

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Professional Relationship* (Hubungan Profesional)

2.1.1 Definisi *Professional Relationship* (Hubungan Profesional)

Pada sistem Pemberian Pelayanan Keperawatan Profesional (SP2KP) yang merupakan pengembangan dari MPKP (Model Praktek Keperawatan Profesional) dimana dalam SP2KP ini terjadi kerjasama profesional antara perawat primer (PP) dan perawat *associates* (PA) serta tenaga kesehatan lain. Metode modifikasi perawat primer-Tim yaitu seorang PP bertanggung jawab jawab dan bertanggung gugat terhadap asuhan keperawatan yang diberikan pada orang PA. PP dan PA selama kurun waktu tertentu bekerja sama sebagai suatu tim yang relatif baik dari segi kelompok pasien yang di kelola, maupun orang-orang yang berada dalam satu tim tersebut. Tim dapat berperan efektif jika didalam tim itu sendiri terjalin kerjasama yang professional antara PP dan PA. Selain itu tentu saja tim tersebut juga harus mampu membangun kerjasama profesional dengan tim kesehatan lainnya (Rohim, A., & Pranatha, A. (2017).

Professional Relationship adalah interaksi yang terjadi antara perawat dengan pasien, perawat dengan perawat, dan perawat dengan profesional kesehatan lainnya ketika memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien. Hubungan ini meliputi komunikasi profesional, sistem pendokumentasian keperawatan, operan tugas jaga, konferensi awal dan akhir, dan ronde keperawatan bekerja sama secara tim dan kemampuan dalam memimpin. Sikap

professional merupakan suatu hal yang esensial untuk dimiliki oleh seorang perawat dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Kualitas pelayanan yang buruk dapat menyebabkan ketidakpuasan pasien di rumah sakit (Nengsih *et.al*, 2022).

Professional Relationship (Hubungan Profesional) dibentuk oleh penerapan pengetahuan, pemahaman mengenai perilaku dan komunikasi, serta komitmen pada perilaku etis. Memiliki filosofi yang berdasarkan pada kepedulian dan penghormatan kepada orang lain akan membantu perawat untuk berhasil dalam bentuk hubungan ini. *Professional Relationship* antar perawat adalah hubungan kolaboratif yang dibangun atas dasar saling menghormati, kepercayaan, dan tanggung jawab bersama dalam memberikan perawatan yang berkualitas. Hubungan ini mencakup komunikasi efektif, dukungan sesama rekan, serta kerja tim untuk mencapai tujuan keperawatan yang optimal (Patrica *et.al* 2021). Hubungan Profesional yaitu dapat diartikan sebagai koneksi atau interaksi yang terjadi antara individu-individu dalam lingkup kerja atau bisnis, dengan tujuan utama mencapai sasaran organisasi atau karir.

Berdasarkan pengertian diatas, pengertian *professional relationship* adalah hubungan profesional perawat dengan perawat dalam lingkup pelayanan keperawatan meliputi kegiatan *Hands Oper, Nursing Conference* (*Pre conference* dan *Post Conference*), dan ronde keperawatan.

2.1.2 Indikator *Professional relationship* (Hubungan Profesional)

Professional Relationship (Hubungan profesional) antara profesi kesehatan yaitu dimana ada beberapa petugas kesehatan dari latar belakang

profesi yang berbeda bekerja sama dengan pasien, keluarga, penjaga dan masyarakat untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi, melalui beberapa elemen *professional relationship* (hubungan profesional) meliputi rasa hormat, kepercayaan, berbagai pengambilan keputusan dan kemitraan. WHO (2010) dalam Pranatha (2016) adapun elemen- elemen *professional relationship* (hubungan profesional) yaitu sebagai berikut:

a. Kerjasama

Kerjasama merupakan kegiatan bersama antara dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan yang sama. Mengacu pada kesediaan masing-masing operator untuk mencari, mendengarkan, dan belajar dari satu sama lain. Kerjasama dalam lingkup keperawatan yaitu hubungan antara perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

b. Otonomi

Mengacu pada otoritas penyediaan untuk membuat keputusan secara independen dan melaksanakan rencana perawatan. Hal ini didasarkan pada lingkup penyedia praktek dan keahlian individu. Otonomi tidak bertentangan dengan kolaborasi dimana berfungsi sebagai pelengkap kerja bersama. Tanpa kemampuan untuk bekerja secara mandiri, tim penyediaan menjadi tidak efisien dan bekerja menjadi tidak terkendali.

c. Tanggung jawab/akuntabilitas

Melibatkan menjadi bertanggung jawab atas keputusan yang dibuat dan tindakan yang diambil. Ini mencakup baik unsur-unsur independen dan berbagi. Tanggung jawab independen terletak pada masing-masing penyediaan

mengansumsikan tanggung jawab atas keputusan dan tindakan otonom sedangkan tanggung jawab bersama terletak pada penyedia berparsipasi dalam pengambilan keputusan, bertanggung jawab bersama untuk disepakati keputusan, bertanggung jawab untuk melaksanakan sebagian dari yang disepakati rencana perawatan, dan menerima tanggung jawab bersama untuk hasil yang rencana perawatan.

d. Komunikasi

Komunikasi menjadi penentu dalam terbinanya *professional relationship* (hubungan professional) baik antara perawat, antar profesi, pasien maupun dengan pasien.

e. Koordinasi

Meliputi organisasi yang efesiensi dan efektivitas dari komponenen yang diperlukan dari rencana perawatan. Untuk setiap situasi pasien, penyediaan harus jelas tentang siapa melakukan apa, siapa yang akan melaksanakan bagian dari rencana dan siapa yang akan memimpin untuk memastikan bahwa rencana dan siapa yang akan memimpin untuk memastikan bahwa rencana keseluruhan diimplementasikan. Hal ini penting bagi pasien dan keluarga untuk mengetahui. Koordinasi yang efektif dan efesien melindungi terhadap fragmentasi dan duplikasi yang tidak disengaja serta memastikan bahwa perawatan komprehensif disampaikan dengan melibatkan semua penyedia kesehatan yang tepat.

f. Rasa saling percaya dan menghormati

Rasa saling percaya dan menghormati merupakan cara untuk mengikat semua elemen lain bersama-sama. WayJones and Busing (2000) dalam Pranatha (2016), menjelaskan tentang kepercayaan dan serta hormat seperti halnya waktu, komitmen, kesabaran dan pengalaman tim sebelumnya positif.

1) Kepercayaan

Merasa nyaman tergantung pada satu sama lain, percaya bahwa setiap orang yang kompeten dan dapat diandalkan akan bertindak dalam praktek.

2) Menghormati

Mengetahui dan menghargai kontribusi unik dan saling melengkapi bahwa setiap profesional dan anggota tim individual yang ditawarkan.

2.1.3 Hubungan *Professional Relationship* (Hubungan Profesional) Lingkup Pelayanan Keperawatan

Menurut patric dkk (10) ada beberapa hubungan pelayanan kesehatan baik dengan pasien maupun dengan tenaga kesehatan lainnya:

- a. Hubungan Bantuan (*Helping Relationship*) merupakan fondasi dari praktik keperawatan klinis. Di dalam hubungan ini, perawat memiliki peran sebagai penolong profesional dan mengenali klien sebagai individu yang memiliki kebutuhan kesehatan, respons, dan pola hidup yang unik. Hubungan ini bersifat terapeutik dan mendorong terbentuknya iklim psikologis yang memfasilitasi perubahan positif (Petric dkk (2010)). Ada beberapa hal yang mendasari

hubungan perawat dengan pasien menurut Amelia (2013), antara lain sebagai berikut:

- 1) Nilai
- 2) Martabat Manusia
- 3) Pengembangan Rasa Saling Percaya
- 4) Pengukuran Pemecahan Masalah (*problem solving*)
- 5) Kolaborasi

b. Hubungan Perawat – Keluarga

Beberapa situasi keperawatan, terutama yang berbeda di lingkungan komunitas dan rumah, membuat perawat harus membentuk hubungan bantuan dengan seluruh keluarga klien. Prinsip yang sama pada hubungan pribadi juga dapat diterapkan jika klien merupakan suatu unit keluarga. Perbedaannya adalah bahwa komunikasi dalam keluarga membutuhkan pemahaman lebih lanjut tentang kompleksitas dinamika keluarga, kebutuhan dan hubungannya.

c. Hubungan Perawat – Dokter

- 1) Kolaborasi antara katim dan dokter

Katim bertanggung jawab berkolaborasi dengan dokter yang merawat pasien yang ada di tim nya. Jika katim tidak dinas/tidak di tempat, maka ia harus mendelegasikan kolaborasi dengan dokter kepada perawat yang merawat pasien yang bersangkutan. Sesuai dengan pengorganisasian perawat, maka

dokter, fisioterapis dan ahli gizi dapat berdialog dengan perawat yang bertanggung jawab terhadap pasien tertentu. Hubungan kemitraan dapat ditumbuhkan sehingga iklim kerja yang saling menghargai dapat tercipta.

- 2) Instruksi dokter melalui telpon dibuatkan pedomannya. Misalnya perlu ada saksi penerima telpon dan 1x24 jam kemudian dokter harus mengganti instruksi lisan menjadi instruksi tertulis.
- 3) Rapat ruang rawat, bersama seluruh petugas kesehatan yang bekerja di ruangan tersebut untuk membahas hasil total pelayanan kesehatan ruang perawat.

d. Hubungan Perawat – Perawat

Dalam penelitian Shafira Ulfa 2018 hubungan perawat dengan perawat dalam lingkup pelayanan keperawatan di rumah sakit biasanya melalui kegiatan operan (*Hands Over*), *Nursing Conference (Pre conference, Post conference)* dan ronde keperawatan.

- a. Operan /*Hands Over* , yaitu komunikasi dan serah terima antara shift pagi, sore dan malam. Operan dari malam ke pagi dan dari pagi ke sore dipimpin oleh katim, sedangkan operan dari sore ke malam dipimpin oleh penanggung jawab shift sore.

Operan/*Hands Over* adalah suatu cara dalam menyampaikan sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan klien.

- 1) Adapun tujuan dari operan / *Hands Over* yaitu :

- a. Menyampaikan kondisi pasien
- b. Menyampaikan hal-hal yang sudah / belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien
- c. Menyampaikan hal yang perlu ditindaklanjuti oleh perawat dinas berikutnya.
- d. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya.

2) Manfaat dari Operan/*Hands Over*:

- a. Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat
- b. Menjalin hubungan kerjasama dan bertanggungjawab antar perawat
- c. Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan.
- d. Perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara paripurna.

3) Hal-hal yang harus diperhatikan saat operan/*Hands Over*:

- a. Dilaksanakan tepat pada waktu pergantian shift
- b. Dipimpin oleh kepala ruang atau penanggung jawab pasien
- c. Diikuti oleh semua perawat yang telah dan yang akan dinas.
- d. Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat sistematis, dan menggambarkan kondisi pasien saat ini serta menjaga kerahasiaan pasien.
- e. *Hands Over* harus berorientasi pada permasalahan pasien.
- f. Pada saat timbang terima di kamar pasien, menggunakan volume suara yang cukup sehingga pasien di sebelahnya tidak mendengar sesuatu

yang rahasia sebaiknya tidak dibicarakan secara langsung di dekat pasien.

- g. Sesuatu yang mungkin membuat pasien terkejut dan shock sebaiknya dibicarakan di *nurse station*.

4) Metode Komunikasi dalam timbang terima

Metode komunikasi efektif SBAR penjabarannya yaitu : (Damanik, 2019)

- a. Situation Kondisi terkini pasien, keluhan utama. Untuk mengetahui hal ini dilakukan dengan menyebutkan nama pasien, umur, ruang perawatan, tanggal masuk, hari perawatan serta dokter yang merawat. Menyebutkan diagnosa medis dan keperawatan yang belum dan atau sudah teratasi.

b. Background

- 1) Jelaskan intervensi yang telah dilakukan dan respon pasien disetiap diagnosa keperawatan
- 2) Sebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat invasive, dan obat-obatan
- 3) Jelaskan pengetahuan keluarga dan pasien tentang diagnosa medis

c. *Assesment*

- 1) *Assesment* merupakan hasil pengkajian dari kondisi pasien saat ini.
- 2) Hasil pemeriksaan vital sign, skor nyeri, tingkat kesadaran, *braden score*, status *restrain*, dll
- 3) Jelaskan informasi klinik yang lain

d. Recommendation

Rekomendasi intervensi keperawatan yang telah dan perlu dilanjutkan (*refer to nursing care plan*) termasuk *discharge planning*, edukasi pasien dan keluarga.

5) Tahap kerja

a. Di *nurse station*

1) Persiapan

- a) Kedua kelompok dinas sudah siap
- b) Kelompok yang bertugas menyiapkan buku catatan
- c) Kepala Ruang membuka acara timbang terima
- d) Penyampaian yang jelas, singkat dan padat oleh perawat jaga
- e) Perawat jaga sift selanjutnya dapat melakukan klarifikasi, tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah ditimbang terimakan dan ber hak bertanya tentang hal-hal yang kurang jelas
- f) Hal yang perlu disampaikan dalam timbang terima :
 - 1) Aspek umum yang meliputi M1 – M5
 - 2) Jumlah pasien
 - 3) Identitas pasien dan diagnosis medis
 - 4) Data (keluhan/ subyektif dan obyektif)
 - 5) Masalah keperawatan yang sering muncul
 - 6) Intervensi keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan
 - 7) Intervensi kolaboratif dan dependen

8) Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang, dan program lainnya)

2) Pelaksanaan

a) Di *nurse station*

- 1) Kedua kelompok dinas sudah siap
- 2) Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan
- 3) Kepala ruang membuka acara *hands over*
- 4) Penyampaian yang jelas, singkat dan padat oleh perawat jaga
- 5) Perawat jaga selanjutnya dapat melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah ditimbangterimakan dan berhak menanyakan mengenai hal-hal yang kurang jelas.

b) Di bed pasien

- 1) Kepala ruang menyampaikan salam dan PPJA menanyakan kebutuhan dasar pasien
- 2) Perawat jaga selanjutnya mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan dan tindakan yang telah / belum dilaksanakan, serta hal-hal penting selama proses perawatan.
- 3) Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya

3) Post *hands over* (di *nurse station*)

a) Diskusi

- b) Pelaporan timbang terima dituliskan secara langsung pada format timbang terima yang di tandatangani oleh PPJA yang jaga saat itu dan PPJA yang jaga berikutnya diketahui oleh kepala ruang
- c) Ditutup oleh kepala ruang.

b. Konferensi awal (*pre conference*) yaitu komunikasi katim dan perawat pelaksana setelah selesai operan untuk rencana kegiatan pada shift tersebut yang dipimpin oleh katim. Jika yang berdinasi pada tim tersebut hanya satu orang, maka *pre conference* ditiadakan. Isi *pre conference* adalah rencana tiap perawat (rencana harian) dan tambahan rencana dan katim atau PJ tim. *Pre conference* dipimpin oleh katim atau PJ tim.

1. Tujuan *Pre conference* :

- a. Menganalisa masalah – masalah secara kritis dan menjabarkan alternatif penyelesaian masalah, mendapatkan gambaran berbagai situasi lapangan yang dapat menjadi masukan untuk menyusun rencana.
- b. Kesiapan diri dalam pemberian asuhan keperawatan.
- c. Memberi kesempatan kepada tenaga keperawatan yang bertugas untuk berdiskusi tentang keadaan pasien.
- d. Membantu koordinasi dalam rencana pemberian asuhan keperawatan sehingga tidak terjadi pengulangan asuhan.

2. Tahap kerja *Pre conference*

- a. PPJA memandu pelaksanaan *pre conference* dengan salam
- b. PPJA menanyakan rencana harian masing-masing anggota tim

- c. PPJA memberi masukan dan tindak lanjut terkait dengan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. 4
 - d. PPJA mendiskusikan cara dan strategi pelaksanaan asuhan pasien / tindakan
 - e. PPJA memberikan *refinforcemant* positif pada perawat pelaksana
 - f. PPJA menyimpulkan hasil *pre conference*, menutup dengan salam
- c. Konferensi akhir (*pos conference*) yaitu komunikasi katim dan perawat pelaksana tentang hasil kegiatan sepanjang shift dan sebelum operan berikutnya. Isi *post conference* adalah hasil asuhan keperawatan tiap perawat dan hal penting untuk operan (tindak lanjut). *Post conference* dipimpin oleh katim atau PJ tim. Tujuan dari post konferens Memberikan kesempatan untuk mendiskusikan penyelesaian masalah dan membahas masalah yang dijumpai selama melaksanakan asuhan keperawatan.

Tahap Kerja *Post conference* :

1. Menyiapkan ruang / tempat, PPJA membuka dengan memberi salam
2. Menerima penjelasan dari perawat pelaksana tentang hasil tindakan / hasil asuhan yang telah di lakukan oleh perawat pelaksana
3. PPJA menanyakan kendala dalam asuhan keperawatan yang diberikan.
4. PPJA menanyakan tindakan lanjut asuhan yang harus dioperkan kepada perawat shift berikutnya
5. PPJA memberikan *reinforcement* pada Perawat pelaksana
6. PPJA menutup kegiatan dengan ucapan salam

d. Ronde keperawatan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan pasien yang dilaksanakan oleh perawat di samping melibatkan pasien untuk membahas dan melaksanakan asuhan keperawatan. Pada kasus tertentu harus dilakukan oleh perawat primer dan/atau konselor, kepala ruangan, dan perawat associate yang perlu juga melibatkan seluruh anggota tim kesehatan menurut Nursalam (2014).

Karakteristik antara lain sebagai berikut berikut:

- a) Pasien dilibatkan secara langsung.
- b) Pasien merupakan fokus kegiatan.
- c) PA, PP dan konselor melakukan diskusi bersama.
- d) Konselor memfasilitasi kreativitas.
- e) Konselor membantu mengembangkan kemampuan PA, PP dalam meningkatkan kemampuan mengatasi masalah.

2.1.4 Pengukuran *Professional Relationship*

Kuisisioner *Professional Relationship* terdiri dari 54 pertanyaan dengan pilihan jawaban 4 jawaban yaitu: Selalu Dilakukan, Dilakukan, Kadang-Kadang, Tidak Dilakukan. Pada pernyataan positif, pilihan jawaban Tidak Dilakukan diberi skor 1, Kadang-Kadang diberi skor 2, Dilakukan diberi skor 3 dan Selalu Dilakukan diberikan skor 4. Total skor akan di klasifikasikan menjadi 3 kategori yaitu 1. Baik =163-216, 2. Cukup 109-162, 3. Kurang 54-108.

2.2 Konsep Kualitas Pelayanan Keperawatan

2.2.1 Pengertian Kualitas Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan merupakan titik sentral bagi rumah sakit karena akan mempengaruhi kepuasan pasien, pasien akan merasa puas apabila mereka mendapatkan pelayanan dengan kualitas terbaik. Rumah Sakit dapat memenangkan persaingan ketika mereka mampu menciptakan nilai dan memberi kepuasan kepada pasien dengan memberikan pelayanan yang berkualitas. (Masitoh et al., 2019). Berdasarkan Undang-undang No.38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan keperawatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit.

Kualitas pelayanan keperawatan merupakan kualitas yang berkaitan dengan pemberian pelayanan keperawatan yang tersedia, dapat diterima dan berkelanjutan. Kualitas keperawatan adalah aplikasi pengetahuan medis yang memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, menyeimbangkan risiko-risiko keperawatan sesuai standar yang ditetapkan untuk mengukur nilai mutu kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Kualitas pelayanan keperawatan yang baik adalah pelayanan yang memberikan kepuasan, pelayanan yang tepat biaya yang terjangkau pelayanan yang diinginkan memenuhi kebutuhan (Gussanti, 2019). WHO menyatakan bahwa kualitas pelayanan keperawatan adalah kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar yang ditetapkan, memenuhi kebutuhan pasien, dan menghasilkan *outcome*

yang positif. Pelayanan keperawatan yang berkualitas harus dapat diakses, terjangkau, dan berkelanjutan..

Berdasarkan pengertian diatas, disimpulkan bahwa pengertian kualitas pelayanan keperawatan merupakan tingkat keunggulan layanan keperawatan yang diberikan oleh perawat sesuai dengan standar profesi dan etika keperawatan sehingga mampu memuaskan pasien.

2.2.2 Tujuan Kualitas Pelayanan Keperawatan

Tujuan mutu pelayanan keperawatan Menurut Nursalam (2014) terdapat 5 tahap yaitu:

- a. Tahap pertama adalah penyusunan standar atau kriteria dimaksudkan agar asuhan keperawatan lebih terstruktur dan terencana berdasarkan standar kriteria masing-masing perawat.
- b. Tahap kedua adalah mengidentifikasi informasi yang sesuai dengan kriteria. Informasi disini diharapkan untuk lebih mendukung dalam proses asuhan keperawatan dan sebagai pengukuran kualitas pelayanan keperawatan.
- c. Tahap ketiga adalah identifikasi sumber informasi. Dalam memilih informasi yang akurat diharuskan penyeleksian yang ketat dan berkesinambungan. Beberapa informasi juga didapatkan dari pasien itu sendiri.
- d. Tahap keempat adalah mengumpulkan dan menganalisa data Perawat dapat menyeleksi data dari pasien dan kemudian menganalisa satu persatu.
- e. Tahap kelima adalah evaluasi ulang. Ditahap ini berfungsi untuk meminimkan kekeliruan dalam pengambilan keputusan pada asuhan dan

tidakkan keperawatan. Tujuan keperawatan merupakan hal yang harus direncanakan secara optimal oleh perawat.

2.2.3 Faktor Mutu Pelayanan Keperawatan

Faktor mutu pelayanan keperawatan Menurut Nursalam (2014) kualitas mutu pelayanan keperawatan terdiri atas beberapa faktor yaitu:

- a. Komunakasi dari mulut ke mulut (*word of mouth communication*), biasanya komunikasi dari mulut ke mulut sering dilakukan oleh masyarakat awam yang telah mendapatkan perawatan dari sebuah instansi. Yang nantinya akan menyebarkan berita positif apabila mereka mendapatkan perlakuan yang baik selama di rawat atau menyampaikan berita negatif tentang mutu pelayanan keperawatan berdasarkan pengalaman yang tidak menyenangkan.
- b. Kebutuhan pribadi (*personal need*), kebutuhan dari masing-masing pasien bervariasi maka mutu pelayanan keperawatan juga harus menyesuaikan berdasarkan kebutuhan pribadi pasien.
- c. Pengalaman masa lalu (*past experience*), seorang pasien akan cenderung menilai sesuatu berdasarkan pengalaman yang pernah mereka alami. Didalam mutu pelayanan keperawatan yang baik akan memberikan pengalaman yang baik kepada setiap pasien, namun sebaliknya jika seseorang pernah mengalami hal kurang baik terhadap mutu pelayanan keperawatan maka akan melekat sampai dia mendapatkan perawatan kembali di suatu instansi.

- d. Komunikasi eksternal (*company's external communication*), sebagai pemberi mutu pelayanan keperawatan juga dapat melakukan promosi sehingga pasien akan mempercayai penuh terhadap mutu pelayanan keperawatan di instansi tersebut.

Sedangkan menurut Triwibowo (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan keperawatan itu sendiri meliputi 7 kriteria diantaranya:

- a. Mengenal kemampuan diri, seorang perawat sebelum melakukan sebuah tindakan keperawatan kepada pasien harus mengetahui kelemahan dan kekuatan yang ada pada diri perawat sendiri. Karena intropeksi diri yang baik akan menghasilkan atau meminimalisir kejadian yang tidak diinginkan.
- b. Meningkatkan kerja sama, perawat harus berkerjasama dalam melakukan asuhan keperawatan baik dengan tim medis, teman sejawat perawat, pasien dan keluarga pasien.
- c. Pengetahuan keterampilan masa kini, dimaksudkan agar perawat lebih memiliki pengetahuan yang luas dan berfungsi dalam penyelesaian keluhan pasien dengan cermat dan baik.
- d. Penyelesaian tugas, perawat merupakan anggota tim medis yang paling dekat dengan pasien. oleh karena itu, perawat dituntut untuk mengetahui keluhan pasien dengan mendetail dan melakukan pendokumentasian teliti setelah melakukan asuhan.
- e. Pertimbangan prioritas keperawatan, seorang perawat harus mampu melakukan penilaian dan tindakan keperawatan sesuai dengan prioritas utama pasien.

- f. Evaluasi berkelanjutan, setelah melakukan perencanaan perawat juga harus melakukan evaluasi pasien agar tindakan perawatan berjalan dengan baik, dan perawat mampu melakukan pemantauan evaluasi secara berkelanjutan.

2.2.4 Indikator Kualitas Pelayanan Keperawatan

Karakteristik Menurut Parasuraman (Nursalam; 2011), kualitas pelayanan perawat memiliki beberapa aspek, yaitu:

1. Keandalan (*Reliability*), yaitu kemampuan untuk memberikan pelayanan konsisten. Sehingga *reliability* mempunyai dua aspek penting yaitu kemampuan memberikan pelayanan seperti yang dijanjikan dan seberapa jauh mampu memberikan pelayanan yang tepat atau akurat.
2. Daya tanggap (*Responsiveness*), yaitu kesediaan atau kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat.
3. Jaminan kepastian (*Assurance*), yaitu mencakup pengetahuan, kompetensi, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki staf (bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan).
4. Empati (*Emphaty*), yaitu membina hubungan yang baik, pemahaman atas kebutuhan individual para pelanggan, dan memberikan pelayanan serta perhatian secara individual pada pelanggannya.
5. Bukti langsung (*Tangible*), yang meliputi fasilitas fisik, peralatan, pegawai, dan media komunikasi yang dapat dirasakan langsung oleh pelanggan. Empati adalah sifat dan kemampuan untuk memberikan perhatian penuh kepada konsumen, kemudahan melakukan kontak, komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan secara individual.

Indikator mutu pelayanan keperawatan yaitu (Kemenkes, 2008):

- a. Keselamatan pasien (kejadian infeksi, dekubitus, pasien jatuh).
- b. Kenyamanan pasien dalam perawatan (insiden pulang paksa, manajemen nyeri).
- c. Pengetahuan pasien terhadap informasi perawatan yang diterima.
- d. Kepuasan pasien terhadap perawatan dengan standar lebih dari 90%.
- e. Kemampuan pasien dalam perawatan diri.
- f. Mengurangi kecemasan pasien.

2.2.5 Aspek Kualitas Pelayanan Keperawatan

Menurut Nursalam (2019) dalam Andari et al. (2021), aspek kualitas pelayanan keperawatan meliputi:

1) Pelayanan kesehatan (*health care*)

Aspek ini berkaitan dengan pelayanan kesehatan atau asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien meliputi : Keterampilan teknis perawat dalam melakukan tindakan keperawatan, pengetahuan dan kompetensi perawat terkait asuhan keperawatan, ketepatan waktu dalam memberikan pelayanan dan asuhan, keakuratan dalam melakukan prosedur keperawatan dan keamanan dan keselamatan pasien selama mendapat perawatan.

2) Hubungan antar manusia (*human relationship*)

Aspek ini menyangkut hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien maupun keluarga pasien meliputi: Sikap ramah, sopan, dan komunikatif

perawat, kepedulian dan perhatian perawat kepada pasien, menghargai hak dan martabat pasien, memberikan dukungan emosional dan motivasi kepada pasien dan membangun hubungan saling percaya dengan pasien

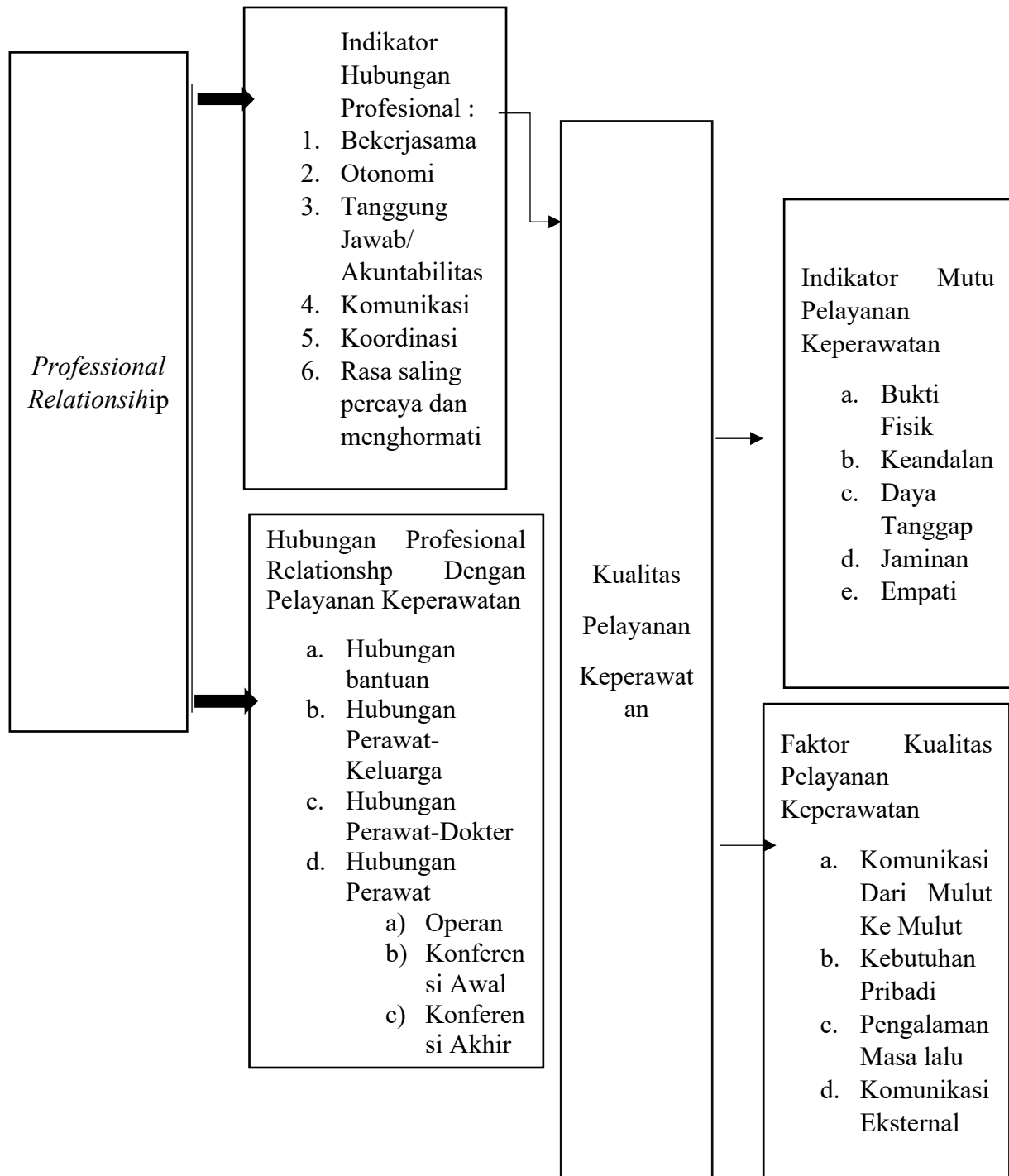
3) Lingkungan (*environment*)

Aspek ini terkait dengan lingkungan fisik di sekitar tempat pelayanan keperawatan diberikan meliputi: Kenyamanan dan kebersihan ruang perawatan, kelengkapan fasilitas dan peralatan penunjang, ketersediaan akses layanan untuk pasien, suasana tenang dan kondusif untuk pemulihan pasien dan privasi yang terjaga untuk pasien. Nursalam menekankan bahwa ketiga aspek tersebut saling terkait dan harus diperhatikan untuk mencapai kualitas pelayanan keperawatan yang optimal dan memuaskan bagi pasien

2.2.6 Pengukuran Kualitas Pelayanan Keperawatan

Kuesioner mutu pelayanan keperawatan terdiri dari 25 pertanyaan dengan pilihan jawaban yaitu: Selalu, Sering, Kadang-Kadang, Tidak Pernah. Pada pertanyaan positif, pilihan jawaban Tidak pernah diberi skor 1, Kadang-Kadang diberi skor 2, Sering diberi skor 3, selalu diber skor 4. Total skor akan di klasifikasikan menjadi 3 kategori yaitu : 1. Puas =76-100, 2. Kurang Puas = 51-75, 3. Tidak Puas = 25-50

2.3 Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka Teori

(Pranatha (2016. (Nursalam (2014)). (Nursalam; 2011)