

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep *Humanising Nursing care***

##### **2.1.1 Gambaran Umum**

###### **1. Pengertian *Humanized / humanistic / humanising nursing care***

Secara terminologi *Humanized / humanise / humanisme / humanising* artinya adalah sifat manusiawi atau sesuai dengan kodrat manusia, martabat dan nilai dari setiap manusia dan semua upaya untuk meningkatkan kemampuan kemampuan alamiah manusia (fisik dan non fisik) secara penuh (Hanafi dalam Haryanto, 2011)

###### **2. Pengertian *nursing care / caring***

*Nursing care / caring* adalah tindakan disengaja yang membawa rasa aman baik fisik dan emosi serta keterikatan yang tulus dengan orang lain atau kelompok, *caring* memperjelas sisi kemanusiaan antara pemberi asuhan maupun penerima asuhan (Miller dalam Kozier, 2010).

*Caring* adalah holistik merupakan esensi dari keperawatan. *Caring* tidak hanya sekedar humanistik, spiritual dan fenomena etis, tetapi mengintegrasikan pengetahuan tentang lingkungan sosial budaya, teknologi, ekonomi, politik dan hukum ke dalam struktur makna dan dasar konseptual. *Caring* kompleks mencakup ilmu asli yang berkualitas karna ilmunya juga adalah seni dalam praktek, estetika yang menerangi hubungan perawat – pasien yang dinamis yang memungkinkan pemilihan spiritual etika otentik untuk transformasi penyembuhan, kesehatan, kesejahteraan dan kematian yang damai. Dengan

demikian caring bersifat universal dan khusus, universal dalam daya tariknya sebagai inti dari filosofi keperawatan dan khusus dalam keragaman ekspresi dalam praktek keperawatan (Davidson, 2011).

Sikap *caring* diberikan melalui kejujuran, kepercayaan dan niat baik. Bersikap caring untuk klien dan bekerjasama dengan klien dengan berbagai lingkungan merupakan esensi dari keperawatan. Dalam memberikan asuhan perawat dituntut menggunakan keahlian, kata yang lembut, sentuhan, harapan, comforting dengan pasien, dan dengan menggunakan *spirit caring* (Morrison, 2009).

Sikap *caring* sesuai sepuluh faktor karatif menurut Watson (Kozier, 2010) :

- a. Pembentukan sistem nilai humanis dan altruistik
- b. Memberikan kepercayaan-harapan dengan cara memfasilitasi dan meningkatkan asuhan keperawatan yang holistik.
- c. Menumbuhkan kesensitifan terhadap diri dan orang lain
- d. Mengembangkan hubungan saling percaya
- e. Meningkatkan dan menerima ekspresi perasaan positif dan negatif klien.
- f. Menggunakan sistematis metoda penyelesaian masalah untuk mengambil keputusan
- g. Peningkatan pembelajaran dan pengajaran interpersonal dan memberikan kesempatan untuk pertumbuhan personal klien.
- h. Menciptakan lingkungan fisik, mental, sosiokultural dan spiritual yang mendukung.
- i. Bimbingan dalam memuaskan kebutuhan manusiawi

- j. Mengizinkan tekanan yang bersifat fenomenologis agar pertumbuhan dan kematangan jiwa klien dapat tercapai.

Swanson mengemukakan Lima inti *caring* sebagai berikut (Tonges, 2011):

- 1) *Maintaining belief* ; memepertahankan kepercayaan dalam kapasitas lain untuk transisi dan memiliki kehidupan yang bermakna
- 2) *Knowing* ; berusaha memahami peristiwa karena mereka memiliki arti dalam kehidupan yang lain
- 3) *Being with* ; secara emosional hadir untuk yang lain
- 4) *Doing for* ; melakukan untuk yang lain apa yang akan mereka lakukan untuk diri mereka sendiri jika memungkinkan
- 5) *Enabling* ; memfasilitasi kapasitas lain untuk merawat diri mereka sendiri dan anggota keluarga.

### 3. Pengertian *humanising nursing care*

*Humanising nursing care* memanusiakan asuhan keperawatan adalah bagaimana perawat dapat menyajikan perawatan yang manusiawi melalui *humanised value framework* dalam Delapan dimensi yang menempatkan masing-masing pasien di pusat perawatan, membantu perawat untuk fokus pada pasien sebagai manusia (Hemingway et al, 2012)

#### 2.1.2 Dimensi *humanisasi / dehumanisasi*

Masing-masing dari delapan dimensi *humanisasi* dan *dehumanisasi* atau disebut juga sebagai *humanised value framework* mengungkapkan spektrum kemungkinan. (Todress, 2009).

Adapun delapan dimensi dapat dilihat dalam tabel berikut :

Tabel 2.1.2.1 : dimensi humanisasi dalam *humanised value framework* dan artinya

No	Dimensi humanisation	Makna praktice
1	<i>Insiderness</i>	pandangan pribadi dan subjektif seorang individu dari dunia mereka
2	<i>agency</i>	Kemampuan individu untuk membuat pilihan dan keputusan mereka sendiri dan untuk menerima tanggung jawab untuk mereka
3	<i>uniquenes</i>	Tampilan unik individu sendiri yang membuat mereka berbeda dengan orang lain
4	<i>togethernes</i>	Rasa individu untuk bersama dengan orang lain, seperti keluarga dan teman-teman
5	<i>sense making</i>	Individu mencari struktur dan pola yang memberi arti bagi dunia mereka
6	<i>Personal Journey</i>	memiliki perjalanan pribadi yang telah mereka rencanakan
7	<i>sense of place</i>	Individu memiliki rasa terhadap tempat, seperti rumah di mana mereka merasa aman dan santai
8	<i>Embodiment</i>	Pengalaman hidup dan sebagai makhluk mengenal siapa kita

Sumber : diadaptasi dari Galvin K dan L Todress (2013)

Tabel 2.1.2.2 : dimensi dehumanisasi dalam *humanised value framework* dan artinya

No	Dimensi humanisation	Makna praktice
1	<i>Objectification</i>	Menolak dan menyangkal pandangan pribadi dan subjektif seorang individu dari dunia mereka
2	<i>Pasifity</i>	Menghilangkan Kemampuan individu untuk membuat pilihan dan keputusan mereka sendiri dan tidak melibatkan mereka, membuat mereka pasif dalam membuat keputusan
3	<i>Homogenisation</i>	Tampilan unik individu sendiri ditiadakan sehingga diperlakukan secara generalisasi tanpa kecuali
4	<i>Isolation</i>	Kehilangan kesempatan untuk ditolong dan kehilangan perasaan memiliki
5	<i>Lost of meaning</i>	Kehilangan arti dan pola dan menjadikannya sebagai rutinitas
6	<i>Lost of personal journey</i>	Tidak ada tujuan, aspirasi dan tidak ada motivasi
7	<i>Dislocation</i>	kehilangan rasa terhadap tempat, seperti rumah di mana mereka merasa aman dan santai
8	<i>Reductionism</i>	Kehilangan Pengalaman hidup dan sebagai makhluk mengenal siapa kita

Sumber : diadaptasi dari Galvin K dan L Todress (2013)

### **1. *Insiderness vs objektifikasi***

Menjadi manusia adalah pengalaman hidup dalam kaitannya dengan bagaimana Anda; dunia ini dialami melalui suasana hati, perasaan dan emosi (*insiderness*). Dalam objektifikasi, orang dibuat menjadi obyek (benda-benda) dengan fokus berlebihan pada bagaimana mereka cocok masuk ke dalam sistem diagnostik, bagian dari gambaran statistik atau strategi lain yang mereka diberi label dan berurusan dengan itu tanpa memperhitungkan *insiderness* mereka (Todress, 2009).

Sebagai contoh, ketika perawat atau dokter menyampaikan berita buruk kepada pasien, dan duduk di depan komputer, mereka dapat fokus pada bagaimana individu sesuai dengan statistik dari kondisi mereka, kategori diagnostik dan kategori lain daripada menghadirkan makna dari berita buruk yang diarahkan untuk orang tersebut. Contoh lain ditunjukkan oleh Holloway, Sofaer dan Walker (2007) Stigmatisasi oleh sistem dan profesional kesehatan serta oleh orang lain yang signifikan, Juga dilihat sebagai malingers sangat mempengaruhi persepsi diri dan harga diri dan perilaku pasien (Galvin, 2013).

### **2. *Agency vs pasifity***

Sebagai manusia, kita membuat pilihan dan umumnya mempengaruhi kemampuan bertanggung jawab atas tindakan kita. Kita tidak biasanya melihat diri kita sebagai benar-benar pasif atau ditentukan tetapi memiliki potensi untuk hidup dan bertindak dalam batas-batas; melihat diri sebagai memiliki rasa kebebasan tampaknya terkait dengan kesehatan sosial, fisik dan mental (Stansfeld et al, 2002).

Di pasif, ada penekanan yang berlebihan pada sikap dan praktik yang membuat orang pasif dalam kaitannya dengan kondisi dan pengobatan mereka. Melalui pasif yang berlebihan, seseorang kehilangan martabat manusia untuk berbagai derajat. Johansson dan Ekebergh (2006) menggambarkan bagaimana perawatan memanusiaikan dengan meningkatkan *agency* melalui meningkatnya partisipasi pasien. Memastikan kita mempertahankan rasa *agency* pasien menawarkan cara lain untuk melihat individu yang membantu kita untuk memastikan bahwa pilihan dan kemampuan bertanggung jawab ditunen menjadi interaksi dan intervensi. Kita harus mempertimbangkan kemungkinan yang memungkinkan individu untuk mengelola perawatan mereka.

### **3. *Uniquenes vs homogenisation***

Keunikan kita sebagai manusia tidak pernah dapat direduksi menjadi sebuah daftar karakteristik seperti usia, jenis kelamin, etnis; kita masing-masing adalah unik dalam kaitannya dengan hubungan kita dan keadaan kita, dan ini adalah bagaimana kita melihat diri kita sendiri. Dalam homogenisasi, ada fokus yang berlebihan pada bagaimana keunikan orang tersebut de-ditekankan dalam mendukung bagaimana mereka masuk ke dalam kelompok tertentu. Ketika ini terjadi, keunikan tidak lagi dianggap oleh diri sendiri atau lainnya. Penelitian phenomenographic oleh Widang, Fridlund dan Martensson (2008) menunjukkan bahwa pasien takut bahwa mereka dipandang sebagai penyakit, tak berdaya, dan individu yang menderita kanker daripada orang dengan identitas lain, seperti misalnya, wanita profesional. (Hemingway, 2012 ; Todress, 2009).

### **4. *Togethernes vs isolation***

Menjadi manusia adalah menjadi bagian dari komunitas, saling mengakui keunikan satu sama lain. Isolasi sosial dapat merusak kesehatan, dan hubungan negatif dapat menyebabkan kerusakan. Isolasi sosial merugikan dan menghasilkan penyakit fisik dan psikologis kronis (Drennan et al, 2008). Kebersamaan dan keunikan menyiratkan satu sama lain dan membuat pengalaman bermakna ditengah kesendirian dan keintiman. Dalam isolasi, kita merasa diri kita terpisah dari rasa memiliki orang lain. Hubungan sosial sehari-hari kita terganggu dan kita bisa merasa kesepian, kita merasa terasing dari orang lain untuk berbagai derajat.

Williams dan Irurita (2004), menjelaskan berbagai praktek yang menyebabkan isolasi seperti kurangnya kontak mata, berdiri di ujung tempat tidur pasien daripada di samping mereka, ekspresi serius atau kosong, kurangnya sentuhan, tidak memiliki percakapan sosial dengan orang, tidak mengingat informasi pribadi mereka. Dalam contoh lebih lanjut, Del Barrio (2004) telah menggambarkan bahwa satu-satunya dukungan sosial yang pasien inginkan dan butuhkan adalah langsung dari keluarga mereka. Perawat perlu menyadari pentingnya interaksi antara perawat dan pasien, serta antara pasien dan sahabat, teman-teman atau keluarga. Kepercayaan antara perawat dan pasien adalah yang terpenting, dan pusat kepercayaan martabat pasien (Hemingway, 2012).

##### **5. *Sense Making vs Lost of Meaning***

Menjadi manusia adalah untuk merawat makna hal-hal, peristiwa dan pengalaman untuk kehidupan pribadi. *Sense Making* melibatkan dorongan atau motivasi bersama-sama, untuk menemukan makna dan membuat keutuhan dari bagian. Dalam kehilangan makna, manusia menjadi angka dan statistik. Ketika kita dihitung sebagai statistik, perawatan sering tidak masuk akal, karena apa

yang penting secara statistik tidak selalu berhubungan dengan pengalaman individual. Charmaz (2006) menggunakan pendekatan grounded theory untuk menerangkan bagaimana orang mampu memahami kesehatan dan kesejahteraan dengan mengambil fokus mereka di luar gejala mereka untuk melihat bagaimana mereka melakukan dalam konteks dunia kehidupan mereka yang lebih besar (Todress, 2009).

#### **6. *Personal Journey vs Lost of Personal journey***

Orang-orang bergerak melalui waktu dengan cara yang berarti, memposisikan diri dalam hal masa lalu, sekarang dan masa depan. Orang yang akrab dengan masa lalu dan bisa ambivalen, takut, gembira atau bosan dengan masa depan. Kehilangan perjalanan pribadi dapat terjadi ketika praktek perawatan kesehatan tidak memberi perhatian yang cukup kepada sejarah dan kemungkinan masa depan kehidupan seseorang. (Galvin, 2013).

Medved dan Brockmier (2008) mewawancarai orang dewasa yang menderita cedera otak untuk mengeksplorasi bagaimana diri mereka berikut Neurotrauma signifikan dan cacat. Studi ini menggarisbawahi bagaimana orang dapat menghadapi tugas-tugas untuk mencapai rasa kontinuitas pribadi bahkan dalam menghadapi perubahan besar dalam kehidupan sehari-hari untuk pasien yang cacat.

Pengalaman kesehatan dan kesehatan hanya bagian dari kehidupan. Namun, gangguan atau ancaman dari penyakit dapat menyebabkan penderitaan (distress). Penekanan yang berlebihan pada label pasien negatif sebagai miskin atau bermasalah tanpa melakukan apapun untuk meningkatkan rasa kebanggaan dan keterlibatan dengan masa lalu, sekarang dan masa depan.



### **7. *Sense of Place vs dislokation***

Untuk menjadi manusia adalah berasal dari tempat tertentu. Rasa rumah dan tempat bukan hanya koleksi benda-benda atau pengalaman; ia menawarkan keamanan, kenyamanan dan keakraban . Dalam dislokasi, suatu bentuk dehumanisasi terjadi di mana rasa tempat hilang atau dikaburkan dan rasa keanehan muncul. Dalam hal ini orang ditantang untuk menemukan rasa tempat dalam budaya baru dan tidak dikenal di mana norma-norma dan rutinitas yang asing bagi mereka, di mana re-orientasi harus dilakukan jika mereka ingin menyesuaikan diri, mirip dengan orang asing yang memiliki rasa dislokasi ketika pertama kali mengalami tempat baru (Galvin, 2013).

Ruang berpotensi dapat menyediakan lingkungan di mana hubungan antara orang-orang dapat berkembang. Pengaruh tempat tinggal dan kesehatan tidak dapat diabaikan; bisa dibilang, satu-satunya cara untuk melakukan intervensi berhasil adalah siap untuk mendengarkan apa yang membuat rasa rumah dan tempat untuk individu. Martinsen (2006) berpendapat bahwa ruang dan arsitektur penting, dalam konteks perawatan. Hal ini dapat dicapai melalui menjaga privasi, memberikan waktu untuk mencari benda-benda atau tugas yang memberikan kenyamanan individu, dan fleksibilitas tentang waktu berkunjung (Hemingway dan Stevens, 2011).

### **8. *Embodiment vs reduksionisme***

Kita mengalami dunia melalui tubuh kita dengan cara yang positif atau negatif. Biologi individu tidak dapat dipahami tanpa mempertimbangkan aspek psikologis, sosial dan sosial-budaya. Konsisten dengan dimensi ini, perspektif memmanusiakan akan melihat kesejahteraan sebagai kualitas positif yang membuat

hidup berharga, bukan hanya sebagai ketiadaan penyakit, dengan tubuh dipandang sebagai sekadar memperbaiki obyek (Todress, 2009).

Dalam pandangan reduksionis tubuh, ada penekanan yang berlebihan pada jaringan, organ, hormon, elektrolit dan mengabaikan pandangan yang lebih relasional dalam konteks bermakna yang lebih luas seperti matriks psikologis, lingkungan, sosial, dan spiritual. Contoh dari interaksi manusiawi yang diinformasikan oleh pandangan reduksionis tubuh adalah ketika seorang profesional menyangkal gejala pasien karena bukti untuk sakit punggung mereka tidak muncul dalam tes fisik (Galvin, 2013).

Perwujudan (embodiment) berkaitan dengan bagaimana kita mengalami dunia dan ini termasuk persepsi kita tentang konteks dan kemungkinan atau batas. Ini mungkin akan terpengaruh oleh penyakit, atau perubahan citra tubuh atau kemampuan. Penekanan yang berlebihan pada fisiologi dan tes, sementara tidak mengakui individu dalam konteks sosial mereka, membatasi kemampuan kita untuk menanggapi manusia lain dengan cara merawat dan cara menghormati (Hemingway, 2012).

### **2.1.3 Refleksi *Humanising Nursing Care* Dalam Praktek**

Merefleksikan *Humanising Nursing Care* dalam praktek sebagai berikut (Hemingway, 2012) :

1. Praktek Titik 1: perawat tidak membuat pasien merasa seperti objek.
2. Praktek Titik 2: perawat harus menawarkan dan memungkinkan pilihan dan kebebasan untuk pasien.

3. Praktek Titik 3: perawat harus mengenal pasien dan konteks mereka untuk membangun hubungan yang dapat dipercaya dan menemukan apa yang penting bagi pasien.
4. Praktek Titik 4: perawat perlu memberikan dukungan kepada pasien dan kesempatan untuk membangun hubungan dan persahabatan.
5. Praktek Titik 5: perawat perlu menjelaskan apa yang terjadi dan memastikan bahwa pasien dan keluarga memahami sepenuhnya situasi mereka dalam konteks mereka.
6. Praktek Titik 6: pasien sering dalam situasi yang asing dan hidup mereka telah terganggu. Perawat perlu mengakui dan menghargai keprihatinan pasien dan membantu mereka untuk beradaptasi.
7. Praktek Angka 7: lingkungan kesehatan bisa menakutkan dan menyedihkan perawat perlu melakukan yang terbaik untuk mengurangi rasa ini dan mengurangi rasa dislokasi.
8. Praktek Angka 8: setiap orang unik dan berharga dan perawat harus memperlakukan setiap orang dengan hormat dan bermartabat.

## **2.2 Konsep Kepuasan Pasien**

### **2.2.1 Definisi Kepuasan**

Kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purna beli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil (out come) tidak memenuhi harapan (imbalo S Pohan, 2007)

kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya. (Kotler.2001)

kepuasan pasien dipengaruhi banyak faktor antara lain :

1. Pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien saat pertama kali datang.
2. Mutu informasi yang diterima, seperti apa yang dikerjakan, apa yang diharap
3. Prosedur perjanjian
4. Waktu tunggu
5. Fasilitas umum yang tersedia
6. Fasilitas perhotelan untuk pasien seperti mutu makanan, privacy dan pengaturan kunjungan.
7. Outcome terapi dan perawatan yang diterima

Tjiptono (2000) mengungkapkan bahwa untuk mengukur kepuasan pelanggan ada 3 aspek yang saling berkaitan yaitu :

1. Apa yang diukur

Ada 6 konsep yang digunakan untuk mengukur kepuasan pelanggan :

- 1) Kepuasan pelanggan keseluruhan
- 2) Dimensi kepuasan pelanggan
- 3) Konfirmasi harapan
- 4) Minat pembelian ulang
- 5) Kesiediaan untuk merekomendasikan
- 6) Ketidakpuasan pelanggan

## 2. Metode pengukuran

Ada beberapa metode yang dapat dipergunakan untuk mengukur dan memantau kepuasan pelanggan :

### 1) Sistem keluhan dan saran

Pemberi jasa perlu memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi para pelanggannya untuk menyampaikan saran, pendapat dan keluhan mereka

### 2) Survey kepuasan pasien

Melalui survey akan diperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda positif bahwa pemberi jasa menaruh perhatian kepada pelanggannya

### 3) Ghos shopping

Metode ini dilaksanakan dengan cara mempekerjakan beberapa orang berperan sebagai pelanggan produk perusahaan pesaing

### 4) Lost costumer analysis

Metode ini dengan menghubungi pelanggannya yang telah berhenti membeli

## 3. Skala pengukuran

Skala pengukuran diantaranya :

- a. Skala 2 point (ya – tidak)
- b. Skala 4 point (sangat tidak puas – tidak puas – puas – sangat puas)
- c. Skala 5 point (sangat tidak puas – tidak puas – puas – cukup puas – sangat puas )

### **2.2.2 Dimensi Kepuasan**

Dimensi kepuasan dapat dibedakan menjadi dua :

1. Kepuasan yang mengacu pada penerapan standar dan kode etik profesi

Ukuran mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai :

- 1) Hubungan dokter(perawat)-pasien
- 2) Kenyamanan pelayanan
- 3) Kebebasan melakukan pilihan
- 4) Pengetahuan dan kompetensi teknis
- 5) Efektifitas pelayanan
- 6) Keamanan tindakan

2. Kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan

kesehatan

- 1) Ketersediaan pelayanan kesehatan
- 2) Kewajaran pelayanan kesehatan
- 3) Kestinambungan pelayanan kesehatan
- 4) Penerimaan pelayanan kesehatan
- 5) Ketercapaian pelayanan kesehatan
- 6) Keterjangkauan pelayanan kesehatan
- 7) Efisiensi pelayanan kesehatan
- 8) Mutu pelayanan kesehatan

Dimensi mutu pelayanan yang berkaitan dengan kepuasan pasien (Yazid.

2003:103) :

1. Tangibles ; Merupakan hal-hal yang dapt dilihat dan dirasakan langsung oleh pasien
2. Reliability ; Merupakan kemampuan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang konsisten

3. Responsiveness ;Ketanggapan, yang bersedia atau mau membantu pelanggan dan memberikan pelayanan yang cepat
4. Assurance ; Jaminan pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien berkualitas sehingga pasien menjadi yakin akan pelayanan keperawatan yang diterimanya
5. Emphaty ; Lebih merupakan perhatian yang diberikan dari perawat kepada pasien secara individual

### **2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan keperawatan**

Faktor yang mempengaruhi mutu dalam memberikan pelayanan yang berkualitas, sebagai berikut (G R Terry dalam Asmuji, 2012) :

1. *Men.* Berbicara tentang manusia, dapat dikatakan jika manusia menjadi kunci penting yang dapat menentukan berjalan tidaknya suatu organisasi dengan baik.
2. *Money.* Uang memang bukan segala-galanya, namun jika suatu organisasi ingin maju, berkembang dan hasil yang berkualitas tentu membutuhkan biaya.
3. *Materials.* Bahan-bahan maupun peralatan menjadi faktor pendukung terselenggaranya pelayanan keperawatan yang berkualitas.
4. *Machine.* Penyesuaian peralatan-peralatan dengan kebutuhan dan kemajuan teknologi diperlukan guna meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan pelanggan.
5. *Methods.* Informasi yang cepat dan akurat untuk evidence based diperlukan dalam menunjang mutu pelayanan.

6. *Market*. Tuntutan pasar semakin tinggi dan luas sehingga harus direspon secara cepat dan tepat.

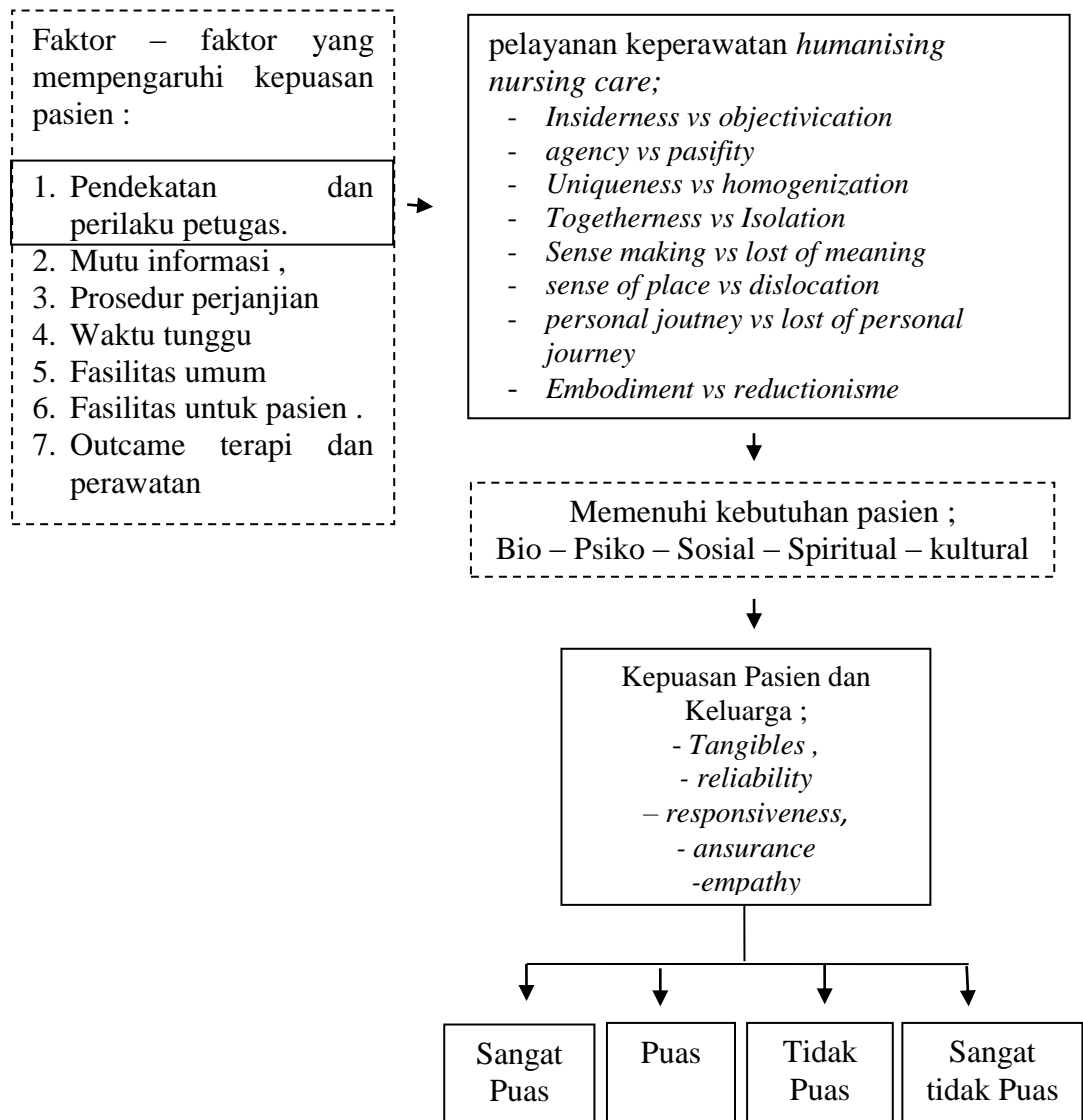
#### **2.2.4 Penilaian Mutu**

Penilaian terhadap mutu dikelompokkan dalam tiga komponen berikut (Asmuji, 2012) :

1. Struktur (*Input*) . Aspek dalam komponen struktur dapat dilihat melalui :  
fasilitas, peralatan, staf dan keuangan
2. Proses (*Process*). Proses adalah kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga keperawatan dan interaksinya dengan pasien.
3. Hasil (*Outcome*). Dapat dikatakan bahwa fokus dari pendekatan ini yaitu pada hasil dari pelayanan keperawatan, yang hasilnya adalah peningkatan derajat kesehatan pasien dan kepuasan pasien.



### 2.3 Kerangka Konsep



⋯⋯⋯ : Tidak di teliti

▭ : diteliti

Gambar 2.4 Kerangka konsep pengaruh pelaksanaan pendekatan *humanising Nursing care* terhadap kepuasan pasien

## 2.4 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pernyataan tentang hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris. (Alimul. 2011)

Hipotesis yang ditetapkan pada penelitian ini adalah:

Apakah Ada Hubungan antara Pendekatan *Humanising Nursing Care* terhadap Kepuasan Pasien.