

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Tinjauan Tentang Kepuasan Pasien**

###### **a. Definisi kepuasan pasien**

Kepuasan menurut Kamus Bahasa Indonesia (2002) adalah puas, merasa senang, perihal (hal yang bersifat puas, kesenangan, kelegaan dan sebagainya). Kepuasan dapat diartikan sebagai perasaan puas, rasa senang dan kelegaan seseorang dikarenakan mengkonsumsi suatu produk atau jasa untuk mendapatkan pelayanan suatu jasa.

Menurut Kotler (dalam Sutanto, 2001) mendefinisikan kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya. Kepuasan dapat dirasakan apabila seseorang kebutuhannya dapat terpenuhi. Bila kinerja sesuai harapan, maka pelanggan akan sangat puas. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan pelanggan akan sangat puas, harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitif terhadap harga dan memberi komentar yang baik tentang perusahaan atau rumah sakitnya tersebut.

Menurut Supranto (2001) kepuasan adalah bentuk perasaan seseorang setelah mendapatkan pengalaman terhadap kinerja pelayanan yang telah memenuhi harapan. Tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan akan sangat kecewa. Bila kinerja sesuai harapan, maka pelanggan akan sangat puas, sedangkan bila kinerja melebihi harapan pelanggan akan sangat puas. Harapan pelanggan dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media. Pelanggan yang puas akan setia lebih lama, kurang sensitive terhadap harga dan memberi komentar yang baik tentang perusahaan atau rumah sakit tersebut.

Kepuasan pasien merupakan respon pasien atas evaluasi ketidaksesuaian yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaian (Parasuraman, dkk dalam Tjiptono & Chandra, 2005). Kepuasan yang dialami oleh pasien sangat berkaitan erat dengan kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat. Perilaku perawat maupun dokter di rumah sakit merupakan salah satu aspek yang sangat penting dalam mewujudkan kualitas pelayanan yang memuaskan pasien pengguna jasa rumah sakit. Pasien menilai tingkat kepuasan atau ketidakpuasan mereka setelah menggunakan jasa rumah sakit dan menggunakan informasi ini untuk memperbaharui persepsi mereka tentang kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat di rumah

sakit tersebut. Sebelum pasien menggunakan jasa suatu rumah sakit, pasien memiliki harapan tentang kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat yang didasarkan pada pengalaman sebelumnya dan rekomendasi dari mulut ke mulut. Setelah pasien menggunakan jasa rumah sakit tersebut, pasien akan membandingkan kualitas pelayanan yang diharapkan oleh pasien dengan apa yang benar-benar mereka terima.

Dimensi kepuasan menurut Azwar (2003) dibedakan menjadi 2 macam:

- 1) Kepuasan pasien yang mengacu hanya pada penerapan kode etik serta standar pelayanan oleh *provider* yang mencakup: hubungan dokter dengan pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan melakukan pilihan, pengetahuan dan kemampuan teknis, efektifitas pelayanan dan keamanan tindakan.
- 2) Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan kesehatan, yang meliputi ketersediaan pelayanan kesehatan, kewajaran pelayanan kesehatan, kesinambungan pelayanan kesehatan, penerimaan pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan kesehatan, keterjangkauan pelayanan kesehatan, efisiensi pelayanan kesehatan, dan mutu pelayanan kesehatan.

b. Aspek-Aspek Kepuasan Pasien

Kepuasan yang dirasakan oleh pasien merupakan aspek yang sangat penting bagi kelangsungan suatu rumah sakit. Junadi (dalam

Sabarguna, 2004) mengemukakan bahwa kepuasan pasien adalah nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Penilaian subjektif tersebut didasarkan pada pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu itu dan pengaruh lingkungan pada waktu itu.

Sabarguna (2004) menyatakan ada beberapa aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien, yaitu:

- 1) Aspek kenyamanan, meliputi lokasi rumah sakit, kebersihan rumah sakit, kenyamanan ruangan yang akan digunakan pasien, makanan yang dimakan pasien, dan peralatan yang tersedia dalam ruangan.
- 2) Aspek hubungan pasien dengan petugas rumah sakit, meliputi keramahan petugas rumah sakit terutama perawat, informasi yang diberikan oleh petugas rumah sakit, komunikatif, responatif, suportif, dan cekatan dalam melayani pasien.
- 3) Aspek kompetensi teknis petugas, meliputi keberanian bertindak, pengalaman, gelar, dan terkenal.
- 4) Aspek biaya, meliputi mahalnya pelayanan, terjangkau tidaknya oleh pasien, dan ada tidaknya keringanan yang diberikan kepada pasien.

Parasuraman, dkk (dalam Tjiptono & Chandra, 2005) mendefinisikan kualitas pelayanan sebagai kesenjangan antara kenyataan yang diterima konsumen dengan harapan konsumen. Dari kesenjangan tersebut pasien akan menilai baik atau buruknya kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat.

Parasuraman, dkk (dalam Tjiptono & Chandra, 2005) mengemukakan lima dimensi yang mempengaruhi kepuasan pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan, yaitu:

- 1) *Tangible* (bukti fisik) adalah keadaan yang ada berupa penampilan fisik dari perawat, cara berpakaian atau kerapihan, peralatan yang digunakan di dalam bertugas, bahan-bahan sarana pelayanan lainnya.
- 2) *Reliability* (keandalan) adalah kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan.
- 3) *Responsiveness* (daya tanggap) adalah keinginan perawat untuk membantu kebutuhan dan keinginan pasien dan keluarga pasien dan memberikan pelayanan secara memuaskan.
- 4) *Assurance* (jaminan) merupakan kemampuan perawat dalam melakukan pelayanan, misalnya pengetahuan tentang penanganan medis, keterampilan, dan ketulusan di dalam melayani pasien dan keluarga pasien sehingga dapat menimbulkan kepercayaan dan keyakinan termasuk juga kesopanan dan menghargai pasien dan keluarganya.
- 5) *Empathy* (perhatian) adalah kemudahan perawat dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik, kepedulian, perhatian perawat terhadap pasien dan keluarga pasien termasuk pendekatan atau upaya memahami kebutuhan pasien.

Sedangkan menurut Pohan (2007), aspek-aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien dari berbagai studi penelitian dengan secara berurutan sebagai berikut: (1) Kesembuhan, (2) ketersediaan obat rumah sakit, (3) keleluasaan pribadi tau privasi sewaktu berada dikamar periksa, (4) kebersihan rumah sakit, (5) mendapat informasi yang menyeluruh, informasi tentang nama penyakit, bagaimana merawatnya dirumah dan informasi tanda-tanda bahaya untuk segera membawanya kembali berobat, (6) mendapat jawaban yang dimengerti terhadap pertanyaan pasien, artinya apakah pasien mengerti jawaban yang diberikan oleh petugas kesehatan terhadap pertanyaan yang diajukannya, (7) memberi kesempatan untuk bertanya, artinya apakah petugas kesehatan memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya, (8) penggunaan bahasa daerah, artinya apakah petugas menggunakan bahasa daerah dalam melayani pasien, (9) kesinambungan petugas kesehatan, artinya apakah setiap kali pasien datang ke rumah sakit akan dilayani oleh petugas kesehatan yang sama, (10) waktu tunggu, yaitu waktu yang diperlukan sebelum kontak dengan petugas, bukan petugas kartu atau rekam medik, (11) tersedianya toilet, artinya apakah di rumah sakit terdapat toilet yang dapat digunakan oleh pasien dan airnya tersedia, (12) biaya pelayanan, seluruh biaya yang dikeluarkan oleh pasien jika berobat ke rumah sakit, (13) tersedianya tempat duduk atau bangku untuk pasien pada ruang tunggu.

c. Aspek-aspek pengukuran tingkat kepuasan pasien

Pengukuran tingkat kepuasan konsumen erat hubungannya dengan mutu produk barang atau jasa. Pengukuran aspek mutu bermanfaat bagi pengelola jasa, yaitu (Supranto, 2001):

- 1) Mengetahui dengan baik bagaimana jalannya atau bekerjanya proses pelayanan jasa.
- 2) Mengetahui dimana harus melakukan perubahan dalam upaya melakukan perbaikan secara terus menerus untuk memuaskan konsumen terutama untuk hal-hal yang dianggap penting oleh konsumen.
- 3) Menentukan apakah perubahan yang dilakukan mengarah ke perbaikan atau tidak (*improvement*).

Sedangkan menurut Kotler (2003), ada beberapa macam metode dalam pengukuran kepuasan pelanggan:

1) Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) memberikan kesempatan yang luas kepada para pelanggannya untuk menyampaikan saran dan keluhan. Misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, dan hubungan telepon langsung dengan pelanggan.

2) *Ghost shopping*

Mempekerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pengguna potensial, kemudian melaporkan temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk rumah sakit dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka.

3) *Lost customer analysis*

Rumah sakit seharusnya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti menggunakan jasa pelayanan agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi.

4) Survei kepuasan pelanggan

Penelitian survei dapat melalui pos, telepon dan wawancara langsung. Responden juga dapat diminta untuk mengurutkan berbagai elemen penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik perusahaan dalam masing-masing elemen (*importance/performance ratings*). Melalui survei perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda positif bahwa rumah sakit menaruh perhatian terhadap para pengguna jasa pelayanannya.

Pengumpulan data survei kepuasan pasien dapat dilakukan dengan berbagai cara tetapi pada umumnya dilakukan melalui kuesioner dan wawancara. Adapun penggunaan kuesioner adalah cara yang paling sering digunakan karena mempunyai beberapa



keuntungan, seperti proses yang mudah dan murah, menghasilkan data yang telah terstandarisasikan dan terhindar dari bias wawancara (Pohan, 2006).

d. Manfaat Pengukuran Kepuasan

Menurut Gerson (2004), manfaat utama dari program pengukuran adalah tersedianya umpan balik yang segera, berarti dan objektif. Dengan hasil pengukuran orang bisa melihat bagaimana mereka melakukan pekerjaannya, membandingkan dengan standar kerja, dan memutuskan apa yang harus dilakukan untuk melakukan perbaikan berdasarkan pengukuran tersebut. Ada beberapa manfaat pengukuran kepuasan antara lain:

- 1) Pengukuran menyebabkan orang memiliki rasa berhasil dan berprestasi, yang kemudian diterjemahkan menjadi pelayanan yang prima kepada pelanggan.
- 2) Pengukuran bisa dijadikan dasar menentukan standar kinerja dan standar prestasi yang harus dicapai, yang akan mengarahkan mereka menuju mutu yang semakin baik dan kepuasan pelanggan yang meningkat.
- 3) Pengukuran memberikan umpan balik segera kepada pelaksana, terutama bila pelanggan sendiri yang mengukur kinerja pelaksana atau yang memberi pelayanan.

- 4) Pengukuran memberi tahu apa yang harus dilakukan untuk memperbaiki mutu dan kepuasan pelanggan bagaimana harus melakukannya. Informasi ini juga bisa datang dari pelanggan.
- 5) Pengukuran memotivasi orang untuk melakukan dan mencapai tingkat produktivitasnya yang lebih tinggi.

Menurut Azwar (2003), didalam situasi rumah sakit yang mengutamakan pihak yang dilayani (*client oriented*), karena pasien adalah pasien yang terbanyak, maka banyak sekali manfaat yang dapat diperoleh bila mengutamakan kepuasan pasien antara lain sebagai berikut:

- 1) Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit.
- 2) Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain. Hal ini secara akumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena merupakan pemasaran rumah sakit secara tidak langsung.
- 3) Citra rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah orang yang berobat, karena ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengar sehingga akan menguntungkan rumah sakit secara sosial dan ekonomi (meningkatnya pendapatan rumah sakit).

- 4) Berbagai pihak yang berkepentingan (*stakeholder*) rumah sakit, seperti perusahaan asuransi akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif.
- 5) Didalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak- hak pasien. Rumah sakitpun akan berusaha sedemikian rupa sehingga malpraktek tidak terjadi.

e. Klasifikasi kepuasan

Menurut Gerson (2004), untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dapat diklasifikasikan dalam beberapa tingkatan sebagai berikut :

1) Sangat memuaskan

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang menggambarkan pelayanan kesehatan sepenuhnya atau sebagian besar sesuai kebutuhan atau keinginan pasien, seperti sangat bersih (prasarana), sangat ramah (hubungan dengan dokter atau perawat), atau sangat cepat (proses administrasi), yang seluruhnya menggambarkan tingkat kualitas pelayanan yang paling tinggi.

2) Memuaskan

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 kurang

ramah, yang seluruhnya ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori sedang.

3) Tidak memuaskan

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien rendah, yang menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak terlalu bersih (untuk sarana), agak lambat (untuk proses administrasi), atau tidak ramah.

4) Sangat tidak memuaskan

Diartikan sebagai ukuran subjektif hasil penilaian perasaan pasien yang rendah, menggambarkan pelayanan kesehatan tidak sesuai kebutuhan atau keinginan seperti tidak bersih (untuk sarana), lambat (untuk proses administrasi), dan tidak ramah. Seluruh hal ini menggambarkan tingkat kualitas yang kategori paling rendah.

Berpedoman pada skala pengukuran yang dikembangkan likert dikenal dengan istilah skala likert, kepuasan pasien dikategorikan menjadi, sangat puas, agak puas, dan tidak puas.

## **2. Tinjauan Tentang Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP)**

### **a. Pengertian MPKP**

Model Praktek Keperawatan Profesional sebagai sebuah sistem yang meliputi struktur, proses dan nilai profesional yang memungkinkan perawat profesional mengatur pemberian asuhan keperawatan dan mengatur lingkungan untuk menunjang asuhan keperawatan (Hoffart dan Woods cit Kurnia, 2007). Sebagai suatu model berarti sebuah ruang rawat dapat menjadi contoh dalam praktek keperawatan profesional di Rumah Sakit.

### **b. Tujuan Pengembangan Model Praktek Keperawatan Profesional**

- 1) Meningkatkan mutu aspek melalui penataan sistem pemberian asuhan keperawatan
- 2) Memberikan kesempatan kepada perawat untuk belajar melaksanakan praktek keperawatan profesional
- 3) Menyediakan kesempatan kepada perawat untuk mengembangkan penelitian keperawatan.

### **c. Dasar Pertimbangan Pemilihan Model Praktek Keperawatan Profesional**

Terdapat enam unsur utama dalam penentuan pemilihan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu sesuai dengan visi-misi rumah sakit, dapat diterapkannya proses keperawatan, efisien dan efektif dalam penggunaan biaya, terpenuhinya kepuasan klien, keluarga dan masyarakat, kepuasan kerja perawat dan terlaksananya komunikasi yang adekuat.

#### d. Komponen Model Praktek Keperawatan Profesional

Menurut Hoffart dan Woods cit Widianingrum (2007) komponen MPKP dibagi menjadi beberapa karakteristik yaitu nilai-nilai profesional yang merupakan inti dari MPKP, pendekatan manajemen terutama dalam perubahan pengambilan keputusan, sistem atau metode pemberian asuhan keperawatan, hubungan profesional, serta sistem kompensasi dan penghargaan.

##### 1) Nilai Profesional

Nilai-nilai profesional merupakan inti dari MPKP (Sitorus, 2006). Pengembangan Model Praktek Keperawatan Profesional didasarkan pada nilai profesional. Nilai profesional merupakan inti dari Model Praktek Keperawatan Profesional, yang meliputi: nilai intelektual, komitmen moral, otonomi, kendali dan tanggung gugat.

##### (a) Nilai intelektual

Nilai intelektual dalam dalam praktek terdiri dari tiga komponen yang saling terkait, yaitu:

- (1) Kelompok ilmu pengetahuan (*body of knowledge*) yang melandasi praktek profesional
- (2) Pendidikan spesialisasi untuk meneruskan kelompok ilmu pengetahuan
- (3) Menggunakan ilmu pengetahuan dalam berfikir secara kritis dan kreatif.

Nilai intelektual praktek profesional harus dilandasi oleh kelompok ilmu pengetahuan yang dikembangkan dari pengalaman yang mengarah pada keahlian dan penelitian yang mengarah pada teoritis. Pengetahuan ini mendasari keputusan dan pembenaran terhadap tindakan sesuai dengan situasi tertentu. Dalam melakukan praktek profesional perawatan perawat menggunakan proses berfikir secara logis dan kritis dengan menggunakan proses keperawatan sebagai pendekatan penyelesaian masalah, antara lain dengan mengumpulkan dan mengorganisasi informasi yang diperoleh dari berbagai sumber. Berdasarkan informasi tersebut memutuskan apa yang diperlukan, memilih dan mengimplementasikan satu dari beberapa pendekatan dan mengevaluasi hasil dari proses.

(b) Nilai komitmen moral

Pelayanan profesional terhadap masyarakat memerlukan integritas, komitmen moral dan tanggung jawab etik. Dengan kata lain perawat harus memiliki integritas untuk melakukan apa yang benar terutama pada situasi yang menimbulkan dilema moral. Dalam hal ini perawat bertanggung jawab untuk menerapkan prinsip etik secara luas dan bukan menggunakan nilai dan keyakinan personal untuk mengatasi konflik moral. Perawat perlu memperhatikan keselarasan nilai yang dianut oleh klien dan nilai

profesional tanpa mengabaikan nilai dan norma moral. Perilaku perawat harus dilandasi oleh aspek moral yang meliputi:

- (1) *Beneficence*, yaitu selalu mengupayakan tiap keputusan dibuat berdasarkan keinginan untuk melakukan yang terbaik dan tidak merugikan klien.
- (2) Adil, yaitu tidak mendiskriminasikan klien berdasarkan agama, ras, sosial budaya, keadaan ekonomi dan sebagainya, tetapi memperlakukan klien sebagai individu yang memerlukan bantuan dengan keunikan yang dimiliki.
- (3) *Fidelity*, yaitu berperilaku *caring*, selalu berusaha menepati janji, memberikan harapan yang memadai, komitmen moral serta memperhatikan kebutuhan spiritual klien. *Caring* tidak hanya melaksanakan prosedur keperawatan tetapi *caring* yang sebenarnya harus didasari atas sikap peduli dan penuh kasih sayang serta perasaan ingin membantu orang lain untuk tumbuh dan kembang. Nilai profesional dalam *caring* tercermin dalam perilaku perawat yang berupaya untuk melindungi, meningkatkan dan menjaga atau mengabdikan rasa kemanusiaan dengan membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri.

Komitmen moral dalam memberikan asuhan keperawatan tidak dapat dipisahkan dari kesediaan untuk bekerja sama dengan



bagai pihak. Kolaborasi merupakan suatu alat profesionalisme karena kolaborasi dalam berbagai tingkatan dapat meningkatkan status profesional. Kolaborasi antara perawat dengan tenaga profesi lainnya sangat penting untuk mempertahankan standar profesional dan menekankan tanggung gugat dalam lingkungan pelayanan kesehatan yang semakin kompleks.

(c) Otonomi, kendali dan tanggung gugat

Otonomi, kendali dan tanggung gugat merupakan tiga konsep yang saling berkaitan. Otonomi berarti kebebasan dan kewenangan melakukan tindakan secara mandiri. Otonomi melibatkan kemandirian, kesediaan mengambil resiko dan tanggung jawab, bertanggung gugat atas tindakannya sendiri, sebagai pengatur dan penentu diri sendiri. Bagi suatu profesi harus ada suatu kewenangan untuk mengendalikan praktik, menetapkan peran, fungsi dan tanggung jawab anggota profesi. Tanggung gugat berarti tanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan. Tanggung gugat profesional berarti bahwa perawat secara langsung bertanggung jawab terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada masyarakat.

2) Pendekatan manajemen

Pendekatan manajemen digunakan untuk mengelola sumber daya yang ada meliputi: ketenagaan, alat, fasilitas serta menetapkan

Standar Asuhan Keperawatan (SAK). Pada MPKP ini kemampuan manajemen keperawatan yang dikembangkan terutama dalam hal mengelola perubahan dan pengambilan keputusan.

Salah satu pendekatan manajemen penting adalah pemenuhan tenaga perawat. Dalam penyelenggaraan asuhan keperawatan profesional jumlah tenaga perawat yang dibutuhkan didasarkan pada jumlah pasien dan derajat ketergantungan pasien.

### 3) Sistem pemberian asuhan keperawatan

Sistem pemberian asuhan keperawatan (*care delivery system*) merupakan metode penugasan bagi tenaga perawat yang digunakan dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada klien. Sistem atau metode tersebut merefleksikan falsafah organisasi, struktur, pola ketenagaan dan populasi klien. Menurut Marquis dan Huston dalam Nursalam (2002), metode pemberian asuhan keperawatan terdiri dari empat model: model fungsional, model tim, primer dan manajemen kasus.

#### (a) Model fungsional

Pada metode ini, pembagian tugas berdasarkan jenis tindakan keperawatan, tidak berorientasi pada masalah pasien dan bersifat tidak profesional (Nursalam, 2002). Perawat melaksanakan tugas/tindakan tertentu berdasarkan jadwal kegiatan yang ada dan metode fungsional dilaksanakan oleh perawat dalam pengelolaan

asuhan keperawatan sebagai pilihan utama pada saat perang dunia kedua.

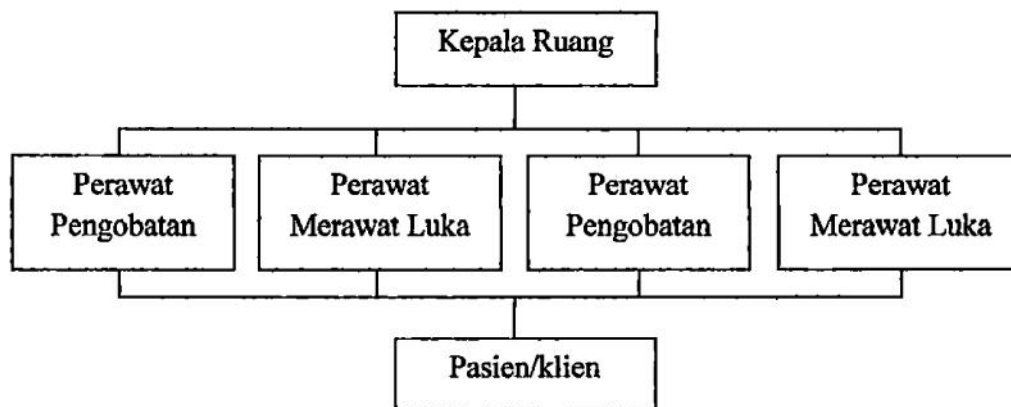
(1) Kelebihan model fungsional

- a. Manajemen klasik yang menekankan efisiensi, pembagian tugas yang jelas dan pengawasan yang baik
- b. Sangat baik untuk rumah sakit yang kekurangan tenaga

(2) Kelemahan model fungsional

- a. Tidak memberikan kepuasan kepada pasien maupun perawat
- b. Pelayanan keperawatan terpisah-pisah, tidak dapat menerapkan proses keperawatan
- c. Persepsi perawat cenderung kepada tindakan yang berkaitan dengan keterampilan saja.

Bagan 1: Sistem Asuhan Keperawatan Fungsional  
(Marquis dan Huton: 1998 dalam Nursalam, 2002: 144)



(b) Model tim

Metode ini menggunakan tim yang terdiri dari anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi 2-3 tim/grup yang terdiri dari tenaga profesional, teknikal dan pembantu dalam satu grup kecil yang saling bekerja sama dan membantu (Nursalam, 2002). Enam sampai tujuh perawat profesional dan perawat asosiet bekerja sebagai suatu tim yang disupervisi oleh ketua tim.

(1) Kelebihan model keperawatan tim

- a. Memungkinkan pelayanan keperawatan yang menyeluruh
- b. Mendukung pelaksanaan proses keperawatan
- c. Memungkinkan komunikasi antar tim sehingga konflik mudah diatasi dan memberi kepuasan kepada anggota tim

(2) Kelemahan model keperawatan tim

Komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim yang biasanya membutuhkan waktu dimana sulit untuk melaksanakan pada waktu-waktu sibuk.

(3) Konsep model keperawatan tim

- a. Ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai teknik kepemimpinan
- b. Pentingnya komunikasi yang efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin
- c. Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim
- d. Peran kepala ruangan penting dalam model tim, model tim akan berjalan baik apabila didukung kepala ruangan.

(4) Tanggung jawab anggota tim

- a. Memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dibawah tanggung jawabnya
- b. Kerjasama dengan anggota tim dan antar tim
- c. Memberikan laporan

(5) Tanggung jawab ketua tim

- a. Membuat perencanaan
- b. Membuat penugasan, supervisi dan evaluasi
- c. Mengenal dan mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan pasien
- d. Mengembangkan kemampuan anggota
- e. Menyelenggarakan konferensi

(6) Tanggung jawab kepala ruangan

a. Perencanaan

- 1) Menunjukkan ketua tim akan bertugas di ruangan masing-masing
- 2) Mengikuti serah terima pasien di shift sebelumnya
- 3) Mengidentifikasi tingkat ketergantungan klien: gawat, transisi dan persiapan pulang bersama ketua tim
- 4) Mengidentifikasi jumlah perawat yang dibutuhkan berdasarkan aktivitas dan kebutuhan klien bersama ketua tim, mengatur penugasan/penjadwalan
- 5) Merencanakan strategi pelaksanaan keperawatan
- 6) Mengikuti visit dokter untuk mengetahui kondisi, patofisiologi, tindakan medis yang dilakukan, program pengobatan dan mendiskusikan dengan dokter tentang tindakan yang akan dilakukan kepada klien
- 7) Mengatur dan mengendalikan asuhan keperawatan
  - a) Membimbing pelaksanaan asuhan keperawatan
  - b) Membimbing penerapan proses keperawatan dan menilai asuhan keperawatan
  - c) Mengadakan diskusi untuk pemecahan masalah

- d) Memberikan informasi kepada klien atau keluarga yang baru masuk rumah sakit
  - 8) Membantu mengembangkan niat pendidikan dan latihan diri
  - 9) Membantu membimbing peserta didik keperawatan
  - 10) Mewujudkan visi dan misi keperawatan dan rumah sakit.
- b. Pengorganisasian
- 1) Merumuskan metode penugasan yang digunakan
  - 2) Merumuskan metode penugasan
  - 3) Membuat rincian tugas ketua tim dan anggota tim
  - 4) Membuat rentang kendali kepala ruangan membawahi dua ketua tim dan ketua tim membawahi 2-3 perawat
  - 5) Mengatur dan mengendalikan tenaga keperawatan: membuat proses dinas dan mengatur tenaga yang ada setiap hari
  - 6) Mengatur dan mengendalikan logistik ruangan
  - 7) Mengatur dan mengendalikan situasi tempat praktik
  - 8) Mendelagasikan tugas saat kepala ruangan tidak berada di tempat kepada tim

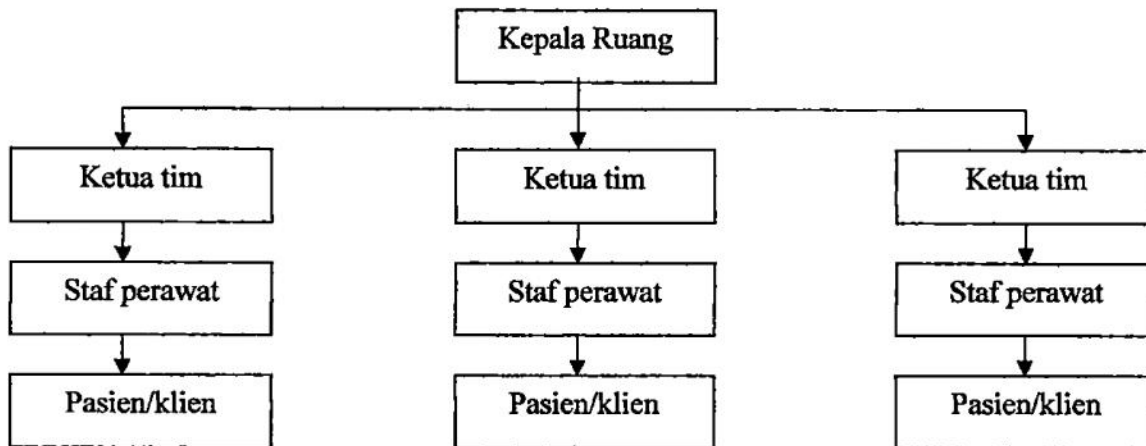
- 9) Memberi wewenang kepada tata usaha untuk mengurus administrasi pasien
  - 10) Mengatur penugasan jadwal pos dan pakarnya
  - 11) Identifikasi masalah dan cara penanganan.
- c. Pengarahan
- 1) Memberi pengarahan tentang penugasan kepada ketua tim
  - 2) Memberikan pujian kepada anggota tim yang melaksanakan tugas dengan baik
  - 3) Memberikan motivasi dalam memberikan pengetahuan, keterampilan dan sikap
  - 4) Menginformasikan hal-hal yang dianggap penting dan berhubungan dengan asuhan keperawatan klien
  - 5) Melibatkan bawahan dari awal hingga akhir kegiatan
  - 6) Meningkatkan kolaborasi dengan anggota tim lain.
- d. Pengawasan
- 1) Melalui komunikasi: mengawasi dan berkomunikasi langsung dengan ketua tim maupun pelaksana mengenai asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien



2) Melalui supervisi

- a) Pengawasan langsung melalui inspeksi, mengamati sendiri atau melalui laporan langsung lisan
- b) Pengawasan tidak langsung yaitu mengecek daftar hadir ketua tim. Membaca dan memeriksa rencana keperawatan serta catatan yang dibuat selama dan sesudah proses keperawatan dilaksanakan, mendengarkan laporan ketua tim tentang pelaksanaan tugas
- c) Evaluasi yaitu mengevaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana keperawatan yang telah disusun bersama ketua tim
- d) Audit keperawatan

Bagan 2: Sistem Pemberian Asuhan Keperawatan "*Team Nursing*"  
(Marquis & Huton dalam Nursalam 2002)



(c) Model primer

Merupakan metode penugasan dimana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit. Metode ini mendorong praktik kemandirian perawat, terdapat kejelasan antara pembuat rencana asuhan dan pelaksana. Metode primer ini ditandai dengan adanya keterkaitan kuat dan terus menerus antara pasien dan perawat yang ditugaskan untuk merencanakan, melakukan dan koordinasi asuhan keperawatan selama pasien dirawat (Nursalam, 2002). Perawat bertanggung jawab

terhadap semua aspek asuhan dan ratio 1:4 / 1:5 (perawat: pasien) dan penugasan metode kasus.

(1) Kelebihan model keperawatan primer

- a. Bersifat kontinuitas dan komprehensif
- b. Perawat primer mendapatkan akuntabilitas yang tinggi terhadap hasil dan diri
- c. Keuntungan antara lain terhadap pasien, perawat, dokter dan rumah sakit. Keuntungan yang diperoleh adalah pasien merasa dimanusiawikan karena terpenuhinya kebutuhannya secara individu. Selain itu, asuhan yang diberikan berkualitas dan tercapai pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, dukungan, proteksi, informasi dan advokasi. Dokter juga merasakan kepuasan dengan model primer karena selalu mendapatkan informasi tentang kondisi pasien yang selalu diperbarui dan komprehensif.

(2) Kelemahan model keperawatan primer

Hanya dapat dilakukan oleh perawat berpengalaman dan berpengetahuan yang memadai dengan kriteria asertif, *self direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinik,

akuntabel serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin.

(3) Konsep dasar model keperawatan primer

- a. Ada tanggung jawab dan tanggung gugat
- b. Ada otonomi
- c. Ketertiban pasien dan keluarga

(4) Tugas perawat primer

- a. Menerima pasien dan mengkaji kebutuhan pasien
- b. Membuat tujuan dan rencana keperawatan
- c. Melaksanakan rencana yang telah dibuat selama dinas
- d. Mengkomunikasikan dan mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh disiplin lain maupun perawat lain
- e. Mengevaluasi keberhasilan yang dicapai
- f. Menerima dan menyesuaikan rencana
- g. Menyiapkan penyuluhan untuk pulang
- h. Melakukan rujukan kepada pekerja sosial, kontak dengan lembaga sosial di masyarakat
- i. Membuat jadwal perjanjian klinik
- j. Mengadakan kunjungan rumah

(5) Peran kepala ruang dalam metode primer

- a. Sebagai konsultan dan pengendalian mutu perawat primer
- b. Orientasi dan merencanakan karyawan baru
- c. Menyusun jadwal dinas dan memberikan penugasan pada perawat asisten
- d. Evaluasi kerja
- e. Merencanakan/menyelenggarakan pengembangan staf
- f. Membuat 1-2 pasien untuk model agar dapat mengenal hambatan yang terjadi.

(6) Ketenagaan model keperawatan primer

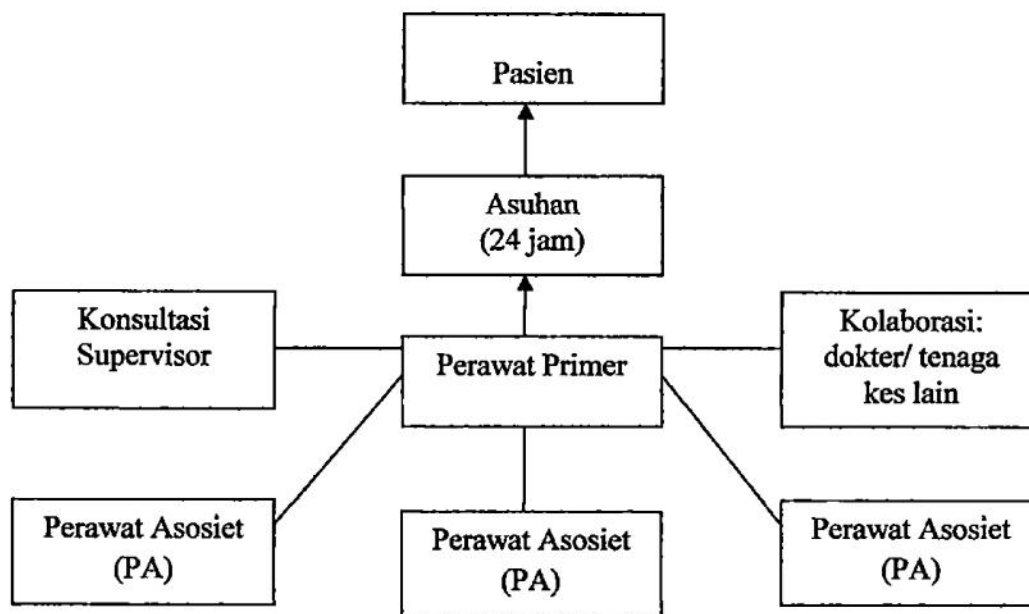
- a. Setiap perawat primer adalah *perawat bed side*
- b. Beban kasus pasien 4-6 orang untuk satu perawat
- c. Penugasan ditentukan oleh kepala bangsal
- d. Perawat primer dibantu oleh perawat profesional lain maupun perawat non profesional sebagai perawat asisten.

(7) Keuntungan utama

Memuaskan pasien dan perawat.

Hubungan perawat primer dan tenaga kesehatan lain dapat dilihat pada bagan berikut:

Bagan 3: Sistem Asuhan *Primary Nursing Wise* (Marquis & Huton dalam Nursalam 2002)



(d) Model Tim Primer

Asuhan keperawatan tim primer merupakan kombinasi kedua model yaitu antara model tim dan model primer yang kemudian disebut Model Tim-Primer (*Primary Team*).

Menurut Ratna Sitorus S dalam Nursalam (2002) penerapan sistem model MPKP ini didasarkan pada beberapa alasan:

- (1) Model keperawatan primer tidak digunakan secara murni karena sebagai PP harus mempunyai latar belakang S1 keperawatan atau setara S1
- (2) Model keperawatan tim tidak digunakan secara murni karena tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim
- (3) Melalui kombinasi kedua model tersebut diharapkan kontinuitas asuhan keperawatan dan akontabilitas asuhan keperawatan terdapat pada ketua Tim-Primer.

Dalam pelaksanaan MPKP tim primer ini diperlukan kerjasama yang baik antara kepala ruangan, perawat primer, perawat asosiet.

- (1) Tugas kepala ruang
  - a. Menerima pasien baru
  - b. Memimpin rapat
  - c. Mengevaluasi kinerja perawat
  - d. Membuat daftar dinas
  - e. Menyediakan material
  - f. Perencanaan, pengawasan, pengarahan dan pengendalian

(2) Tugas perawat primer

- a. Membuat perencanaan asuhan keperawatan
- b. Melakukan tindakan kolaborasi
- c. Memimpin timbangan terima
- d. Mendelegasikan tugas
- e. Memimpin ronde keperawatan
- f. Mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan dan bertanggung jawab kepada pasien
- g. Memberi petunjuk jika pasien akan pulang, mengisi resume keperawatan

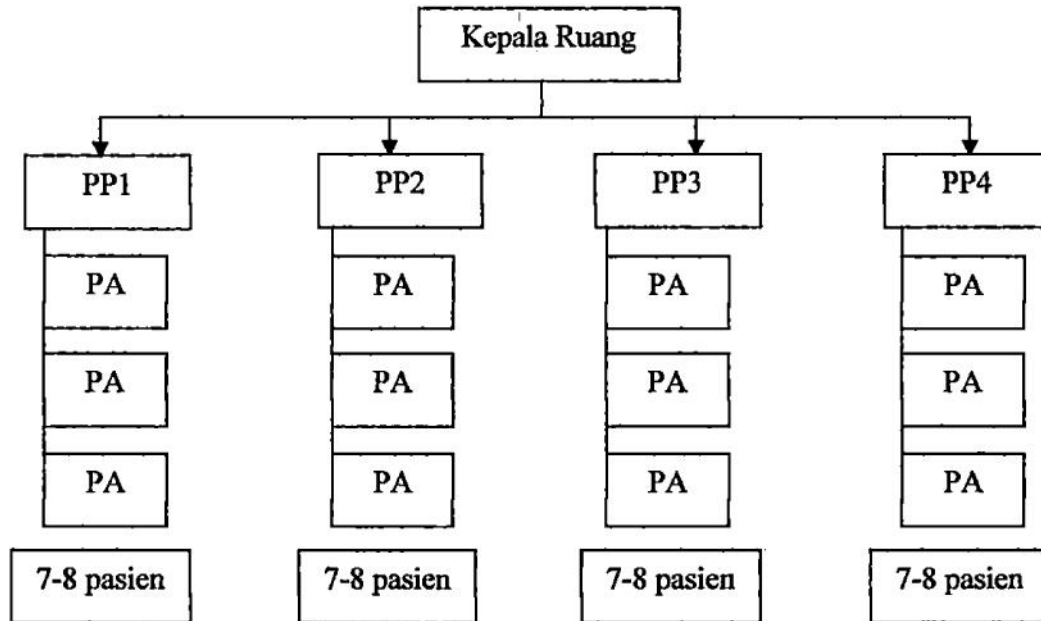
(3) Tugas perawat asosiet

- a. Memberikan asuhan keperawatan
- b. Mengikuti timbangan terima
- c. Melaksanakan tugas yang didelegasikan
- d. Mendokumentasikan tindakan keperawatan

Menurut Ratna Sitorus untuk kondisi di Indonesia karena saat ini jenis pendidikan perawat yang ada di rumah sakit mayoritas lulusan Akademi Keperawatan (AKPER) dan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) maka lebih baik menggunakan model gabungan Tim-Primer yang merupakan gabungan dari model tim dan model primer.



Bagan 4: Sistem Asuhan Keperawatan *Primary Team* (Modifikasi)  
(Nursalam, 2002)



(e) Model Kasus

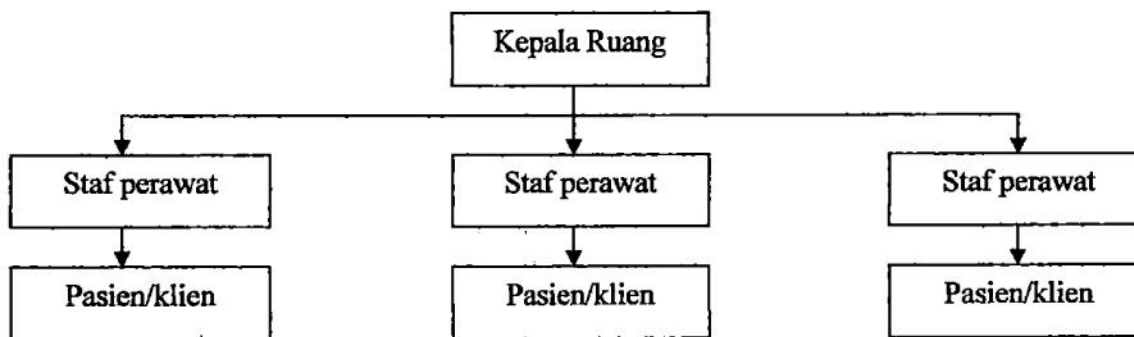
Merupakan metode pemberian asuhan keperawatan dimana setiap perawat merawat secara total satu atau beberapa pasien pada satu periode dinas. Jumlah klien yang dirawat tergantung kemampuan perawat dan kompleksitas kebutuhan klien (Sitorus, 2006). Pada metode kasus, perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan dan observasi pada pasien tertentu. Pasien akan dirawat oleh perawat berbeda untuk setiap shift dan tidak ada jaminan bahwa pasien akan dirawat oleh orang yang sama pada hari berikutnya, umumnya dilakukan

untuk perawat privat atau untuk perawatan khusus, seperti: isolasi, intensif care (Nursalam, 2002).

(1) Kelebihan manajemen kasus

- a. Perawat lebih memahami kasus perkasus
- b. Sistem evaluasi dari manajerial menjadi mudah
- c. Kelemahan manajemen kasus
- d. Belum dapatnya diidentifikasi perawat penanggung jawab
- e. Perlu tenaga yang cukup banyak dan mempunyai kemampuan dasar yang sama.

Bagan 5: Sistem Asuhan Keperawatan *Case Method Nursing*  
(Marquis dan Huton: 136 dalam Nursalam, 2002: 150)



bukti pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan asuhan. Dokumentasi dibuat berdasarkan pemecahan masalah pasien. Dokumentasi berdasarkan masalah terdiri dari format pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, catatan tindakan keperawatan dan catatan perkembangan pasien.

#### 5) Kompensasi dan penghargaan

Pada suatu layanan professional, seseorang mempunyai hak atas kompensasi dan penghargaan. Kompensasi merupakan salah faktor yang dapat meningkatkan motivasi pada MPKP karena masing-masing perawat mempunyai peran dan tugas yang jelas sehingga dapat dibuat klasifikasi yang obyektif sebagai dasar pemberian kompensasi dan penghargaan. Penghargaan juga dapat berupa keberadaan perawat spesialis atau seorang ahli (Sitorus, 2006).

#### e. Aspek Pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional

Menurut Sitorus (2006) yang diperkuat oleh Nursalam (2002), berdasarkan tingkat perkembangan keperawatan di Indonesia untuk dapat menerapkan Model Praktik Keperawatan Profesional ada tiga aspek yang perlu dikembangkan yang meliputi:

##### 1) Ketenagaan

Dalam pengembangan Model Praktik Keperawatan Profesional, aspek ketenagaan merupakan komponen pertama yang harus dipertimbangkan, sehingga tujuan pelayanan dapat dicapai.

Dalam penerapan sistem pemberian asuhan keperawatan terdapat 3 strategi manajemen yang penting dalam mengelola sumber daya keperawatan yaitu:

a) Sistem klasifikasi pasien

Sistem ini dikembangkan untuk mewujudkan asuhan keperawatan yang bermutu dan efisien, karena pelayanan diberikan sesuai dengan tingkat kebutuhan pasien, merupakan metode untuk memperkirakan dan mengkaji jumlah kebutuhan pasien terhadap pelayanan keperawatan, sehingga dapat diketahui jam efektif perawat untuk melakukan pelayanan keperawatan. Depkes (2001) menetapkan indikator jumlah jam kontak perawat dengan pasien rata-rata selama 4,5 jam/hari.

b) Staffing

Staffing merupakan salah satu fungsi khusus manajemen keperawatan yang terdiri dari kegiatan-kegiatan: mengidentifikasi jenis dan jumlah dan kategori tenaga yang dibutuhkan pasien, mengalokasikan anggaran tenaga, merekrut perawat, seleksi perawat dan penempatan perawat, orientasi dan mengkombinasikan tenaga pada konfigurasi yang baik.

c) Penjadualan

Penetapan jumlah tenaga dan penjadualan adalah merupakan proses pengorganisasian sumber daya yang berharga

untuk menentukan berapa banyak dan kriteria tenaga seperti apa yang dibutuhkan untuk setiap shift. Sedangkan menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menyebutkan bahwa agar pelayanan keperawatan dapat mencapai tujuan yang ditetapkan seorang Kepala Ruang harus menyusun jadwal dinas yang dapat mencerminkan jumlah dan kategori tenaga yang berkemampuan baik pada setiap shift dan ada penunjukan perawat sebagai penanggung jawab shift dengan disertai pembagian tugas yang jelas.

2) Penerapan sistem pemberian asuhan keperawatan

Merupakan metode penugasan yang dipilih dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi yang ada di Rumah Sakit. Sistem pemberian asuhan keperawatan harus merefleksikan falsafah organisasi, struktur, pola ketenagaan dan karakteristik populasi pasien yang dilayani. Untuk memperoleh gambaran penerapan sistem ini dapat dilihat dari tanggung jawab, pelaksanaan uraian tugas dan pelaksanaan wewenang perawat pelaksana.

a) Tanggung jawab perawat pelaksana

- (1) Kebenaran asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis dan rencana asuhan keperawatan

- (2) Kebenaran dan ketepatan pelayanan asuhan meliputi tindakan dan evaluasi keperawatan
  - (3) Kelengkapan bahan dan peralatan kesehatan
  - (4) Kebersihan dan kerapihan pasien serta alat kesehatan
  - (5) Kebenaran isi rekam asuhan keperawatan
  - (6) Kebenaran informasi/bimbingan/penyuluhan kesehatan
  - (7) Ketepatan penggunaan sumber daya secara efisien dan efektif.
- b) Uraian tugas perawat pelaksana
- (1) Melaksanakan timbang terima tugas setiap awal dan akhir tugas dari dan kepada petugas penggantinya
  - (2) Melakukan observasi tentang kondisi pasien
  - (3) Mengikuti pre dan post konferens yang dilakukan
  - (4) Melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya dan didokumentasikan dalam rekam asuhan keperawatan
  - (5) Melakukan monitoring respon pasien terhadap tindakan yang telah dilakukan
  - (6) Melakukan konsultasi tentang masalah pasien
  - (7) Membimbing dan melakukan penyuluhan kesehatan kepada pasien dan keluarga
  - (8) Menerima keluhan pasien dan berusaha untuk menyelesaikannya

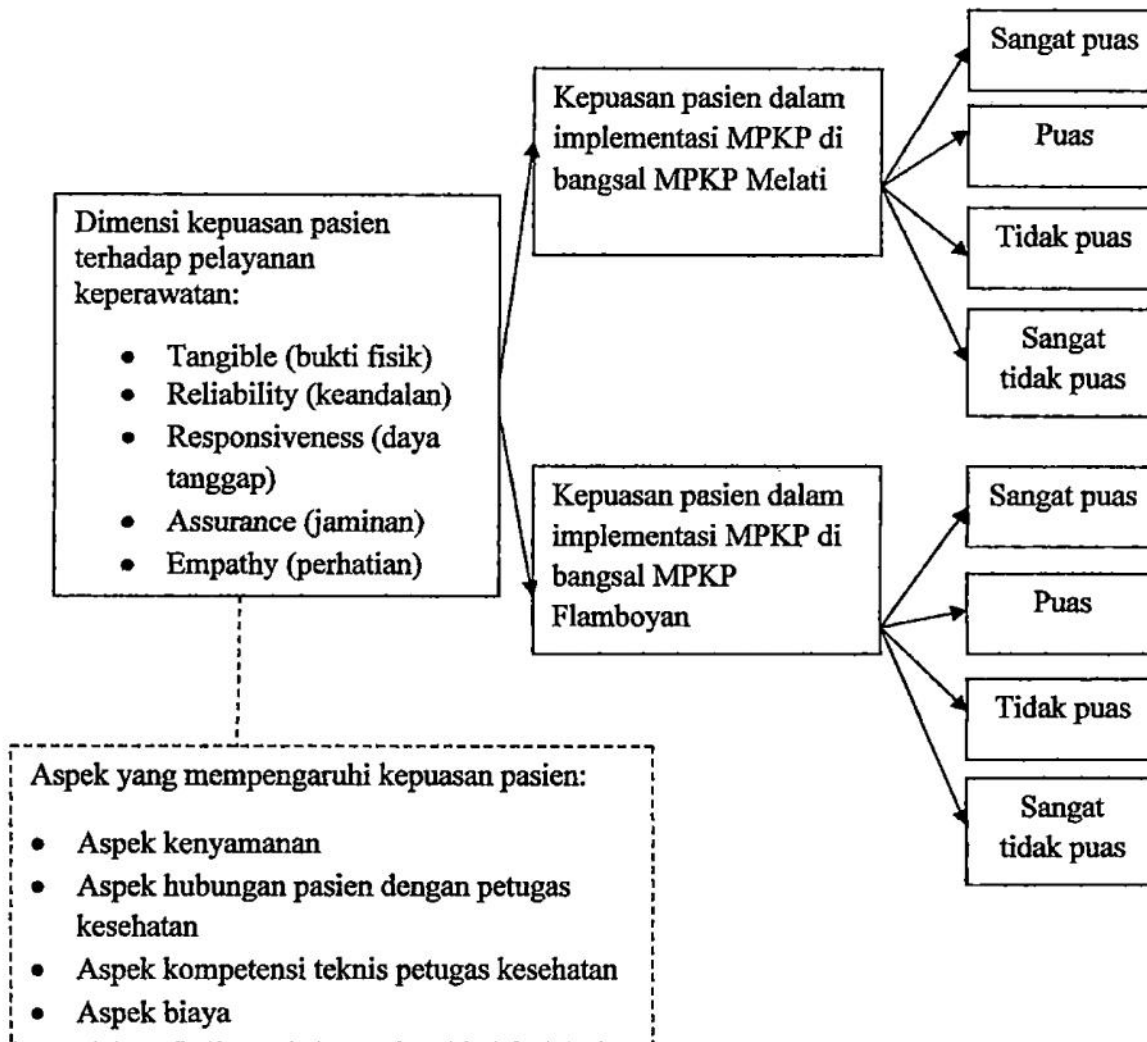
- (9) Melakukan evaluasi askep setiap akhir tugas
  - (10) Memperkenalkan diri dan rekan yang berada pada satu timnya untuk melakukan askep lanjutan pada pasien
  - (11) Melaksanakan tugas pendelegasian pada saat jaga siang/malam atau hari libur
  - (12) Mengikuti diskusi kasus / konferens dengan tim kesehatan
  - (13) Mengikuti pertemuan berkala (rutin) ruangan atau tingkat rumah sakit.
- c) Wewenang
- (1) Memeriksa kelengkapan peralatan ruang perawatan
  - (2) Meminta bahan dan perangkat kerja sesuai dengan kebutuhan pelaksanaan tugas
  - (3) Melakukan pengkajian, menetapkan diagnosa dan perencanaan keperawatan bagi pasien baru pada bertugas
  - (4) Melakukan asuhan keperawatan kepada pasien
  - (5) Melaporkan asuhan keperawatan pasien kepada penanggung jawab.
- 3) Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan kesehatan, karena dengan adanya dokumentasi yang baik, informasi mengenai keadaan pasien dapat diketahui secara berkesinambungan. Dokumentasi juga merupakan aspek legal tentang

pemberian asuhan keperawatan, secara lebih spesifik dokumentasi keperawatan dapat berfungsi sebagai sarana komunikasi antar profesi kesehatan, sumber data untuk pengelolaan pasien dan penelitian dan sebagai barang bukti pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan asuhan keperawatan serta sebagai sarana pemantauan asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan dibuat berdasarkan pemecahan masalah pasien, yang terdiri dari format pengkajian, rencana keperawatan, catatan tindakan dan catatan perkembangan pasien.



### 3. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

**Keterangan:**

= Diteliti

= Tidak diteliti

#### **4. Hipotesis**

Dari uraian diatas maka dapat dirumuskan hipotesis:

Ho: Tidak ada perbedaan tingkat kepuasan dalam implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional di bangsal MPKP Melati dan MPKP Flamboyan di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Ha: Ada perbedaan tingkat kepuasan pasien dalam implementasi Model Praktek Keperawatan Profesional di bangsal MPKP Melati dan MPKP Flamboyan di RSUD Panembahan Senopati Bantul.