

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 TINJAUAN TEORI

2.1.1 Caring

2.1.1.1 Pengertian

Teori keperawatan yang diterbitkan oleh Watson (1979), *The Philosophy and Science of Caring*, menyatakan *caring* adalah suatu karakteristik interpersonal yang tidak diturunkan melalui genetika, tetapi dipelajari melalui pendidikan sebagai budaya profesi. Selanjutnya dijelaskan bahwa dalam konteks keperawatan *caring* bukan merupakan suatu hal yang unik tetapi *caring* merupakan suatu bentuk pendekatan seni dan ilmu dalam merawat klien yang merupakan sentral praktik perawat (Watson, 1979).

Caring adalah sentral praktik keperawatan, yang merupakan suatu cara pendekatan yang dinamis, dimana perawat bekerja untuk lebih meningkatkan kepeduliannya terhadap pasien. Hal ini adalah esensi dari keperawatan yang berarti juga pertanggungjawaban hubungan antara perawat-pasien, dimana perawat harus mampu mengetahui dan memahami tentang kebiasaan manusia dan respon manusia terhadap masalah kesehatan yang sudah ada atau berpotensi akan timbul (Watson, 1979). *Caring* didefinisikan sebagai suatu cara pemeliharaan yang berhubungan dengan menghargai orang lain, disertai perasaan memiliki tanggung jawab (Potter & Perry, 2009).

Caring adalah fenomena universal yang mempengaruhi cara manusia berfikir, merasa, dan mempunyai hubungan dengan sesama. *Caring* memfasilitasi kemampuan perawat untuk mengenali klien, membuat perawat mengetahui masalah klien dan mencari serta melaksanakan solusinya, juga sebagai bentuk dasar dari praktek keperawatan dan juga sebagai struktur mempunyai implikasi praktis untuk mengubah praktek keperawatan (Potter & Perry, 2009). Selain itu Watson (1979) juga mengungkapkan *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh. *Caring* melibatkan keterbukaan, komitmen, dan hubungan perawat dengan pasien (Potter & Perry, 2009).

2.1.1.2 Perilaku *Caring*

Perilaku *caring* adalah suatu tindakan yang didasari oleh kepedulian, kasih sayang, keterampilan, empati, tanggung jawab, sensitive, dan dukungan. Perilaku ini berfungsi untuk memperbaiki atau meningkatkan kondisi dan cara hidup manusia yang menekankan pada aktivitas yang sehat dan memungkinkan individu serta kelompok berdasarkan budaya (Watson, 1979). Perilaku *Caring* yang diharapkan dalam keperawatan adalah perilaku yang didasari oleh 10 faktor yaitu :

a. Pembentukan sistem nilai *humanistic - altruistic*.

Pembentukan sistem nilai *humanistic - altruistic* mulai berkembang di usia dini dengan nilai-nilai yang berasal dari orang tuanya. Sistem nilai ini menjembatani pengalaman hidup seseorang dan mengantarkan ke arah kemanusiaan. Perawatan yang berdasarkan nilai-nilai humanistik dan altruistik

dapat dikembangkan melalui penilaian terhadap pandangan diri seseorang, kepercayaan, interaksi dengan berbagai kebudayaan dari pengalaman pribadi. Hal ini dianggap penting untuk pendewasaan diri perawat yang kemudian akan meningkatkan sikap altruistik. Melalui sistem nilai humanistik dan altruistik ini perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada klien (Watson, 1979).

b. Menanamkan sikap kepercayaan dan penuh harapan.

Kepercayaan dan pengharapan sangat penting bagi proses karatif maupun kuratif. Perawat perlu memberikan alternatif-alternatif bagi pasien jika pengobatan modern tidak berhasil; berupa meditasi, penyembuhan sendiri, dan spiritual. Dengan menggunakan faktor karatif ini akan tercipta perasaan lebih baik melalui kepercayaan dan atau keyakinan yang sangat berarti bagi seseorang secara individu (Watson, 1979). Perawat memberikan kepercayaan dengan cara memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik. Dalam hubungan perawat-klien yang efektif, perawat memfasilitasi perasaan optimis, harapan, dan kepercayaan. Di samping itu, perawat meningkatkan perilaku klien dalam mencari pertolongan kesehatan (Kozier & Erb, 1997).

c. Sensitif terhadap diri sendiri dan orang lain.

Perawat belajar menghargai kesensitifan dan perasaan klien, sehingga ia sendiri dapat menjadi lebih sensitif dan , murni dan bersikap wajar pada orang lain. Pengembangan perasaan ini akan membawa pada aktualisasi diri melalui penerimaan diri antara perawat dan klien. Perawat yang mampu untuk

mengenali dan mengekspresikan perasaannya akan lebih mampu untuk membuat orang lain mengekspresikan perasaan mereka (Watson, 1979).

Pengembangan kepekaan terhadap diri dan orang lain, mengeksplorasi kebutuhan perawat untuk mulai merasakan suatu emosi yang muncul dengan sendirinya. Hal itu hanya dapat berkembang melalui perasaan diri seseorang yang peka dalam berinteraksi dengan orang lain. Jika perawat berusaha meningkatkan kepekaan dirinya, maka ia akan lebih autentik (tampil apa adanya). Autentik akan menambah pertumbuhan diri dan aktualisasi diri baik bagi perawat sendiri maupun bagi orang-orang yang berinteraksi dengan perawat itu (Watson, 1979).

d. Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu.

Pengembangan hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah sangat krusial bagi transportasi *caring*. Hubungan saling percaya akan meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif. Pengembangan hubungan saling percaya menerapkan bentuk komunikasi untuk menjalin hubungan dalam keperawatan. Karakteristik faktor ini adalah kongruen, empati, dan ramah. Kongruen berarti menyatakan apa adanya dalam berinteraksi dan tidak menyembunyikan kesalahan. Perawat bertindak dengan cara yang terbuka dan jujur. Empati berarti perawat memahami apa yang dirasakan klien. Ramah berarti penerimaan positif terhadap orang lain yang sering diekspresikan melalui bahasa tubuh, ucapan tekanan suara, sikap terbuka, ekspresi wajah dan lain-lain (Watson, 1979).

- e. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif.

Perawat menyediakan dan mendengarkan semua keluhan dan perasaan klien. Berbagi perasaan merupakan pengalaman yang cukup beresiko baik bagi perawat maupun klien. Perawat harus siap untuk ekspresi perasaan positif maupun negatif bagi klien. Perawat harus menggunakan pemahaman intelektual maupun emosional pada keadaan yang berbeda (Watson, 1979).

- f. Menggunakan *problem-solving* yang sistematis dalam mengambil keputusan.

Metode sistematis dalam mengambil keputusan dan menyelesaikan masalah adalah proses keperawatan. Perawat menggunakan metode proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada klien. Proses keperawatan adalah proses yang sistematis, dan terstruktur seperti halnya proses penelitian (Watson, 1979). Metode proses keperawatan digunakan perawat sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada pasien (Nurachmah, 2001).

Pemecahan masalah sistematis (*Systematic Approach to Problem Solving*) adalah petunjuk untuk melakukan suatu tindakan yang berfungsi untuk membantu seseorang dalam menyelesaikan suatu permasalahan. Secara operasional tahap-tahap pemecahan masalah sistematis terdiri atas empat tahap berikut yaitu memahami masalahnya, membuat rencana penyelesaian, melaksanakan rencana penyelesaian, memeriksa kembali atau mengecek kembali (Wena, 2009).

Dalam pendekatan pemecahan masalah, *caring* dapat digunakan sebagai metode pemecahan masalah dengan menerapkan standar asuhan

keperawatan yang diberikan kepada pasien. Wolf (2003) dalam Yani (2016) menyebutkan bahwa aktivitas *caring* yang dilakukan seperti melakukan tindakan keperawatan dengan baik kepada klien, bersikap percaya diri, menggunakan gaya bahasa yang lembut kepada klien, memperhatikan klien, menunjukkan sikap ceria kepada klien, memberikan obat klien tepat waktu, mempercayai klien dan memberikan perhatian khusus pada saat kunjungan klien pertama kali.

. Watson (2005) dalam Yani (2016) menyebutkan perawat menggunakan metode sistematis dalam menyelesaikan masalah *caring* untuk pengambilan keputusan secara kreatif dan individualistik. Perawat menggunakan proses keperawatan yang sistematis dan terorganisir untuk menyelesaikan masalah kesehatan pasien sesuai dengan ilmu dan kiat keperawatan. Maridi (2005) menyampaikan manifestasi perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor ini dalam memberikan asuhan keperawatan adalah mengkaji, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi proses keperawatan sesuai dengan masalah klien, memenuhi kebutuhan keinginan klien yang tidak bertentangan dengan kesehatannya, melibatkan klien dan keluarga dalam menentukan masalah keperawatan dan prioritas, menetapkan rencana keperawatan bersama dengan klien dan keluarga, melibatkan klien dan keluarga dalam setiap pelaksanaan evaluasi tindakan.

Perawat di ruang ICU juga dituntut untuk mempunyai keahlian dan intelektual yang lebih. Namun dalam merawat pasien dengan kondisi kritis

juga membutuhkan kemampuan untuk memberikan dukungan emosional, sosial, dan spiritual selain dukungan fisik karena pasien di ruang ICU kemungkinan lebih merasa ketakutan, lebih kesepian, lebih bingung, dan cemas. Satu sikap dan perilaku yang mampu menembus semua tindakan adalah sentuhan dan *caring*. Dengan memberikan pelayanan yang penuh kasih, ikhlas dan kesungguhan, maka perawat dapat menunjukkan perhatian dan dukungan pada pasien dan keluarga.

Dalam memberikan asuhan keperawatan diruang ICU, perawat perlu melakukannya dengan sikap baik, penuh percaya diri, berkomunikasi menggunakan gaya bahasa yang lembut, memperhatikan klien, menunjukkan sikap empati dan ceria, mempercayai pasien dan memberikan perhatian khusus pada pasien.

Penelitian Wysong dan Driver (2009) menyebutkan bahwa klien mempersepsikan perawat yang mempunyai keahlian adalah perawat yang cepat, tanggap mengantisipasi kebutuhan pasien, dapat mengantisipasi apa yang akan terjadi pada pasien, melihat tanda-tanda yang dialami pasien dengan cermat, dapat membuat keputusan dan mempunyai rasional klinis yang tepat.

g. Meningkatkan belajar-mengajar secara interpersonal.

Faktor ini adalah konsep yang penting dalam keperawatan, yang membedakan antara *caring* dan *curing*. Perawat memberikan informasi kepada klien. Perawat bertanggung jawab akan kesejahteraan dan kesehatan klien. Perawat memfasilitasi proses belajar mengajar yang didesain untuk

memampukan klien memenuhi kebutuhan pribadinya, memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal klien (Watson, 1979).

- h. Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural, spiritual yang mendukung.

Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal klien terhadap kesehatan dan kondisi penyakit klien. Konsep yang relevan terhadap lingkungan internal yang mencakup kesejahteraan mental dan spiritual, dan kepercayaan sosiokultural bagi seorang individu. Sedangkan lingkungan eksternal mencakup variabel epidemiologi, kenyamanan, privasi, keselamatan, kebersihan dan lingkungan yang estetis. Karena klien bisa saja mengalami perubahan baik dari lingkungan internal maupun eksternal, maka perawat harus mengkaji dan memfasilitasi kemampuan klien untuk beradaptasi dengan perubahan fisik, mental, dan emosional (Watson, 1979).

- i. Memberi bantuan dalam pemenuhan kebutuhan manusia.

Perawat perlu mengenali kebutuhan komprehensif yaitu kebutuhan biofisik, psikososial, psikofisikal dan interpersonal klien. Pemenuhan kebutuhan yang paling mendasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat yang selanjutnya. Nutrisi, eliminasi, dan ventilasi adalah contoh dari kebutuhan biofisik yang paling rendah. Pencapaian dan hubungan merupakan kebutuhan psikososial yang tinggi, dan aktualisasi diri merupakan kebutuhan interpersonal yang paling tinggi (Watson, 1979).

j. Terbuka pada eksistensial fenomenologikal

Faktor ini bertujuan agar penyembuhan diri dan kematangan diri dan jiwa klien dapat dicapai. Terkadang klien perlu dihadapkan pada pengalaman / pemikiran yang bersifat proaktif. Tujuannya adalah agar dapat meningkatkan pemahaman lebih mendalam tentang diri sendiri. Diakunya faktor ini dalam ilmu keperawatan membantu perawat untuk memahami jalan hidup seseorang dalam menemukan arti kesulitan hidup. Karena adanya dasar yang irrasional tentang kehidupan, penyakit dan kematian, perawat menggunakan faktor karatif ini untuk membantu memperoleh kekuatan atau daya untuk menghadapi kehidupan atau kematian (Watson, 1979).

Swanson (1991) mempelajari tentang klien dan profesi pemberi layanan dalam usahanya untuk membuat teori tentang *caring* dalam praktik keperawatan yang bermanfaat dalam memberikan petunjuk bagaimana membangun strategi *caring* yang berguna dan efektif. Pandangannya tentang keperawatan adalah siapa yang kita layani, bagaimana kita memberikan pelayanan dan kenapa kita terus untuk melayani merupakan keharusan bagi perawat untuk dapat mengintegrasikan ilmu pengetahuan, diri sendiri, fokus pada kemanusiaan dan *caring*. Yang kemudian disempurnakan dengan adanya transaksi antara keperawatan, setiap perawat dan klien bahwa perawat adalah profesi yang memiliki komitmen *caring*, pemeliharaan akan martabat manusia dan meningkatkan kesehatan. Teori *caring* Swanson (1991) ini juga menyajikan permulaan yang baik untuk memahami kebiasaan dan proses karakteristik pelayanan yang berisi lima kategori atau proses. Menurut

Swanson (1991) ada lima dimensi yang mendasari konsep *caring* yaitu; *Knowing, Being With, Doing For, Enablings, Maintaining Belief*.

Dengan demikian dapat disimpulkan *caring* bukanlah sesuatu yang baru dan unik karena sudah ada sejak jaman Florence Nightingale dan tidak diturunkan melalui genetic tetapi dapat dipelajari melalui budaya profesi. *Caring* merupakan perilaku profesional perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan berdasarkan kemampuan intelektual, teknikal yang diberikan kepada klien, keluarga dan masyarakat dengan penuh perhatian, peduli, ramah, santun, komunikasi terapeutik serta selalu siap sedia untuk memberikan yang terbaik untuk klien.

2.1.2 Kepuasan Pasien

2.1.2.1 Pengertian Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah persepsi, sikap pasien terhadap pelayanan keperawatan, dan merupakan kriteria hasil evaluasi dari kualitas pelayanan keperawatan (Risser, 1975). Kepuasan pasien merupakan keluaran (*outcome*) layanan kesehatan, dan merupakan salah satu tujuan dari peningkatan mutu layanan kesehatan (Pohan, 2007). Hal ini merupakan bentuk perasaan seseorang setelah mendapatkan pengalaman terhadap kinerja pelayanan yang telah memenuhi harapan (Gerson, 2004).

Kepuasan pelanggan terjadi apabila apa yang menjadi kebutuhan, keinginan, atau harapan pelanggan dapat dipenuhi. Kepuasan pelanggan adalah

perasaan senang atau puas bahwa produk atau jasa yang diterima telah sesuai atau melebihi harapan pelanggan (Supriyanto & Ernawaty, 2010).

2.1.2.2 Dimensi Kepuasan Pasien

Risser (1975) dalam Gurunsinga (2013) menjelaskan tiga dimensi perilaku perawat terhadap kepuasan pasien yaitu :

- a. Praktik profesional (*Technical-professional*) yaitu perilaku perawat yang mampu mencapai tujuan sesuai dengan perannya, sebagai contoh pengetahuan perawat dalam pemeriksaan fisik kepada pasien, dan keahlian dalam melaksanakan pelayanan kesehatan.
- b. Hubungan saling percaya (*Trusting relationship*) yaitu kemampuan berkomunikasi secara langsung maupun tidak langsung dengan baik, misalnya perhatian kepada pasien, mendengarkan keluhan-keluhan pasien, dan rasa sensitif kepada pasien.
- c. Hubungan pendidikan (*Educational relationship*) yaitu pertukaran informasi antara pasien dan perawat, termasuk di dalamnya seperti aktifitas dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan, penjelasan, dan demonstrasi tindakan.

Dimensi kepuasan yang dirasakan seseorang sangat bervariasi, namun secara umum dimensi dari kepuasan mencakup hal-hal berikut (Azwar, 1996):

- a. Kemampuan yang mengacu hanya pada penerapan standar kode etik profesi. Pelayanan kesehatan dikatakan memenuhi kebutuhan kepuasan pasien apabila pelayanan yang diberikan mengikuti standar serta kode etik yang disepakati dalam suatu profesi, atau dengan kata lain yaitu bila suatu pelayanan kesehatan yang diberikan telah mengacu pada standar yang telah ditetapkan

oleh profesi yang berkompeten serta tidak menyimpang dari kode etik yang berlaku bagi profesi tersebut. Ukuran-ukuran yang digunakan untuk menilai pemikiran seseorang terhadap kepuasan yang diperolehnya mencakup hubungan petugas pasien (*relationship*), kenyamanan pelayanan (*amenities*), kebebasan melakukan pilihan (*choice*), pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*), efektifitas pelayanan (*effectiveness*) dan keamanan tindakan (*safety*).

- b. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kesehatan. Persyaratan suatu pelayanan kesehatan dinyatakan sebagai pelayanan yang bermutu dan dapat memberikan kepuasan pada penerima jasa apabila pelaksanaan pelayanan yang diajukan atau ditetapkan, yang didalamnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai ketersediaan pelayanan kesehatan (*available*), kewajaran pelayanan kesehatan (*appropriate*), kesinambungan pelayanan kesehatan (*continue*), penerimaan pelayanan kesehatan (*acceptable*), ketercapaian pelayanan kesehatan (*accessible*), keterjangkauan pelayanan kesehatan (*affordable*), efisiensi pelayanan kesehatan (*efficient*) dan mutu pelayanan kesehatan (*quality*).

2.1.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pengguna jasa

Menurut Muninjaya (2004) ada beberapa faktor yang mempengaruhi kepuasan pengguna jasa, antara lain:

- a. Pemahaman pengguna jasa tentang jenis pelayanan yang akan diterimanya. Dalam hal ini, aspek komunikasi memegang peranan penting karena pelayanan kesehatan adalah *high personel contact*.

- b. Empati (sikap peduli) yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan. Sikap ini akan menyentuh emosi pasien. Faktor ini akan berpengaruh pada tingkat kepatuhan pasien (*compliance*).
- c. Biaya (*cost*). Tingginya biaya pelayanan dapat dianggap sebagai sumber moral *hazzard* bagi pasien dan keluarganya. Sikap kurang peduli (*ignorance*) pasien dan keluarganya. “Yang penting sembuh” menyebabkan mereka menerima saja jenis perawatan dan tehnologi kedokteran yang ditawarkan oleh petugas kesehatan. Akibatnya biaya perawatan menjadi mahal. Informasi terbatas yang dimiliki oleh pihak pasien dan keluarganya tentang perawatan yang diterima dapat menjadi sumber keluhan pasien. Sistem asuransi kesehatan akan dapat mengatasi masalah biaya kesehatan.
- d. Penampilan fisik (kerapian) petugas, kondisi kebersihan dan kenyamanan ruangan (*tangibility*).
- e. Jaminan keamanan yang ditunjukkan oleh petugas kesehatan (*assurance*).
Ketepatan jadwal pemeriksaan dan kunjungan dokter juga termasuk pada faktor ini.
- f. Keandalan dan ketrampilan (*reliability*) petugas kesehatan dalam memberikan perawatan.
- g. Kecepatan petugas memberikan tanggapan terhadap keluhan pasien (*responsive*).

Kepuasan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor dari pihak pemberi pelayanan saja, tetapi juga dipengaruhi faktor dari luar maupun dari dalam diri pasien. Faktor dari dalam mencakup sumber daya, pendidikan, pengetahuan, dan

sikap. Faktor dari luar mencakup budaya, sosial ekonomi, keluarga dan situasi yang dihadapi (Gerson, 2004).

Menurut Budiastuti (dalam Nooria; 2008), faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien yaitu:

- a. Kualitas produk atau jasa, pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas. Persepsi pasien terhadap kualitas produk atau jasa dipengaruhi oleh dua hal yaitu kenyataan kualitas produk atau jasa dan komunikasi perusahaan, dalam hal ini rumah sakit dalam mengiklankan tempatnya.
- b. Kualitas pelayanan, pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan.
- c. Faktor emosional, pasien merasa bangga, puas dan kagum terhadap rumah sakit yang dipandang “rumah sakit mahal”.
- d. Harga, semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar. Sedangkan rumah sakit yang berkualitas sama tetapi berharga murah, memberi nilai yang lebih tinggi pada pasien.
- e. Biaya, pasien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa pelayanan, maka pasien cenderung puas terhadap jasa pelayanan tersebut.

2.1.2.4 Indikator Kepuasan Pasien

Menurut Kotler (2007), terdapat lima tipe tuntutan dan harapan pasien kepada perawat sebagai pemberi pelayanan yaitu, responsif (mereka harus bersedia dan siap untuk melayani), kompeten (mereka harus mengetahui tugas

mereka), sopan (ramah, tamah, hormat, beretika baik, dan fleksibel), kredibilitas (mereka dapat dipercaya dan jujur), dan sensitif (mereka mengerti akan kebutuhan pasien) memberikan perhatian kepada pasien, dan peka terhadap lingkungan.

Penilaian kualitas pelayanan dikaitkan dengan kepuasan pasien dengan berfokus pada aspek fungsi dari proses pelayanan (Supranto, 2001), yaitu :

- a. *Tangibles* (Wujud nyata) adalah wujud langsung yang meliputi fasilitas fisik, yang mencakup kemutahiran peralatan yang digunakan, kondisi sarana, kondisi SDM perusahaan dan keselarasan antara fasilitas fisik dengan jenis jasa yang diberikan.
- b. *Reliability* (keandalan) adalah pelayanan yang disajikan dengan segera dan memuaskan dan merupakan aspek – aspek keandalan system pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa yang meliputi kesesuaian pelaksanaan pelayanan dengan rencana, kepedulian perusahaan kepada permasalahan yang dialami pasien, keandalan penyampaian jasa sejak awal, ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan janji yang diberikan keakuratan penanganan.
- c. *Responsiveness* (tanggung jawab) adalah keinginan untuk membantu dan menyediakan jasa yang dibutuhkan konsumen. Hal ini meliputi kejelasan informasi waktu penyampaian jasa, ketepatan dan kecepatan dalam pelayanan administrasi, kesediaan pegawai dalam membantu konsumen, keluangan waktu pegawai dalam menanggapi permintaan pasien dengan cepat.
- d. *Assurance* (jaminan) adalah adanya jaminan bahwa jasa yang ditawarkan memberikan jaminan keamanan yang meliputi kemampuan SDM, rasa aman

selama berurusan dengan karyawan, kesabaran karyawan, dukungan pimpinan terhadap staf.

- e. *Empathy* (empati) adalah berkaitan dengan memberikan perhatian penuh kepada konsumen yang meliputi perhatian kepada konsumen, perhatian staf secara pribadi kepada konsumen, pemahaman akan kebutuhan konsumen, perhatian terhadap kepentingan konsumen, kesesuaian waktu pelayanan dengan kebutuhan konsumen.

2.1.3 *Intensive Care Unit* (ICU)

Intensive Care Unit (*ICU*) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staff khusus dan perlengkapan khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien – pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit – penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia. ICU menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan keadaan tersebut. (Kemenkes RI, 2010).

2.1.3.1 Klasifikasi ICU

Pelayanan di *Intensif Care Unit* (ICU) dapat diklasifikasikan menjadi tiga yaitu :

- a. *Intensif Care Unit* (ICU) Primer adalah ruang perawatan intensif primeryang memberikan pelayanan pada pasien yang memerlukan

perawatan ketat (*high care*), dan mampu melakukan resusitasi jantung paru dan memberikan ventilasi bantu 24-48 jam.

- b. *Intensif Care Unit* (ICU) Sekunder adalah pelayanan yang khusus mampu memberikan ventilasi bantu lebih lama, mampu melakukan bantuan hidup lain, tetapi tidak terlalu kompleks.
- c. *Intensif Care Unit* (ICU) Tersier adalah pelayanan yang mampu melaksanakan aspek perawatan intensif, mampu memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan atau bantuan hidup multi sistem yang kompleks dalam jangka waktu yang tidak terbatas serta mampu melakukan bantuan renal ekstrakorporal dan pemantauan kardiovaskuler invasif dalam jangka waktu yang terbatas.

2.1.3.2 Kriteria pasien yang masuk dan keluar ruang ICU.

2.1.3.2.1 Prioritas pasien masuk ruang ICU

a. Pasien prioritas 1

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, serta tidak stabil dan yang memerlukan perawatan intensif dengan bantuan alat-alat ventilasi, monitoring dan obat-obatan vasoaktif kontinyu.

b. Pasien prioritas 2

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih dari ruang ICU. Jenis pasien ini berisiko sehingga memerlukan terapi intensif segera.

c. Pasien prioritas 3

Pasien sakit kritis dan tidak stabil dimana status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya atau penyakit akutnya.

2.1.3.2.2 Indikasi pasien keluar ICU

a. Pasien prioritas I

Pasien dipindahkan apabila pasien tersebut tidak membutuhkan lagi perawatan intensif, atau jika terapi mengalami kegagalan, prognosa jangka pendek buruk, sedikit kemungkinan bila perawatan intensif diteruskan.

b. Pasien Prioritas II

Pasien dipindahkan apabila hasil pemantauan intensif menunjukkan bahwa perawatan intensif tidak dibutuhkan dan pemantauan intensif selanjutnya tidak diperlukan lagi.

c. Pasien Prioritas III

Pasien dikeluarkan dari ICU bila kebutuhan untuk terapi intensif telah tidak ada lagi, tetapi mereka mungkin dikeluarkan lebih dini bila kemungkinan kesembuhannya atau manfaat dari terapi intensif kontinyu diketahui kemungkinan untuk pulih kembali sangat kecil, dan keuntungan dari terapi intensif selanjutnya sangat sedikit.

2.1.3.3 Karakteristik Perawat di ruang *Intensif Care Unit* (ICU) (Depkes 2006)

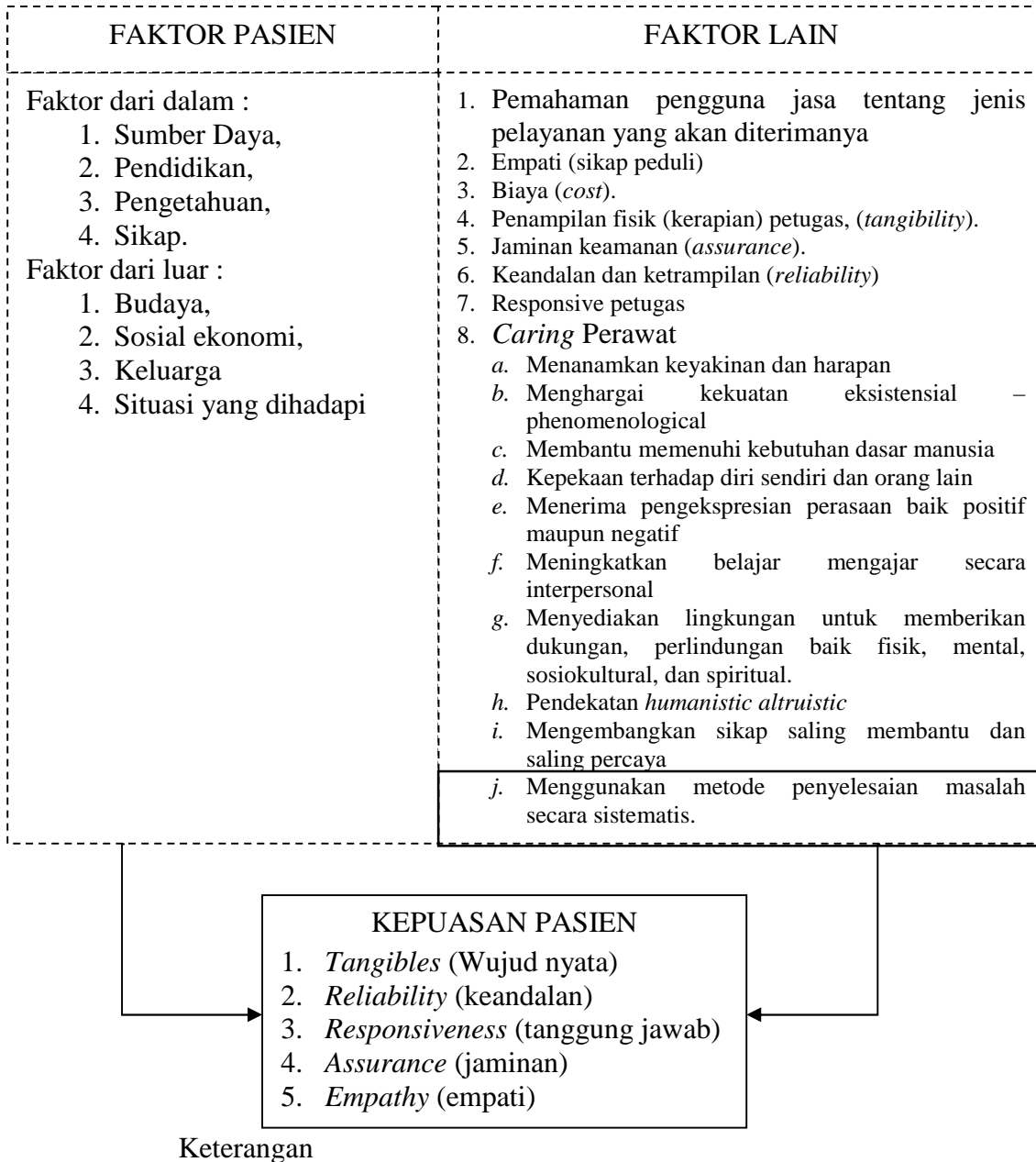
- a. Mengelola pasien mengacu pada standar keperawatan intensif dengan konsisten.
- b. Menghormati sesama sejawat dan tim lainnya.
- c. Mengintegrasikan kemampuan ilmiah dan ketrampilan khusus serta diikuti oleh nilai etik dan legal dalam memberikan asuhan keperawatan.

- d. Berespon secara terus menerus dengan perubahan lingkungan.
- e. Menerapkan ketrampilan komunikasi secara efektif.
- f. Mendemonstrasikan kemampuan ketrampilan klinis yang tinggi.
- g. Mengintrepetasikan analisa situasi yang kompleks.
- h. Mengembangkan pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga.
- i. Berfikir kritis
- j. Mampu menghadapi tantangan (*Challenging*)
- k. Mengembangkan pengetahuan dan penelitian.
- l. Berfikir kedepan (*visionary*) dan *Inovatif*

2.1.3.4 Peran Perawat di Ruang ICU

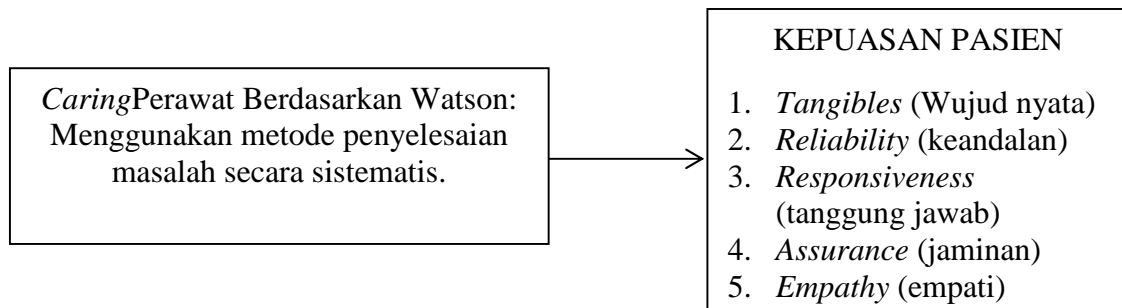
- a. Mengelola Pelayanan dan asuhan keperawatan komprehensif meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan serta evaluasi pada pasien ICU
- b. Bertindak sebagai anggota tim ICU
- c. Melaksanakan semua program perawatan, sesuai rencana keperawatan yang disepakati oleh tim.
- d. Melaksanakan re-evaluasi pasien dengan mengusulkan program keperawatan selanjutnya bagi pasien (Depkes 2011).

2.2 KERANGKA TEORI



Gambar 1. Kerangka Teori
(Gerson, 2004), (Muninjaya, 2004), (Supranto, 2001), (Watson, 1979)

2.3 KERANGKA KONSEP PENELITIAN



Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian

2.4 HIPOTESA PENELITIAN

Terdapat hubungan perilaku *caring* perawat dengan tingkat kepuasan pasien diruang ICU rumah sakit Kasih Ibu Surakarta.