

**HUBUNGAN PERILAKU *CARING* PERAWAT BEDAH
DENGAN TINGKAT KECEMASAN DAN KEPUASAN PASIEN
DI KAMAR OPERASI INSTALASI BEDAH SENTRAL
RSUD. ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai persyaratan untuk
Memperoleh gelar Sarjana Keperawatan**



DIAJUKAN OLEH:

BUDIANNUR

NIM : 13.113082.3.0773

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH SAMARINDA
TAHUN AKADEMIK**

2014

A Correlational Study: The Relationship Between The Caring Behavior Of Surgical Nurse And The Level Of Patient's Anxiety And Satisfaction At Operation Room In Central Surgery Of Rsud. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Year 2014

Budiannur¹, Supriadi², Rusni Masnina.³

ABSTRACT

Background of study: Operation deed or surgery, in elective or emergency action is a complex situation which intense and caused anxiety. It needs a good preparation, physically and mentally. This anxiety could influenced the preparation process and the result of surgery. One of the ways to overcome the anxiety is the nurse's caring behaviour, with this kind of behaviour, it will not only overcoming the anxiety but also increasing the patient's satisfaction.

The purpose of study: to know the relationship between the caring behavior of surgical nurse and the level of patient's anxiety and satisfaction at operation room in central surgery of RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Year 2014.

The Research Method: This research was Descriptive Correlation with Cross Sectional design. The populations were all pre-surgery patients. The samples were 79 patients which gained by inclusion and exclusion criterion. In this research, researcher used accidental sampling as the sampling technique. The data collection and the data analysis techniques were using questionnaire and chi square.

The Result of Study: From 79 respondents, in bivariat analysis the age majority was between 29-35 years old (21,5%), the female respondents (55,7%), unemployed/housewife (35,4%), highschool graduate (45,6%), the nurse's caring behaviour was 62% less caring, the level of patient's anxiety was 40,5% fair anxiety, the level of patient's satisfaction was 59,5% less satisfaction.

Conclusion: There is a significant relationship between the caring behaviour of surgical nurse and the level of anxiety in table 2x3 with p value $0,000 < \alpha 0,05$ and value $X^2_{count} 27\ 664 > X^2_{table} = 599$, there is a significant relationship between the caring behaviour of surgical nurse and the level of patient's satisfaction p value $0,000 < \alpha 0,05$ dan value $X^2_{count} 34\ 003 > X^2_{table} = 3,841$.

Key Word: The Caring Behaviour of Surgical Nurse, Patient's Anxiety, Patient's Satisfaction

¹Undergraduate Nursing Student of Stikes Muhammadiyah Samarinda

²Health Polytechnic's Lecturer of Samarinda

³Undergraduate Nursing's Lecturer of Stikes Muhammadiyah Samarinda

**Hubungan Perilaku *Caring* Perawat Bedah
dengan Tingkat Kecemasan dan Kepuasan Pasien
di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral
RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda Tahun 2014**

Budiannur¹, Supriadi², Rusni Masnina.³

INTISARI

Latar Belakang: Tindakan operasi atau pembedahan, baik elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan dan menimbulkan kecemasan, hal ini memerlukan persiapan baik fisik maupun mental. Kecemasan dapat mempengaruhi persiapan dan hasil dari tindakan operasi yang dilakukan. Salah satu cara untuk mengatasi kecemasan adalah *caring* perawat, dengan *caring* perawat selain dapat mengatasi kecemasan juga dapat meningkatkan kepuasan pasien.

Tujuan penelitian: untuk mengetahui hubungan perilaku *caring* perawat dengan tingkat kecemasan dan kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014.

Metode Penelitian: Penelitian *Descriptive Correlation* dengan desain cross sectional. Populasi seluruh pasien pre operasi dan sampel berjumlah 79 pasien diperoleh sesuai dengan kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan accidental sampling. Teknik pengumpulan data menggunakan kuesioner, teknik analisa data analisa menggunakan chi square.

Hasil Penelitian: Dari 79 responden, untuk analisa univariat mayoritas berumur antara 29-35 tahun (21,5%), jenis kelamin perempuan (55,7%), pekerjaan tidak bekerja/IRT (35,4%), pendidikan SMA (45,6%)., perilaku *caring* perawat sebanyak 62% kurang *caring*, tingkat kecemasan pasien sebanyak 40,5% kecemasan sedang, kepuasan pasien sebanyak 59,5% kurang puas.

Kesimpulan: Ada hubungan yang signifikan (bermakna) perilaku *caring* perawat bedah dengan tingkat kecemasan dalam tabel 2x3 dengan nilai $p < 0,000 < \alpha < 0,05$ dan nilai $X^2_{hitung} 27\ 664 > X^2_{tabel} = 599$, ada hubungan yang signifikan (bermakna) perilaku *caring* perawat bedah dengan kepuasan pasien nilai $p < 0,000 < \alpha < 0,05$ dan nilai $X^2_{hitung} 34\ 003 > X^2_{tabel} = 3,841$.

Kata Kunci: Perilaku *caring* perawat bedah, Kecemasan Pasien, Kepuasan Pasien.

¹Mahasiswa Program Studi S1 keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda

²Dosen Politeknik Kesehatan Samarinda

³Dosen S1 Keperawatan Stikes Muhammadiyah Samarinda

BAB III METODELOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian.....	82
B. Populasi dan Sampel.....	82
C. Waktu dan Tempat Penelitian.....	84
D. Definisi Operasional.....	85
E. Instrumen Penelitian.....	86
F. Uji Validitas dan Reliabilitas.....	90
G. Teknik Pengumpulan Data.....	92
H. Teknik Analisa Data.....	93
I. Jalannya Penelitian.....	99
J. Etika Penelitian.....	100

KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UMKT

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan keperawatan mempunyai posisi yang strategis dan merupakan faktor yang paling menentukan untuk tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal dengan asuhan keperawatan yang bermutu. Untuk mewujudkan asuhan keperawatan yang bermutu diperlukan beberapa komponen yang harus dilaksanakan oleh perawat, diantaranya adalah dengan memperhatikan sikap *caring* ketika memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

Konsep *caring* dalam keperawatan adalah fundamental. Perawat dikatakan bermoral, jika mereka bertindak menurut aturan yang benar. *Caring* adalah ide moral keperawatan yang menghasilkan perlindungan, peningkatan, dan pemeliharaan martabat manusia. *Caring* dapat diartikan suatu kemampuan untuk berdedikasi untuk orang lain, pengawasan dengan waspada, menunjukkan perhatian, perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi yang merupakan kehendak keperawatan. *Caring* merupakan aspek penting yang harus dilakukan seorang perawat dalam praktik keperawatan (Potter dan Perry, 2005).

Pemberian pelayanan keperawatan yang didasari oleh perilaku

caring perawat mampu meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Penerapan *caring* yang diintegrasikan dengan pengetahuan biofisikal dan pengetahuan tentang perilaku manusia akan dapat meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian pelayanan kepada pasien. Perilaku *caring* yang dilakukan dengan efektif akan mendorong kesehatan dan kesembuhan individu. Perilaku *caring* perawat tidak hanya mampu meningkatkan kepuasan pasien namun dapat juga menghasilkan keuntungan bagi pasien (Ardiana, 2010).

Di dunia, *caring* sudah menjadi hal yang biasa dipraktikkan dalam pemberian asuhan keperawatan. *International Association of Human Caring* (Asosiasi Internasional untuk Kepedulian Terhadap Manusia) menjelaskan bahwa keperawatan selalu meliputi empat konsep yaitu merawat adalah apa yang perawat lakukan, manusia adalah sasaran dari apa yang perawat lakukan, kesehatan adalah tujuannya dan lingkungan adalah tempat dimana perawat merawat. Inti dari semua keperawatan adalah memeriksa dan menguraikan empat konsep tersebut untuk menjelaskan dan memberikan panduan dalam hal merawat, tetapi sekarang merawat juga didefinisikan sebagai *caring* yang sudah menjadi konsep paradigma yang kelima dan hal ini sangat penting termasuk dalam tindakan operasi (Shoffner, 2003).

Tindakan operasi atau pembedahan, baik elektif maupun kedaruratan adalah peristiwa kompleks yang menegangkan dan hal ini

memerlukan persiapan baik fisik maupun mental. Persiapan mental merupakan hal yang tidak kalah pentingnya dalam proses persiapan operasi karena mental pasien yang tidak siap atau labil dapat berpengaruh terhadap kondisi fisiknya. Tindakan operasi merupakan pengalaman yang sulit bagi hampir semua pasien karena terdapat berbagai kemungkinan buruk yang bisa terjadi yang membahayakan jiwa pasien, maka tidak heran jika pasien dan keluarga menunjukkan sikap berlebihan karena perasaan cemas yang mereka alami. Kecemasan tersebut biasanya terkait dengan ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas, prosedur pembedahan dan tindakan-tindakan keperawatan yang masih sangat asing bagi mereka. Perawat dan tim kesehatan lain mempunyai peranan yang sangat penting didalam tindakan keperawatan baik sebelum, selama operasi maupun setelah operasi. Intervensi keperawatan yang tepat diperlukan untuk mempersiapkan klien baik secara fisik maupun psikis karena tingkat keberhasilan pembedahan sangat tergantung pada setiap tahapan yang dialami (Erlina, 2006).

Setiap orang mempunyai mekanisme koping yang berbeda, begitu juga pada pasien yang mengalami kecemasan. Hendaknya perawat dan tim kesehatan lainnya dapat mengurangi tingkat kecemasan klien dengan mengidentifikasi penyebab kecemasan yang terjadi pada tingkat yang berbeda. *Caring* perawat dapat mengatasi kecemasan yang dialami setiap pasien pre operasi (Siswadi, 2009).

Caring perawat juga dapat meningkatkan kepuasan pasien (Siswadi,2009) . Kepuasan pasien merupakan faktor yang sangat penting untuk mengevaluasi mutu pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di rumah sakit dan perilaku caring perawat adalah salah satu aspek yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan karena caring mencakup hubungan antar manusia dan berpengaruh terhadap mutu pelayanan dan kepuasan pasien.

Perawat yang mempunyai kepedulian dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien di rumah sakit adalah perawat yang memiliki sikap caring. Hal ini didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Potter dkk (2009) bahwa caring adalah perhatian perawat dengan sepenuh hati terhadap pasien. Kepedulian, empati, komunikasi yang lemah lembut dan rasa kasih sayang perawat terhadap pasien akan membentuk hubungan perawat-klien yang terapeutik. Dengan demikian pasien merasa nyaman, aman dan rasa stress akibat penyakit yang diderita menjadi berkurang sehingga kepuasan pasien dapat diwujudkan (Soewandi, 2008).

Instalasi Bedah Sentral (IBS) atau *Central Operating Theatre* (COT) adalah satu bagian dari rumah sakit yang merupakan pusat kegiatan semua tindakan pembedahan, baik bedah umum, bedah digestive, bedah kandungan dan kebidanan, bedah ortopedi, bedah thorax, jantung dan vaskuler, bedah mata, bedah THT, bedah saraf, bedah urologi, bedah anak, bedah onkologi, bedah gigi dan mulut dan sebagainya. Segala tindakan

bedah yang dilakukan di ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) memiliki resiko yang tinggi karena menyangkut kesehatan dan kelangsungan hidup pasien untuk jangka panjang oleh karena itu persiapan baik dari perawat dan tenaga kesehatan lain serta kesiapan pasien mempengaruhi tingkat keberhasilan tindakan operasi yang dilakukan.

Penelitian yang dilakukan oleh Farhendi (2012) dengan judul Hubungan Waktu Menunggu Giliran Operasi Dengan Kecemasan Pasien Preoperasi Di Ruang Instalasi Bedah sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pasien sebanyak 90% merasa cemas dan Sumarni (2011) dengan judul penelitian Studi Kepuasan Klien Terhadap Pelayanan Kamar Operasi di Instalasi Bedah Sentral Rimah Sakit AW. Sjahranie Samarinda tahun 2011 tingkat kepuasan pasien sebagian besar yaitu 99,71% merasa tidak puas.

Instalasi Bedah Sentral (IBS) terdiri dari 26 kamar operasi dengan jumlah perawat sebanyak 77 orang. Rata-rata jumlah operasi setiap hari sebanyak 55 operasi. Tahun 2013 jumlah operasi sebanyak 931 pasien. Observasi yang peneliti lakukan di Instalasi Bedah Sentral terhadap perawat ditemukan bahwa perawat belum melaksanakan *caring* dengan baik dimana perawat tidak menjaga kenyamanan pasien, tidak memberikan perhatian, kurang menunjukkan empati, tidak memberikan informasi tentang hal-hal yang berhubungan dengan operasi yang akan dilakukan, kurang menunjukkan kasih sayang dan memberikan

kepercayaan pada pasien.

Studi pendahuluan yang peneliti lakukan melalui wawancara yang terhadap 10 pasien pre operasi mengatakan bahwa mereka merasa cemas dengan operasi yang akan dilakukan tetapi tidak ada perawat yang memberikan perhatian atau semangat pada pasien agar lebih siap menghadapi operasi. Sementara itu peneliti juga melakukan wawancara terhadap 10 pasien post operasi tentang tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Hasil wawancara menunjukkan sebanyak 7 orang mengatakan tidak puas dengan pelayanan yang diberikan, alasan yang dikemukakan adalah mereka merasa tidak puas dengan sikap perawat pada saat memberikan pelayanan, lingkungan ruang operasi yang kurang nyaman, jadwal operasi yang tidak tepat dan persiapan operasi yang terkesan terburu-buru. Sementara itu 3 orang mengatakan puas dengan pelayanan yang diberikan karena yang penting operasi berjalan dengan baik dan berhasil.

Berdasarkan hal tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan perilaku *caring* perawat dengan tingkat kecemasan dan kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjhranie Samarinda tahun 2014.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka

yang menjadi rumusan masalah adalah Bagaimana hubungan perilaku *caring* perawat bedah dengan tingkat kecemasan dan kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan perilaku *caring* perawaa bedah dengan tingkat kecemasan dan kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi gambaran perilaku *caring* perawaa bedah di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014
- b. Mengidentifikasi gambaran tingkat kecemasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014
- c. Mengidentifikasi gambaran kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014
- d. Mengidentifikasi hubungan perilaku *caring* perawat bedah dengan tingkat kecemasan di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD.

Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014

- e. Mengidentifikasi hubungan perilaku *caring* perawat bedah dengan kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD.

Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Hasil penelitian ini diharapkan sebagai bahan evaluasi tentang pelaksanaan asuhan keperawatan khususnya di Instalasi Bedah Sentral yang terkait dengan masalah *caring* perawat bedah sehingga dapat diambil kebijakan atau langkah-langkah yang dapat mengatasi permasalahan yang ada khususnya kecemasan dan kepuasan pasien.

2. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi perawat untuk menerapkan perilaku *caring* didalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasien pre operasi.

3. Bagi pasien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi dan motivasi kepada pasien untuk mengatasi kecemasan dengan dukungan perawat.

4. Bagi peneliti

Hasil penelitian dapat menjadi bahan untuk menambah wawasan dan ilmu pengetahuan *caring* perawat dan dampaknya pada kecemasan dan kepuasan pasien.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian ini belum pernah dilakukan di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD AW. Sjahrani Samarinda dan peneliti mengacu pada penelitian yang dilakukan oleh Sawitri (2004) yang meneliti pengaruh pemberian informasi pra bedah terhadap kecemasan pasien pre operasi di Rumah Sakit Umum Islam Kustati Surakarta. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien pre operasi di ruang operasi, teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling*, teknik analisa data menggunakan korelasi regresi.

Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan adalah teknik analisa data menggunakan chi square.

2. Pada tahun 2005, Setiawan *et.al* melakukan penelitian tentang pengaruh pemberian informasi (komunikasi terapeutik) terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi di Rumah Sakit Haji Adam Malik Medan. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *korelasional*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *consecutive sampling* sebanyak 30 responden. Teknik analisa

data menggunakan *chi square*. Setiawan menyimpulkan bahwa kecemasan pasien pre operasi dipengaruhi oleh pemberian informasi (komunikasi terapeutik).

Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan adalah desain penelitian menggunakan korelasional sementara penelitian ini menggunakan deskriptif analitik. Pada teknik pengambilan sampel dimana penelitian ini menggunakan *accidental sampling*.

3. Achyarini (2013) dengan judul penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre Operatif Di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Umum Bhakti Asih Tangerang. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *deskriptif analitik*. Pengambilan sampel menggunakan teknik *accidental sampling* sebanyak 30 responden. Teknik analisa data menggunakan korelasi regresi.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah variable bebas adalah caring perawat sedangkan variable terikat ada 2 yaitu kecemasan dan kepuasan pasien. Teknik analisa yang digunakan dimana penelitian ini menggunakan teknik *chi square*.

4. Inuyasa (2013) melakukan penelitian tentang Analisis Kepuasan pasien tentang komunikasi terapeutik perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di Ruang Lontara II RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar Desain penelitian yang dipakai dalam

penelitian ini adalah penelitian *deskriptif* dengan cara memberikan kuesioner untuk mengetahui gambaran tentang kepuasan pasien berdasarkan komunikasi terapeutik perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di Ruang Lontara II RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Penelitian dilakukan selama 4 minggu selama bulan November sampai Desember 2009. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 50 responden.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah desain yang digunakan adalah deskriptif analitik. Variable penelitian yang diambil adalah *caring* perawat, kepuasan dan kecemasan.

5. Sumarni (2011) melakukan penelitian tentang Studi Kepuasan Klien terhadap pelayanan kamar operasi di RSUD. Abdul wahab Sjahranie Samarinda. Desain penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah kuantitatif, desain *deskriptif analitik* cara memberikan kuesioner dengan pendekatan distribusi frekuensi. Jumlah sampel 99 responden, pengambilan sampel dengan purposive sampling.

Perbedaan dengan penelitian ini adalah penelitian ini melakukan analisa hubungan sebab akibat sedangkan penelitian sebelumnya hanya memberikan gambaran tentang kepuasan, variabel penelitian terdiri dari variabel bebas yaitu *caring* perawat

bedah dan 2 variabel terikat yaitu kecemasan pasien dan kepuasan pasien. Persamaan dengan penelitian yang dilakukan yaitu dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling*. Teknik analisa data menggunakan *chi square*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Definisi Perilaku

a. Definisi Perilaku

Ensiklopedi Amerika mengartikan perilaku sebagai suatu aksi-reaksi organism terhadap lingkungannya. Perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yang disebut rangsangan. Berarti rangsangan tertentu akan menghasilkan perilaku tertentu Ciri - ciri perilaku manusia yang membedakan dari makhluk lain adalah kepekaan sosial, kelangsungan perilaku, orientasi pada tugas, usaha dan perjuangan, serta keunikan dari setiap individu

b. Faktor - faktor yang mempengaruhi perilaku Menurut Lawrence Green

Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama yaitu: faktor predisposisi (*predisposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factor*).

c. Faktor - faktor predisposisi (*predisposing factor*) terwujud dalam:

1) Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi melalui proses sensori khususnya mata dan telinga terhadap obyek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku terbuka (*overt behavior*). Perilaku yang didasari pengetahuan umumnya bersifat langgeng.

2) Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek, baik yang bersifat intern maupun ekstern sehingga manifestasinya tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup tersebut. Sikap secara realitas menunjukkan adanya kesesuaian respon terhadap stimulus tertentu Tingkatan respon adalah menerima (*receiving*), merespon (*responding*), menghargai (*valuing*), dan bertanggung jawab (*responsible*).

3) Nilai-nilai

Nilai-nilai atau norma yang berlaku akan membentuk perilaku yang sesuai dengan nilai-nilai atau norma yang telah melekat pada diri seseorang.

4) Kepercayaan

Seseorang yang mempunyai atau meyakini suatu kepercayaan tertentu akan mempengaruhi perilakunya dalam menghadapi suatu penyakit yang akan berpengaruh terhadap kesehatannya

5) Persepsi

Persepsi merupakan proses yang menyatu dalam diri individu terhadap stimulus yang diterimanya. Persepsi merupakan proses pengorganisasian, penginterpretasian terhadap rangsang yang diterima oleh organisme atau individu sehingga merupakan sesuatu yang berarti dan merupakan respon yang menyeluruh dalam diri individu. Oleh karena itu dalam penginderaan orang akan mengaitkan dengan stimulus, sedangkan dalam persepsi orang akan mengaitkan dengan obyek. Dengan persepsi individu akan menyadari tentang keadaan sekitarnya dan juga keadaan dirinya. Orang yang mempunyai persepsi yang baik tentang sesuatu cenderung akan berperilaku sesuai dengan persepsi yang dimilikinya.

d. Faktor-faktor pemungkin (*enabling factor*)

Faktor pendukung merupakan faktor pemungkin. Faktor ini bisa sekaligus menjadi penghambat atau mempermudah niat suatu perubahan perilaku dan perubahan lingkungan yang baik Faktor

pendukung (*enabling factor*) mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas. Sarana dan fasilitas ini pada hakekatnya mendukung atau memungkinkan terwujudnya suatu perilaku, sehingga disebut sebagai faktor pendukung atau faktor pemungkin.

e. Faktor - faktor penguat (*reinforcing factor*)

Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*) merupakan penguat terhadap timbulnya sikap dan niat untuk melakukan sesuatu atau berperilaku. Suatu pujian, sanjungan dan penilaian yang baik akan memotivasi, sebaliknya hukuman dan pandangan negatif seseorang akan menjadi hambatan proses terbentuknya perilaku. Faktor - faktor pendorong (*reinforcing factor*) juga mencakup program kesehatan, peraturan, undang-undang, kebijakan-kebijakan, dan perilaku serta sikap petugas kesehatan yang lain. Adanya kebijakan dan aturan mengenai pelaksanaan prosedur kewaspadaan universal di kamar bedah akan menjadi pendorong terbentuknya perilaku yang sesuai.

2. Perilaku *Caring* Perawat Bedah

a. Konsep Perilaku *Caring*

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang mempunyai suatu paradigma atau model keperawatan yang meliputi empat komponen yaitu : manusia, kesehatan, lingkungan dan perawat itu sendiri. Perawat adalah suatu profesi yang mulia, karena

memerlukan kesabaran dan ketenangan dalam melayani pasien yang sedang menderita sakit. Seorang perawat harus dapat melayani pasien dengan sepenuh hati. Sebagai seorang perawat harus dapat memahami masalah yang dihadapi oleh klien, selain itu seorang perawat dapat berpenampilan menarik. Untuk itu seorang perawat memerlukan kemampuan untuk memperhatikan orang lain, ketrampilan intelektual, teknis dan interpersonal yang tercermin dalam perilaku *caring* atau kasih sayang (Dwidiyanti, 2007).

Caring merupakan fenomena universal yang berkaitan dengan cara seseorang berpikir, berperasaan dan bersikap ketika berhubungan dengan orang lain mencari arti dalam sakit, penderitaan dan keberadaannya serta membantu orang lain untuk meningkatkan pengetahuan dan pengendalian diri (Wulan dan Hastuti, 2011).

Caring merupakan "*heart*" profesi, artinya sebagai komponen yang fundamental dari fokus sentral serta unik dari keperawatan. *Caring* secara umum dapat diartikan sebagai suatu kemampuan untuk berdedikasi bagi orang lain pengawasan dengan waspada, perasaan empati pada orang lain dan perasaan cinta atau menyayangi. Secara teoritis, pengertian *caring* adalah tindakan yang menunjukkan pemanfaatan lingkungan pasien dalam membantu penyembuhan, memberikan lingkungan yang bersih, ventilasi yang baik dan tenang kepada klien. *Caring* atau *care* tidak mempunyai pengertian yang tegas,

tetapi ada tiga makna dimana ketiganya tidak dapat dipisahkan yaitu memberi perhatian, bertanggung jawab dan ikhlas (Atmoko, 2010).

Watson (1979) dalam Wulan dan Hastuti (2011) yang terkenal dengan *Theory of human care*, mempertegas bahwa *caring* sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia.

Menurut Meyhoffs dalam Wulan dan Hastuti (2011) memandang *caring* sebagai suatu proses yang berorientasi pada tujuan membantu orang lain bertumbuh dan mengaktualisasikan diri. Dia juga memperkenalkan sifat-sifat *caring* seperti sabar, jujur dan rendah hati. Sedangkan Sobel mendefinisikan *caring* sebagai suatu rasa peduli, hormat, dan menghargai orang lain. Artinya, memberi perhatian dan mempelajari kesukaan-kesukaan seseorang dan bagaimana seseorang berpikir, bertindak dan berperasaan.

Caring sangatlah penting untuk keperawatan. *Caring* adalah fokus pemersatu untuk praktek keperawatan. Perilaku *caring* juga sangat penting untuk tumbuh kembang, memperbaiki dan meningkatkan kondisi atau cara hidup manusia (Blais, 2007).

Caring juga merupakan sikap peduli, menghormati dan menghargai orang lain, artinya memberi perhatian dan mempelajari kesukaan – kesukaan seseorang dan bagaimana seseorang berfikir dan

bertindak. Memberikan asuhan (*Caring*) secara sederhana tidak hanya sebuah perasaan emosional atau tingkah laku sederhana, karena *caring* merupakan kepedulian untuk mencapai perawatan yang lebih baik, perilaku *caring* bertujuan dan berfungsi membangun struktur sosial, pandangan hidup dan nilai kultur setiap orang yg berbeda pada satu tempat (Dwidiyanti, 2007).

Maka kinerja perawat khususnya pada perilaku *caring* menjadi sangat penting dalam mempengaruhi kualitas pelayanan dan kepuasan pasien terutama di rumah sakit, dimana kualitas pelayanan menjadi penentu citra institusi pelayanan yang nantinya akan dapat meningkatkan kepuasan pasien dan mutu pelayanan (Potter & Perry, 2005).

Perilaku *caring* dalam keperawatan adalah hal yang sangat mendasar. *Caring* adalah kegiatan langsung untuk memberikan bantuan, dukungan, atau membolehkan individu (kelompok) melalui antisipasi bantuan untuk meningkatkan kondisi individu atau kehidupan (George, 2002).

Leininger dalam Farland, (2002) mengemukakan juga bahwa *caring* adalah kebutuhan dasar manusia yang esensial, *caring* adalah keperawatan, *caring* adalah penyembuhan, *caring* adalah jantung dan jiwa keperawatan, *caring* adalah kekuatan, *caring* adalah ciri-ciri istimewa dari keperawatan sebagai suatu profesi atau disiplin.

Meskipun perkataan *caring* telah digunakan secara umum, tetapi tidak terdapat definisi dan konseptualisasi yang universal mengenai *caring* itu sendiri Leddy (2004) dikutip dalam Swanson (2006). *Caring* sulit untuk didefinisikan karena memiliki makna yang banyak, sebagai kata benda atau kata kerja, sebagai sesuatu yang dapat dirasakan, sebagai sikap ataupun perilaku (Berger & William, 2002).

b. Dimensi *Caring* Perawat

Daftar dimensi *caring* (*Caring Dimensions Inventory*=CDI) yang didesain oleh Watson dan Lea (1997) merupakan instrumen yang dikembangkan untuk meneliti perilaku perawat (perilaku *caring*). Daftar dimensi *caring* tersebut antara lain :

- CDI 1. Membantu klien dalam ADL.
- CDI 2. Membuat catatan keperawatan mengenai klien.
- CDI 3. Merasa bersalah/ menyesal kepada klien sebagai individu
- CDI 4. Memberikan pengetahuan kepada klien sebagai individu
- CDI 5. Menjelaskan prosedur klinik
- CDI 6. Berpakaian rapi ketika bekerja dengan klien
- CDI 7. Duduk dengan klien
- CDI 8. Mengidentifikasi gaya hidup klien
- CDI 9. Melaporkan kondisi klien kepada perawat senior
- CDI 10. Bersama klien selama prosedur klinik
- CDI 11. Bersikap manis dengan klien

CDI 12. Mengorganisasi pekerjaan dengan perawat lain untuk klien

CDI 13. Mendengarkan klien

CDI 14. Konsultasi dengan dokter mengenai klien

CDI 15. Menganjurkan klien mengenai aspek self care

CDI 16. Melakukan sharing mengenai masalah pribadi dengan klien

CDI 17. Memberikan informasi mengenai klien

CDI 18. Mengukur tanda vital klien

CDI 19. Menempatkan kebutuhan klien sebelum kebutuhan pribadi

CDI 20. Bersikap kompeten dalam prosedur klinik

CDI 21. Melibatkan klien dalam perawatan

CDI 22. Memberikan jaminan mengenai prosedur klinik

CDI 23. Memberikan privacy kepada klien

CDI 24. Bersikap gembira dengan klien

CDI 25. Mengobservasi efek medikasi kepada klien

Hasil penelitian Lea Amanda et al (1998) menjelaskan bahwa semua item pada CDI mempunyai korelasi positif dengan item lainnya kecuali CDI no. 3 dan 16.

c. Peran perawat yang *caring*

Peran perawat menurut CHS *Community Health Service* (1989) dikutip dalam Zaidin (2002) terdiri dari :

- 1) Sebagai pemberi asuhan keperawatan. Peran ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia

yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosa keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks.

2) Sebagai *advokat*. Peran ini dilakukan perawat dalam membantu pasien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk ganti rugi akibat kelalaian.

3) Sebagai *edukator*. Peran ini dilakukan dengan membantu pasien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit dan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari pasien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4) Sebagai *koordinator*. Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberi pelayanan kesehatan dapat terarah

serta sesuai dengan kebutuhan pasien.

5) Sebagai kolaborator. Peran perawat disini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

6) Sebagai konsultan. Peran disini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang diberikan tepat tujuan. Peran ini dilakukan atas permintaan pasien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

7) Sebagai pembaharu. Peran disini dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

Menurut Leininger (1981), dikutip dalam Koziar dkk (2004) menjelaskan bahwa perawatan dan *caring* adalah :

- 1) *Caring* meliputi tindakan-tindakan membantu, mendukung dan memfasilitasi orang lain atau kelompok yang mempunyai kebutuhan yang nyata atau yang dipikirkan sebelumnya.
- 2) *Caring* berfungsi untuk meningkatkan kondisi manusia. Hal ini menekankan aktivitas yang membantu dari seseorang dan kelompok yang didasarkan kepada model yang membantu mendefinisikan

secara budaya.

3) *Caring* sangat penting bagi perkembangan manusia, pertumbuhan dan kelangsungan hidupnya.

4) Perilaku-perilaku *caring* meliputi rasa nyaman, perhatian, kasih, empati, minat, keterlibatan, kegiatan konsultasi kesehatan, perilaku membantu, cinta, pengasuhan, keberadaan, perilaku melindungi, perilaku memberikan stimulasi, penghilangan stress, dukungan, kelembutan, sentuhan dan kepercayaan.

d. Asumsi-asumsi *caring* perawat

Caring merupakan kekuatan yang sangat penting dalam hubungan antara pasien dengan perawat, dan suatu kekuatan untuk melindungi dan meningkatkan martabat pasien. Sebagai contoh, dibimbing oleh kerangka kerja ini para perawat menggunakan sentuhan dan ucapan yang jujur untuk menegaskan kepada pasien sebagai manusia, bukan objek-objek, dan membantu mereka membuat pilihan-pilihan dan menemukan arti dalam pengalaman sakit mereka (Kozier, 2004).

Watson mengemukakan 11 asumsi yang berhubungan dengan *caring*, yaitu :

1) Perhatian dan kasih sayang merupakan kekuatan batin yang utama dan universal.

2) Kasih sayang yang bermutu dan *caring* adalah penting bagi

kemanusiaan, tetapi sering diabaikan dalam hubungan antar sesama.

- 3) Kemampuan untuk menyokong ideologi dan ideal *caring* di dalam praktek keperawatan akan mempengaruhi perkembangan dari peradaban dan menentukan kontribusi keperawatan kepada masyarakat.
- 4) *Caring* terhadap diri sendiri adalah prasyarat bagi *caring* terhadap orang lain.
- 5) Keperawatan selalu memegang konsep *caring* di dalam berhubungan dengan orang lain dalam rentang sehat-sakit.
- 6) *Caring* adalah esensi dari keperawatan dan merupakan fokus utama dalam praktek keperawatan.
- 7) Pelayanan kesehatan secara signifikan telah menekankan pada *human care*.
- 8) Pondasi *caring* keperawatan dipengaruhi oleh teknologi medis dan birokrasi institusi.
- 9) Penyediaan dan perkembangan dari *human care* menjadi isu yang hangat bagi keperawatan untuk saat ini maupun masa yang akan datang.
- 10) *Human care* hanya dapat diterapkan secara efektif melalui hubungan interpersonal.
- 11) Kontribusi keperawatan kepada masyarakat terletak pada komitmen pada *humancare* (Nurachmah, 2006).

e. Tahap Perkembangan Hubungan *Caring*

Menurut Nurachmah (2006) tahap perkembangan hubungan *caring* :

- 1) *Attachment* (pertalian), empat tugas yang menandai pertalian yaitu *recognisi* (menyadari kehadiran orang lain dan menerima orang ini dapat mempunyai arti), membuka diri (membagi informasi yang beresiko rendah atau tidak mengancam), validasi (memberikan persetujuan pada informasi yang dibagikan atau perilaku yang diperlihatkan) dan potensi (kehendak dan kekuatan untuk memajukan hubungan).
- 2) *Assiduity* (perilaku selalu penuh perhatian), selama tahap ini perhatian yang diteliti diberikan pada kerja menjalin hubungan kepedulian. Respek adalah perilaku atau tugas pertama dari *assiduity*, respek melibatkan mengakui dan menerima keinginan, kebutuhan, kesukaan, perbedaan dan permintaan orang lain. Selanjutnya *potentiality*, dimana *recognisi* diberikan pada kemungkinan saling meningkatkan hubungan, yang tidak akan terjadi dengan mengorbankan individualitas orang lain. Memperhatikan, melibatkan, mendengar dan menerima orang lain. Menurut Murray dan Bevis ini merupakan salah satu aspek hubungan memperhatikan yang paling penting. Kejujuran diperlukan agar hubungan menjadi terbuka, kejujuran dapat berupa mengatakan kebenaran atau keinginan untuk tidak membahas

sesuatu. Membuka diri terjadi dalam dua tahap yaitu rasa tanggung jawab dan keberanian untuk maju.

- 3) *Intimasi* (melibatkan berbagi diri), tahap ditandai dengan hubungan fisik dan mental yang tepat. Tugas dalam tahap ini memerlukan ketulusan (integritas, kepercayaan), membuka diri (yang mempunyai arti menempatkan seseorang dalam posisi yang terbuka), wawasan (memiliki pandangan yang cepat terhadap orang lain) dan perlibatan (orang lain dapat dilibatkan dalam hubungan tanpa terancam).
- 4) Konfirmasi, validasi personal menghasilkan perasaan positif tentang kesadaran dan pertumbuhan. Argumentasi memungkinkan untuk memperbesar, memperkuat dan lebih mempermudah hubungan memperhatikan, karena kemampuan untuk peduli dengan dasar yang luas (Rothrock, 2000).

f. Faktor-faktor pembentuk perilaku *caring*

Struktur ilmu *caring* dibangun dari sepuluh faktor *carative*, yaitu:

- 1) Membentuk sistem nilai *humanistik-altruistik*.

Watson mengemukakan bahwa asuhan keperawatan didasarkan pada nilai-nilai kemanusiaan (*humanistik*) dan perilaku mementingkan kepentingan orang lain di atas kepentingan pribadi (*altruistik*). Hal ini dapat dikembangkan melalui pemahaman nilai yang ada pada diri seseorang, keyakinan, interaksi, dan kultur serta pengalaman pribadi. Semua ini dirasa perlu untuk mematangkan

pribadi perawat agar dapat bersikap altruistik terhadap orang lain.

2) Menanamkan keyakinan dan harapan (*faith-hope*).

Pemahaman ini diperlukan untuk proses *carative*. Selain menekankan pentingnya obat-obatan untuk *curative*, perawat juga perlu memberi tahu individu alternatif pengobatan lain yang tersedia (mis., meditasi, relaksasi, atau kekuatan penyembuhan oleh diri sendiri atau secara spritual). Dengan mengembangkan hubungan perawat-klien yang efektif, perawat memfasilitasi perasaan optimis, harapan, dan rasa percaya.

3) Mengembangkan sensitivitas untuk diri sendiri dan orang lain.

Seorang perawat dituntut untuk mampu meningkatkan sensitivitas terhadap diri pribadi dan orang lain serta bersikap lebih otentik. Perawat juga perlu memahami bahwa pikiran dan emosi seseorang merupakan jendela jiwanya.

4) Membina hubungan saling percaya dan saling bantu (*helping-trust*).

Ciri hubungan *helping-trust* adalah harmonis, empati, dan hangat. Hubungan yang harmonis haruslah hubungan yang dilakukan secara jujur dan terbuka, tidak dibuat-buat.

5) Meningkatkan dan menerima ungkapan perasaan positif dan negatif.

Perawat memberikan waktunya dengan mendengarkan semua keluhan dan perasaan pasien.

6) Menggunakan proses pemecahan masalah kreatif

Penggunaan sistematis metoda penyelesaian masalah untuk pengambilan keputusan. Perawat menggunakan metoda proses keperawatan sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada pasien.

- 7) Meningkatkan belajar mengajar transpersonal.

Memberikan asuhan mandiri, menetapkan kebutuhan personal, dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal pasien.

- 8) Menyediakan lingkungan yang suportif, protektif, atau memperbaiki mental, fisik, sosiokultural, dan spiritual.

Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal pasien terhadap kesehatan kondisi penyakit pasien.

- 9) Membantu memuaskan kebutuhan-kebutuhan manusia.

Perawat perlu mengenali kebutuhan komperhensif diri dan pasien. Pemenuhan kebutuhan paling dasar perlu dicapai sebelum beralih ke tingkat selanjutnya.

- 10) Memberikan keleluasaan untuk kekuatan ekstensial-fenomenologis-spiritual.

Ketiga faktor ini membantu seseorang mengerti kehidupan dan kematian. Selain itu, ketiganya dapat membantu seseorang untuk menemukan kekuatan dan keberanian untuk menghadapi kehidupan dan kematian.

3. Kecemasan

a. Definisi Kecemasan

Kecemasan merupakan gejala emosi seseorang yang berhubungan dengan sesuatu diluar dirinya dan mekanisme diri yang digunakan dalam mengatasi permasalahan (Asmadi, 2009).

Wayne (2005) menjelaskan istilah kecemasan mengacu pada perasaan tidak nyaman dan ketakutan ditambah dengan beberapa gejala fisik yang tidak menyenangkan, termasuk ketegangan (otot yang menegang), denyut jantung yang bertambah cepat, napas memburu, mulut kering, perut begah, berkeringat dan gemetar. Apabila rasa cemas semakin parah, berbagai akses yang kian buruk bisa muncul. Misalnya rasa pusing, pingsan, dada sakit, pandangan buram, perasaan tercekik, badan terasa panas dan dingin, mual dan sering buang air kecil atau diare.

Freud dalam Amat (1999) menggambarkan kecemasan sebagai suatu perasaan yang tidak menyenangkan yang diikuti oleh reaksi fisiologis tertentu seperti perubahan denyut jantung dan pernapasan.

Tingkat kecemasan yang benar sejalan dengan terjadinya ancaman bahaya. Kecemasan dapat membantu dalam mengenali dan menghindari bahaya. Akan tetapi apabila kecemasan tidak berfungsi positif dapat memunculkan ketidakseimbangan dan akan memicu

timbulnya cemas. Bahkan rasa cemas tersebut bersifat parah, permanen, dan sangat mengganggu aktivitas.

b. Penyebab Kecemasan

Menurut Andaners (2009), penyebab rasa cemas dapat dikelompokkan pula menjadi 3 faktor, yaitu :

- 1) Faktor biologis atau fisiologis, berupa ancaman akan kekurangan makanan, minuman, perlindungan dan keamanan.
- 2) Faktor psikososial, ancaman terhadap konsep diri, kehilangan benda atau orang yang dicintai, perubahan status sosial ekonomi.
- 3) Faktor perkembangan, yaitu ancaman pada masa bayi, anak, remaja.

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan seseorang meliputi beberapa aspek antara lain, terdapat komponen genetik terhadap kecemasan, scan otak dapat melihat perbedaan terutama pada pasien kecemasan yang respons dengan signal berbahaya, sistem pemrosesan informasi dalam seseorang berjalan dengan singkat (hal ini dapat direspons dengan suatu ancaman sebelum yang bersangkutan menyadari ancaman tersebut), akar dari gangguan kecemasan mungkin tidak akan menjadi pemisahan mekanisme yang menyertainya namun terjadi pemisahan mekanisme yang mengendalikan respons kecemasan dan yang menyebabkan situasi

diluar kontrol (Sani, 2012).

Proses terjadinya kecemasan Perasaan tidak nyaman atau terancam pada ansietas diawali dengan adanya faktor predisposisi dan faktor presipitasi.

Faktor kecemasan adalah :

1. Faktor Predisposisi

Menurut Asmadi (2009), berbagai faktor predisposisi yang dijelaskan ke dalam beberapa teori mengenai kecemasan.

Faktor predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat digunakan individu untuk mengatasi stress (Stuart & Laraia, 2005; Agustarika,2009).

Berbagai teori dikembangkan mengenai factor predisposisi terjadinya ansietas Atas dasar ini beberapa teori dan kajian tentang sumber-sumber kecemasan telah berkembang yang diuraikan sebagai berikut :

a) Teori Psikoanalitik

Menurut pandangan psikoanalitik kecemasan merupakan konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu Id dan super ego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang sedangkan super ego mencerminkan hati nurai seseorang dan dikendalikan oleh

norma-norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya yang menimpa.

b) Teori Interpersonal

Pandangan ini menyatakan bahwa kecemasan timbul dari perasaan takut tidak adanya penerimaan dan penolakan interpersonal. Berhubungan dengan masa trauma dimasa perkembangan seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik, seseorang dengan gangguan hubungan interpersonal dengan harga diri rendah, mudah mengalami kecemasan yang berat.

c) Teori Perilaku

Dalam teori ini kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Pakar perilaku yang lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan untuk belajar berdasarkan keinginan dari dalam untuk menghindari kepedihan.

Individu yang terbiasa dalam kehidupan dirinya dihadapkan pada ketakutan yang berlebihan, lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya.

d) Kajian Keluarga

Menunjukkan bahwa kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Ada tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan gangguan keceaman dengan depresi.

e) Kajian Biologis

Kajian ini menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor untuk benzodi azepenes. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam aminobutirik-gammanetroregulator (GABA) yang menjadi peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang berakibat sebagai predisposisi terhadap kecemasan dan dapat disertai dengan gangguan fisik sehingga dapat menurunkan kemampuan seseorang untuk mengatasi stressor.

Penelitian terkini berfokus pada penyebab biologis terjadinya ansietas yang berlawanan dengan penyebab psikologis. (Agustarika, 2009). Beberapa individu yang mengalami episode sikap bermusuhan, iritabilitas, perilaku sosial dan perasaan menyangkal terhadap kenyataan hidup dapat menyebabkan ansietas tingkat berat bahkan ke arah panik. Salah satu faktor penyebab secara fisik yaitu adanya gangguan

atau ketidak-seimbangan pada fisik seseorang.

(1) Gangguan fisik

Gangguan fisik yang dapat menyebabkan ansietas adalah antara lain *gangguan otak dan saraf* (neurologis) seperti cedera kepala, infeksi otak, dan gangguan telinga dalam, *gangguan jantung*, seperti kelumpuhan jantung dan irama jantung yang abnormal (aritmia), *gangguan hormonal* (Endrokrin) seperti kelenjar andrenal atau thyroid terlalu aktif, *gangguan paru-paru* (pernafasan) berupa asma, paru-paru obstruktif kronis atau COPD (Medicastore, 2011).

(2) Mekanisme terjadinya kecemasan akibat gangguan fisik

Pengaturan ansietas berhubungan dengan aktivitas dari *neurotransmitter Gamma Aminobutyric Acid (GABA)*, yang mengontrol aktifitas neuron di bagian otak yang berfungsi untuk pengeluaran ansietas. Mekanisme kerja terjadinya ansietas diawali dengan penghambatan *neurotransmitter* di otak oleh GABA. Ketika bersilangan di sinaps dan mencapai atau mengikat ke reseptor GABA di membran postsinaps, maka saluran reseptor terbuka, diikuti oleh pertukaran ion-ion. Akibatnya terjadi penghambatan atau reduksi sel yang dirangsang dan kemudian sel beraktifitas dengan lamban (Stuart & Laraia,2005; Agustarika,2009).

Mekanisme biologis ini menunjukkan bahwa ansietas terjadi karena adanya masalah terhadap efisiensi proses neurotransmitter. Neurotransmitter sendiri adalah utasan kimia khusus yang membantu informasi bergerak dari sel saraf ke sel saraf. Jika neurotransmitter keluar dari keseimbangan, pesan tidak bisa melalui otak dengan benar. Hal ini dapat mengubah cara otak bereaksi dalam situasi tertentu, yang menyebabkan kecemasan. (Medicinet, 2011).

Pendapat yang dikemukakan oleh Taylor (Leonard, 2010) Kecemasan merupakan pengalaman subyektif mengenai ketegangan mental yang menggelisahkan sebagai bentuk reaksi umum dan ketidak-mampuan menghadapi masalah atau munculnya rasa tidak aman pada individu.

Freud (Hall dan Lindzay, 1995 ; Trismiati, 2004) menyatakan bahwa *ego* disebut sebagai eksekutif kepribadian, karena *ego* mengontrol pintu-pintu ke arah tindakan, memilih segi-segi lingkungan kemana ia akan memberikan respon, dan memutuskan insting-insting manakah yang akan dipuaskan dan bagaimana caranya. Dalam melaksanakan fungsi-fungsi eksekutif ini, *ego* harus berusaha mengintegrasikan tuntutan *id*, *superego*, dan dunia luar yang sering bertentangan. Hal ini sering

menimbulkan tegangan berat pada ego dan menyebabkan timbulnya kecemasan. Freud membagi teori kecemasan menjadi 4 yaitu :

- a. ID/Impulse anxiety : perasaan tidak nyaman pada anak
- b. Separation anxiety : pada anak yang merasa takut akan kehilangan kasih sayang orangtuanya
- c. Castration anxiety : merupakan fantasi kastrasi pada masa kanak-kanak yang berhubungan dengan pembentukan impuls seksual
- d. Super Ego anxiety : pada fase akhir pembentukan super ego yaitu pre pubertas (Sani, 2012).

Cara hidup orang di masyarakat juga sangat mempengaruhi pada timbulnya ansietas (Tarwoto & Wartonah, 2003; Agustarika, 2009).

Individu yang mempunyai cara hidup sangat teratur dan mempunyai falsafah hidup yang jelas maka pada umumnya lebih sukar mengalami ansietas. Budaya seseorang juga dapat menjadi pemicu terjadinya ansietas. Hasil survey yang dilakukan oleh Mudjadid,dkk tahun 2006 di lima wilayah pada masyarakat DKI Jakarta didapatkan data bahwa tingginya angka ansietas disebabkan oleh perubahan gaya hidup serta kultur dan budaya yang mengikuti perkembangan kota (Agustarika, 2009). Namun

demikian, factor predisposisi di atas tidaklah cukup kuat menyebabkan seseorang mengalami ansietas apabila tidak disertai faktor presipitasi (pencetus).

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dapat berasal dari sumber internal dan eksternal. Faktor ini dapat dikelompokkan dalam 2 kelompok yaitu:

1) Ancaman terhadap integritas fisik

Meliput ketidakmampuan fisiologis yang akan datang atau menurunnya kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari misalnya infeksi virus dan bakteri, ancaman akan keselamatan, kehilangan tempat tinggal. Makanan, pakaian, serta traumatik akibat cedera. Sumber internal meliputi kegagalan mekanisme fisiologis seperti hati, sistem imun dan pengaturan suhu.

2) Ancaman terhadap sistem diri seseorang

Berasal dari sumber internal dan eksternal. Sumber internal meliputi takut kehilangan, pemahaman, perceraian atau perpindahan, perubahan status pernikahan dan dilema etnik serta tekanan dari kelompok sosial budaya sedangkan sumber eksternal meliputi kesulitan-kesulitan interpersonal dirumah atau dilingkungan kerja, atau penerimaan terhadap peran yang baru, misalnya menjadi orang tua, pelajar dan karyawan.

d. Klasifikasi Kecemasan

Menurut Asmadi (2009), tiap tingkatan kecemasan mempunyai karakteristik atau manifestasi yang berbeda satu sama lain. Manifestasi kecemasan yang terjadi bergantung pada kematangan pribadi, pemahaman dalam menghadapi ketegangan, harga diri, dan mekanisme koping yang digunakannya. Tingkat kecemasan dan karakteristik teknik prosedural keperawatan konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien yaitu :

1. Ringan

- a) Berhubungan dengan ketegangan dalam peristiwa sehari-hari.
- b) Kewaspadaan meningkat.
- c) Persepsi terhadap lingkungan meningkat.
- d) Dapat menjadi motivasi positif untuk belajar dan menghasilkan kreativitas.
- e) Respons fisiologis: sesekali napas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut, serta bibir bergetar.
- f) Respons kognitif: mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif, dan terangsang untuk melakukan tindakan.
- g) Respons perilaku dan emosi: tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, dan suara kadang-kadang meninggi.

b. Sedang

- a) Respons fisiologis: sering napas pendek, nadi ekstra sistol dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia diare/konstipasi, sakit kepala, sering berkemih, dan letih.
- b) Respons kognitif: memusatkan perhatiannya pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain, lapang persepsi menyempit, dan rangsangan dari luar tidak mampu diterima.
- c) Respons perilaku dan emosi: gerakan tersentak-sentak, terlihat lebih tegang, bicara banyak dan lebih cepat, susah tidur, dan perasaan tidak aman.
- d) Sedikit mengalami peningkatan tanda-tanda vital

c. Berat

- a) Individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal yang lain.
- b) Respons fisiologis: napas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan berkelabut, serta tampak tegang.
- c) Respons kognitif: tidak mampu berpikir berat lagi dan membutuhkan banyak pengarahan / tuntutan, serta lapang persepsi menyempit.
- d) Respons perilaku dan emosi: perasaan terancam meningkat dan komunikasi menjadi terganggu (verbalisasi cepat).

e) Mengalami peningkatan tanda-tanda vital lebih dramatis, diare, diaporesis, palpasi, nyeri dada, muntah

d. Berat Sekali/ Panik

a) Respons fisiologis: napas pendek, rasa tercekik dan palpitasi, sakit dada, pucat, hipotensi, serta rendahnya koordinasi motorik.

b) Respons kognitif: gangguan realitas, tidak dapat berpikir logis, persepsi terhadap lingkungan mengalami distorsi, dan ketidakmampuan memahami situasi.

c) Respons perilaku dan emosi: agitasi, mengamuk dan marah

d) ketakutan, berteriak-teriak, kehilangan kendali/kontrol diri (aktivitas motorik tidak menentu), perasaan terancam, serta dapat berbuat sesuatu yang membahayakan diri sendiri dan/ atau orang lain.

e. Tanda-tanda atau Gejala Kecemasan

Menurut Maramis (2010) pada nerosa cemas ada 2 macam gejala yaitu:

1) Gejala-gejala (komponen) somatik yang mungkin berupa nafas sesak, dada tertekan, kepala ringan, lekas lelah, palpatasi dan keringat dingin. Macam-macam gejala lain mungkin mengenai motorik, pencernaan, pernafasan, sistem kardiovaskuler.

2) Gejala-gejala (komponen) psikologik yang mungkin timbul sebagai rasa was-was, kekhawatiran terjadi sesuatu yang tidak

menyenangkan, prihatin dengan pikiran orang mengenai dirinya.

Penderita tegang terus menerus dan tidak mampu berlaku santai.

F. Jenis-jenis kecemasan

1) Panik

Panik merupakan serangan yang sangat mengganggu dan meliputi ketakutan yang serius. Kepanikan bisa juga berupa rasa cemas yang timbul secara tiba-tiba dan memuncak dalam waktu sepuluh menit. Gejala khas yang muncul jantung berdebar-debar, denyut nadi meningkat, napas pendek atau perasaan tercekik, kedinginan, rasa panas, dada sakit, berkeringat, gemetar, rasa kebal atau mati rasa, kepala terasa ringan, merasa takut mati, kehilangan kendali atau menjadi gila.

Biasanya serangan panik berlangsung selama kurang dari 30 menit. Hal ini bisa dipicu oleh situasi tertentu atau terjadi secara spontan. Serangan panik biasanya dialami orang dewasa, 30% orang dewasa telah mengalami panik sebanyak 1 kali.

2) Kecemasan sosial

Adalah suatu keadaan dimana individu merasa takut secara terus menerus karena merasa penampilannya janggal, konyol atau memalukan ketika seseorang memperhatikan. Perasaan cemas ini bisa dikaitkan dengan aktivitas makan atau menulis di depan orang lain, berbicara pada seseorang atau tampil di depan publik. Orang

yang mengalami kecemasan sosial akan merasa cemas seandainya orang lain mengetahui kecemasan mereka atau merasa takut bila dianggap sebagai orang bodoh atau orang lemah karena berperilaku demikian.

Pada penderita kecemasan sosial akan menghindari situasi yang mereka takuti atau menghadapinya dengan perasaan yang amat tertekan. Penderita kecemasan sosial merasa bahwa kecemasan tersebut terlalu berlebihan dan itu sebabnya penderita menjadi stres karena masalah tersebut. Secara nyata kondisi tersebut mengganggu kehidupan pribadi, kehidupan bermasyarakat serta mengganggu pekerjaan mereka.

3) Ketakutan spesifik

Ketakutan spesifik atau fobia khusus adalah bila seseorang merasa takut terhadap benda atau situasi tertentu secara terus menerus dan memiliki keinginan kuat untuk menghindarinya. Rasa cemas bisa dipicu oleh apapun yang ditakuti, bahkan hanya dengan memikirkan hal itu. Reaksi ketakutan tersebut bersifat langsung dan bisa melibatkan serangan panik. Para penderita menyadari bahwa ketakutan mereka berlebihan dan berusaha menghindari hal-hal yang bisa memicunya. Fobia biasanya berhubungan dengan binatang, serangga, ketinggian, kegelapan, gempa bumi, perawatan gigi, darah, perjalanan di udara dan ruang tertutup.

4) Pikiran yang tidak diinginkan dan perilaku kompulsif

Suatu obsesi yaitu meliputi pemikiran, gagasan, citra atau dorongan secara berulang-ulang yang menimbulkan kecemasan dan dianggap sebagai hal yang tidak masuk akal atau berlawanan.

Para penderita biasanya merasakan tekanan untuk mengulangi perilaku fisik atau perilaku mental. Perilaku ini disebut kompulsi dan merupakan reaksi terhadap pemikiran obsesif yang tidak diinginkan, ritual yang ditujukan untuk mengurangi atau menghilangkan stres atau mencegah hal yang ditakutkan terjadi. Penderita mengetahui bahwa perilaku kompulsif ini tidak masuk akal dan berlebihan tetapi mengalami kesulitan untuk mengendalikannya. Akhirnya, hal itu menimbulkan stres yang menyita waktu dan mengganggu kehidupan sehari-hari.

5) Traumatis

Peristiwa traumatis misalnya kecelakaan, penyerangan, penyiksaan terus menerus yang akan terulang melalui mimpi atau pemikiran intrusif. Sebagai reaksi terhadap peristiwa pemicu itu seseorang mungkin menghidupkan kembali peristiwa dengan berbagai cara misalnya pemikiran intrusif yang mengganggu, citra atau mengulangi impian, kilas balik, halusinasi atau ilusi, dan merasa bertindak seakan-akan peristiwa terulang kembali. Akibatnya seseorang yang mengalami trauma dapat terus menerus

mengingat peristiwa tersebut, kewaspadaan yang berlebihan, kelumpuhan emosional, menarik diri dari pergaulan sosial dan penghindaran diri dari pengalaman tersebut.

g. Manifestasi Kecemasan

1) Manifestasi kognitif.

Yang terwujud dalam pikiran seseorang, seringkali memikirkan tentang malapetaka atau kejadian buruk yang akan terjadi.

2) Perilaku motorik.

Kecemasan seseorang terwujud dalam gerakan tidak menentu seperti gemetar.

3) Perubahan somatik.

Muncul dalam keadaan mulut kering, tangan dan kaki dingin, diare, sering kencing, ketegangan otot, peningkatan tekanan darah dan lain-lain. Hampir semua penderita kecemasan menunjukkan peningkatan detak jantung, respirasi, ketegangan otot dan tekanan darah.

4) Afektif.

Diwujudkan dalam perasaan gelisah, dan perasaan tegang yang berlebihan.

Stuart dan Sunden (2008) memberikan suatu penilaian respon

fisiologis dan respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan meliputi :

a. Respon simpatis

- 1) Kardiovaskuler : palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meninggi, rasa mau pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.
- 2) Pernafasan : nafas pendek, nafas cepat, tekanan pada dada, nafas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, terengah-engah.
- 3) Neuromuskuler : refleksi meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, wajah tegang, kelemahan umum, kaki goyah, gerakan yang janggal.
- 4) Gastrointestinal : kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, rasa terbakar pada jantung, diare.
- 5) Traktus Urinarius : tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
- 6) Kulit : wajah kemerahan, berkeringat setempat (telapak tangan), gatal, rasa panas dan dingin pada kulit, wajah pucat berkeringat sekujur tubuh.

b. Respon Parasimpatis

- 1) Perilaku Afektif : Gelisah, ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mendapat cedera, menarik diri dari hubungan intrpersonal, menghalangi, melarikan diri dari masalah, menghindar.
- 2) Perilaku Kognitif : Perhatian terganggu, konsentrasi terganggu dan pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi dan hambatan berfikir, kreatifitas dan produktifitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri meningkat, kehilangan objektifitas, takut kehilangan control, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian.
- 3) Kognitif : Mudah terganggu, tidak sabar, gelisah dan tegang, nervus dan ketakutan, alarm, teror, gugup, gelisah.

h. Skala Kecemasan

Skala HARS (*Hamilton Anxiety Rating Scale*). Pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)*. Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *syptoms* yang nampak pada individu yang

mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (*No! Present*) sampai dengan 4 (*severe*).

Penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi :

1. Perasaan Cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tensinggung.
2. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.
3. Ketakutan : takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendiri dan takut pada binatang besar.
4. Gangguan tidur sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidur tidak pulas dan mimpi buruk.
5. Gangguan kecerdasan : penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulit konsentrasi.
6. Perasaan depresi : hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hoby, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
7. Gejala *somatik*: nyeri patah otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidak stabil dan kedutan otot.
8. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merah dan pucat serta merasa lemah.
9. Gejala kardiovaskuler : takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dan detak jantung hilang sekejap.

10. Gejala pemapasan : rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, sering menarik napas panjang dan merasa napas pendek.
11. Gejala *gastrointestinal*: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun, mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaan panas di perut.
12. Gejala urogenital : sering kencing, tidak dapat menahan keneing, aminorea, ereksi lemah atau impotensi.
13. Gejala vegetatif : mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, bulu roma berdiri, pusing atau sakit kepala.
14. Perilaku sewaktu wawancara : gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkan dahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dan kategori:

Tabel 2.1. Cara Penilaian Kecemasan Pasien

Nilai	Kategori
0	Tidak ada gejala sama sekali
1	Satu dari gejala yang ada
2	Sedang/separuh dari gejala yang ada
3	Berat/lebih dari setengah gejala yang ada

4	Sangat berat /semua gejala ada.
---	---------------------------------

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah skor dan item 1-14 dengan hasil :

Tabel 2.2. Penentuan Derajat Kecemasan Pasien

Skor	Hasil
< 6	Tidak ada kecemasan
7-14	Kecemasan ringan
15-27	Kecemasan sedang
>27	Kecemasan berat

(Hidayat, 2003)

4. Kepuasan

a. Definisi Kepuasan

Kepuasan adalah suatu keadaan dimana keinginan, harapan dan kebutuhan dipenuhi. Kottler (dalam Ratnawati, 2001) mendefinisikan kepuasan pelanggan adalah kepuasan atau kekecewaan yang dirasakan oleh konsumen setelah membandingkan antara harapan dengan kenyataan yang ada. 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.

Kepuasan menurut Kamus Bahasa Indonesia 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 Oliver (dalam Supranto, 2007) mendefinisikan kepuasan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya. 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 tersebut.

Menurut Sabarguna dalam Prima Lita Ratni (2007) kepuasan pasien merupakan nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subjektif tetap ada dasar objektifnya, artinya

penilaian itu dilandasi hal-hal: (1) Pengalaman masa lalu, (2) Pendidikan, (3) Situasi psikis waktu itu, (4) Pengaruh lingkungan waktu itu. Menurut Beberapa penelitian ditemukan bahwa pelanggan akan kembali di masa yang akan datang dan merekomendasikan kepada orang lain apabila mereka puas kepada pelayanan yang diberikan perusahaan. Kepuasan pasien adalah bagaimana nilai dan anggapan pasien terhadap perawatan yang diberikan oleh pihak perawatan kesehatan (Prima Lita Ratni, 2007), sedangkan *Council on Medical Service* mengatakan kepuasan pasien merupakan suatu yang penting dalam kualitas penyampaian jasa perawatan kesehatan. Sistem perawatan kesehatan dan proses mendorong kepuasan pasien (Prima Lita Ratni, 2007), sedangkan Stavins and Fache dalam Prima Lita Ratni (2007) menemukan dalam penelitiannya bahwa *delivery system* yang terintegrasi mempengaruhi kepuasan pasien. Lebih lengkap penelitian yang dilakukan oleh Bhattacharya et.al dalam Prima Lita Ratni (2007) bahwa aspek teknis dari perawat, sikap perawat, kualitas teknis dokter, kebersihan ruangan dan koridor, makanan, toilet serta fasilitas perawatan berpengaruh terhadap kepuasan pasien .

Menurut Prima Lita Ratni (2007) yang mengutip beberapa pendapat dari para ahli menyebutkan bahwa kepuasan pasien juga didorong oleh perawatan yang dilakukan oleh dokter (Kolodinsky, 2004) dan perawatan yang dilakukan oleh staff (seperti perawat) rumah sakit

(Kloehn, 2004), penggunaan fasilitas perawatan (Oropesa et.al, 2002), dan penggunaan fasilitas pelayanan (Kolb et.al, 2000). Fasilitas mungkin meningkatkan kualitas perawatan dan proses penyampaian jasa pada perawatan kesehatan mampu meningkatkan kepuasan konsumen (Kolodinsky, 2004) dan Oropesa et.al, (2002) juga menemukan bahwa proses penyampaian jasa pada perawatan kesehatan mampu meningkatkan kepuasan konsumen, sedangkan proses penyampaian jasa mampu meningkatkan *performance* (*Southern Ohio Medical*). Sebaliknya, 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 (Sugito, 2005).

Kepuasan bisa diartikan sebagai upaya pemenuhan sesuatu atau membuat sesuatu memadai (Tjiptono dan Chandra, 2005). Sedangkan Kotler (2007) mendefinisikan kepuasan sebagai perasaan senang atau kecewa seseorang yang dialami setelah membandingkan antara persepsi kinerja atau hasil suatu produk dengan harapan-harapannya. Dari definisi-definisi tersebut di atas dapat disimpulkan, yaitu adanya perbandingan antara harapan dan kinerja/hasil yang dirasakan pelanggan. Harapan pelanggan dibentuk dan didasarkan oleh beberapa faktor, di antaranya pengalaman berbelanja di masa lampau, opini teman dan kerabat, serta informasi

dan janji-janji perusahaan dan para pesaing.

Menurut Susan Fournier dan David Glen Mick (2003), kepuasan pelanggan, digambarkan, sebagai suatu proses yang dinamis, dapat berubah karena berkaitan dengan dimensi sosial yang kuat. Dimensi kepuasan mengandung komponen makna dan emosi yang integral. Proses kepuasan pelanggan itu sendiri saling berhubungan antara berbagai paradigma, model dengan model tetapi selalu berkaitan dengan kepuasan hidup dan kualitas hidup itu sendiri. Pada intinya kepuasan pelanggan adalah *response* atau tanggapan yang diberikan oleh pelanggan (*customer*) atas terpenuhinya kebutuhan, sehingga memperoleh rasa senang atau nyaman. Dengan pengertian itu, maka penilaian terhadap suatu bentuk keistimewaan/ kelebihan dari suatu barang/jasa ataupun barang/jasa itu sendiri, dapat memberikan suatu tingkat kenyamanan yang berhubungan dengan pemenuhan suatu kebutuhan, termasuk pemenuhan kebutuhan yang sesuai (*meet expectation*) atau melebihi harapan (*excellent*) pelanggan (Zulian, 2005).

Berhubung dalam kenyataannya kepuasan pelanggan sangat bervariasi dan temporer, artinya kepuasan pada satu situasi tidak menjamin kepuasan pada situasi yang lain. Maka skope kepuasan pelanggan ini menjadi agak luas, tergantung pada target (yang berubah-ubah) dalam pemenuhan kebutuhan yang diukurkan oleh

pelanggan pada setiap transaksi dengan suatu produsen/perusahaan. Dapat dikatakan bahwa kepuasan pelanggan bergantung kepada kualitas produk atau layanan dan bagaimana produk atau layanan tersebut dapat memenuhi atau sesuai dengan kebutuhan pelanggan (Prima Lita Ratni, 2007).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan Pasien.

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 terhadap populasi sasaran (Yukl, 2004).

Menurut Ratnawati (2001) kepuasan pasien ditentukan oleh dua variabel kognitif yakni harapan pada saat sebelum pembelian (*prepurchase expectation*) yaitu keyakinan tentang kinerja yang diantisipasi dari suatu produk jasa dan *disconfirmation* yaitu perbedaan antara perbedaan pra pembelian dan persepsi dari purna pembelian (*postpurchase prescription*). Konsepsi kepuasan pasien berdasar pendapat Azwar (2004) cenderung selaras dengan kepuasan konsep kepuasan yang dikembangkan oleh Utama (2003) bahwa seseorang akan terpuaskan jika tidak ada selisih antara kondisi yang dibutuhkan dengan kondisi aktual.

Seperti di uraikan diatas, salah satu faktor untuk menilai suatu

pelayanan keperawatan pasien para ahli memberikan definisi kepuasan pelanggan. Menurut Oliver (Supranto, 2007) mendefinisikan kepuasan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakannya dengan harapannya, 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 di bentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi dari berbagai media.

Memahami kebutuhan dan keinginan konsumen dalam hal ini pasien adalah hal penting yang mempengaruhi kepuasan pasien. Pasien yang puas merupakan aset yang sangat berharga karena apabila pasien puas mereka akan terus melakukan pemakaian terhadap jasa pilihannya, tetapi jika pasien merasa tidak puas akan memberitahukan dua kali lebih hebat kepada orang lain tentang pengalaman buruknya (Tjiptono, 2004).

Menurut pendapat Budiastuti (2002) mengemukakan bahwa pasien dalam mengevaluasi kepuasan terhadap jasa pelayanan yang diterima mengacu pada beberapa faktor, antara lain kualitas produk atau jasa pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi mereka

menunjukkan produk atau jasa yang digunakan berkualitas.

Tjiptono (2004) kepuasan pasien ditentukan oleh beberapa faktor antara lain, yaitu :

- a. Kinerja perawat (*performance*), berpendapat kinerja petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan sangat berpengaruh pada kepuasan yang dirasakan. Wujud dari kinerja ini misalnya : cepat tanggap, kepedulian, keramahan dan ketepatan, bagaimana perawat dalam memberikan jasa pengobatan terutama keperawatan pada waktu penyembuhan yang relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan yaitu dengan memperhatikan kebersihan, keramahan dalam memberikan pelayanan.

Sabarguna (2004) menjelaskan bahwa kinerja pegawai di rumah sakit akan mempengaruhi kepuasan pasien dimana pasien merasa nyaman dan aman dengan pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan.

- b. Biaya, yang termasuk didalamnya adalah harga produk atau jasa. Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien. Meskipun demikian elemen ini mempengaruhi pasien dari segi biaya yang dikeluarkan, biasanya semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar.

Kepuasan pasien dilihat dari segi mahalny pelayanan, perbandingan biaya dengan pelayanan, terjangkau tidaknya biaya, ada tidaknya keringanan (Sabarguna, 2004).

Budiastuti (2002) menjelaskan bahwa untuk mendapatkan produk atau jasa, pasien yang tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan atau tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa pelayanan, cenderung puas terhadap jasa pelayanan tersebut.

- c. Lokasi, meliputi letak rumah sakit dan lingkungannya merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih rumah sakit. Umumnya semakin dekat rumah sakit dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien yang membutuhkan rumah sakit tersebut. Suasana rumah sakit yang tenang, nyaman, sejuk dan indah akan sangat mempengaruhi kepuasan pasien dalam proses penyembuhannya. Selain itu tidak hanya bagi pasien saja yang menikmati itu akan tetapi orang lain yang berkunjung ke rumah sakit akan sangat senang dan memberikan pendapat yang positif sehingga akan terkesan bagi pengunjung rumah sakit tersebut.

Sabarguna (2004) menjelaskan bahwa lokasi yang strategis akan mempengaruhi kepuasan pasien dimana rumah sakit mudah dijangkau dengan biaya yang ringan.

d. Fasilitas, kelengkapan fasilitas rumah sakit turut menentukan penilaian kepuasan pasien, misalnya fasilitas kesehatan baik sarana dan prasarana, tempat parkir, ruang tunggu yang nyaman dan ruang kamar rawat inap. Walaupun hal ini tidak vital menentukan penilaian kepuasan pasien, namun rumah sakit perlu memberikan perhatian pada fasilitas rumah sakit dalam penyusunan strategi untuk menarik konsumen. Selain itu fasilitas juga termasuk desain visual meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit. Tata ruang dan dekorasi rumah sakit ikut menentukan kenyamanan suatu rumah sakit, oleh karena itu desain dan visual harus diikutsertakan dalam penyusunan strategi terhadap kepuasan pasien atau konsumen.

Fasilitas rumah sakit merupakan faktor penunjang yang sangat penting untuk meningkatkan kepuasan pasien karena fasilitas merupakan unsure yang melekat pada mutu pelayanan dimana pelayanan tidak akan berhasil tanpa adanya fasilitas yang memadai.

e. Image, yaitu citra, reputasi dan kepedulian rumah sakit terhadap lingkungan. Image juga memegang peranan penting terhadap kepuasan pasien dimana pasien memandang rumah sakit mana yang akan dibutuhkan untuk proses penyembuhan. Pasien dalam menginterpretasikan rumah sakit berawal dari cara pandang melalui

panca indera dari informasi-informasi yang didapatkan dan pengalaman baik dari orang lain maupun diri sendiri sehingga menghasilkan anggapan yang positif terhadap rumah sakit tersebut, meskipun dengan harga yang tinggi. Pasien akan tetap setia menggunakan jasa rumah sakit tersebut dengan harapan-harapan yang diinginkan pasien.

Sebagian konsumen lebih memilih image pada saat menentukan rumah sakit yang akan dipilih untuk menyembuhkan penyakitnya, image akan memberikan dampak positif untuk kesembuhan pasien karena secara psikologis akan memberikan kepercayaan pada pelayanan kesehatan yang diberikan (Mulyani, 2008).

Budiastuti (2002) menjelaskan bahwa pasien yang merasa bangga dan yakin bahwa orang lain kagum terhadap konsumen bila dalam hal ini pasien memilih rumah sakit yang sudah mempunyai pandangan “rumah sakit mahal”, cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi

- f. Komunikasi, yaitu tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien. Misalnya adanya tombol panggilan didalam ruang rawat inap,

adanya ruang informasi yang memadai terhadap informasi yang akan dibutuhkan pemakai jasa rumah sakit seperti keluarga pasien maupun orang yang berkunjung di rumah sakit.

Azwar (2004) menjelaskan bahwa kepuasan pasien dipengaruhi oleh komunikasi yang baik antara pasien dengan penyelenggara pelayanan kesehatan karena dengan komunikasi yang baik akan menimbulkan kepercayaan pasien terhadap pengobatan yang diberikan.

Beberapa karakteristik individu yang diduga menjadi determinan utama atau penentu prioritas indikator kualitas pelayanan kesehatan, dan penentu prioritas tingkat kepuasan pasien adalah (Utama ; 2003):

- a. Umur, masa hidup pasien, yang dinyatakan dalam satuan tahun sesuai pernyataan pasien.
- b. Jenis kelamin, yang dapat digunakan untuk membedakan pasien laki-laki atau perempuan.
- c. Lama perawatan, sesuatu periode waktu yang dihitung sejak pasien terdaftar resmi sebagai pasien rawat inap.
- d. Sumber biaya, adalah sumber pembiayaan pasien untuk biaya pelayanan kesehatan rumah sakit, seperti uang sendiri, asuransi, bantuan sosial, atau kombinasi diantaranya, dan gratis.
- e. Pekerjaan adalah status pekerjaan pasien.

- f. Pendapatan, adalah jumlah gaji atau penghasilan dalam untuk uang dan barang (dikonversikan ke nilai uang) rata-rata setiap bulan dari pasien.
- g. Pendidikan, adalah status resmi tingkat pendidikan akhir pasien.
- h. Kelas perawatan, adalah tipe ruangan tempat perawatan yang menunjukkan pada tingkatan pelayanan kesehatan serta fasilitas yang diperoleh dan dapat dinikmati pasien di rumah sakit.

c. Pengukuran Kepuasan Konsumen

Zulian (2005) menjelaskan bahwa pemantauan dan pengukuran terhadap kepuasan konsumen telah menjadi kebutuhan mendasar bagi penyedia jasa, hal ini dikarenakan langkah tersebut dapat memberikan umpan balik dan masukan bagi keperluan pengembangan dan implementasi strategi peningkatan kepuasan konsumen.

Kepuasan pasien dapat diukur menggunakan angket atau kuesioner yang berisi tentang aspek-aspek pengukuran kepuasan yang terdiri dari 5 aspek. Selain aspek pengukuran diperhatikan, hal lain yang harus diperhatikan adalah siapa yang akan menjadi respondennya karena responden juga akan mempengaruhi cara penilaian kepuasan tersebut. Menurut Harlock (2004) seseorang layak untuk diminta pendapatnya dan dapat dipertanggung jawabkan pada usia 15-65 tahun, dimana pada usia 15 tahun atau usia memasuki

remaja pertengahan, sudah dapat memberikan pendapatnya secara objektif dan dapat dipertanggungjawabkan, pada usia ini seseorang sudah dapat mengungkapkan apa yang dirasakan dengan baik, sementara pada usia 65 tahun atau memasuki masa lansia, masih layak digunakan sebagai responden karena masih dapat berpikir realistis dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pada prinsipnya kepuasan konsumen dapat diukur dengan berbagai macam metode dan teknik. Ada 4 metode dalam mengukur kepuasan konsumen sebagai berikut:

1. Sistem keluhan dan saran

Setiap organisasi berorientasi pada konsumen (*customer oriented*) perlu memberikan kesempatan yang luas kepada para konsumen untuk menyampaikan saran, pendapat dan keluhan mereka terhadap pelayanan yang disediakan.

2. *Ghost Shopping*

Salah satu cara untuk memperoleh gambaran mengenai kepuasan konsumen adalah dengan mempekerjakan beberapa orang (*Ghost Shopping*) untuk berperan atau bersikap sebagai konsumen kepada pesaing. Dengan cara ini dapat diketahui kekuatan dan kelemahan dari pesaing.

3. *Lost Customer Analysis*

Penyedia jasa mengevaluasi dan menghubungkan konsumen yang

telah berhenti membeli atau yang telah pindah ke penyedia jasa agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi dan supaya dapat mengambil kebijakan perbaikan selanjutnya. Pemantauan terhadap lost customer analysis sangat penting karena peningkatannya menunjukkan kegagalan penyedia jasa dalam memuaskan konsumen.

4. Survey Kepuasan Konsumen

Melalui survey, penyedia jasa akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari konsumen serta memberikan kredibilitas positif bahwa penyedia jasa manaruh perhatian terhadap pada konsumen (Kotler, 2003).

Metode survey kepuasan konsumen dapat menggunakan pengukuran SERVQUAL (*servis quality*) yang dibangun atas adanya perbandingan dua faktor utama yaitu persepsi konsumen atas layanan yang nyata mereka harus terima (*perceived service*) dengan layanan yang diharapkan (*expected service*). Jika kenyataannya lebih dari yang diharapkan, maka layanan dapat dikatakan bermutu sedangkan jika kenyataan kurang dari yang diharapkan, maka layanan dikatakan tidak bermutu. Apabila kenyataan sama dengan harapan, maka layanan disebut memuaskan. Dengan demikian *servis quality* dapat didefinisikan sebagai jauhnya perbedaan antara kenyataan dan harapan konsumen atas layanan yang mereka terima

(Lupiyoadi, 2001).

Pengukuran kualitas jasa model *servis quality* didasarkan pada skala multi item yang dirancang untuk mengukur harapan dan persepsi pelanggan serta gap diantara keduanya pada 5 dimensi kualitas jasa (Keandalan, daya tanggap, kepastian, empati, berwujud). Kelima dimensi tersebut dijabarkan secara rinci untuk variabel persepsi yang disusun dalam pertanyaan berdasarkan bobot skala Likert (Supranto, 2007). Pengukuran kepuasan pelanggan didasarkan pada 5 aspek sebagai berikut yaitu:

- a. Dimensi keandalan (*Reliability*) adalah dimensi yang mengukur keandalan suatu pelayanan jasa kepada konsumen. Dimensi keandalan didefinisikan sebagai kemampuan untuk memberikan jasa yang dijanjikan dengan terpercaya dan akurat.
- b. Dimensi daya tanggap (*Responsiveness*) adalah kemauan untuk membantu dan memberikan jasa dengan cepat kepada konsumen yang meliputi kesigapan tenaga kerja dalam melayani konsumen, kecepatan tenaga kerja dalam menangani transaksi dan penanganan atas keluhan konsumen. Dimensi daya tanggap merupakan dimensi yang bersifat paling dinamis. Hal ini dipengaruhi oleh faktor perkembangan teknologi. Salah satu contoh aspek daya tanggap dalam pelayanan adalah kecepatan.
- c. Dimensi kepastian / jaminan (*Assurance*) adalah dimensi kualitas

pelayanan yang berhubungan dengan kemampuan dalam menanamkan kepercayaan dan keyakinan kepada konsumen. Dimensi kepastian meliputi kemampuan tenaga kerja atas pengetahuan terhadap produk secara tepat, kualitas, keremahmatan, perhatian dan kesopanan dalam memberi pelayanan, keterampilan dalam memberikan keamanan didalam memanfaatkan jasa yang ditawarkan dan kemampuan didalam menanamkan kepercayaan konsumen terhadap jasa yang ditawarkan. Dimensi kepastian atau jaminan merupakan gabungan dari aspek-aspek:

- 1) Kompetensi (*competence*) yaitu keterampilan dan pengetahuan yang dimiliki oleh para tenaga kerja untuk melakukan pelayanan.
 - 2) Kesopanan (*courtesy*) yang meliputi keramahan, perhatian dan sikap para tenaga kerja.
 - 3) Kredibilitas (*credibility*) yang meliputi hal-hal yang berhubungan dengan kepercayaan kepada penyedia jasa seperti reputasi, prestasi dan sebagainya.
 - 4) Keamanan (*security*) yang meliputi hal-hal yang berhubungan dengan kemampuan tenaga kerja memberikan rasa aman kepada konsumen
- d. Dimensi empati (*Empathy*) adalah kesediaan untuk peduli dan memberikan perhatian pribadi kepada pengguna jasa. Pelayanan

yang empatik sangat memerlukan sentuhan/perasaan pribadi. Dimensi empati adalah dimensi yang memberikan peluang besar untuk menciptakan pelayanan yang “*surprise*” yaitu sesuatu yang tidak diharapkan pengguna jasa tetapi ternyata diberikan oleh penyedia jasa. Dimensi empati ini merupakan penggabungan dari aspek:

- 1) Akses (*access*) meliputi kemudahan memanfaatkan jasa yang ditawarkan penyedia jasa.
- 2) Komunikasi (*communication*), yaitu merupakan kemampuan melakukan komunikasi untuk menyampaikan informasi kepada konsumen atau memperoleh masukan dari konsumen.
- 3) Pemahaman pada konsumen (*Understanding the customer*) meliputi usaha penyedia jasa untuk mengetahui dan memahami kebutuhan dan keinginan konsumen.

e. Dimensi berwujud / bukti fisik (*Tangible*) didefinisikan sebagai penampilan fasilitas peralatan dan petugas yang memberikan pelayanan jasa karena suatu service jasa tidak dapat dilihat, dicium, diraba atau didengar maka aspek berwujud / bukti fisik menjadi sangat penting sebagai ukuran terhadap pelayanan jasa.

d. Manfaat Pengukuran Kepuasan Pasien

Menurut Gerson (2004), manfaat utama dari program pengukuran adalah tersedianya umpan balik yang segera, berarti dan

obyektif. Dengan hasil pengukuran orang biasa melihat bagaimana mereka melakukan pekerjaannya, membandingkannya dengan standar kerja dan memutuskan apa yang harus dilakukan untuk melakukan perbaikan berdasarkan pengukuran tersebut. Ada beberapa manfaat dari pengukuran kepuasan antara lain sebagai berikut :

1. Pengukuran menyebabkan seseorang memiliki rasa berhasil dan berprestasi, yang kemudian diterjemahkan menjadi pelayanan yang prima kepada pelanggan.
2. Pengukuran biasa dijadikan dasar menentukan standar kinerja dan standar prestasi yang harus dicapai, yang mengarahkan mereka menuju mutu yang semakin baik dan kepuasan pelanggan yang semakin meningkat.
3. Pengukuran pemberian umpan balik segera kepada pelaksana, terutama bila pelanggan sendiri yang mengukur kinerja pelaksana atau yang memberi pelayanan.
4. Pengukuran memberitahu apa yang harus dilakukan untuk memperbaiki mutu dan kepuasan pelanggan bagaimana harus melakukannya, informasi ini juga biasa datang dari pelanggan.
5. Pengukuran memotivasi orang untuk melakukan dan mencapai tingkat produktivitas yang lebih tinggi.

5. Perawat Kamar Bedah

a. Definisi Perawat Kamar Bedah

Dalam buku Dasar-dasar Keterampilan Kamar Bedah (2010) menjelaskan perawat ruang operasi adalah perawat yang memiliki kemampuan mengidentifikasi fisiologis, kebutuhan kemasyarakatan dan psikologi pasien serta pengembangan dan implementasi dari suatu program yang berbeda dari perhatian keperawatan yang mengkoordinir tindakan keperawatan itu, berdasarkan pada ilmu pengetahuan perilaku dan alami, untuk memugar kembali atau memelihara kesejahteraan dan kesehatan pasien sebelumnya, selama dan setelah intervensi berhubungan dengan pembedahan (Roy, 2009).

1. Kompetensi Perawat Kamar Bedah
2. Melakukan pengkajian status fisiologis pasien yang akan dioperasi
3. Melakukan pengkajian status psikososial pasien yang akan dioperasi
4. Merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan data pasien dan keluarganya
5. Menetapkan tujuan berdasarkan diagnosa keperawatan
6. Mengembangkan rencana keperawatan yang menguraikan intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan
7. Melakukan transfer klien ke kamar operasi sesuai rencana
8. Memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya
9. Mempertahankan area steril di kamar operasi

10. Perform sponge, sharp and instrumen count
11. Pemberian obat-obatan dan cairan sesuai program
12. Monitor kondisi fisiologi pasien selama operasi
13. Monitor dan kontrol lingkungan selama operasi
14. Respek terhadap hak-hak pasien
15. Melakukan intervensi keperawatan dengan memperlihatkan tanggung gugat
16. Menilai hasil yang dicapai dari asuhan keperawatan
17. Mengukur efektifitas dari asuhan keperawatan perioperatif
18. Secara terus menerus mengkaji semua komponen asuhan keperawatan berdasarkan data baru

b. Spesifikasi Tim Kamar Bedah

Pelayanan kesehatan di kamar bedah dilaksanakan oleh tim bedah yang terdiri dari dokter ahli bedah, dokter anastesi, perawat, tenaga anastesi dan tenaga pembantu lainnya yang ditentukan sesuai jenis operasinya. Khusus tenaga perawat kamar bedah terdiri dari 6 bidang yaitu :

1. Registered Nurse

Perawat terdaftar yang memberikan asuhan keperawatan perioperative dengan pendekatan proses keperawatan.

Perawat kamar bedah yang bekerja pada area situasi non steril melaksanakan fungsi "*circulating*" dengan tugas :

- a) Mempersiapkan ruang operasi
- b) Mempertahankan kelengkapan ruang operasi
- c) Mengecek keamanan seluruh peralatan
- d) Mengatur posisi pasien
- e) Membersihkan area operasi
- f) Memberi cairan IV, darah dan lain-lain
- g) Monitor pemberian anestesi
- h) Melakukan koordinasi semua aktivitas
- i) Membuat dokumentasi

Fungsi “*circulating*” tidak dapat didelegasikan kepada LPN, LVN dan UAP. Perawat kamar bedah yang bekerja di area/situasi atau aktivitas steril melaksanakan fungsi “*scrubbing*” dengan tugas Mempersiapkan alat-alat steril, ponge count, Mempertahankan sterilisasi dan membantu pemakaian baju dan kelengkapan steril tim operasi

Fungsi “scrubbing” dapat didelegasikan pada LPN (*Licensed Practical Nurse*), LVN (*Licensed Vocational Nurse*), UAP (*Unlicensed Assistive Personel*).

- a) *Licensed Practical Nurse* (LPN) dan *Surgical Technician*

Pada beberapa institusi pelayanan kesehatan, fungsi “scrubbing” dilakukan oleh teknisi kamar bedah terlatih atau licensed practical nurse yang tugasnya membantu ahli bedah

dalam instrumentasi dan melaksanakan fungsi teknis selama prosedur operasi. Tugas ini diawasi oleh *registered nurse*.

b) *Registered Nurse First Assistant (RNFA)*

Perawat RNFA bekerja sama dengan ahli bedah untuk mengoptimalkan hasil dari prosedur. Tugasnya adalah memantau perdarahan, mempergunakan instrumen bedah, memotong jaringan dan menjahit luka serta mempertahankan homeostasis.

c) *Anesthesia Care Provider (ACP)*

Adalah seseorang yang mempunyai kewenangan memberikan anestesi pasien yang akan dilakukan operasi yaitu dokter anestesi dan perawat anestesi.

Perawat anestesi adalah perawat terdaftar (RN) yang lulus ujian sertifikasi nasional untuk anestesi sehingga memperoleh CRNA (*Certified Registered Nurse Anesthetist*). Biasanya dilakukan dalam tim anestesi dimana dokter anestesi dapat melakukan supervisi terhadap CRNA ketika memberikan anestesi (semua tergantung kebijakan rumah sakit setempat).

d) *Patient Educator*

Perioperative RN Edukator bekerja dengan pasien, membantu pasien dan keluarganya mendapatkan informasi sehingga dapat mengambil keputusan tentang operasi dan pengobatan

e) *Operating Room Director*

Direktur kamar bedah mengelola kamar bedah, bertanggungjawab untuk pembiayaan, ketenagaan, perlengkapan, penjadualan dan lainnya yang menunjang jalannya fungsi kamar operasi sehingga tujuan pelayanan kesehatan di kamar operasi dapat dicapai secara efektif dan efisien.

c. Spesifikasi Perawat Kamar Bedah

Sedangkan spesifikasi kompetensi perawat kamar bedah (Hipkabi 2010) terdiri atas:

1. Perawat Bedah I

Registered Nurse dengan supervisi preceptor, bekerja pada pasien dengan situasi terawasi, melaksanakan prosedur untuk individu pasien atas tugas spesialis bedah. Klasifikasi "*entry level*" perawat tanpa pengalaman.

2. Perawat Bedah II

Dibawah supervisi, melaksanakan intervensi keperawatan mempergunakan pengetahuan klinik terbaru, memberikan asuhan untuk pasien dengan masalah spesifik dan memimpin tenaga keperawatan dibawahnya. Klasifikasi perawat dengan pengalaman kerja lebih dari 6 bulan.

3. Perawat Bedah III

Dibawah supervisi umum, memberikan asuhan kepada pasien dengan operasi khusus. Tanggung jawab klinik dalam kekhususan mencakup pendidikan, supervisi klinik dan menilai pelayanan keperawatan yang ditugaskan.

4. Perawat Bedah IV

Dibawah asuhan umum, mengembangkan standar asuhan pasien, mengkaji kebutuhan kesehatan pasien, merencanakan implementasi dan evaluasi asuhan satu atau lebih pasien yang akan dioperasi. Perawat mempergunakan pengetahuan dan keterampilan spesifik untuk memberikan asuhan keperawatan langsung mencakup mendidik pasien dan staf, menilai penampilan klinik dari perawat, tanggung jawab administrasi terbatas untuk aktivitas klinik. Sebagian nara sumber dalam organisasi dan mengembangkan tugas-tugas perawat-perawat pada level dibawahnya.

5. Perawat Bedah V

Merancang program pendidikan dan penelitian klinik. Membantu perawat Bedah IV mengevaluasi praktik keperawatan terbaru, mengembangkan metodologi dan melaksanakan standar asuhan keperawatan. Sebagai tambahan menyediakan konsultasi klinik terhadap masalah-masalah pengelolaan pasien yang sulit, mengkaji kebutuhan pendidikan dan pelatihan klinik bagi staf dan

melaksanakan program pendidikan dan pelatihan yang sesuai.

B. Penelitian Terkait

1. Penelitian ini belum pernah dilakukan di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD AW. Sjahrani Samarinda dan peneliti mengacu pada penelitian yang dilakukan oleh Sawitri (2004) yang meneliti pengaruh pemberian informasi pra bedah terhadap kecemasan pasien pre operasi di Rumah Sakit Umum Islam Kustati Surakarta. Dari hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa jumlah pasien yang tidak mengalami kecemasan sebanyak 22,4%, dan sisanya mengalami kecemasan sebesar 77,6%. Setelah diberikan informasi sebanyak 34,5% tidak cemas dan sisanya 65,5% mengalami kecemasan.
2. Pada tahun 2005, Setiawan *et.al* melakukan penelitian tentang pengaruh pemberian informasi (komunikasi terapeutik) terhadap tingkat kecemasan pasien pre operasi di Rumah Sakit Haji Adam Malik Medan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 84,6% responden mengalami kecemasan ringan, dan 15,4% responden mengalami kecemasan sedang. Namun setelah diberikan informasi (komunikasi terapeutik) sebanyak 92,3% responden mengalami cemas ringan dan hanya 7,7% responden yang mengalami kecemasan sedang.
3. Achyarini (2013) dengan judul penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Penurunan Kecemasan Pada Pasien Pre

Operatif Di Instalasi Bedah Sentral (IBS) Rumah Sakit Umum Bhakti Asih Tangerang. Hasil penelitian menunjukkan bentuk persamaan garis antara pendidikan kesehatan dengan kecemasan berbentuk linear dengan garis persamaan $Y = 2,128 + 0,753X$ dan ada hubungan yang signifikan (bemakna) antara pendidikan kesehatan dengan kecemasan pada pasien pre operatif di Instalasi Bedah Sentral pada tingkat hubungan yang sangat tinggi dengan nilai $r = 0,935$. Pendidikan kesehatan memberikan kontribusi terhadap penurunan kecemasan sebesar 87,4%.

4. Inuyasa (2013) melakukan penelitian tentang Analisis Kepuasan pasien tentang komunikasi terapeutik perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di Ruang Lontara II RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar. Hasil dari penelitian ini didapatkan tingkat kepuasan pasien terhadap komunikasi terapeutik perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di Ruang Lontara II RSUP DR Wahidin Sudirohusodo Makassar menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah puas dengan komunikasi terapeutik perawat (66%). Tingkat kepuasan responden yang bekerja sebanyak 56,0% dan tidak bekerja sebanyak 76,0%. Tingkat kepuasan yang pendidikannya Perguruan Tinggi 38,9%, sedangkan tingkat kepuasan responden yang pendidikannya SMP sebanyak 100%.
5. Sumarni (2011) melakukan penelitian tentang Studi Kepuasan Klien

terhadap pelayanan kamar operasi di RSUD. Abdul wahab Sjahranie Samarinda. Hasil dari penelitian ini dapat dilihat bahwa subvariabel kepuasan bukti langsung rata-rata skor harapannya 17,33 dengan standar deviasi 2,28 dan rata-rata skor kenyataan 15,40 dengan standar deviasi 2,41. Pada subvariabel daya tanggap, rata-rata skor harapan klien 13,99 dengan standar deviasi 1,96 dan rata-rata skor kenyataan 12,12 dengan standar deviasi 1,95. Kemudian kepuasan klien dilihat dari subvariabel jaminan dimana rata-rata skor harapan klien 14,62 dengan standar deviasi 1,38 dan rata-rata skor kenyataan 13,14 dengan standar deviasi 1,60. Untuk subvariabel empati, rata-rata skor harapan klien 28,95 dengan standar deviasi 4,07 dan rata-rata skor kenyataan 25,67 dengan standar deviasi 2,98. Secara keseluruhan kepuasan pasien terhadap pelayanan kamar operasi rata-rata skor harapan klien 99,71 dengan standar deviasi 9,13 dan rata-rata skor kenyataan 86,68 dengan standar deviasi 6,95.

C. Kerangka Teori Penelitian

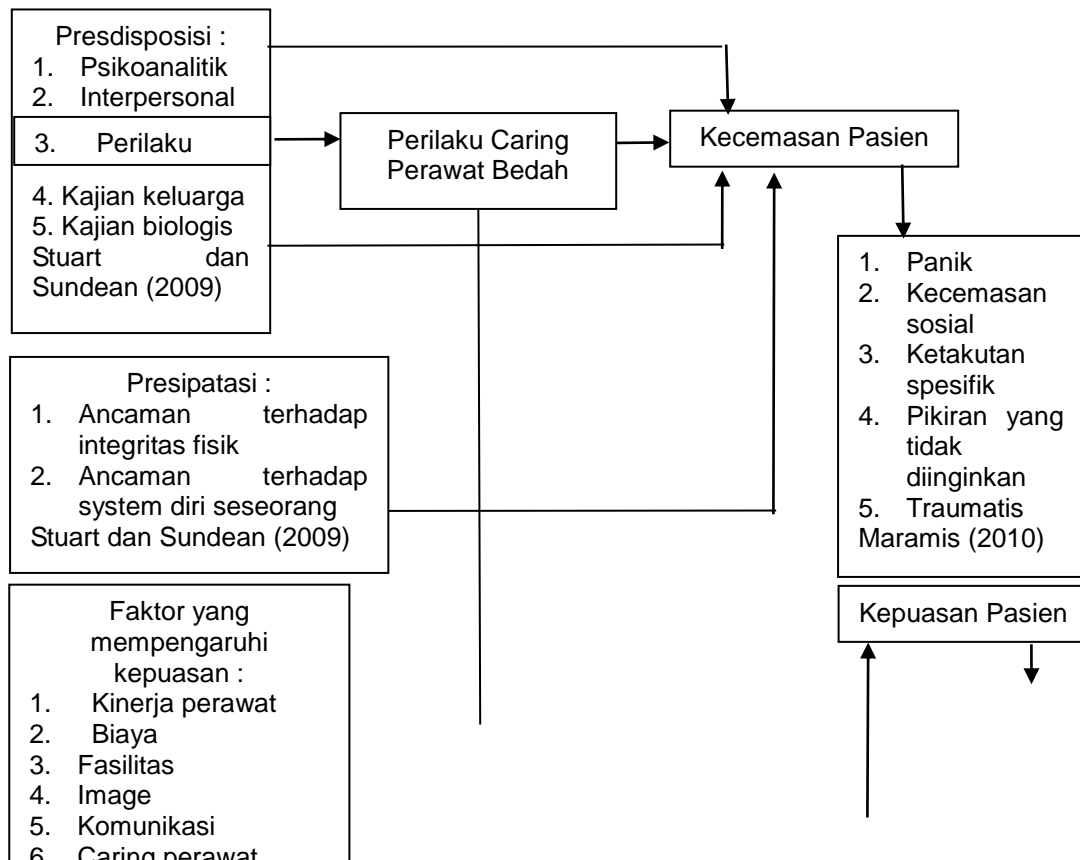
Caring sangatlah penting untuk keperawatan. *Caring* adalah fokus pemersatu untuk praktek keperawatan. Perilaku *caring* juga sangat penting untuk tumbuh kembang, memperbaiki dan meningkatkan kondisi atau cara hidup manusia (Blais, 2007).

Setiap orang mempunyai mekanisme coping yang berbeda, begitu

juga pada pasien yang mengalami kecemasan. Hendaknya perawat dan tim kesehatan lainnya dapat mengurangi tingkat kecemasan klien dengan mengidentifikasi penyebab kecemasan yang terjadi pada tingkat yang berbeda. *Caring* perawat dapat mengatasi kecemasan yang dialami setiap pasien pre operasi (Siswadi, 2009).

Caring perawat juga dapat meningkatkan kepuasan pasien. Kepuasan pasien merupakan factor yang sangat penting untuk mengevaluasi mutu pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di rumah sakit dan perilaku caring perawat adalah salah satu aspek yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan kaerna caring mencakup hubungan antar manusia dan berpengaruh terhadap mutu pelayanan dan kepuasan pasien. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada kerangka teoritis berikut ini :

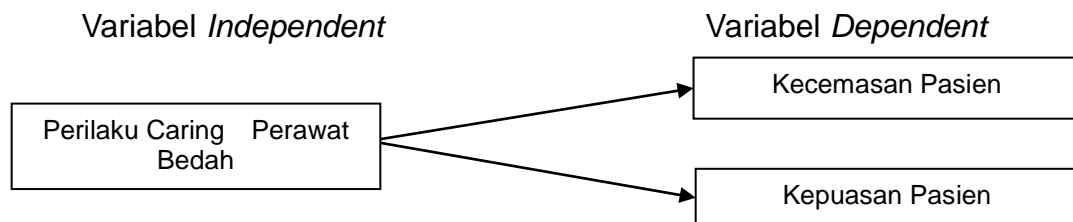
Gambar 2.1. Kerangka Teoritis



D. Kerangka Konsep Penelitian

1. Keandalan
 2. Daya tanggap
 3. Kepastian
 4. Empati
 5. Bukti fisik
- Supranto (2007)

Kerangka konsep penelitian pada hakikatnya adalah suatu uraian dan visualisasi konsep-konsep serta variable-variabel yang akan diukur/diteliti (Notoatmodjo, 2010; 22). Adapun kerangka konsep dalam penelitian ini adalah:



Gambar 2.2. Kerangka Konsep Penelitian

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2006; 71). Berdasar bentuk rumusnya hipotesis digolongkan menjadi 2 yaitu hipotesis kerja (hipotesa alternative) yang nantinya menyatakan ada hubungan antara variable x dan y, dan hipotesa nol

1. Keandalan
2. Daya tanggap
3. Kepastian

(hipotesis nol) yang menyatakan tidak ada hubungan antara variable x dan y. Berdasarkan kerangka konsep diatas maka hipotesis/ pertanyaan penelitian adalah sebagai berikut:

1. Hipotesa Nol

- a. Tidak ada hubungan perilaku *caring* perawat bedah dengan tingkat kecemasan di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014
- b. Tidak ada hubungan perilaku *caring* perawat bedah dengan kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014

2. Hipotesa Alternatif (Ha)

- a. Ada hubungan perilaku *caring* perawat bedah dengan tingkat kecemasan di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014
- b. Ada hubungan perilaku *caring* perawat bedah dengan kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda tahun 2014

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan analisis data dan pembahasan maka selanjutnya disimpulkan sebagai berikut:

1. Responden di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda mayoritas berumur antara 29-35 tahun (21,5%), jenis kelamin perempuan (55,7%), pekerjaan tidak bekerja/IRT (35,4%), pendidikan SMA (45,6%).
2. Gambaran perilaku *caring* perawat bedah di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 62% kurang *caring*.
3. Gambaran tingkat kecemasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 40,5% kecemasan sedang
4. Gambaran kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sebanyak 59,5% kurang

puas.

5. Ada hubungan perilaku *caring* perawat bedah dengan tingkat kecemasan di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan nilai p value 0,000.
6. Ada hubungan perilaku *caring* perawat bedah dengan kepuasan pasien di Kamar Operasi Instalasi Bedah Sentral RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dengan nilai p value 0,000.

B. Saran-saran

1. Bagi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Membuat kebijakan peningkatan kompetensi khususnya *caring* perawat dengan melakukan peklatihan-pelatihan dan *inhouse training* di IBS, memiliki standarisasi manajemen stress, memperbaiki sarana yang ada khususnya di Instalasi Bedah Sentral agar kepuasan pasien dapat tercapai dan memberikan dukungan psikologis dan pemahaman pada pasien pre operasi di ruang perawatan agar pasien lebih siap menghadapi operasi yang akan dilakukan dan kecemasan dapat diturunkan. Rumah sakit dapat menyediakan ruangan khusus bagi pasien pre operasi sebelum masuk ke ruang IBS dan memberikan informasi tentang tindakan operasi yang akan dilakukan sehingga pasien lebih siap ketika masuk ruang tunggu operasi.

2. Bagi Perawat

Perawat meningkatkan perilaku *caring* terhadap pasien preoperasi dan meningkatkan kompetensinya dengan mengikuti pelatihan-pelatihan dan meningkatkan perilaku *caring* perawat bedah serta meningkatkan pemahaman tentang kecemasan agar kepuasan pasien dapat tercapai dan kecemasan yang dialami pasien dapat diturunkan.

3. Bagi pasien

Mencari informasi mengenai tindakan operasi yang akan dilakukan dan mempersiapkan fisik dan mental agar dapat memiliki kesiapan menghadapi tindakan operasi dan menyampaikan keluhan-keluhan agar kepuasan dapat tercapai.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Memanfaatkan penelitian ini sebagai bahan referensi dan acuan untuk penelitian selanjutnya dengan memperbesar jumlah sampel, memilih tempat penelitian yang berbeda sehingga mempermudah pengukuran, menggunakan instrument penelitian yang sudah baku agar hasil pengukuran memiliki kredibilitas tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustarika, 2009, *Minimnya Pelayanan Kesehatan*, <http://depkesri.com>, diakses: 12/6/2014
- Ardiana, 2010, *Perilaku Caring Perawat*, repository.usu.ac.id/bitstream/.../4/Chapter%201.pdf, diakses : 12/7/2014
- Arikunto, S 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi, Jakarta :Rieneka Cipta
- Asmadi, 2009, *Konse3p dasar Keperawatan*, EGC, Jakarta
- Azwar, A 2004. *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*, Jakarta: Pustaka Sinar Harapan,.
- Blais, KK. 2007. *Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Budiastuti, 2002. *Faktor-faktor Dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien di RumahSakit*, [http://www//klinis.wordpress//Kepuasan Pasien](http://www//klinis.wordpress//Kepuasan_Pasien) terhadap Pelayanan Keperawatan diunduh pada tanggal 7 Desember 2010
- Burnard, P. 2009. *Caring & Communicating*. Jakarta : EGC
- Dasar-dasar Keterampilan Kamar Bedah*, Pimpinan Pusat Himpunan Perawat Kamar Bedah Indonesia, 2010
- Dwidiyanti, M. 2007. *Caring*. Semarang : Hapsari
- Gerson, 2004, *Manajemen Perkantoran*, Rineka Cipta, Jakarta
- Hastono, S.P 2006. *Analisi data*, Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Kotler P, 2007. *Manajemen Pemasaran Jilid I dan II*, Jakarta : PT. Prenhalindo

_____,2003. *Manajemen Pemasaran Edisi ke Sembilan*,
PT. Prenhalindo

Kozier, Barbara dkk. 2004. *Fundamental of Nursing: Concepts and Procedures*, California : Addison-Wesley Publishing Company.

Leininger, M. 2002, *Transcultural Nursing, Concept, Theories, Research & Practice*, Mc, Grow-Hill Companies

Lupiyoadi, R, 2001. *Manajemen Pemasaran Jasa*, Jakarta : Salemba Empat

Maramis, 1910. *Psikologi Sosial*, Jakarta, PT. Refika Aditama

Notoatmodjo, S 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta

Nurachmah, E, 2006, Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit, disajikan pada seminar keperawatan RS. Islam Cempaka Putih Jakarta, dibuka pada situs www.pdpersi.co.id/show=article&starnews, diakses : 12/7/2014

Nursalam, 2011, *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*, Jakarta : JNPKKR POGI dan Yayasan Bina Pustaka

_____, 2008, *Penilaian Kinerja*, Rineka Cipta, Jakarta

Polit dan Hungler,2005, *Metode Penelitian Kuantitatif*, PT. Gramedia Utama, Jakarta

Prima, Lita Rani 2003. *Pengaruh System Penyampaian Jasa Terhadap Citra Rumah Sakit Dan Dampaknya Terhadap Kepercayaan Pelanggan Pada Rumah Sakit Umum Di Sumatera Barat* , <http://www.damandiri.or.id/file/ratniprimalitaunpadbab2.pdf>, Diakses 10 Oktober 2007.

Ratnawati, P 2001. *Mengukur Kepuasan Masyarakat Pelayanan Pendidikan*,<http://www.depdiknas.go.id/jurnal/43/p-ratnawati.htm/>, Diakses 24 Nopember 2007.

Ratna, 2006, *Persiapan Menghadapi Operasi*, www.google.com

Rothrock, J.T. 2000. *Perencanaan Asuhan Keperawatan Perioperatif*. Jakarta :, Penerbit Buku Kedokteran EGC

Stuart dan sundeen.1998. *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi 3. Jakarta : EGC

Sabarguna, B.S 2004. *Quality assurance pelayanan rumah sakit*, Surakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng- DIY

Seyle, 1999, *Stres dan Tubuh*, Jakarta, Sinar Terang

Stuart dan Sundeen, 1998, *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi 3. J EGC

Sugito, Hadi, 2005. *Mengukur Kepuasan Pelanggan*. <http://Hadisugito.Fadla..Or.Id/2005/12/11/Mengukur-Kepuasan-Pelanggan>, Diakses 8 November 2009

Supranto, 2007, *Metode Penelitian di Bidang Keperawatan, Kebidanan dan Kedokteran*, Penerbit Fitramaya, Yogyakarta

Tjiptono, F. & Chandra, G. 2005. *Service, quality and satisfaction*, Yogyakarta : Penerbit Andi

Tjiptono, F, 2004. *Strategi Pemasaran Edisi 2*, Yogyakarta : Penerbit Andi

Utama, S (2003). *Memahami Fenomena Kepuasan Pasien Rumah Sakit*, <http://library.usu.ac.id/modules.php?op=modload&name=Downloads&file=index&req=getit&lid=471>, Diakses 23 Juni 2013.

Yukl, 2004, *Dasar-dasar Manajemen*, LP3ES, Yogyakarta

Wayne, 2005, *Kecemasan*, Jakarta, Arcan

Zaidin, Ali, H.2002. *Dasar-Dasar Keperawatan Profesional*, Jakarta, Medika.

Zulian, Y, 2005, *Dimensi Kualitas Pelayanan*, <http://www.kualitas-pelayana> diakses: 12/5/2013

