVENESS	Harapan				Persepsi			
	Puas		Tidak Puas		Puas		Tidak Puas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ketanggapan perawat dalam menangani keluhan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif.	119	97.5	3	2.5	117	95.9	5	4.1
Keramahan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif.	120	98.4	98.4	1.6	119	97.5	3	2.5
Tindakan pertolongan dalam melakukan pertolongan kegawatan di ruang perawatan intensif.	116	95.1	6	4.9	119	97.5	3	2.5
Pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat di ruang perawatan intensif.	117	95.9	5	4.1	119	97.5	3	2.5
Komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ruang perawatan intensif.	118	96.7	4	3.3	116	95.1	6	4.9

Hasil tingkat harapan responden terhadap pernyataan dimensi *responsiveness*, sebanyak 119 orang (97,5%) keramahan perawat dalam

memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif adalah penting. Dari pernyataan pengalaman responden berdasarkan dimensi *responsiveness*, 119 orang (97,5%) menyatakan keramahan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif, tindakan pertolongan dalam melakukan pertolongan kegawatan di ruang perawatan intensif, serta Pemantauan ketat terhadap pasien oleh perawat di ruang perawatan intensif telah sesuai dengan persepsi responden.

Didapatkan dari wawancara mendalam, hal-hal yang terkait dengan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif dalam dimensi *responsiveness* yaitu sebagai berikut :

*“Masalah komunikasi yang seringkali terjadi, namun bukan menjadi suatu hambatan utama dalam pelaksanaan pekerjaan sehari-hari. Kami tetap dapat memenuhi apa keinginan pasien dan keluarga pasien..”*

*“Keluhan dari keluarga pasien yang paling sering terjadi karena ada masalah dalam komunikasi, kesalah pahaman yang terjadi sebenarnya dapat diselesaikan dengan baik apabila terdapat komunikasi yang baik dari kedua belah pihak.”*

*“Masalah komunikasi seringkali terjadi antara keluarga pasien dengan rumah sakit (ICU) sehingga terjadinya keluhan. Namun bila terjalin komunikasi yang terbuka dan baik, keluhan-keluhan yang terjadi pastilah tidak akan timbul kembali.”*

*“Tidak sering namun masalah komunikasi memang sering terjadi karena di ICU merupakan tempat penuh dengan tingkat stress yang tinggi.”*

D. Dimensi *Assurance*Tabel 6.36 Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi  
Dimensi *Assurance* Keluarga Pelanggan ICU

ASSURANCE	Harapan				Persepsi			
	Puas		Tidak Puas		Puas		Tidak Puas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pengetahuan perawat tentang penyakit di ruang perawatan intensif.	116	95.1	6	4.9	116	95.1	6	4.9
Ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif.	121	99.2	1	0.8	119	97.5	3	2.5
Pelayanan yang diberikan oleh perawat di ruang perawatan intensif.	120	98.4	2	1.6	119	97.5	3	2.5
Perawat memberikan perasaan aman atas pelayanan di ruang perawatan intensif.	118	96.7	4	3.3	118	96.7	4	3.3
Perawat memiliki catatan keperawatan yang lengkap	120	98.4	2	1.6	118	96.7	4	3.3

Hasil tingkat harapan responden terhadap pernyataan dimensi *assurance*, sebanyak 121 orang (99,2%) ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif adalah penting. Dari pernyataan pengalaman responden berdasarkan dimensi *assurance*, 119 orang (97,5%) menyatakan ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan di ruang perawatan intensif dan pelayanan yang diberikan oleh perawat di ruang perawatan intensif telah sesuai dengan persepsi responden.

Didapatkan dari wawancara mendalam, hal-hal yang terkait dengan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif dalam dimensi

*assurance* yaitu sebagai berikut :

*“Menurut saya puas, karena selain keluhan yang disampaikan seringkali kami mendapat pujian dan ucapan terima kasih dari keluarga pelanggan dan bisa dilihat dari jumlah permintaan akan keperawatan ICU disini.”*

*“Puas dan yakin, setelah mereka mengenal perawat-perawat di ICU, mereka bisa memberikan penilaian sendiri. Dan hal ini dapat memberikan penilaian tersendiri dan mereka menyatakan puas.”*

*“Tampaknya puas-puas saja karena jarang sekali ada keluhan mengenai kedua hal tersebut.”*

*“Saya merasa mereka puas akan kemampuan kami, karena seringkali keluarga pasien menolak untuk dipindahkan ke ruangan inap biasa ketika pasien sudah dalam keadaan stabil.”*

*“Menurut saya puas, karena komplain dari pasien dan keluarga pasien sangatlah jarang.”*

#### E. Dimensi *Emphaty*

Tabel 6.37 Distribusi Frekuensi Harapan dan Persepsi Dimensi *Responsiveness* Keluarga Pelanggan ICU

EMPHATY	Harapan				Persepsi			
	Puas		Tidak Puas		Puas		Tidak Puas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan	121	99.2	1	0.8	120	98.4	2	1.6
Kepedulian perawat terhadap kondisi pasien.	117	95.9	5	4.1	119	97.5	3	2.5
Kepedulian perawat terhadap keluarga pasien dalam menjalankan ibadah.	118	96.7	4	3.3	117	95.9	5	4.1
Dorongan moril yang diberikan oleh perawat terhadap keluarga pelanggan.	117	95.9	5	4.1	117	95.9	5	4.1
Bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi .	117	95.9	5	4.1	116	95.1	6	4.9

Hasil tingkat harapan responden terhadap pernyataan dimensi *emphaty*, sebanyak 121 orang (99,2%) penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan adalah penting. Dari pernyataan pengalaman responden berdasarkan dimensi *emphaty*, 120 orang (98,4%) menyatakan penghargaan perawat akan privasi terhadap keluarga pelanggan telah sesuai dengan persepsi responden.

Didapatkan dari wawancara mendalam, hal-hal yang terkait dengan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif dalam dimensi *emphaty* yaitu sebagai berikut :

*"Setiap tahunnya diadakan evaluasi mengenai keperawatan (menyeluruh) dan selalu dikatakan perawat itu judes dan tidak ramah. Namun di ICU kami berusaha menimbulkan suasana kekeluargaan antara staf ICU dengan keluarga pasien sehingga kami dapat berempati terhadap pasien dan keluarga pasien."*

*"Jarang sekali keluhan dalam hal ini."*

*"Mungkin di awal-awal masa rawat akan terdapat keluhan seperti itu, namun setelah mengenal lebih jauh, keakraban lebih terjalin"*

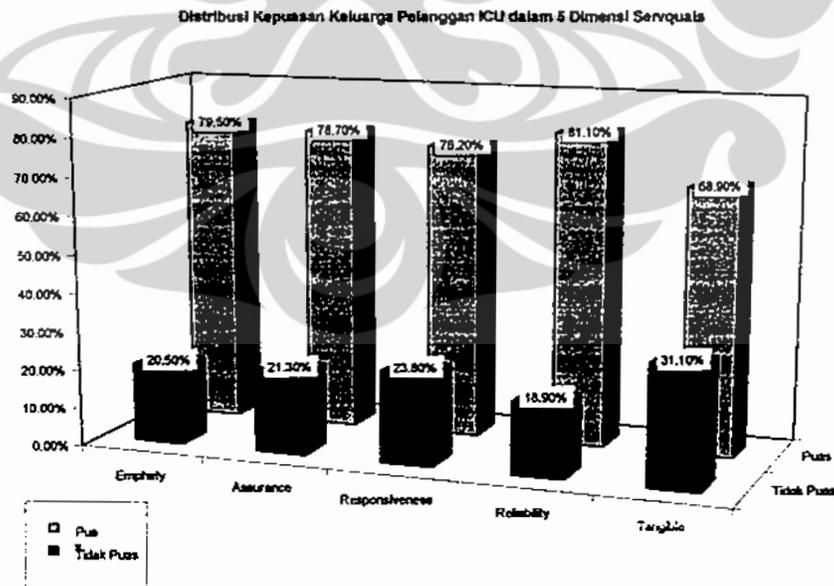
*"Tidak ada keluhan yah mengenai tindakan tenaga medis dan paramedis yang tidak ramah dan sopan selama saya bekerja disini."*

Tabel 6.38  
Distribusi Frekuensi Kepuasan Keluarga Pelanggan ICU  
Berdasarkan Dimensi Kepuasan

	Puas		Tidak Puas		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>TANGGIBLE</b>	84	68.90	38	31.10	122	100
<b>RELIABILITY</b>	99	81.10	23	18.90	122	100
<b>RESPONSIVENESS</b>	93	76.20	29	23.80	122	100
<b>ASSURANCE</b>	96	78.70	26	21.30	122	100
<b>EMPHATY</b>	97	79.50	25	20.50	122	100
<b>TOTAL KEPUASAN</b>	76	62.3	46	37.7	122	100

Dalam tabel 6.38 terlihat adanya gambaran kepuasan tertinggi di dalam dimensi *reliability* dengan jumlah responden yaitu sebanyak 99 orang (81,10%) sedangkan kepuasan terendah di dalam dimensi *tangible* dengan jumlah responden yaitu sebanyak 84 orang (68,90%), dapat terlihat distribusi kepuasan keluarga pelanggan di dalam gambar 6.18

Gambar 6.18 Distribusi Keluarga Pelanggan ICU



Tabel 6.39  
Gambaran Dimensi Kepuasan Keluarga Pelanggan ICU

	<b>Tangibles</b>	<b>Reliability</b>	<b>Responsiveness</b>	<b>Assurance</b>	<b>Emphaty</b>
Mean	1,69	1,81	1,76	1,79	1,80
SE of Mean	0,042	0,036	0,039	0,037	0,037
Median	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
SD	0,465	0,393	0,427	0,411	0,405
Minimum	1	1	1	1	1
Maximum	2	2	2	2	2

#### 6.4 Analisis Multivariat Dimensi *Service Quality*

Untuk memperoleh jawaban tentang faktor-faktor dimensi kualitas pelayanan (*tangibles, realibility, responsiveness, assurance dan emphaty*) terhadap kepuasan keluarga pelanggan maka perlu dilakukan analisis multivariat. Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat (kepuasan keluarga pelanggan). Analisis dilakukan dengan **regresi logistik**.

Pemilihan variabel kandidat untuk multivariat dengan dasar pemilihan adalah nilai  $p$  pada uji bivariat  $\leq 0,25$ . Nilai tersebut digunakan karena nilai  $p$  yang lazim (0,05) sukar untuk dapat mengikutsertakan variabel yang dianggap penting. Kriteria lain adalah variabel secara substansi yang dianggap penting. Tahapan analisis multivariat meliputi : Pemilihan variabel kandidat multivariat, pembuatan model dan analisis interaksi.

### 1. Variabel kandidat multivariat

Pada penelitian ini kelima variabel dimensi kualitas pelayanan berhubungan dengan variabel kepuasan keluarga pelanggan yaitu *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphathy*. Untuk membuat model multivariat kelima variabel tersebut terlebih dahulu dilakukan analisa bivariat dengan variabel kepuasan keluarga pelanggan. Variabel yang pada saat dilakukan uji G (*ratio log-likelihood*) memiliki nilai  $p \leq 0,25$ .

Tabel 6.40  
Hasil analisis bivariat antara variabel independen dan  
kepuasan keluarga pelanggan

No	Variabel	-2 log likelihood	G	P value
1	Tangibles	101,981	59,694	0,000
2	Reliability	142,015	19,660	0,000
3	Responsiveness	128,419	33,255	0,000
4	Assurance	153,895	7,780	0,000
5	Emphaty	142,283	19,391	0,000

Dari analisis bivariat antara variabel independent dengan kepuasan keluarga pelanggan ternyata kelima variabel bernilai  $p < 0,25$ .

### 2. Pembuatan model

Dalam pemodelan ini semua variabel kandidat dimasukkan secara bersama dengan mempertimbangkan nilai signifikan *ratio log-likelihood* ( $p \leq 0,05$ ) dan nilai signifikan *p-wald* ( $p \leq 0,05$ ). Pemilihan model

dilakukan secara hirarki dengan cara menguji semua variabel independen yang telah lolos seleksi dimasukkan kedalam model, kemudian variabel yang nilai p-wald nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan dimulai dari p-waldnya yang terbesar.

Hasil analisis model pertama hubungan kelima variabel independen dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 6.41  
Hasil pengujian multivariat variabel independen dengan dependen

No.	Variabel	B	P-wald	OR
1	<b>Tangibles</b>	3,159	0,000	23,554
2	Reliability	1,527	0,078	4,603
3	Responsiveness	2,559	0,001	12,923
4	Assurance	1,209	0,122	3,349
5	Emphaty	2,255	0,003	9,540

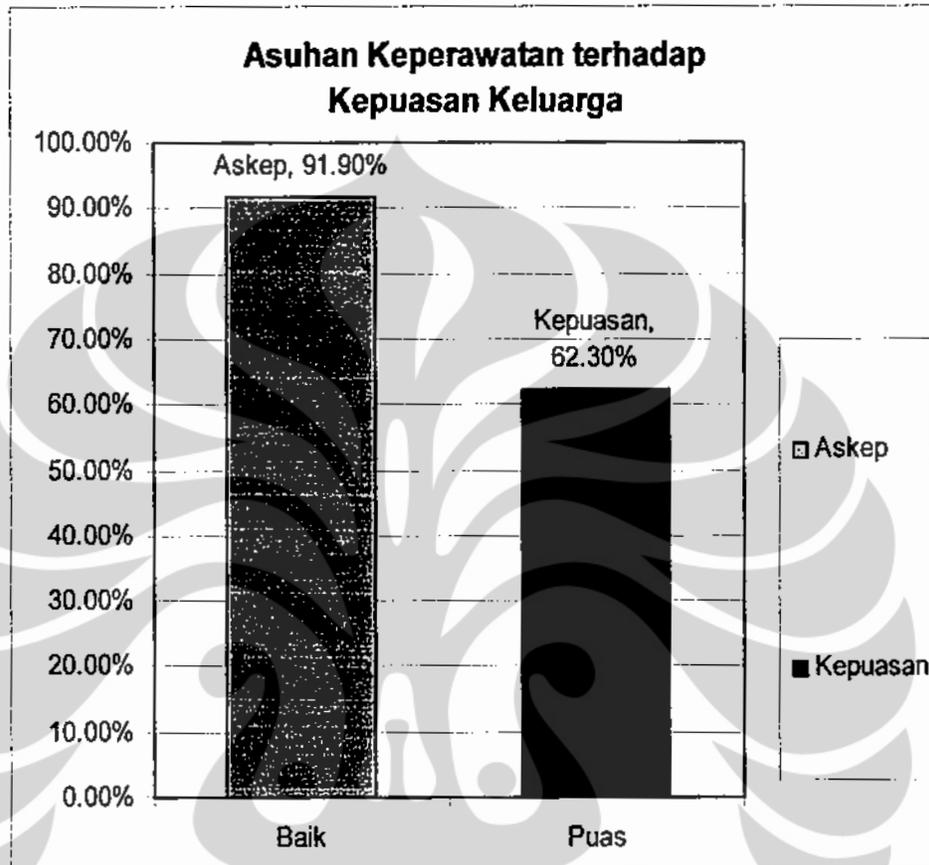
kepuasan keluarga pelanggan. Setelah dilakukan uji interaksi terlihat adanya interaksi, selanjutnya kita lihat dari nilai *Odds Rationya* maka dari keseluruhan proses analisis yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa dari 5 variabel yang diduga berhubungan dengan kepuasan keluarga pelanggan ternyata dapat dikatakan **hanya variabel *Tangibles* merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan kepuasan keluarga pelanggan.**

## 6.5 Hubungan Tidak Langsung antara Asuhan Keperawatan terhadap Kepuasan Keluarga Pelanggan

Dalam mencari hubungan antara pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kepuasan keluarga pelanggan di ICU, dibandingkan antara tingkat pelaksanaan asuhan keperawatan dengan tingkat kepuasan total keluarga pelanggan. Dimana pelaksanaan asuhan keperawatan menggunakan nilai pelaksanaan di dalam proses pengkajian, diagnosa, rencana, tindakan dan evaluasi. Sedangkan penilaian kepuasan keluarga pelanggan merupakan nilai kepuasan total keluarga pelanggan dalam 5 dimensi yaitu *tangibles*, *reliability*, *responsiveness*, *assurance* dan *emphaty*. Penilaian menggunakan skor penilaian likert ( antara nilai 1 sampai dengan nilai 4) baik dalam penilaian asuhan keperawatan dan kepuasan keluarga pelanggan, maka didapatkan gambaran hubungan keterkaitan tidak langsung antara 2 variabel tersebut, seperti yang terlihat dalam gambar 6.19.

Dalam hal ini, terlihat di antara tingkat kepuasan keluarga pelanggan dan tingkat pelaksanaan asuhan keperawatan suatu selisih. Dengan tingkat kepuasan total keluarga pelanggan di unit perawatan intensif yang didapatkan dari nilaisebesar 62,30% berbanding dengan tingkat pelaksanaan asuhan keperawatan dengan nilai 91,90% maka didapatkan adanya perbedaan sebesar 29,20% di antara kedua nilai tersebut. Perbedaan tersebut berkaitan dengan faktor-faktor lain dalam pelayanan keperawatan seperti tenaga medis, tenaga non-medis dan lain-lain.

Gambar 6.19 Hubungan Kertekaitan Asuhan Keperawatan dengan Kepuasan Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif



## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

Dalam penelitian ini, dilakukan korelasi untuk menentukan tingkat kemaknaan atau signifikansi hubungan variabel-variabel yang berbeda dalam suatu populasi dan menentukan seberapa besar korelasi antar variabel yang diteliti. Data kuantitatif yang sudah terkumpul diperkuat dengan data analisis dari wawancara mendalam kemudian membandingkan hasil penelitian dengan teori kepustakaan serta riset yang telah dilakukan sebelumnya.

#### **7.1. Kendala Penelitian**

Kendala yang dihadapi peneliti adalah lokasi penelitian yang sangat luas sehingga membutuhkan suatu upaya yang luar biasa dalam menyusun data kuantitatif dalam penelitian ini, bersama-sama dengan tim Subdiv Keperawatan Departemen Kesehatan RI. Kesulitan dalam upaya mendapatkan data kualitatif adalah mengatur waktu yang sesuai kepada seluruh informan dalam wawancara mendalam sehingga peneliti harus menunggu jadwal yang tepat di tengah-tengah kepadatan jadwal dan kesibukan informan. Namun hal ini dapat dipahami berdasarkan kesibukan tugas sehari-hari para informan di rumah sakit masing-masing sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Selain itu, peneliti menghadapi kesulitan lainnya dalam hal literatur yang terbatas mengenai teori-teori yang terkait dengan topik penelitian dimana sumber kepustakaan di Indonesia masih

terbatas sehingga peneliti juga menggunakan sumber kepustakaan yang berasal dari luar negeri.

## 7.2. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini peneliti memiliki beberapa keterbatasan antara lain :

1. Dalam kuesioner asuhan keperawatan dibutuhkan kejujuran dan kedisiplinan dari responden akan pertanyaan yang diajukan dalam penilaian sehari-hari tindakan asuhan keperawatan. Dan kuesioner untuk menilai kepuasan keluarga pelanggan dikembangkan dengan mengambil model kuesioner *Service Quality* dimana jawaban responden sangat dipengaruhi oleh nilai subyektifitas yang dapat dipengaruhi keadaan responden akan pengalaman pada waktu lampau sehingga keakuratan data sangat tergantung pada kemampuan responden menilai secara obyektif atas subyek yang dipertanyakan.
2. Kemampuan pembuatan instrument dan analisis dari peneliti, dimana peneliti belum mempunyai pengalaman sama sekali dalam hal penelitian. Selain itu juga keterbatasan kemampuan sumber daya dalam pengumpulan data yaitu tenaga, waktu dan lain-lain.
3. Untuk mendapatkan data kualitatif, dilakukan proses wawancara mendalam dimana peneliti tidak memiliki pengalaman dalam melakukan hal ini sehingga tidak didapatkan hasil yang maksimal. Dan juga karena adanya keterbatasan waktu dan tempat, sehingga informan dalam

wawancara ini hanya dilakukan kepada Kepala Instalasi Unit Perawatan Intensif (ICU), Kepala Ruangan ICU dan seorang perawat pelaksana senior ICU di 2 (dua) rumah sakit di DKI Jakarta, yaitu RSUD Pasar Rebo dan RSUD Tarakan.

4. Dalam penelitian ini tidak dilakukan observasi untuk menilai hubungan asuhan keperawatan dengan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif. Namun dengan melakukan penelitian dalam mengumpulkan data kuantitatif berupa kuesioner kepada responden serta dilakukan wawancara mendalam kepada informan untuk mendapatkan data kualitatif. Hal ini dianggap cukup untuk mendapat kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif (ICU).
5. Pada penelitian ini tidak dilakukan analisis data berdasarkan tipe rumah sakit, tipe ICU dan status rumah sakit pendidikan atau rumah sakit non pendidikan.

### **7.3 Analisis Asuhan Keperawatan**

#### **7.3.1 Karakteristik perawat pelaksana**

Didapatkan dari analisis bivariat, didapatkan pelaksanaan asuhan keperawatan tidak dipengaruhi oleh usia dari perawat pelaksana di unit perawatan intensif. Didukung dari wawancara mendalam, didapatkan informasi bahwa bukan usia yang menentukan pelaksanaan dari asuhan keperawatan.

Didapatkan dari analisis bivariat, baik perawat laki-laki dan perempuan mengaku telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik. Hal ini

menunjukkan pelaksanaan asuhan keperawatan tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin dari perawat pelaksana di unit perawatan intensif. Dari hasil wawancara mendalam, seluruh informan menyatakan jenis kelamin tidak menentukan dari pelaksanaan asuhan keperawatan, baik perawat laki-laki dan perawat perempuan melaksanakan asuhan keperawatan sama baiknya. Hal ini sesuai dengan pernyataan Siagian (1995) bahwa laki-laki dan perempuan memerlukan perhatian yang wajar dalam perlakuan sesuai dengan kelebihan dan kekurangannya masing-masing. Sedangkan Robbin S (1996) mengemukakan bahwa tidak ada beda yang bermakna dalam produktifitas pekerjaan antara laki-laki dan perempuan.

Dalam hubungan dengan pendidikan didapatkan dari analisis bivariat, baik perawat berpendidikan tinggi dan berpendidikan rendah mengaku telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik. Hal ini menunjukkan pelaksanaan asuhan keperawatan tidak dipengaruhi oleh pendidikan dari perawat pelaksana di unit perawatan intensif. Namun dalam wawancara mendalam didapatkan informasi berupa pendidikan merupakan faktor penting dalam pelaksanaan asuhan keperawatan namun dikarenakan adanya keterbatasan dana dalam pelatihan dan pendidikan sehingga pengembangan pendidikan ataupun pelatihan menjadi terhambat. Hal ini sesuai dengan pernyataan Siagian (1995) bahwa belajar adalah proses yang berlangsung seumur hidup dan tidak terbatas pada pendidikan formal. Salah satu bentuk nyata dari telah proses belajarnya seseorang adalah perubahan persepsi, kemauan, tingkah laku dan bentuk perilaku individu lainnya. Sehingga dapat diasumsikan, pendidikan merupakan faktor yang

dapat mempengaruhi dari kinerja perawat namun bukan hanya pendidikan formal saja yang dibutuhkan juga dibutuhkan pendidikan non-formal.

Dalam hubungan lama bekerja di unit perawatan intensif dengan asuhan keperawatan didapatkan dari analisis bivariat, baik perawat yang telah bekerja lama dan bekerja tidak lama di unit perawatan intensif mengaku telah melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik. Hal ini menunjukkan pelaksanaan asuhan keperawatan tidak dipengaruhi oleh lama kerja dari perawat pelaksana di unit perawatan intensif. Menurut informan dalam wawancara mendalam, lama kerja di ICU tidak menentukan dari pelaksanaan asuhan keperawatan.

### 7.3.2 Proses Asuhan Keperawatan

#### i. Pengkajian Keperawatan

Di dalam proses pengkajian keperawatan, didapatkan atribut perawat memberikan kesempatan kepada pasien/keluarga untuk mengungkapkan keluhan dan menanggapi dengan sabar merupakan atribut yang paling baik dilaksanakan di antara atribut lainnya. Sedangkan atribut yang paling tidak baik dalam pelaksanaannya adalah perawat memberikan salam dan memperkenalkan diri terhadap pasien/keluarga.

Hal ini didukung dari informasi melalui wawancara mendalam, dikatakan bahwa proses pengkajian selalu dilakukan di awal kerja. Sesuai dengan teori dari Craven (2000) pengkajian adalah suatu kegiatan untuk mengumpulkan informasi dan data dasar pasien dimulai ketika pasien

masuk ke rumah sakit dan dilakukan secara kontinu sampai pasien dinyatakan pulang, sehingga dalam proses pengkajian perawat akan didapatkan informasi baru mengenai keadaan pasien/keluarga pasien yang dapat dimanfaatkan sebagai informasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara kontinu.

## ii. Diagnosa Keperawatan

Di dalam proses diagnosa keperawatan, didapatkan atribut perawat memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga membicarakan penyebab yang dialami pasien sesuai masalah keperawatannya merupakan atribut yang paling baik dilaksanakan di antara atribut lainnya.

Hal ini didukung dari informasi melalui wawancara mendalam, dikatakan bahwa proses diagnosa keperawatan telah dilakukan dengan baik, dimana keluarga pasien sering dilibatkan di dalam diskusi namun tetap di dalam batas wewenang keperawatan. Sesuai dengan teori dari Craven (2000), diagnosa keperawatan adalah penilaian secara klinik akan masalah kesehatan yang aktual dan potensial dimana akan memberikan acuan dalam pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang merupakan tanggungjawab perawat sehingga dalam proses diagnosa perawat akan menilai secara klinis tindak lanjut keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien dan mampu memberikan informasi dalam hal diagnosa kepada keluarga pelanggan.

### iii. Rencana Keperawatan

Di dalam proses rencana keperawatan, didapatkan atribut perawat selalu menanggapi respon pasien/keluarga terhadap rencana tindakan yang akan dilakukan merupakan atribut yang paling baik dilaksanakan di antara atribut lainnya.

Hal ini didukung dari informasi melalui wawancara mendalam, dikatakan bahwa proses rencana keperawatan telah dilakukan dengan baik, dimana perawat bersifat terbuka dan informatif terhadap rencana keperawatan yang akan dilakukan. Hal ini sejalan dengan tujuan dari tahap perencanaan ini adalah memberikan suatu kesempatan bagi perawat, pasien, keluarga dan orang terdekat untuk mengatasi masalah-masalahnya serta mengkomunikasikan rencana tindakan tersebut kepada pasien (Allen, 1991)

### iv. Tindakan Keperawatan

Di dalam proses tindakan keperawatan, didapatkan atribut perawat selalu menyiapkan semua kebutuhan yang akan berhubungan dengan tindakan keperawatan yang akan dilakukan dan perawat selalu memberikan penjelasan bila diperlukan suatu '*inform concern*' dalam melakukan suatu tindakan. merupakan atribut yang paling baik dilaksanakan di antara atribut lainnya.

Melalui informasi yang diperoleh melalui wawancara mendalam dikatakan bahwa proses tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan asuhan keperawatan dan terdapat penyesuaian individual dengan kondisi

pasien yang berbeda-beda dan membuat catatan-catatan tambahan dalam asuhan keperawatan tersebut. Sesuai dengan teori dari Craven (2000), kegiatan-kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah melakukan tindakan mandiri sesuai dengan standar keperawatan, melakukan tindakan kolaboratif bila perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lain dalam membuat keputusan terhadap masalah-masalah pasien, menjelaskan tindakan yang diberikan serta mencatat dan mengkomunikasikan status kesehatan dan respon pasien terhadap tindakan.

#### v. Evaluasi Keperawatan

Di dalam proses evaluasi keperawatan, didapatkan atribut perawat selalu mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan dan selalu mengevaluasi kondisi pasien dari hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan merupakan atribut yang paling baik dilaksanakan di antara atribut lainnya.

Hal ini didukung dari informasi melalui wawancara mendalam, dikatakan bahwa proses evaluasi keperawatan telah dilakukan dengan baik, dimana proses evaluasi dilaksanakan secara berkala dan dimonitor secara berjenjang sehingga akan dapat memperoleh hasil yang optimal. Sesuai dengan tujuan dari proses evaluasi keperawatan adalah mengumpulkan data subyektif dan obyektif untuk menilai asuhan keperawatan yang sudah diberikan, menilai respon perilaku pasien terhadap intervensi keperawatan, membandingkan perilaku dengan kriteria hasil, menilai tujuan yang telah ditetapkan, menilai keterlibatan kerjasama

dengan pasien dan keluarga, perawat dan tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam mengambil keputusan, sebagai dasar dalam upaya merivisi rencana keperawatan dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang sudah diberikan dan akibatnya terhadap peningkatan status kesehatan pasien (Alfaro-Lefevre, 1988, Yura&Walsh dalam Craven, 2000).

Di dalam proses asuhan keperawatan, didapatkan gambaran frekuensi dimana dalam seluruh proses asuhan keperawatan dimana proses rencana merupakan proses yang dilakukan paling baik diantara proses asuhan keperawatan lainnya dan didapatkan proses tindakan yang memiliki nilai paling besar dalam proses keperawatan yang dilakukan tidak baik. Hal ini didukung oleh informasi wawancara mendalam, dikatakan perawat selalu bersifat informatif atas rencana tindakan yang akan dilakukan sehingga proses rencana keperawatan dilakukan sangat baik sedangkan dalam proses tindakan keperawatan memiliki nilai terbesar yang dilakukan tidak baik dikarenakan proses tindakan di ICU diberikan haruslah disesuaikan dengan kondisi pasien.

## **7.4 Kepuasan Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif**

### **7.4.1 Analisis karakteristik keluarga pelanggan**

Penelitian ini mencakup 122 (seratus duapuluh dua) orang responden yang merupakan keluarga pasien dari unit perawatan intensif 18 Rumah Sakit pada 9 Propinsi di Indonesia.

Responden terbanyak dalam karakteristik keluarga pelanggan adalah berusia  $\geq 25$  tahun. Hal tersebut dikarenakan responden yang berusia lebih tua mempunyai pengharapan yang tinggi terhadap suatu bentuk pelayanan dan responden yang lebih tua cenderung lebih dewasa pemikirannya dibanding usia muda sejalan dengan penelitian Tri Noviati (2004) yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo. Dan melalui analisis bivariat, tidak didapatkan hubungan antara umur dengan kepuasan keluarga pelanggan di ICU. Dalam penelitian Yani (1999) yang dikutip dalam penelitian Rahmi (2003) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kepuasan pasien yang mana diasumsikan adanya jumlah sample sampel yang digunakan terlalu sedikit (133 orang) sedangkan pada penelitian ini menggunakan 122 orang.

Pendidikan responden sebagian besar  $\geq$  SMA diasumsikan bahwa keluarga pelanggan cukup mampu untuk menilai mutu pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit dan mampu bersikap lebih kritis. Sejalan dengan penelitian Rahmi (2003) dimana responden sebagian besar berpendidikan  $\geq$  SMA, hal ini disebabkan karena responden sangat memahami dan memiliki kesadaran akan arti hidup sehat dan sembuh dari sakit lebih tinggi dibandingkan dengan responden yang memiliki tingkat pendidikan  $\leq$  SMP begitu pula dikatakan dalam penelitian Tri Noviati (2004). Dalam penelitian Anah Sasmita (2001) dikatakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin besar keinginan dan harapannya dan semakin tinggi pendidikannya diasosiasikan dengan tingkat kepuasan yang

rendah. Namun hal ini tidak didapatkan hubungan yang signifikan di dalam penelitian ini sehingga perlu ditelaah lebih lanjut.

Berdasarkan hasil distribusi jenis kelamin diketahui bahwa sebagian besar responden adalah perempuan, dimana responden lebih banyak perempuan hal ini diasumsikan perempuan lebih memiliki waktu luang dibandingkan dengan laki-laki dikarenakan lebih banyak wanita yang tidak bekerja ataupun memiliki waktu kerja yang lebih fleksibel dibandingkan dengan laki-laki. Melalui analisis bivariat antara jenis kelamin dengan kepuasan keluarga pelanggan ICU tidak didapatkan nilai signifikan. Hal ini juga dinyatakan dalam penelitian Krisnanda (2001) yang mengutip pada pelayanan kesehatan secara umum di Amerika menurut Dhoyce – MQ dan Maitra (1996) tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kepuasan pengguna jasa. Dalam penelitian Yarsi W. (1996) dikutip dari penelitian Tri Noviati (2004) disebabkan wanita secara umum lebih emosional.

Sedangkan berdasarkan pekerjaan, responden pada penelitian ini umumnya lebih banyak yang bekerja dibandingkan dengan yang tidak bekerja. Melalui analisis bivariat, tidak ditemukan hubungan antara pekerjaan dengan kepuasan keluarga pelanggan, hal ini sesuai dengan penelitian Emilia A (1993) tidak diketemukannya hubungan antara pekerjaan dengan kepuasan pelanggan.

Sesuai dengan cara pembayaran, menurut Hay dalam Tri Noviati (2004) menyebutkan pasien dengan tingkat ekonomi yang tinggi berkorelasi negatif dengan tingkat kepuasan. Pasien yang mempunyai tingkat ekonomi yang lebih baik memiliki tuntutan terhadap layanan yang lebih baik dan tingkat harapannya

terhadap pelayanan yang diberikan juga tinggi sehingga mereka cenderung tidak puas terhadap layanan kesehatan yang didapat.

Dalam penelitian ini didapatkan tidak ada hubungan antara karakteristik dengan kepuasan keluarga pelanggan. Penelitian ini juga dikuatkan hasil penelitian Emilia, A. (1993) yang hasilnya menyatakan tidak ada hubungan karakteristik pelanggan dengan kepuasan pelanggan.

#### 7.4.2 Analisis Kepuasan melalui Dimensi SERVQUAL

Dalam analisis kepuasan dimensi servqual berikut ini akan digunakan analisis Kartesius dan penilaiin "Gap-score". Arti dari kepuasan pelanggan menurut Pascoe (1995) dalam Krowinski & Steiber (1996) adalah perbedaan nilai harapan pelanggan dengan persepsi yang diterima. Sedangkan menurut Kotler (1995) kepuasan adalah tingkat yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil dari perbandingan antara penampilan atau hasil produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang terhadap penampilan atau hasil produk tersebut. Jika persepsi melebihi atau sesuai dengan harapan maka pelanggan itu puas, sedangkan jika persepsinya tidak mencukupi harapan maka pelanggan itu tidak puas.

##### A. Dimensi *Tangible*

Di dalam dimensi *tangible*, kepuasan keluarga pelanggan menunjukkan tingkat kepuasan dimensi ini sebesar 68,90 %. Kepuasan terendah dalam dimensi ini menurut responden adalah atribut kebersihan

dan kerapihan dari penampilan perawat yang memiliki nilai mean negatif terbesar dan tidak ditemukan nilai mean yang positif di dalam dimensi ini.

Di dalam diagram kartesius, terlihat sebaran nilai dalam dimensi *tangible* hampir seluruhnya terdapat pada kuadran I menunjukkan dalam dimensi *tangible* banyak atribut yang dapat dianggap dapat mempengaruhi kepuasan keluarga pelanggan namun belum dilaksanakan sesuai dengan keinginan/harapan dari keluarga pelanggan sehingga menimbulkan kekecewaan (ketidakpuasan). Bagian ini merupakan prioritas utama yang penting diperhatikan oleh pihak manajemen ICU, seperti atribut kebersihan ruang ICU dan tempat tidur, peralatan yang digunakan di ICU, serta penampilan dari perawat pelaksana dalam usahanya meningkatkan tingkat kepuasan terhadap keperawatan ICU. Dan didapatkan satu atribut dalam dimensi *tangible* terdapat di dalam kuadran III yaitu atribut kebersihan ruang tunggu dan kamar mandi/WC di ICU. Atribut ini masih dinilai belum memuaskan namun oleh responden dianggap kurang penting dalam penilaian kepuasan.

Dan melalui analisa kartesius per dimensi didapatkan atribut-atribut tersebar di dalam kuadran II dan III, dalam hal ini disimpulkan bahwa yang menjadi prioritas untuk perbaikan dalam dimensi *tangible* adalah atribut kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ICU.

Didapatkan informasi melalui wawancara mendalam, bahwa kebersihan dan kerapihan dari ruangan adalah di luar manajemen keperawatan dan sangat minimnya sarana dan prasarana di ICU rumah

sakit tersebut untuk pelanggan dan keluarga pelanggan. Hal ini dapat disimpulkan bahwa di dalam dimensi *tangible*, rendahnya tingkat kepuasan keluarga pelanggan dipengaruhi oleh kekurangan dalam kerapihan dan kebersihan penampilan perawat dan fisik ICU serta minimnya sarana dan prasarana yang disediakan oleh pihak rumah sakit.

Sesuai dengan teori oleh Zeithaml, V. A.; Parasuraman, A.; Berry, L.L. (1990), dikatakan bahwa dimensi *tangible* merupakan suatu dimensi dimana pelanggan menuntut adanya pembuktian yang nyata dari tim penjualan akan bentuk fisik dari pelayanan yang mereka berikan, sehingga pembuktian tersebut akan dapat dapat membentuk suatu opini bagi pelanggan kearah yang positif. Sehingga disimpulkan bahwa upaya perbaikan kualitas di dalam dimensi ini sebaiknya diprioritaskan di dalam upaya penyediaan sarana dan prasarana yang lebih baik untuk keluarga pelanggan dan pelanggan.

#### B. Dimensi *Reliability*

Di dalam dimensi *reliability*, kepuasan keluarga pelanggan menunjukkan tingkat kepuasan dimensi ini sebesar 81,10 %. Dalam dimensi ini menurut responden adalah atribut kesungguhan dan ketepatan perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan di ICU dengan nilai mean tertinggi sedangkan atribut penjelasan perawat mengenai tindakan di ICU memiliki nilai mean yang negatif terendah.

Dalam diagram kartesius, seluruh atribut dimensi *reliability* tersebar pada kuadran I dimana atribut penjelasan peraturan dan tindakan serta kesungguhan dan ketepatan perawat di ICU telah menunjukkan atribut yang dapat dianggap mempengaruhi kepuasan pelanggan namun dari pihak manajemen rumah sakit maupun keperawatan belum melaksanakan sesuai dengan harapan/keinginan keluarga pelanggan sehingga masih terdapat ketidakpuasan (kekecewaan) atas pelayanan yang diterima. Keempat atribut tersebut haruslah menjadi bagian dari prioritas perbaikan pelayanan oleh pihak manajemen rumah sakit.

Dan melalui analisa kartesius per dimensi didapatkan atribut-atribut tersebar di dalam kuadran II dan III, dalam hal ini disimpulkan bahwa yang menjadi prioritas untuk perbaikan dalam dimensi *reliability* adalah atribut penjelasan peraturan dan ketepatan tindakan perawat di dalam ICU.

Melalui wawancara mendalam didapatkan informasi berupa ketrampilan dan pengetahuan perawat di ICU sudah memiliki standar tertentu dan dilakukan pelatihan berkala untuk meningkatkan kualitas dari ketrampilan dan pengetahuan tersebut. Dimensi *reliability* memiliki nilai rata-rata mean positif tertinggi diantara dimensi lainnya namun terlihat dari keseluruhan nilai dalam atribut-atribut di dalam dimensi ini masih menimbulkan kekecewaan bagi responden sehingga tersebar di dalam kuadran I.

Sesuai dengan teori oleh Zeithaml, V. A.; Pasuraman, A.; Berry, L.L. (1990), dikatakan bahwa dimensi reliability adalah dimensi di Unit Perawatan Intensif hal tersebut dapat diterjemahkan sebagai ketepatan waktu, pelayanan yang sama untuk pelanggan tanpa kesalahan, sikap yang simpatik, dengan akurasi tinggi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa upaya perbaikan kualitas di dalam dimensi ini sebaiknya diprioritaskan di dalam upaya kesungguhan perawat dalam melaksanakan tugas keperawatan dengan memberikan komitmen lebih mendalam dalam pekerjaannya.

### C. Dimensi *Responsiveness*

Di dalam dimensi *responsiveness*, kepuasan keluarga pelanggan menunjukkan tingkat kepuasan dimensi ini sebesar 76,20%. Kepuasan di dalam dimensi ini menurut responden adalah atribut keramahan perawat dalam memberikan pelayanan di ICU dengan nilai mean terendah sedangkan atribut pemantauan ketat terhadap pasien di ICU memiliki nilai mean yang positif tertinggi.

Dalam diagram kartesius, hampir seluruh atribut dimensi *responsiveness* tersebar pada kuadran I dimana atribut ketanggapan, keramahan, tindakan pertolongan kegawatan dan pemantauan ketat oleh perawat dalam keperawatan ICU merupakan atribut yang dapat dianggap mempengaruhi kepuasan pelanggan namun dari pihak manajemen rumah sakit maupun keperawatan belum melaksanakan sesuai dengan harapan/keinginan keluarga pelanggan sehingga masih terdapat

ketidakpuasan (kekecewaan) atas pelayanan yang diterima. Keempat atribut tersebut haruslah menjadi bagian dari prioritas perbaikan pelayanan oleh pihak manajemen rumah sakit. Di dalam kuadran II, didapatkan atribut komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan yang merupakan bagian dari dimensi *responsiveness*. Pada kuadran II berarti terdapat aspek dimensi *responsiveness* yang telah berhasil dilaksanakan dan harus dipertahankan oleh pihak rumah sakit.

Dan melalui analisa kartesius per dimensi didapatkan atribut-atribut tersebar di dalam kuadran II, III dan IV, dalam hal ini disimpulkan bahwa yang menjadi prioritas untuk perbaikan dalam dimensi *responsiveness* adalah atribut komunikasi antara perawat dengan keluarga pelanggan di ICU.

Dalam wawancara mendalam didapatkan informasi komunikasi merupakan hal penting antara perawat dengan keluarga pelanggan namun kesalahpahaman masih sering terjadi antara perawat dan keluarga pelanggan sehingga seringkali terjadi keluhan atas sikap perawat dari keluarga pelanggan. Dimensi *responsiveness* memiliki nilai rata-rata mean negatif, terlihat dari sebagian besar dari atribut-atribut di dalam dimensi ini masih menimbulkan kekecewaan yang tersebar di dalam kuadran I namun terdapat satu atribut yaitu komunikasi antara perawat dan keluarga pelanggan yang dinilai telah memuaskan keluarga pelanggan dan patut dipertahankan.

Sesuai dengan teori oleh Zeithami, V. A.; Pasuraman, A.; Berry, L.L. (1990), dikatakan bahwa dimensi *responsiveness* merupakan suatu dimensi sikap yang tanggap, kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan responsif serta tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas. Membiarkan keluarga pelanggan merasa kecewa atas respon yang lamban dan komunikasi yang buruk dapat menyebabkan persepsi yang negatif dalam kualitas pelayanan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa upaya perbaikan kualitas di dalam dimensi ini sebaiknya diprioritaskan di dalam upaya menjaga hubungan yang terbuka antara perawat pelaksana dengan keluarga pelanggan sehingga tercipta komunikasi yang berjalan dua arah untuk membentuk kondisi yang harmoni di ICU.

#### D. Dimensi *Assurance*

Di dalam dimensi *assurance*, kepuasan keluarga pelanggan menunjukkan tingkat kepuasan dimensi ini sebesar 78,70%. Kepuasan di dalam dimensi ini menurut responden adalah atribut kelengkapan catatan keperawatan di ICU dengan nilai mean terendah sedangkan atribut pengetahuan perawat atas kondisi medis di ICU memiliki nilai mean yang positif tertinggi.

Dalam diagram kartesius, hampir seluruh atribut dimensi *assurance* tersebar pada kuadran II dimana atribut ketrampilan, pelayanan, perasaan aman, dan catatan keperawatan yang lengkap oleh perawat dalam

keperawatan ICU merupakan atribut yang dapat dianggap pelaksanaannya oleh pihak rumah sakit telah sesuai dengan harapan/keinginan keluarga pelanggan sehingga terdapat kepuasan atas pelayanan yang diterima. Keempat atribut tersebut haruslah dipertahankan dalam pelayanan oleh pihak manajemen rumah sakit. Di dalam kuadran IV, didapatkan atribut pengetahuan perawat tentang kondisi medis yang merupakan bagian dari dimensi *responsiveness*. Pada kuadran IV berarti terdapat aspek dimensi *assurance* yang telah dilakukan dengan baik namun dianggap berlebihan oleh para responden.

Dan melalui analisa kartesius per dimensi didapatkan atribut-atribut tersebar di dalam kuadran I, II dan III. Dalam hal ini disimpulkan bahwa yang menjadi prioritas untuk perbaikan dalam dimensi *assurance* adalah atribut catatan keperawatan, peningkatan pengetahuan perawat mengenai penyakit dan perasaan aman yang ditimbulkan oleh perawat kepada keluarga pelanggan di ICU.

Dalam wawancara mendalam didapatkan informasi bahwa pihak rumah sakit tidak menyadari akan rendahnya nilai persepsi keluarga pelanggan atas dimensi *assurance*. Walau atribut-atribut dalam dimensi *assurance* telah memberikan kepuasan terhadap responden namun selisih di dalam dimensi ini memiliki nilai rata-rata mean negatif, sehingga walau atribut-atribut ini telah memberikan kepuasan, pihak rumah sakit harus tetap melakukan evaluasi di dalam dimensi *assurance* ini sehingga dapat menjaga prestasi ini.

Di dalam teori oleh Zeithaml, V. A.; Pasuraman, A.; Berry, L.L. (1990), dikatakan bahwa dimensi *assurance* ini terdiri dari komponen : komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi, dan kesopansantunan. Untuk memperbaiki kekurangan dalam dimensi ini, pihak manajemen haruslah memberikan evaluasi lebih lanjut dalam penilaian komponen-komponen tersebut. Sehingga dapat disimpulkan bahwa upaya perbaikan kualitas di dalam dimensi ini sebaiknya diprioritaskan di dalam menciptakan sistem catatan keperawatan di ICU yang lengkap dan sistematis dengan didukung peningkatan pengetahuan perawat tentang penyakit di ICU dan upaya menciptakan perasaan aman bagi keluarga pelanggan terhadap keperawatan di ICU.

#### E. Dimensi *Empathy*

Di dalam dimensi *emphaty*, kepuasan keluarga pelanggan menunjukkan tingkat kepuasan dimensi ini sebesar 79,50 %. Kepuasan di dalam dimensi ini menurut responden adalah atribut kepedulian terhadap kebutuhan menjalankan ibadah di ICU dengan nilai mean terendah sedangkan atribut kepedulian kondisi pelanggan dengan bantuan dalam proses administrasi di ICU memiliki nilai mean yang positif tertinggi.

Dalam diagram kartesius, hampir seluruh atribut dimensi *emphaty* tersebar pada kuadran II dimana atribut penghargaan akan privasi, kepedulian, dorongan moril dan bantuan yang diberikan oleh perawat kepada pelanggan dan keluarga pelanggan dalam keperawatan ICU

merupakan atribut yang dapat dianggap pelaksanaannya oleh pihak rumah sakit telah sesuai dengan harapan/keinginan keluarga pelanggan sehingga terdapat kepuasan atas pelayanan yang diterima. Kelima atribut tersebut haruslah dipertahankan dalam pelayanan oleh pihak manajemen rumah sakit.

Dan melalui analisa kartesius per dimensi didapatkan atribut-atribut tersebar di dalam kuadran I, II dan III. Dalam hal ini disimpulkan bahwa yang menjadi prioritas untuk perbaikan dalam dimensi *emphaty* adalah atribut kepedulian perawat terhadap keperluan keluarga pelanggan dalam menjalankan ibadah serta penghargaan terhadap privasi keluarga pelanggan, dorongan moral dan bantuan perawat dalam hal administrasi terhadap keluarga pelanggan.

Dalam wawancara mendalam didapatkan informasi bahwa pihak rumah sakit telah menyadari kebutuhan tinggi untuk memuaskan keluarga pelanggan di dalam dimensi *emphaty* dengan adanya evaluasi berkala. Walau atribut-atribut dalam dimensi *emphaty* telah memberikan kepuasan terhadap responden namun selisih di dalam dimensi ini memiliki nilai rata-rata mean negatif, sehingga walau atribut-atribut ini telah memberikan kepuasan, pihak rumah sakit harus tetap melakukan evaluasi di dalam dimensi *emphaty* ini sehingga dapat menjaga prestasi ini.

Sesuai dengan teori oleh Zeithaml, V. A.; Pasuraman, A.; Berry, L.L. (1990), dikatakan bahwa dimensi *emphaty* adalah suatu dimensi yang menuntut untuk memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual

atau pribadi yang diberikan kepada pelanggan dengan berupaya memahami keinginan konsumen. Sehingga dapat disimpulkan bahwa upaya perbaikan kualitas di dalam dimensi ini sebaiknya diprioritaskan di dalam upaya meningkatkan tingkat kepedulian perawat terhadap keinginan dan permintaan keluarga pelanggan di ICU.

Menurut Gani (1994) di dalam Handrianto (2002) salah satu ciri khas pelayanan kesehatan adalah bahwa pelayanan kesehatan mempunyai *mix-output* dimana banyak ragam produk/layanan yang dihasilkan dari berbagai program pelayanan kesehatan di rumah sakit. Yang dikonsumsi oleh pelanggan adalah satu paket pelayanan yang meliputi sejumlah pemeriksaan diagnosis perawatan pengobatan dan nasehat kesehatan. Keadaan ini juga didorong oleh kebutuhan masyarakat terhadap kesehatan yang berbeda satu sama lain dan berkembang dari waktu ke waktu. Pada akhirnya yang membentuk kepuasan secara keseluruhan pada akhir pengobatan adalah hasil akhir dari proses perawatan itu sendiri. Sehingga pihak manajemen rumah sakit harus selalu melakukan perbaikan mutu jasa pelayanan kesehatan agar dapat terus memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan sesuai dengan harapan pelanggan.

#### 7.4.3 Analisa Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel-variabel dimensi terhadap kepuasan keluarga pelanggan dengan menggunakan regresi logistik. Dengan melakukan uji G (*ratio log-likelihood*) didapatkan 5 variabel

tersebut menunjukkan hubungan yang kuat terhadap kepuasan keluarga pelanggan karena kelima dimensi tersebut memiliki p value <0,25.

Dari nilai *Odds Ratio* yang ada, dapat dikatakan bahwa hanya variabel *tangibles* yang merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan kepuasan keluarga pelanggan, dengan nilai *Odds Ratio* sebesar 23,554 terhadap kepuasan keluarga pelanggan.

Menurut Jacobalis, S. (1990), mutu pelayanan rumah sakit dapat ditelaah dari tiga hal yaitu struktur berupa sarana fisik, peralatan, dana, tenaga kesehatan dan nonkesehatan, serta pasien; proses yaitu manajemen rumah sakit baik manajemen interpersonal, teknis maupun pelayanan keperawatan yang kesemuanya tercermin pada tindakan medis dan nonmedis kepada pelanggan dan *outcome* berupa aspek mutu yang dapat dipakai sebagai indikator untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit yaitu: penampilan keprofesian (aspek klinis), efisiensi dan efektivitas, keselamatan dan kepuasan pelanggan dan keluarga pelanggan.

### **7.5 Hubungan antara Asuhan Keperawatan terhadap Kepuasan Total Keluarga Pelanggan Unit Perawatan Intensif**

Dalam hasil penelitian telah dipaparkan hasil penilaian proses asuhan keperawatan oleh para perawat pelaksana dan penilaian kepuasan total di unit perawatan intensif oleh keluarga pelanggan. Didapatkan gambaran di antara tingkat kepuasan keluarga pelanggan dan tingkat pelaksanaan asuhan keperawatan suatu selisih. Dengan tingkat kepuasan total keluarga pelanggan di unit perawatan

intensif yang didapatkan dari nilai sebesar 62,30% berbanding dengan tingkat pelaksanaan asuhan keperawatan dengan nilai 91,90% maka didapatkan adanya perbedaan nilai sebesar 29,20% di antara kedua nilai tersebut. Dapat diasumsikan bahwa keberhasilan pelaksanaan asuhan keperawatan memberikan pengaruh yang baik terhadap kepuasan dari keluarga pelanggan oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan memiliki hubungan tidak langsung terhadap kepuasan keluarga pelanggan di ICU. Namun, kepuasan keluarga pelanggan tidaklah mutlak dipengaruhi oleh pelaksanaan asuhan keperawatan saja, masih banyak faktor lain yang dapat mempengaruhi kepuasan keluarga pelanggan misal kualitas pelayanan tenaga non-medis dan sarana dan prasarana rumah sakit. Sesuai dengan teori oleh Woodside (1989), mutu pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan tingkat kepuasan pasien dapat bersumber dari faktor yang relatif spesifik, seperti pelayanan rumah sakit, petugas kesehatan, atau pelayanan pendukung.

Hal ini juga didukung oleh teori Nelson (1990), kepuasan pasien dalam pelayanan rumah sakit dapat diprediksi dengan kepuasannya terhadap pelayanan medis dan keperawatan serta didukung oleh staf yang ada.

Sesuai dengan kesimpulan dimana proses keperawatan berfokus pada hubungan perawat dengan pasien dan keluarganya serta kontribusi proses keperawatan antara lain memperlihatkan fungsi perawat dalam menggunakan ilmu, seni dan ketrampilan (PPNI, 1999) dimana proses keperawatan mendukung kepuasan konsumen (Craven&Hirnle, 2000).

Sehingga dapat diasumsikan bahwa pelaksanaan asuhan keperawatan dapat mempengaruhi dari kepuasan keluarga. Dengan semakin baiknya

pelaksanaan asuhan keperawatan maka dapat mendorong peningkatan kepuasan keluarga sesuai dengan teori oleh Hansler dan Brunell di dalam Tjiptono dan Diana (1995) yaitu semakin tinggi nilai kualitas yang diberikan oleh pihak produsen maka akan semakin besar pula nilai kepuasan yang akan diterima oleh pihak pelanggan.

Dapat disimpulkan dari berbagai paparan analisis sebelumnya bahwa kepuasan pelanggan terhadap keperawatan ICU ditentukan oleh faktor-faktor pelayanan yang mampu diberikan oleh masing-masing ICU rumah sakit. Apabila harapan-harapan keluarga pelanggan dapat terpenuhi sehingga mendorong timbulnya kepuasan yang terjadi dari hasil interaksi antara semua pelayanan, ketrampilan, pengetahuan dan saran pelayanan yang diterima keluarga pelanggan dari pelayanan unit perawatan intensif. Kepuasan dapat dipakai sebagai indikator atas keberhasilan suatu pelayanan terhadap pelanggan dan keluarga pelanggannya. Bila keluarga pelanggan merasa ketidakpuasan karena harapan dan keinginannya tidak terpenuhi maka hal ini patut dievaluasi lebih lanjut agar pihak rumah sakit dan unit-unit yang terkait dapat melakukan penilaian ulang dan menyusun langkah-langkah perbaikan lebih lanjut.

## BAB VIII

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 8.1 Kesimpulan

Berdasarkan pada tujuan dan hasil penelitian dapat dibuat beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Sebanyak 93,9% dari responden menyatakan proses asuhan keperawatan yang paling baik dilaksanakan adalah proses rencana keperawatan.
2. Proses asuhan keperawatan yang dinyatakan paling tidak baik pelaksanaannya adalah proses tindakan keperawatan yaitu dengan jumlah 47,6% responden.
3. Di dalam tingkat kepuasan keluarga pelanggan ICU, terdapat 99 orang (68,90%) merasa paling puas terhadap dimensi *reliability* sedangkan terdapat 38 orang (31,10%) merasa paling tidak puas terhadap dimensi *tangible*.
4. Di dalam dimensi *tangible* didapatkan tingkat kepuasan sebesar 68,90% dengan sebaran atribut terdapat pada kuadran I dan III dalam diagram kartesius dengan nilai rata-rata mean negatif terbesar di antara kelima dimensi ini. Atribut dengan nilai mean terendah dalam dimensi ini adalah atribut kebersihan dan kerapihan dari penampilan perawat.
5. Di dalam dimensi *reliability* didapatkan tingkat kepuasan sebesar 81,10% dengan sebaran atribut terdapat pada kuadran II dalam diagram kartesius dengan nilai rata-rata mean positif tertinggi di antara kelima dimensi ini. Atribut dengan nilai mean terendah dalam dimensi ini adalah penjelasan perawat mengenai tindakan di ICU.

6. Di dalam dimensi *responsiveness* didapatkan tingkat kepuasan sebesar 76,20% dengan sebaran atribut terdapat pada kuadran I dan II dalam diagram kartesius. Dimensi *responsiveness* memiliki nilai rata-rata mean negatif dan atribut terendah dalam dimensi ini adalah keramahan perawat dalam memberikan pelayanan di ICU.
7. Di dalam dimensi *assurance* didapatkan tingkat kepuasan sebesar 78,70% dengan sebaran atribut terdapat pada kuadran II dan IV dalam diagram kartesius dengan nilai mean rata-rata adalah negatif, atribut yang memiliki nilai mean terendah dalam dimensi ini adalah kelengkapan catatan keperawatan di ICU.
8. Di dalam dimensi *emphaty* didapatkan tingkat kepuasan sebesar 79,50% dengan sebaran atribut terdapat pada kuadran II dalam diagram kartesius dengan nilai mean rata-rata adalah negatif, atribut yang memiliki nilai mean terendah dalam dimensi ini adalah kepedulian terhadap kebutuhan pelanggan/keluarga pelanggan di ICU dalam menjalankan ibadah.
9. Dimensi *tangible* memiliki *Odds Ratio* terbesar yaitu sebesar 28,826 terhadap kepuasan keluarga pelanggan dibandingkan dengan variabel dimensi lainnya.
10. Terdapat hubungan tidak langsung antara pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap kepuasan total keluarga pelanggan di ICU.

## 8.2. Saran

### 8.2.1. Untuk pihak manajemen Rumah sakit

- a. Manajemen rumah sakit diharapkan dapat meninjau kembali kebijakan terkait mengenai kepuasan keluarga yang sudah diterapkan pada saat penelitian berlangsung sehingga adanya peningkatan terhadap tingkat kepuasan keluarga pelanggan unit perawatan intensif.
- b. Menyusun alat evaluasi terhadap kualitas pelayanan di unit perawatan intensif dan dilaksanakan secara berkala.
- c. Menyusun asuhan keperawatan dengan sistem lebih terbuka untuk memberikan antisipasi atas kejadian tidak terduga atas kondisi pasien sehingga akan mendorong perbaikan dalam penilaian tindakan keperawatan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
- d. Memperbaiki sarana dan prasarana di unit keperawatan intensif seperti peralatan medis dan non-medis dalam mendukung operasional ICU serta penyediaan ruang ibadah dan kamar mandi/WC yang memadai di ICU.
- e. Mengadakan evaluasi mengenai sistem pencatatan keperawatan di ICU untuk menghindari ketidak-lengkapan catatan keperawatan pasien.
- f. Memberikan pendidikan informal dan non-informal untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan perawat pelaksana di ICU dalam upaya meningkatkan rasa percaya keluarga pelanggan atas kemampuan perawat dalam melaksanakan tugas keperawatan di ICU.

### 8.2.2 Bagi Departemen Kesehatan

Diharapkan dapat dilakukan penelitian selanjutnya mengenai penilaian pelaksanaan asuhan keperawatan dan kepuasan keluarga pelanggan secara lebih mendalam agar dapat menjadi acuan bagi penetapan standar pelayanan kesehatan di unit perawatan intensif.

### 8.2.3. Peneliti selanjutnya

Diharapkan agar dapat dilakukan penelitian mengenai keterkaitan secara lebih mendalam antara asuhan keperawatan dengan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif dengan menggunakan studi dokumentasi dan pemantauan yang menggunakan metode penelitian yang lebih komprehensif, dengan didukung dengan data yang lebih kuat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T.Y. (2000) *Manajemen administrasi rumah sakit*, Jakarta, UI
- Alfaro, R. (1986) *Application of nursing process : A step – by – step guide*, Philadelphia : JB, Lippincott Co.
- Allen, C.V (1991) *Comprehending the nursing proses : A workbook approach*, Philadelphia : JB, Lippincott Co.
- Bodenheimer, T.S. and Grumbach, K. (2005) *Understanding Health Policy : A Clinical Approach*, San Francisco : Lange Medical Books/McGraw-Hill
- Craven, R.F. and Hirnle, C.J. (2000) *Fundamental of nursing : Human health and function* (3<sup>rd</sup> edition), Philadelphia : Lippincott William and Wilkins
- Depkes RI Dirjen Yanmed (1999) *Pedoman uraian tugas tenaga kerja keperawatan di rumah sakit* (Cetakan II), Jakarta, Depkes RI
- Dewan Pimpinan Pusat PPNI (1999) *Keperawatan dan praktik keperawatan*, Jakarta
- Fitzsimmons, J.A & Fitzsimmons, M.J (2006) *Service Management : Operations, Strategy, and Information Technology*, Singapore, McGraw-Hill International Edition
- Fournier, S. and Mick, D.G (1999) *Journal of marketing : Rediscovering satisfaction*
- Gillies, D.A. (1996) *Nursing management : a system approach*, Philadelphia : WB Saunders Company
- Handrianto (2002) *Pengukuran Customer Satisfaction melalui "Metode Servqual" Pada Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Santo Borromeus Bandung*, Tesis Program Pasca Sarjana PS Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia.

- Ilyas, Y. (1999) *Kinerja : teori, penilaian dan penelitian*, Jakarta : Badan Penerbit FKM UI
- Jacobalis, S. (1990) *Menjaga Mutu Pelayanan RS Suatu Pengantar*, Jakarta : Citra Windu Satria.
- Kotler, P. (1991) *Marketing management : analysis, planning, implementation and control*, London : International Prentice Hall
- Kozier B.B, Erb G.H. and Olivieri R.(1998), *Fundamentals of Nursing* , updated 5ed Menlo Park, CA , Addison-Wesley Nursing,
- Krisnanda, B. (2001), *Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Palembang BARI*. Tesis Program Pasca Sarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Krowinski, W.J and Steiber, S.R (1996) *Measuring and managing patient satisfaction*, USA : American Hospital Publishing Inc.
- Loudon, D. L & Bitta, A.J.D (1993), *Consumer Behavior : Concepts and applications*, Monroe : Mcgraw-Hill Series in Marketing
- Loeb, J.M (2004) *International journal for quality in health care : The current state of performance measurement in health care*, Oakbrook Terrace, IL, USA
- Muis Fauzi Ramb (2001) *Menciptakan Kepuasan Pelanggan Melalui Total Quality Management*, Sumatera Utara
- Noviati, T. (2004) *Analisis Hubungan Faktor-faktor Karakteristik Pasien Dengan Kepuasan Melalui Pengukuran Harapan dan Persepsi Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Tahun 2004*
- Palestin, B. (2007) *Asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit*, Yogyakarta
- Press, I. (2002) *Patient satisfaction: Defining, measuring and improving the experience of care*, USA : The American College of Healthcare Executive's Health Administration Press.

- Rahman, A.A and Alias, R.A (2000) *Servqual dalam penilaian kualiti servis system maklumat*, Johor
- Rahmi, A (2003) *Analisis Keterkaitan Faktor-faktor Karakteristik Pasien Dinas Dengan Kepuasannya Melalui Pengukuran Perbedaan (Kesesuaian) Harapan dan Persepsi Pasien Tersebut di Poliklinik Rawat Jalan Rumah Sakit TK. II M. Ridwan Meuraksa Pada Tahun 2003*. Tesis PS Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Sabri, L. dan Hastono S.P. (2006) *Statistik Kesehatan*, Jakarta, PT RajaGrafindo Persada
- Sasmita, A (2001) *Analisis Kesesuaian Tingkat Kepentingan Dan Kepuasan Klien Terhadap Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Pusat Medik Rumah Sakit Immanuel Bandung*. Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Siagian (1995) *Teori Motivasi Dan Aplikasinya*, Jakarta : Rineka Cipta
- Supranto, J. (2001) *Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan untuk meningkatkan pangsa pasar*, Jakarta : Rineka Cipta
- Swansburg, R.C ( 1999) *Management and leadership for nurse managers*, Boston : Jones and Bartlett Publishers
- Swansburg and Swansburg (1999) *Introductory management and leadership for nurses* (2<sup>nd</sup> edition), Boston : Jones and Bartlett Publishers
- Tim Depkes RI (1993) *Standar asuhan keperawatan*, Jakarta : Direktorat Umum dan Pendidikan Dirjen Yanmed Depkes RI
- Tim Depkes RI (2006) *Standar pelayanan keperawatan di icu*, Jakarta : Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medisk, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Depkes RI
- Tjiptono, Fandy dan Diana. (1995) *Total Quality Management*. Andi. Yogyakarta
- Tso, I.F, Ng, S.M and Chan, C.L.W (2006) *International journal for quality in health care : The development and validation of the concise outpatient department user satisfaction scale*, Hong Kong

Umar, H. (2000) *Riset Pemasaran dan Perilaku Konsumen*, Jakarta, Gramedia Pustaka Utama

Utama, S. (2003) *Memahami fenomena kepuasan pasien rumah sakit*, Medan, FKM USU

Wexley & Yukl (1988) *Organizational behavior and personnel psychology*, New York : R. D. Irwin

Woodside, A.G, Frey, L.L, Daly R.T (1989) *Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention*

Yonnata, B.N (2007) *Studi penggunaan obat di unit perawatan intensif umum rumah sakit dr hasan sadikin bandung*, ITB, Bandung

Zeithaml, V. A, Parasuraman, A. and Berry, L. (1990) *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*, Nashville : Free Press

### Lampiran 1. Tim penelitian FKM-Depkes

Tim Penelitian Fakultas Kesehatan Masyarakat - Direktorat Keperawatan dan Keteknisian Medisk, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Depkes RI	
Pimpinan	dr. H. Adang Bachtiar, MPH Scd.
Anggota	Ferry Irwansyah
	Dian Andina Munawar
	Mirna Armidianti
	Dian Larasati
	Miranti A.P. Kono
	Susan Oktiwidya Ananda

## Lampiran 2. Form Wawancara Mendalam



**Asal Rumah Sakit** : .....

**Kabupaten/Kota** : .....

**Propinsi** : .....

### **Petunjuk wawancara**

- a. Informan bebas untuk menyampaikan pendapat
- b. Pendapat, saran, dan pengalaman peserta sangat bernilai untuk penelitian
- c. Jawaban tidak ada yang benar dan tidak ada yang salah karena semata-mata untuk penelitian
- d. Diskusi selain dicatat juga direkam dalam tape recorder

### **A. Karakteristik responden**

**Umur** : .....

**Jenis Kelamin** : .....

**Pendidikan Terakhir** : .....

**Lama Bekerja di RS** : .....

**Lama Bekerja di ICU** : .....

**Jabatan** : .....

**Pelatihan yang pernah diikuti** : .....

## **B. Pertanyaan**

### **i. Kepuasan Keluarga Pasien**

- 1 Bagaimana penilaian dalam hal kepuasan dalam pelayanan di ICU RS ini?
- 2 Item-item yang dinilai dalam penilaian kepuasan pelayanan icu?
- 3 Permasalahan apakah yang seringkali dihadapi dalam pelayanan di unit perawatan intensif?
- 4 Program apa saja yang mendukung dalam upaya peningkatan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?
- 5 Kebijakan apa saja yang mendukung dalam meningkatkan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?
- 6 Bagaimana tanggapan saudara terhadap penerapan kebijakan tentang kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif yang telah ditetapkan?
- 7 Apakah rencana tindak lanjut terhadap perawat di unit perawatan intensif dalam meningkatkan kepuasan pelayanan keperawatan di unit perawatan intensif?
- 8 Menurut anda, indikator mana yang mendorong timbulnya kepuasan keluarga atas pelayanan di unit perawatan intensif?
- 9 Bagaimana hasil pencapaian dalam menciptakan tingkat kepuasan di unit perawatan intensif?
- 10 Tindakan evaluasi apa saja yang dapat memberikan gambaran kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?

- 11 Dalam penerapan kebersihan ruangan ICU dan ruang tunggu untuk keluarga pasien, pengendalian dipegang oleh siapa?
- 12 Bagaimana pengaturan dalam hal fasilitas dan sarana di unit perawatan intensif?
- 13 Menurut anda, bagaimana ketrampilan yang telah dimiliki di dalam keperawatan ICU ini?
- 14 Dalam sehari-hari, apakah terdapat dalam masalah komunikasi antara keluarga pasien dengan perawat-perawat di ICU?
- 15 Apakah menurut anda, keluarga pasien di ICU ini merasa puas dan yakin akan ketrampilan dan kehandalan atas keperawatan di ICU ini?
- 16 Apakah terdapat komplain mengenai kurangnya kepedulian atau empati dari keperawatan ICU terhadap keluarga pasien?
- 17 Ratio perawat : pasien

## **ii. Penerapan Asuhan Keperawatan**

- 1 Bagaimana profil perawat di dalam keperawatan icu rumah sakit ini?
- 2 Apakah terdapat standar asuhan keperawatan khusus dalam ICU?
- 3 Penyusunan standar askep dalam rs, siapa dan askep apa yang digunakan?
- 4 Dalam hal penerapan askep, yang berwenang langsung akan konsistensi aplikasi askep sehari-hari?
- 5 Dalam pengkajian asuhan keperawatan yang digunakan, bagaimana dalam aplikasinya sehari-hari?
- 6 Dalam diagnosa asuhan keperawatan, bagaimana aplikasinya dalam keseharian keperawatan disini?



- 7 Bagaimana aplikasi di dalam asuhan keperawatan ICU di rs ini mengenai Penyusunan rencana tindakan terhadap pasien?
- 8 Dalam tindakan perawatan di ICU, sejauh mana aplikasi asuhan keperawatannya?
- 9 Bagaimana anda melakukan tindakan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di dalam keperawatan unit perawatan intensif?
- 10 Siapa yang melakukan monitoring tersebut?
- 11 Dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala?
- 12 Permasalahan-permasalahan yang sering timbul di dalam pelaksanaan keperawatan unit intensif di rumah sakit ini?
- 13 Usaha penanggulangan yang dilakukan dalam permasalahan ini, dengan sifat berjenjang atau ditindak langsung?
- 14 Dalam standar pelayanan keperawatan unit ICU, apakah peranan perawat memberikan faktor yang dominan dalam hal kepuasan dari keluarga pasien?
- 15 Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, apakah terdapat perbedaan pelaksanaan dari jenis kelamin perawat pelaksana?
- 16 Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, apakah ada syarat usia dalam menjadi perawat pelaksana ICU?
- 17 Apakah membutuhkan suatu pendidikan khusus dalam melaksanakan asuhan keperawatan di unit perawatan intensif?

### Lampiran 3. Form Kuesioner Perawat Pelaksana



Salam Sejahtera !

Untuk mengetahui Keberhasilan Pelayanan Keperawatan Intensif di tempat Anda bekerja, kami sebagai tim riset membutuhkan partisipasi Anda selaku staf untuk mengisi kuisisioner berikut. Dalam riset ini, Anda memiliki peluang memberikan masukan yang berharga bagi manajemen dengan menjawab kuisisioner ini secara jujur sesuai yang anda rasakan.

Kuisisioner berikut memuat sejumlah pernyataan. Silahkan Anda tunjukkan seberapa besar tingkat persetujuan/ketidaksetujuan Anda terhadap setiap pertanyaan. Tidak ada jawaban benar atau salah. Beberapa pernyataan tampak memiliki arti yang hampir sama satu dengan yang lain. Hal itu tidak perlu Anda hiraukan. Anda cukup menjawab secara langsung sesuai apa yang muncul pertama kali dalam pikiran Anda. Silahkan mengisi formulir berikut ini dengan nyaman, jujur, dan terbuka. Mohon diperhatikan bahwa setiap isian harus diisi.

#### PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER

1. Pilihlah salah satu jawaban dengan memberi tanda (X) pada jawaban yang tersedia dan setiap pertanyaan hanya satu jawaban. Perhatikan cara penilaian pada setiap bagiannya.
2. Isilah kuisisioner dengan cepat dan jawablah sesuai dengan jawaban yang terlintas pertama di benak Bapak/ Ibu
3. Kami mengharapkan Bapak/Ibu menjawab seluruh pertanyaan (tidak ada yang kosong).

**SELAMAT MENGISI KUESIONER INI !!**

No. Kuesioner : \_\_\_\_\_

Tanggal Pengisian : \_\_\_\_\_

### IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama Lengkap : \_\_\_\_\_
2. Usia Anda Saat ini :  18-25 tahun  26-35 tahun  
 36-45 tahun  46-55 tahun  
 > 55 tahun
3. Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan
4. Unit/RS tempat bekerja : \_\_\_\_\_
5. Tipe Rumah Sakit :  Primer  Sekunder
6. NIP/NIK : \_\_\_\_\_
7. Status Kepegawaian :  PNS  Non PNS
8. Pendidikan Terakhir :  S2 Keperawatan  Akper  
 S1 Keperawatan  SPK
9. Pelatihan terakhir yang diikuti : \_\_\_\_\_
10. Status Perkawinan :  Belum Menikah  Menikah  
 Janda  Duda
11. Lama Bekerja di RS : \_\_\_\_\_
12. Lama bekerja di Ruang ICU :  Kurang dari 1 tahun  
 1-2 tahun  
 Lebih dari 2 tahun
13. Jabatan : \_\_\_\_\_
14. Besar gaji dan seluruh tunjangan per bulan yang Anda terima di RS ini :  < Rp. 700.000,00  
 Rp. 700.000,00 – Rp. 1.000.000,00  
 Rp. 1.000.000,00 – Rp. 2.000.000,00  
 Rp. 2.000.000,00 – Rp. 3.000.000,00  
 Rp. 3.000.000,00 – Rp. 5.000.000,00  
 >Rp. 5.000.000,00

Untuk menjawab pertanyaan berikut ini, jawaban yang tersedia dalam kuesioner adalah :

**STS = Sangat Tidak Setuju** , bila kenyataan di lapangan sangat tidak sesuai dengan komponen yang dinilai

**TS = Tidak Setuju** , bila kenyataan di lapangan kurang sesuai dengan komponen yang dinilai.

**S = Setuju** , bila kenyataan di lapangan cukup sesuai dengan komponen yang dinilai.

**SS = Sangat Setuju** , bila kenyataan di lapangan sangat sesuai dengan komponen yang dinilai.

<b>A. PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN</b>					
<b>PENGKAJIAN</b>					
	<b>Pernyataan</b>	<b>STS</b>	<b>TS</b>	<b>S</b>	<b>SS</b>
1	Apakah anda selalu mengucapkan salam setiap mengawali shif jaga, (memperkenalkan diri kepada pasien/keluarga pasien dengan menyebut nama anda)?				
2	Apakah anda selalu memberitahukan pasien setiap akan melakukan prosedur / tindakan keperawatan?				
3	Apakah anda selalu menanyakan keluhan pasien, pada waktu melakukan pemeriksaan fisik, untuk memvalidasi data penunjang yang ada ( angka pada layar monitor, hasil lab, radiologi dan pemeriksaan penunjang lainnya)?				
4	Apakah anda selalu memberi kesempatan pada pasien /keluarga untuk mengungkapkan keluhan dan menanggapi dengan sabar?				
<b>DIAGNOSA</b>					
1	Apakah anda selalu bersama pasien dan keluarga membicarakan masalah keperawatan dan penyebabnya?				
2	Apakah anda selalu bersama pasien dan keluarga membicarakan gejala-gejala yang dialami pasien sesuai masalah keperawatannya?				
3	Apakah anda selalu bersama pasien dan keluarga membicarakan penyebab yang dialami pasien sesuai masalah keperawatannya?				

<b>RENCANA TINDAKAN</b>					
1	Apakah anda selalu menjelaskan kepada pasien/keluarga tentang rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan?				
2	Apakah anda selalu meminta persetujuan dan keterlibatan pasien/keluarga, dari rencana tindakan yang akan dilakukan?				
3	Apakah anda selalu menanggapi respon pasien/keluarga terhadap rencana tindakan yang akan dilakukan?				
<b>TINDAKAN KEPERAWATAN</b>					
1	Apakah anda selalu menyiapkan semua kebutuhan yang akan berhubungan dengan tindakan keperawatan yang akan dilakukan?				
2	Apakah anda selalu melakukan tindakan keperawatan yang telah direncanakan?				
3	Apakah anda selalu memberikan penjelasan atau bila diperlukan menggunakan 'inform consern' untuk melakukan tindakan keperawatan?				
<b>EVALUASI KEPERAWATAN</b>					
1	Apakah anda selalu mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan?				
2	Apakah anda selalu mengevaluasi kondisi pasien, dari hasil tindakan keperawatan yang telah dilakukan?				
3	Apakah anda selalu menjelaskan hasil evaluasi tindakan keperawatan kepada pasien/keluarga?				
4	Apakah anda selalu meminta masukan/usulan kepada pasien/keluarga untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan diruang ICU?				
5	Apakah anda selalu menjelaskan yang harus dilakukan pasien/keluarga dirumah, ketika pasien akan dipindahkan keruang perawatan?				
6	Apakah anda selalu menanyakan perasaan pasien/keluarga selama dirawat diruang ICU?				

#### Lampiran 4. Form Kuesioner Keluarga Pasien



**Bapak/Ibu/Sdr/Sdri yang terhormat,  
Salam Sejahtera !**

Untuk mengetahui Keberhasilan Pelayanan Keperawatan Intensif di tempat Anda bekerja, kami sebagai tim riset membutuhkan partisipasi Anda selaku staf untuk mengisi kuisisioner berikut. Dalam riset ini, Anda memiliki peluang memberikan masukan yang berharga bagi manajemen dengan menjawab kuisisioner ini secara jujur sesuai yang anda rasakan.

Kuisisioner berikut memuat sejumlah pernyataan. Silahkan Anda tunjukkan seberapa besar tingkat persetujuan/ketidaksetujuan Anda terhadap setiap pertanyaan. Tidak ada jawaban benar atau salah. Beberapa pernyataan tampak memiliki arti yang hampir sama satu dengan yang lain. Hal itu tidak perlu Anda hiraukan. Anda cukup menjawab secara langsung sesuai apa yang muncul pertama kali dalam pikiran Anda.

Silahkan mengisi formulir berikut ini dengan nyaman, jujur, dan terbuka. Mohon diperhatikan bahwa setiap isian harus diisi.

#### **PETUNJUK PENGISIAN KUESIONER**

1. Pilihlah salah satu jawaban dengan memberi tanda (X) pada jawaban yang tersedia dan setiap pertanyaan hanya satu jawaban. Perhatikan cara penilaian pada setiap bagiannya.
2. Isilah kuisisioner dengan cepat dan jawablah sesuai dengan jawaban yang terlintas pertama di benak Bapak/ Ibu
3. Kami mengharapkan Bapak/Ibu menjawab seluruh pertanyaan (tidak ada yang kosong).

#### **KRITERIA RESPONDEN**

1. Pasien telah dirawat di ruang perawatan intensif minimal 1 hari atau lebih
2. Keluarga pasien yang menjadi responden telah menemani pasien minimal 1 hari atau lebih.
3. Keluarga pasien dapat berkomunikasi dengan baik.

**SELAMAT MENGISI KUESIONER INI !!**

No. Kuesioner :

Tanggal Pengisian :

**IDENTITAS PASIEN**

15. Nama Lengkap : \_\_\_\_\_

**IDENTITAS RESPONDEN**

16. Usia Anda Saat ini :  18-25 tahun  26-35 tahun

36-45 tahun  46-55 tahun

> 55 tahun

17. Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

18. Pendidikan Terakhir :

Tidak tamat SD  Lulus DIII

Lulus SD  Lulus S1

Lulus SMP  Lulus S2

Lulus SMA  Lulus S3

19. Pekerjaan :

Tidak bekerja  Pegawai Negeri

Swasta  Ibu Rumah Tangga

Wiraswasta  Lain-lain : \_\_\_\_\_

20. Status Perkawinan :

Belum Menikah  Menikah

Janda  Duda

21. Status hubungan dengan responden :

Suami/Istri  Anak

Orang tua  Lain-lain : \_\_\_\_\_

22. Cara pembayaran pelayanan :

Biaya sendiri

Asuransi/perusahaan

Dana sosial

Untuk menjawab pertanyaan berikut ini, jawaban yang tersedia dalam kuesioner adalah :  
**STS = Saya Sangat Tidak Setuju**  
**TS = Saya Tidak Setuju**  
**S = Saya Setuju**  
**SS = Saya Sangat Setuju**

<b>HARAPAN RESPONDEN</b>					
<b>A. KEADAAN FISIK/TANGIBLES</b>					
	<b>Pernyataan</b>	<b>STS</b>	<b>TS</b>	<b>S</b>	<b>SS</b>
1	Apakah kebersihan ruang perawatan sesuai dengan harapan anda ?				
2	Apakah kecukupan peralatan yang ada di ruang perawatan sesuai dengan harapan anda ?				
3	Apakah kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ruang perawatan sesuai dengan harapan anda?				
4	Apakah kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ruang perawatan sesuai dengan harapan anda?				
5	Apakah kebersihan dan kerapihan penampilan perawat di ruang perawatan sesuai dengan harapan anda?				
<b>B. KEHANDALAN/REABILITY</b>					
	<b>Pernyataan</b>				
1	Apakah penjelasan perawat tentang peraturan di ICU/ICCU sesuai dengan harapan anda				
2	Apakah penjelasan perawat tentang tindakan yang dilakukan sesuai dengan harapan anda ?				
3	Apakah kesungguhan perawat dalam melaksanakan tindakan sesuai dengan harapan anda?				
4	Apakah ketepatan perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan harapan anda?				
<b>C. KETANGGAPAN/RESPONSIVENESS</b>					
	<b>Pernyataan</b>				
1	Apakah ketanggapan perawat dalam menangani keluhan pasien sesuai dengan harapan anda?				

2	Apakah keramahan perawat dalam memberikan pelayanan sesuai dengan harapan anda?				
3	Apakah tindakan perawat dalam melakukan pertolongan kegawatan sesuai dengan harapan anda?				
4	Apakah pemantauan ketat yang dilakukan perawat kepada pasien sesuai dengan harapan anda?				
5	Apakah komunikasi yang dilakukan perawat terhadap pasien sesuai dengan harapan anda?				
<b>D. KREDIBILITAS/KEYAKINAN (Assurance)</b>					
<b>Pernyataan</b>					
1	Apakah pengetahuan perawat tentang penyakit sesuai dengan harapan anda?				
2	Apakah ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan sesuai dengan harapan anda?				
3	Apakah pelayanan yang diberikan oleh perawat sesuai dengan harapan anda?				
4	Apakah anda mempunyai perasaan aman atas pelayanan yang diberikan perawat sesuai dengan harapan anda?				
5	Apakah kelengkapan catatan keperawatan sesuai dengan harapan anda?				
<b>E. KEPEDULIAN/EMPHATY</b>					
<b>Pernyataan</b>					
1	Apakah perawat dalam menghargai privasi pasien sesuai dengan harapan anda?				
2	Apakah kepedulian perawat terhadap kondisi pasien sesuai dengan harapan anda?				
3	Apakah perawat memberikan kesempatan untuk menjalankan ibadah sesuai dengan harapan anda?				
4	Apakah dorongan moril yang diberikan oleh perawat sesuai dengan harapan anda?				
5	Apakah bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi pasien sesuai dengan harapan anda?				

PERSEPSI RESPONDEN					
A. KEADAAN FISIK/TANGIBLES		STS	TS	S	SS
	Pernyataan				
1	Apakah anda merasa puas terhadap kebersihan ruang perawatan?				
2	Apakah anda merasa puas terhadap kecukupan peralatan yang ada di ruang perawatan?				
3	Apakah anda merasa puas terhadap kebersihan ruang tunggu, kamar mandi/WC di ruang perawatan ?				
4	Apakah anda merasa puas terhadap kerapihan dan kebersihan tempat tidur di ruang perawatan ?				
5	Apakah anda merasa puas terhadap kebersihan dan kerapihan penampilan perawat di ruang perawatan?				
B. KEHANDALAN/REABILITY					
	Pernyataan				
1	Apakah anda merasa puas terhadap penjelasan perawat tentang peraturan di ICU/CCU ?				
2	Apakah anda merasa puas terhadap penjelasan perawat tentang tindakan yang dilakukan?				
3	Apakah anda merasa puas terhadap kesungguhan perawat dalam melaksanakan tindakan?				
4	Apakah anda merasa puas terhadap ketepatan perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan?				
C. KETANGGAPAN/RESPONSIVENESS					
	Pernyataan				
1	Apakah anda merasa puas terhadap ketanggapan perawat dalam menangani keluhan?				
2	Apakah anda merasa puas terhadap keramahan perawat dalam memberikan pelayanan?				
3	Apakah anda merasa puas terhadap tindakan perawat dalam melakukan pertolongan?				
4	Apakah anda merasa puas terhadap pemantauan ketat yang dilakukan perawat ?				
5	Apakah anda merasa puas terhadap komunikasi yang dilakukan perawat terhadap pasien?				
D. KREDIBILITAS/KEYAKINAN (Assurance)					
	Pernyataan				
1	Apakah anda merasa puas terhadap pengetahuan perawat tentang penyakit?				
2	Apakah anda merasa puas terhadap ketrampilan perawat dalam memberikan pelayanan?				
3	Apakah anda merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat?				

4	Apakah anda merasa puas terhadap mempunyai perasaan aman atas pelayanan yang diberikan perawat?				
5	Apakah anda merasa puas terhadap kelengkapan catatan keperawatan?				
<b>E. KEPEDULIAN/EMPHATY</b>					
<b>Pernyataan</b>					
1	Apakah anda merasa puas terhadap perawat dalam menghargai privasi pasien?				
2	Apakah anda merasa puas terhadap kepedulian perawat terhadap kondisi pasien?				
3	Apakah anda merasa puas terhadap perawat memberikan kesempatan untuk menjalankan ibadah?				
4	Apakah anda merasa puas terhadap dorongan moril yang diberikan oleh perawat?				
5	Apakah anda merasa puas terhadap bantuan perawat dalam penjelasan proses administrasi?				



Lampiran 5. Hasil Wawancara Mendalam

1. Kepuasan Keluarga Pelanggan

NO	PERTANYAAN	JAWABAN RESPONDEN		
		1	2	3
1	Bagaimana penilaian dalam hal kepuasan dalam pelayanan di ICU RS ini?	<p>Penilaian dalam hal kepuasan sudah ada namun penilaian ini belum bersifat maksimal karena tidak bersifat menyeluruh dan spesifik. Disusun oleh bagian Diklat bukan oleh ICU langsung. Hasil penilaiannya juga belum diberitahukan kepada seluruh staf jadi kami kurang mengetahui hasil dari penilaian tersebut.</p>	<p>Penilaian dalam hal kepuasan untuk ICU baru-baru saja diadakan, namun belum ada tolak ukur yang baku terhadap pelanggan. Penilaian ini dikembangkan oleh bagian Diklat sayang sekali hasilnya belum diberitahukan.</p> <p>Penilaian dilakukan baru 2 minggu yang lalu. Selama saya bekerja disini, baru pertama kali diadakan</p>	<p>Belum ada spesifik untuk ICU baru untuk pelayanan secara luas. Jadi masih belum bisa dijadikan dasar penilaian yang kuat yah. Telah diminta ke bagian Humas namun belum ada kabar lebih lanjut.</p> <p>Bentuk penilaian yang ditawarkan juga tidak ada berita lagi sehingga tidak jelas sama sekali.</p>
2	Menurut anda, item-item apa yang harus dinilai dalam penilaian kepuasan akan keperawatan pelayanan icu?	<p>Ketrampilan, komunikasi, fasilitas dan sarana, serta ketanggapan. Karena semua itu saling terkait dalam suatu pelayanan. Namun komunikasi yang paling penting.</p>	<p>Ketrampilan, ketanggapan, komunikasi, serta fasilitas dan sarana di ICU. Merupakan dasar dari pelayanan keperawatan. Namun item yang paling utama adalah komunikasi.</p>	<p>Ketrampilan dan ketanggapan yang perlu ditingkatkan lagi. Selama ini dirasakan permasalahan utama adalah komunikasi yang tidak seimbang dalam dua arah.</p>

3	Permasalahan apakah yang seringkali dihadapi dalam pelayanan di unit perawatan intensif?	Komunikasi antara keluarga pelanggan dengan pihak tenaga perawat maupun medis. Dengan komunikasi yang baik, pasti ke depannya akan jauh lebih lancar.	Komunikasi seringkali menjadi masalah, karena kesalahpahaman pasti sering terjadi, terutama dengan perawat dan keluarga karena perawat yang ditemui oleh keluarga setiap saat.	Komunikasi antara keluarga pelanggan dan pihak rumah sakit seringkali menjadi kendala.
4	Program apa saja yang mendukung dalam upaya peningkatan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?	Disini tidak ada program khusus untuk peningkatan kepuasan keluarga pelanggan. Belum disusun	Tidak ada program khusus untuk peningkatan kepuasan.	Masih dalam bentuk wacana, sesuai dengan tujuan dari peningkatan kepuasan dari seluruh rumah sakit.
5	Kebijakan apa saja yang mendukung dalam meningkatkan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?	Disini dilakukan pembelajaran bersama setiap bulannya. Berharap dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan para perawat. Juga terdapat penekanan keikhlasan dalam bekerja, dimana bekerja adalah ibadah. Sehingga kita bekerja dengan tulus dan niat baik.	Peningkatan kualitas SDM, dengan diadakannya studi kasus sebulan sekali sehingga pengetahuan dan ketrampilan terus meningkat dan kualitas pelayanan dapat terjaga.	Dengan diadakan pertemuan sebulan sekali, untuk bertukar ilmu juga untuk menciptakan keakraban dalam lingkungan kerja.

6	Bagaimana tanggapan saudara terhadap penerapan kebijakan tentang kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif yang telah ditetapkan?	Berjalan dengan baik dan memberikan hasil yang efektif. Walau sangat sederhana namun hasil yang didapatkan tidaklah minimal.	Memiliki respon yang positif, apabila terus dijaga konsistennya dapat mendorong peningkatan kualitas pelayanan ICU.	Berjalan dengan baik.
7	Apakah rencana tindak lanjut terhadap perawat di unit perawatan intensif dalam meningkatkan kepuasan pelayanan keperawatan di unit perawatan intensif?	Di dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan, efektifitas dan efisiensi keperawatan perlu diperhatikan, dimana pelatihan dan pembelajaran harus lebih sering. Minimal adanya peningkatan ilmu dan praktek dalam keperawatan.	Peningkatan SDM dengan memberikan kesempatan kepada seluruh perawat untuk meningkatkan ilmu dan ketrampilan dalam aplikasi sehari-hari. Sehingga dapat mendorong peningkatan tingkat kepuasan.	Perbaikan kualitas SDM dan tata cara dalam ICU, seperti prosedur dalam melakukan tindakan, ketrampilan dari perawat-perawat ICU.
8	Menurut anda, indikator mana yang mendorong timbulnya kepuasan keluarga atas pelayanan di unit perawatan intensif?	Komunikasi	Ketanggapan	Komunikasi
9	Bagaimana hasil pencapaian dalam menciptakan tingkat kepuasan di unit perawatan intensif?	Dirasakan sangat baik, dalam skala 1 – 10, dapat diberikan nilai 8, karena kita jarang menerima komplain atas pelayanan ICU dibandingkan pelayanan keperawatan lainnya.	Berjalan baik, dalam skala 1-10, dapat diberikan nilai 7, karena selama ini memberikan evaluasi yang baik.	Lumayan baik, dalam skala 1 – 10 dapat diberikan nilai 7. Dasar pencapaian tingkat kepuasan di unit perawatan intensif adalah hubungan yang baik antara keluarga dengan pihak rumah sakit.

10	Tindakan evaluasi apa saja yang dapat memberikan gambaran kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?	Tindakan evaluasi berupa kotak saran tidak cukup karena dirasakan kurang spesifik. Dengan kuesioner dirasakan paling tepat untuk saat ini.	Berupa kuesioner diberikan kepada keluarga pelanggan untuk memberikan penilaian secara keseluruhan dari ICU, baik dari penampilan, pelayanan, ketrampilan, ketanggapan dalam menghadapi kondisi pasien dan keinginan keluarga pasien.	Kuesioner lebih tepat, dibandingkan sekarang dengan kotak saran, tolak ukur penilaiannya tidak jelas.
11	Dalam hal kebersihan ruangan ICU dan ruang tunggu untuk keluarga pasien, bagaimana pengaturannya?	Terdapat unit sendiri dalam hal kebersihan dan mereka juga bekerja 24 jam sehari disebar di dalam unit-unit. Seperti di ICU ini, terpisah khusus dari ruang unit lainnya seperti misalnya dengan ruangan rawat inap VIP.	Terdapat tim khusus untuk kebersihan, mereka bertanggung jawab untuk ICU selama 24 jam sehari. Jadi apabila memang dibutuhkan sewaktu-waktu, mudah dipanggil.	Ada pengaturan tersendiri untuk tim kebersihan. Diluar tanggung jawab keperawatan.

12	<p>Bagaimana pengaturan dalam hal fasilitas dan sarana di unit perawatan intensif ?</p>	<p>Penyusunan fasilitas dan sarana di dalam ruangan ICU merupakan tanggung jawab ICU, disusun pertahun namun bila terdapat kebutuhan mendadak tidak menutupi kemungkinan untuk menyusun secara mendadak. Namun untuk fasilitas bagi keluarga pasien memang tidak disediakan khusus.</p>	<p>Untuk kebutuhan besar, disusun secara pertahun namun untuk barang habis guna pakai selalu dimonitor bersama, diberikan tanggungan jawab ke satu orang bergantian untuk memantau arus barang. Untuk fasilitas dan sarana di luar ICU, yaitu untuk keluarga pasien memang tidak ada secara khusus.</p>	<p>Terdapat organisasi kecil sendiri di dalam ICU dan ada satu orang yang bertanggung jawab (bergantian) dalam hal ini.. Untuk fasilitas dan sarana bagi keluarga pasien disini, seperti WC atau tempat sholat tidak disediakan secara khusus oleh rumah sakit, jadi mereka harus ke mushola atau ke WC umum.</p>
13	<p>Menurut anda, bagaimana ketrampilan yang telah dimiliki di dalam keperawatan ICU ini?</p>	<p>Ketrampilan yang dimiliki telah cukup memuaskan, sesuai dengan standar yang diberikan.</p>	<p>Ketrampilan yang sekarang cukup, namun tetap harus dilanjutkan dengan pelatihan-pelatihan atau seminar lanjutan mengenai keperawatan ICU.</p>	<p>Ketrampilannya merata antara perawat karena pembaharuan ilmu dan ketrampilan selalu dilakukan bersama sehingga tingkat ketrampilan di dalam ICU sangat baik dan merata.</p>

14	Dalam sehari-hari, apakah terdapat dalam masalah komunikasi antara keluarga pasien dengan perawat-perawat di ICU?	Keluhan dari keluarga pasien yang paling sering terjadi karena ada masalah dalam komunikasi, kesalahan pemahaman yang terjadi sebenarnya dapat diselesaikan dengan baik apabila terdapat komunikasi yang baik dari kedua belah pihak.	Masalah komunikasi seringkali terjadi antara keluarga pasien dengan rumah sakit (ICU) sehingga terjadinya keluhan. Namun bila terjalin komunikasi yang terbuka dan baik, keluhan-keluhan yang terjadi pastilah tidak akan timbul kembali.	Tidak sering namun masalah komunikasi memang sering terjadi karena di ICU merupakan tempat penuh dengan tingkat stress yang tinggi.
15	Apakah menurut anda, keluarga pasien di ICU ini merasa puas dan yakin akan ketrampilan dan kehandalan atas keperawatan di ICU ini?	Menurut saya puas, karena selain keluhan yang disampaikan seringkali kami mendapat pujian dan ucapan terima kasih dari keluarga pelanggan dan bisa dilihat dari jumlah permintaan akan keperawatan ICU disini.	Puas dan yakin, setelah mereka mengenal perawat-perawat di ICU, mereka bisa memberikan penilaian sendiri. Dan hal ini dapat memberikan penilaian tersendiri dan mereka menyatakan puas.	Tampaknya puas-puas saja karena jarang sekali ada keluhan mengenai kedua hal tersebut.
16	Apakah terdapat keluhan mengenai kurangnya kepedulian atau empati dari keperawatan ICU terhadap keluarga pasien?	Jarang sekali keluhan dalam hal ini.	Mungkin di awal-awal masa rawat akan terdapat keluhan seperti itu, namun setelah mengenal lebih jauh, keakraban lebih terjalin.	Tidak ada keluhan yah mengenai tindakan tenaga medis dan paramedis yang tidak ramah dan sopan selama saya bekerja disini.
17	Ratio perawat : pasien	1:1	1:1	1:1

		JAWABAN RESPONDEN	
NO	PERTANYAAN	4	5
1	Bagaimana penilaian dalam hal kepuasan dalam pelayanan di ICU RS ini?	Penilaian spesifik untuk ICU belum pernah ada, yang ada adalah penilaian untuk seluruh rumah sakit, melalui kotak saran.	Untuk saat ini, belum ada yang dapat dikatakan sebagai penilai kepuasan dalam pelayanan ICU RS ini.
2	Item-item yang dinilai dalam penilaian kepuasan pelayanan icu?	Keramahan, ketanggapan, kecepatan, komunikasi serta fasilitas dan sarana.	Penilaian secara keseluruhan, namun sayang bersifat subyektif.
3	Permasalahan apakah yang seringkali dihadapi dalam pelayanan di unit perawatan intensif?	Komplain akan pelayanan medis, karena dokter sering susah sekali ditemui. Keluarga seringkali mengajukan permintaan untuk berkonsultasi dengan tenaga medis yang ada namun sulit sekali untuk dipenuhi permintaan tersebut.	Tidak ada permasalahan yang sering berulang.
4	Program apa saja yang mendukung dalam upaya peningkatan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?	Program dari RS tidak ada yang spesifik.	Tidak ada program khusus untuk ICU.

5	Kebijakan apa saja yang mendukung dalam meningkatkan kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?	Sulit sekali untuk disusun suatu kebijakan karena tidak ada keperdulian dari tingkat atas, jadi sekarang ini tidak ada kebijakan khusus.	Tidak ada kebijakan khusus dalam ICU untuk peningkatan kepuasan dalam pelayanan keperawatan di ICU.
6	Bagaimana tanggapan saudara terhadap penerapan kebijakan tentang kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif yang telah ditetapkan?	-	-
7	Apakah rencana tindak lanjut terhadap perawat di unit perawatan intensif dalam meningkatkan kepuasan pelayanan keperawatan di unit perawatan intensif?	Kami disini hanya bekerja sebaik-baiknya, kami memiliki tanggung jawab terhadap pasien, keluarga pasien, RS dan diri sendiri dalam melaksanakan kewajiban. Bekerja semaksimal mungkin di dalam lingkungan semininim mungkin, itu adalah upaya kami memberikan yang terbaik.	Berjalan sesuai dengan ketentuan yang ada saja.
8	Menurut anda, indikator mana yang mendorong timbulnya kepuasan keluarga atas pelayanan di unit perawatan intensif?	Komunikasi dan ketanggapan kita dalam kebutuhan dan keinginan dari pasien dan keluarga pasien.	Kecepatan dalam bekerja disertai dengan komunikasi yang baik.

9	<p>Bagaimana hasil pencapaian dalam menciptakan tingkat kepuasan di unit perawatan intensif?</p>	<p>Dalam skala 1-10, nilai yang kita peroleh adalah 8, pasien dan keluarga pasien memiliki suatu hubungan yang dekat dengan perawat-perawat disini, bahkan kami bisa saling terbuka satu sama lainnya.</p>	<p>Tingkat kepuasan yang diperoleh lumayan.</p>
10	<p>Tindakan evaluasi apa saja yang dapat memberikan gambaran kepuasan keluarga pelanggan di unit perawatan intensif?</p>	<p>Dengan mengadakan kuesioner dan diberikan kepada keluarga pelanggan jadi terdapat gambaran spesifik mengenai kepuasan keluarga pelanggan di ICU RS ini. Dengan kotak saran saja tidak cukup, apalagi dengan fasilitas kotak saran yang sekarang ini.</p>	<p>Sebenarnya bisa dengan kuesioner dimana setiap keluarga pasien diberikan ketika akan keluar dari ICU namun penilaiannya akan bersifat subyektif. Kalau kotak saran tidak perlu digunakan, menurut saya.</p>
11	<p>Dalam penerapan kebersihan ruangan ICU dan ruang tunggu untuk keluarga pasien, pengendalian dipegang oleh siapa?</p>	<p>Kebersihan di dalam dan luar sekeliling ICU merupakan tanggung jawab dari tim kebersihan RS, kalau dibutuhkan di luar jadwal pembersihan ruangan, kami harus mencari mereka sekarang berada dimana, tidak ada yang ditugaskan secara khusus untuk tiap ruangan.</p>	<p>Sudah ada manajemen tersendiri untuk kebersihan, di luar tanggung jawab ICU.</p>

12	<p>Bagaimana pengaturan dalam hal fasilitas dan sarana di unit perawatan intensif?</p>	<p>Fasilitas dan sarana di ICU baik di dalam maupun di sekeliling ICU kurang mendukung, dari fasilitas medis, keperawatan maupun fisik masih kurang memadai. Seperti contohnya, dalam hal fasilitas kamar mandi dan tempat mencuci tangan. Di ICU hanya ada 1 wastafel untuk mencuci tangan bagi keluarga pasien dan tenaga medis;/non medis menggunakan bersama-sama. Untuk kamar mandi, hanya ada 1 kamar mandi di dalam ruang bedah. Untuk keluarga pasien mereka harus berjalan jauh ke gedung sebelah karena disini hanya untuk staf. Jadi memang disini tidak terdapat fasilitas dan sarana yang memadai.</p>	<p>Memang jauh dari rasa nyaman, terutama bila dibandingkan dengan RS lainnya terutama RS Swasta. Namun memang begini adanya.</p>
13	<p>Menurut anda, bagaimana ketrampilan yang telah dimiliki di dalam keperawatan ICU ini?</p>	<p>Ketrampilan tenaga keperawatan disini merata dan memiliki klasifikasi khusus. Namun sebagai proses pengembangan diri tetap dibutuhkan suatu pelatihan-pelatihan maupun seminar agar dapat tetap berkembang dan maju.</p>	<p>Ketrampilan keperawatan disini sudah baik. Rata-rata perawat disini telah bersertifikasi untuk ICU.</p>
14	<p>Dalam sehari-hari, apakah terdapat dalam masalah komunikasi antara keluarga pasien dengan perawat perawat di ICU?</p>	<p>Masalah komunikasi yang seringkali terjadi, namun bukan menjadi suatu hambatan utama dalam pelaksanaan pekerjaan sehari-hari. Kami tetap dapat memenuhi apa keinginan pasien dan keluarga pasien.</p>	<p>Masalah pasti ada, namun segala sesuatunya masih bisa diatasi.</p>

15	Apakah menurut anda, keluarga pasien di ICU ini merasa puas dan yakin akan ket Rampilan dan kehandalan atas keperawatan di ICU ini?	Saya merasa mereka puas akan kemampuan kami, karena seringkali keluarga pasien menolak untuk dipindahkan ke ruangan inap biasa ketika pasien sudah dalam keadaan stabil.	Menurut saya puas, karena komplain dari pasien dan keluarga pasien sangatlah jarang.
16	Apakah terdapat komplain mengenai kurangnya kepedulian atau empati dari keperawatan ICU terhadap keluarga pasien?	Setiap tahunnya diadakan evaluasi mengenai keperawatan (menyeluruh) dan selalu dikatakan perawat itu judes dan tidak ramah. Namun di ICU kami berusaha menimbulkan suasana kekeluargaan antara staf ICU dengan keluarga pasien sehingga kami dapat berempati terhadap pasien dan keluarga pasien.	
17	Ratio perawat : pasien	2:3 atau 1:1	1 : 1

## 2. Asuhan Keperawatan

NO	PERTANYAAN	JAWABAN RESPONDEN		
		1	2	4
1	Bagaimana profil perawat di dalam keperawatan icu rumah sakit ini?	Perawat yang bekerja di ICU RS ini minimal sudah bekerja 5 tahun di RS ini dan sudah pernah berkeliling di 3 ruang perawatan, seperti Medikal Bedah, Penyakit Dalam dan Anak. Memiliki kemauan kuat untuk terus belajar.	Minimal bekerja di RS ini selama 5 tahun dan pernah melewati rotasi di 3 bagian rawat inap seperti Medikal Bedah, Penyakit dalam dan Anak. Memiliki kemampuan untuk bekerja di dalam tekanan stress tinggi.	Perawat tersebut telah mengalami rotasi di seluruh bagian dan memiliki kecekanan yang baik.
2	Apakah terdapat standar asuhan keperawatan khusus dalam ICU?	Disini terdapat asuhan keperawatan untuk keseluruhan bukan khusus untuk ICU saja.	Standar asuhan keperawatan ICU merupakan bagian dari asuhan keperawatan RS ini, belum ada yang khusus untuk ICU.	Ada, merupakan bagian dari standar asuhan keperawatan RS, bukan suatu standar asuhan keperawatan yang berdiri sendiri.
3	Penyusunan standar askep dalam rs. siapa dan askep apa yang digunakan?	Yang menyusun adalah tim keperawatan dari RS ini., kami mengambil dari banyak sumber, salah satunya dari asuhan keperawatan DepKes	Asuhan keperawatan RS ini disusun oleh tim Keperawatan dengan sumber dari asuhan keperawatan berbagai RS dan DepKes.	Disusun oleh Sub Keperawatan dengan bersumber dari Asuhan Keperawatan oleh Depkes dan teori-teori lainnya.

4	Dalam hal penerapan askep, yang berwenang langsung akan konsistensi aplikasi askep sehari-hari?	Yang bertanggung jawab dalam aplikasi sehari-hari adalah Kepala Ruangan	Yang berwenang langsung adalah Kepala Ruangan, bertugas untuk mengawasi pelaksanaan asuhan keperawatan tersebut sesuai dan tepat.	Diawasi langsung oleh Kepala Ruangan dan dilakukan secara berkala.
5	Dalam pengkajian asuhan keperawatan yang digunakan, bagaimana dalam aplikasinya sehari-hari?	Disini kami bekerja secara bergiliran dan kami berusaha memberikan pelayanan keperawatan yang seirama sehingga dapat memberikan keseragaman dalam pelayanan.	Pelaksanaan dalam pengkajian keperawatan sehari-hari dilakukan dalam awal pelayanan, ketika perawat-perawat mulai bekerja pada jam kerjanya.	Kami memiliki banyak kelemahan dalam sudut pengkajian, dimana kami jarang memperkenalkan diri misalnya terhadap pasien maupun keluarga pasien.
6	Dalam diagnosa asuhan keperawatan, bagaimana aplikasinya dalam keseharian keperawatan disini?	Di dalam diagnosa ini, sedapat mungkin kami melibatkan pasien atau keluarga pasien, sebatas wewenang kami, agar tercipta pemahaman kondisi pasien.	Di dalam tahap ini, kami memberikan keleluasaan kepada keluarga pasien maupun pasien untuk bertanya namun tetap di dalam wewenang kami.	Kami akan membantu keluarga pasien atau pasien untuk memahami kondisinya sehingga disini akan tercipta komunikasi dengan pagarpagar yang jelas.
7	Bagaimana aplikasi di dalam asuhan keperawatan ICU di rs ini mengenai Penyusunan rencana tindakan terhadap pasien?	Dalam hal ini, kami selalu menyusun secara tim dan kami selalu bersifat terbuka untuk memberikan informasi kepada pihak keluarga, dalam batas wewenang keperawatan.	Penyusunan rencana tindakan sesuai dengan asuhan keperawatan yang ada, keluarga pasien berhak tahu apa yang akan dilakukan dan kami tetap menjawab sesuai dengan wewenang kami.	Sesuai dengan asuhan keperawatan di RS ini, namun biasanya kami memberikan informasi terlebih dahulu kepada keluarga.

8	Dalam tindakan perawatan di ICU, sejauh mana aplikasi asuhan keperawatannya?	Kami melakukan sesuai dengan asuhan keperawatan yang ada di RS ini dan biasanya disesuaikan dengan kondisi dari pasien tersebut.	Kami melakukan penerapan yang dilakukan penyesuaian dengan kondisi dari pasien. Dan biasanya kami mencatat perubahan-perubahan yang dilakukan untuk menjadi masukan dalam evaluasi asuhan keperawatan nanti.	Sesuai dengan asuhan keperawatan yang ada, bahkan kami sering membuat catatan-catatan tambahan agar dapat membantu dalam aplikasinya sehari-hari.
9	Bagaimana anda melakukan tindakan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di dalam keperawatan unit perawatan intensif?	Evaluasi dilakukan setiap hari oleh kepala ruangan dan dicatat dalam buku laporan. Laporan ini akan diberikan kepada bagian keperawatan per bulannya agar dapat dievaluasi lebih lanjut. Namun bila ada permasalahan penting, bisa langsung dibicarakan ke Tim Keperawatan.	Evaluasi harian oleh kepala ruangan dan koordinator keperawatan dan disusun laporan bulanan untuk dievaluasi lebih lanjut oleh Tim Keperawatan.	Evaluasi oleh kepala ruangan, bila ada masalah baru dibicarakan langsung dengan Sub Keperawatan, namun dievaluasi rutin oleh Sub Keperawatan per bulannya dalam laporan bulanan.
10	Siapa yang melakukan monitoring tersebut?	Kepala Ruangan dan Koordinator Perawatan	Kepala Ruangan dan Koordinator Perawatan	Kepala Ruangan
11	Dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala?	Ya, harian dan bulanan	Ya, Harian dan bulanan	Ya, harian dan bulanan

12	Permasalahan-permasalahan yang sering timbul di dalam pelaksanaan keperawatan unit intensif di rumah sakit ini?	Sejauh ini tidak ada masalah besar yang bisa menghambat pelaksanaan asuhan keperawatan yang ada, namun bisa dikatakan sarana dan fasilitas yang sederhana dapat memperlambat dari aplikasi asuhan keperawatan.	Masalah yang dapat menghambat total tidak ada, namun berkembangnya ilmu medis tidak sejalan dengan pelatihan yang ada jadi dalam pelaksanaan seringkali ada hambatan-hambatan kecil.	Pelaksanaan asuhan keperawatan terhambat dengan sarana dan fasilitas yang minim dan koordinasi yang tidak terstruktur dengan baik.
13	Usaha penanggulangan yang dilakukan dalam permasalahan ini, dengan sifat berjenjang atau ditindak langsung?	Sifatnya ditindak langsung, karena di ICU harus bergerak cepat. Namun tetap dibawah pengawasan kepala ruangan dan kepala instalasi.	Tindak langsung, walaupun tetap dengan supervisi oleh kepala ruangan atau kepala instalasi.	Ditindak langsung, dengan dipantau oleh kepala ruangan.
14	Dalam standar pelayanan keperawatan unit ICU, apakah peranan perawat memberikan faktor yang dominan dalam hal kepuasan dari keluarga pasien?	Sangat dominan, karena perawat yang bertugas selama 24 jam dalam sehari.	Dominan, karena perawat yang melaksanakan tugas di RS selama 24 jam dan berhadapan langsung dengan pasien dan keluarga pasien	Ya, karena perawat adalah gerbang pelayanan di RS. Dimana perawat yang berhadapan langsung dengan semua pasien maupun keluarga pasien setiap saat.

15.	Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, apakah terdapat perbedaan pelaksanaan dari jenis kelamin perawat pelaksana?	Tidak ada yah, disini semua perawat melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik.	Baik perawat laki-laki dan perempuan memiliki tugas kerja yang sama maka mereka melaksanakan asuhan keperawatan sama baiknya.	Tidak ada perbedaan antara perawat laki-laki dan perempuan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
16.	Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, apakah ada syarat usia dalam menjadi perawat pelaksana ICU?	Bukan usia yang menjadi syarat, namun paham berotasi di seluruh bagian di rumah sakit dan kemauan untuk belajar di ICU.	Tidak ada syarat seperti itu.	Usia tidak menjadi patokan, namun kemampuan dan keinginan untuk maju.
17.	Apakah membutuhkan suatu pendidikan khusus dalam melaksanakan asuhan keperawatan di unit perawatan intensif?	Seharusnya perawat pelaksana di ICU telah bersertifikasi khusus ICU ketika bekerja di ICU. Namun disini ada keterbatasan dana dalam mengadakan atau mengirim perawat untuk pelatihan. Jadi kami berusaha sebaik mungkin untuk memberikan pelatihan internal.	Memiliki sertifikasi khusus ICU dalam menjalankan pekerjaan di ICU. Sayangnya rumah sakit memiliki kemampuan finansial terbatas jadi kami harus mengakali keadaan tersebut.	Sertifikasi dan pelatihan-pelatihan lainnya yang mendukung kinerja di ICU. Dana rumah sakit untuk pelatihan sangat terbatas jadi hanya beberapa perawat yang dapat mengikuti pelatihan.



# RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PASAR REBO

## SURAT KETERANGAN

Nomor : ...../083.73

Ka.Sub.Bag Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Pasar Rebo Jakarta menerangkan bahwa :

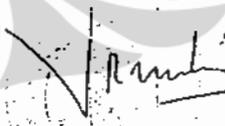
Nama : Susan Oktiwidya Ananda  
Institusi : Kajian Administrasi Rumah Sakit – Universitas Indonesia

Adalah benar yang bersangkutan telah melaksanakan pengambilan data di Bagian ICU RSUD Pasar Rebo dalam rangka penyusunan Tesis pada bulan juni 2008.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Jakarta, 23 Juni 2008

RSUD Pasar Rebo DKI Jakarta  
Ka.Sub.Bag Diklat,

  
**Enie Rochaeni, SKM, MARS**  
NIP. 140 152 359

**PEMERINTAH DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TARAKAN**  
Jl. Kyai Caringin No. 7 Telp. 3503003 Fax. 3503412  
JAKARTA PUSAT

**SURAT KETERANGAN**

**NO. 22/ KID / RST / 2008**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dr. M. Fadil Rasad, Sp. THT, MKes  
Jabatan : Ka. Instalasi Diklatbang RSUD Tarakan

Menerangkan bahwa :

Nama : Susan Oktiwidya  
NPM : 0606022605  
Judul : "Kepuasan Keluarga Pasien Terhadap Perawatan ICU di 18  
Rumah Sakit di Indonesia".

Telah melaksanakan penelitian / pengambilan data pada ruang HCU di Rumah Sakit  
Tarakan pada tanggal 16 Juni 2008

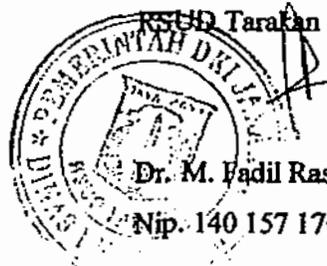
Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana  
mestinya.

Dibuat di : Jakarta

Tanggal : 17 Juni 2008

Ka. Instalasi Diklatbang

RSUD Tarakan



Dr. M. Fadil Rasad, Sp.THT,Mkes

Nip. 140 157 176