



**PENGARUH PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT
TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PASIEN
(Studi Kasus pada Pasien Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember)**

SKRIPSI

Oleh

Anis Mufarida

NIM 072110101057

**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2011**



**PENGARUH PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT
TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PASIEN
(Studi Kasus pada Pasien Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember)**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan
Program Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat
dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

oleh

**ANIS MUFARIDA
NIM 072110101057**

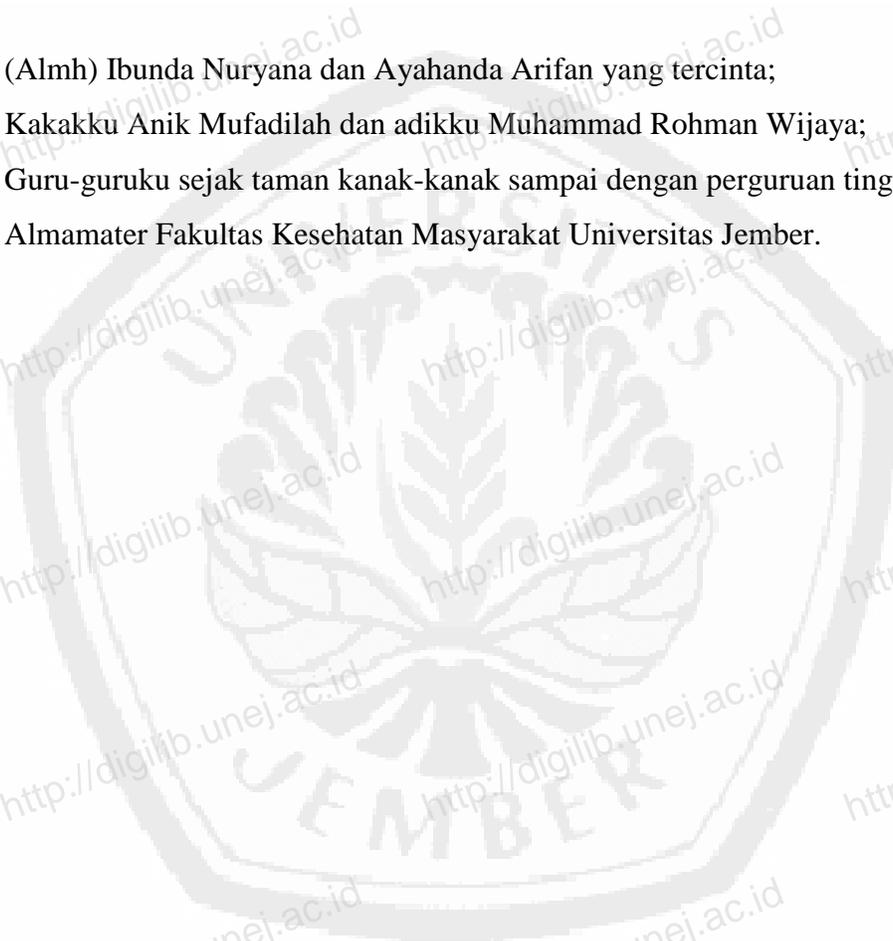
**BAGIAN PROMOSI KESEHATAN DAN ILMU PERILAKU
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER**

2011

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. (Almh) Ibunda Nuryana dan Ayahanda Arifan yang tercinta;
2. Kakakku Anik Mufadilah dan adikku Muhammad Rohman Wijaya;
3. Guru-guruku sejak taman kanak-kanak sampai dengan perguruan tinggi;
4. Almamater Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.



MOTTO

“Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antara kamu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat”

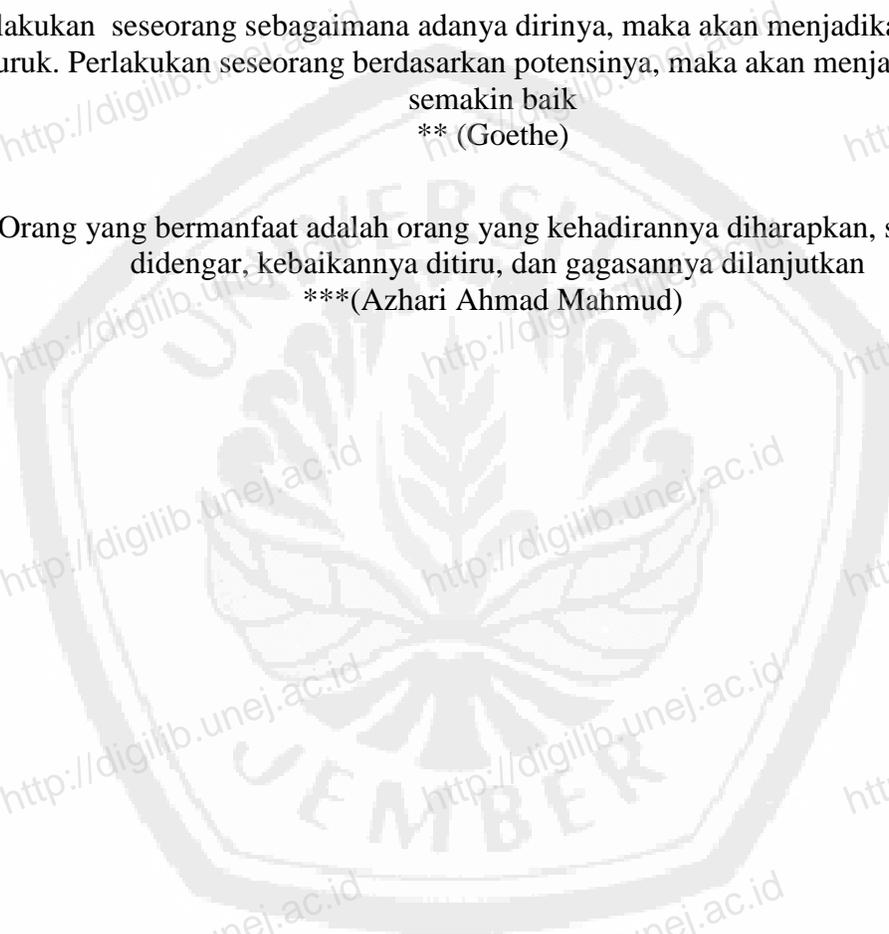
*(QS : Al-Mujadalah ayat 11)

Perlakukan seseorang sebagaimana adanya dirinya, maka akan menjadikannya lebih buruk. Perlakukan seseorang berdasarkan potensinya, maka akan menjadikannya semakin baik

** (Goethe)

Orang yang bermanfaat adalah orang yang kehadirannya diharapkan, suaranya didengar, kebajikannya ditiru, dan gagasannya dilanjutkan

*** (Azhari Ahmad Mahmud)



* Departemen Agama RI. 2004. *Al-Quran dan Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit J-Art.

** Jack Canfield . 2008. *The Success principles*. Jakarta: Private Library

*** James Gwee. 2007. *Positive Business Ideas*. Jakarta: Era Intermedia

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

nama : Anis Mufarida

NIM : 072110101057

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul: "Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Tingkat Kepuasan Pasien (Studi Kasus pada Pasien Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember)" adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 30 Mei 2011

Yang menyatakan,

Anis Mufarida

NIM 072110101057

HALAMAN PEMBIMBINGAN

SKRIPSI

**PENGARUH PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT
TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PASIEN
(Studi Kasus pada Pasien Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember)**

Oleh:

Anis Mufarida
NIM. 072110101057

Pembimbing:

Dosen Pembimbing I

: Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing II

: Erdi Istiaji, S.Psi., M.Psi., Psikolog

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Tingkat Kepuasan Pasien (Studi Kasus pada Pasien Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember)” telah diuji dan disahkan pada:

hari, tanggal : Jum’at, 10 Juni 2011

tempat : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Tim Penguji

Ketua,

Sekretaris,

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

Erdi Istiaji, S.Psi.,M.Psi Psikolog
NIP. 19760613 200812 1 002

Anggota I,

Anggota II,

Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes
NIP. 19730604 200112 1 003

Ns. Endang Sulistyowati.,S.Kep
NIP.19640526 198803 2 006

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat

Universitas Jember

Drs. Husni Abdul Gani, M.S.
NIP. 19560810 198303 1 003

The Influence Implementation of Nurse's Therapeutic Communication With Patient Satisfaction level (Case Studies at Inpatient Services Grade 3 of dr. Soebandi Hospital of Jember)

Anis Mufarida

*Department of Health Promotion and Behavioral Sciences Faculty of Public Health
University of Jember*

ABSTRACT

Therapeutic communication was one of the way to give accurate information and will build believe connection one another with client so that client will felt satisfied with nursing care that accepted. at Inpatient Services Grade 3 of dr. Soebandi Hospital of Jember nurse carry out therapeutic communication based on habit, but but not yet give attention to techniques and standard level of therapeutic communication that good and correct. Objective of the research was to know influence between implementation of nurse's therapeutic communication with patient satisfaction level at Inpatient Services Grade 3 of dr. Soebandi Hospital of Jember. This research was analytic survey with research program of cross sectional, that use total sample to know implementation of therapeutic communication by nurse and see client satisfaction level by quota sampling with number of respondent according to inclusion criteria as much as 97 persons. Result presented in the form of frequency distribution table and analyzed by using statistics of Logistic Regression test with significant standard ($\rho = 0.05$). From result of this research shows that the factors, which have relationship with the patient satiffaction level at inpatient services grade 3 of dr. Soebandi Hospital of Jember are nurse's therapeutic communication orientation phase ($\rho = 0.031$), work phase ($\rho = 0.022$), and termination phase ($\rho = 0.044$). Variables that influence the patient satisfaction level at inpatient services grade 3 of dr. Soebandi Hospital of Jember together are nurse's therapeutic communication orientation phase, work phase, and termination phase. For nurse always improve professionalism and give caring to client especially by correctly implement of therapeutic communication.

Key words : *therapeutic communication, patient's satisfaction level, inpatient services grade 3 of dr. Soebandi hospital.*

RINGKASAN

Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Tingkat Kepuasan Pasien (Studi Kasus pada Pasien Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember); Anis Mufarida; 072110101057; 2011; 135 halaman; Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan dapat diukur dengan ada tidaknya keluhan yang masuk. Di RSD dr. Soebandi Jember masih ditemukan adanya keluhan tentang ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang ada di rumah sakit. Dari sms yang masuk ke Instalasi Humas dan PKRS RSD dr. Soebandi Jember, diperoleh keterangan bahwa 2 dari 10 sms yang masuk pada bulan Januari 2011 mengeluhkan kinerja perawat yang judes, suka membentak-bentak pasien dan tidak merespon permintaan dari pasien maupun keluarga pasien. Ada juga pasien yang merasa tersinggung dengan perilaku perawat yang menggunakan masker pada saat melakukan tindakan keperawatan. Hasil survei kepuasan yang peneliti lakukan pada 11% dari seluruh pasien rawat inap kelas 3 berdasar komponen-komponen yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di RSD dr Soebandi Jember bulan Januari - Februari tahun 2011, menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien rawat inap kelas 3 khususnya pada komponen perawat paling rendah dibanding komponen-komponen kepuasan lainnya sebesar 25%. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan oleh perawat berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien. Pelayanan oleh perawat ini, dapat dilihat dari kecepatan perawat dalam memberikan bantuan, keramahan perawat, pemberian informasi termasuk juga pelaksanaan komunikasi terapeutik yang meliputi fase pra-interaksi, orientasi, kerja, dan terminasi.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember. Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif. Sampel diambil dengan menggunakan *Quota Sampling*. Data yang diperoleh kemudian dianalisis dengan menggunakan uji analisis multivariabel yaitu regresi logistik dengan SPSS.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada umumnya karakteristik responden yang memanfaatkan pelayanan rumah sakit di ruang rawat inap kelas 3 sebagian besar adalah pasien dengan jenis kelamin perempuan, berusia dewasa antara umur 21-60 tahun, mempunyai tingkat pendidikan rendah dan bermata pencaharian sebagai petani. pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi dengan persentase 61,90% adalah cukup, pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja dengan persentase 61,90% adalah kurang, dan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi dengan persentase 62,90% adalah cukup. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr Soebandi Jember sebesar 60,80% adalah puas, sebesar 33,00% adalah tidak puas dan sebesar 6,20% adalah sangat puas. Pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik tiap fasenya terhadap tingkat kepuasan pasien dapat diketahui dengan uji statistik regresi logistik dengan $\alpha = 0,05$, maka diketahui bahwa ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi terhadap tingkat kepuasan pasien, ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja terhadap tingkat kepuasan pasien, ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi terhadap tingkat kepuasan pasien, dan hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik fase kerja merupakan fase yang paling berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah S.W.T. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Tingkat Kepuasan Pasien (Studi Kasus pada Pasien Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember)”. Skripsi ini disusun untuk melakukan penelitian dalam memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Strata Satu (S1) pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada Elfian Zulkarnain, S.KM., M.Kes selaku Dosen Pembimbing I, dan Erdi Istiaji, S.Psi.,M.Psi Psikolog selaku Dosen Pembimbing II, yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, motivasi, pemikiran dan perhatian serta meluangkan waktunya sehingga skripsi ini dapat disusun dengan baik.

Penyusunan skripsi ini juga tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. Husni Abdul Gani, M.S., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan motivasi;
2. RSD dr. Soebandi Jember, yang telah memberikan kesempatan atas pelaksanaan pengambilan data awal, data sekunder dan juga tempat untuk melakukan penelitian dalam skripsi ini;
3. Semua guru-guruku dari TK sampai dengan SMA serta bapak dan ibu dosen yang telah memberikan ilmunya semoga bermanfaat dan mendapatkan balasan dari-Nya dan seluruh jajaran staf FKM, terima kasih telah memberikan kelancaran selama proses pembuatan skripsi saya;
4. (Almh) ibu tercinta yang selalu memberikan doa; cinta dan kasih sayang yang tulus; dukungan yang tiada henti, menjaga dan melindungi serta pengorbanannya selama ini;

5. Ayah yang selalu memberikan doa, motivasi, dukungan yang tiada henti, menjaga dan melindungi serta pengorbanannya selama ini;
6. Kakakku Anik Mufadilah dan adikku Muhammad Rohman Wijaya yang selalu memberikanku semangat, dukungan, nasehat dan kasih sayang yang tulus sampai saat ini;
7. Teman-teman PKIP angkatan 2007 (Khusnul, Friska, Dewi, Rina, Maya, Syavira, Devita, Cici, Rate, Teteh, Ican, Sony, Yus, dan Tansil) terima kasih sudah menjadi teman-teman terbaikku dan memberi masukan, kritik serta semangat dalam menyelesaikan skripsi ini;
8. Keluarga 43B terima kasih sudah menjadi keluarga yang baik, penuh perhatian, selalu memberi semangat dalam menyelesaikan skripsi ini;
9. Serta semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Atas perhatian dan dukungannya, penulis menyampaikan terima kasih.

Jember, Mei 2011

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
HALAMAN MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN	iv
HALAMAN PEMBIMBINGAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
ABSTRACT	vii
RINGKASAN	viii
PRAKATA	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR ISTILAH	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1.Latar Belakang	1
1.2.Rumusan Masalah	5
1.3.Tujuan Penelitian	6
1.3.1.Tujuan Umum.....	6
1.3.2.Tujuan Khusus.....	6
1.4.Manfaat Penelitian	7
1.4.1.Manfaat Teoritis	7
1.4.2.Manfaat Praktis.....	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1.Konsep Rumah Sakit	8

2.2.Konsep Rawat Inap	10
2.3.Konsep Perawat	11
2.4.Kepuasan Pasien	13
2.4.1.Pengertian Kepuasan.....	13
2.4.2.Pengertian Pasien.....	14
2.4.3.Pengertian Kepuasan Pasien.....	15
2.4.4.Dimensi Mutu Pelayanan.....	16
2.4.5.Metode Pengukuran Kepuasan.....	18
2.5.Komunikasi Terapeutik	19
2.5.1. Pengertian Komunikasi.....	19
2.5.2. Peranan Komunikasi.....	20
2.5.3. Komponen Komunikasi.....	20
2.5.4. Pengertian Komunikasi Terapeutik.....	21
2.5.5. Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	22
2.5.6. Ciri-ciri Komunikasi Terapeutik.....	22
2.5.7. Prinsip Komunikasi Terapeutik.....	24
2.5.8. Teknik Komunikasi Terapeutik.....	25
2.5.9. Tahap-tahap Komunikasi Terapeutik.....	31
2.5.10. Sikap Perawat dalam Komunikasi Terapeutik.....	36
2.5.11. Manfaat Komunikasi Terapeutik.....	37
2.5.12. Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Fase Orientasi terhadap tingkat Kepuasan Pasien.....	37
2.5.13. Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Fase Kerja terhadap tingkat Kepuasan Pasien.....	38
2.5.14. Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Fase Terminasi terhadap tingkat Kepuasan Pasien.....	39
2.6.Kerangka Konseptual	40
2.7.Hipotesis	42

BAB 3. METODE PENELITIAN.....	43
3.1.Jenis Penelitian	43
3.2.Tempat dan Waktu Penelitian	43
3.2.1.Tempat Penelitian.....	43
3.2.2.Waktu Penelitian	44
3.3.Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel.....	44
3.3.1.Populasi	44
3.3.2.Sampel Populasi	44
3.3.3.Teknik Pengambilan Sampel.....	45
3.4.Variabel, Definisi Operasional, dan Cara Pengukuran.....	46
3.5.Data dan Sumber Data.....	53
3.5.1.Data Primer.....	53
3.5.2.Data Sekunder	54
3.6.Teknik Pengumpulan Data, Instrumen Pengumpulan Data dan Uji Validitas dan Reliabilitas.....	54
3.6.1.Teknik Pengumpulan Data	54
3.6.2.Instrumen Pengumpulan Data	54
3.6.3.Uji Validitas dan Reliabilitas.....	55
3.7.Teknik Pengolahan Data, Penyajian Data dan Analisa Data...	57
3.7.1.Teknik Pengolahan Data.....	57
3.7.2.Teknik Penyajian Data	58
3.7.3.Teknik Analisis Data	58
3.8.Kerangka Alur Penelitian.....	60
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	61
4.1 Karakteristik Responden	61
4.1.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin	61
4.1.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur.....	62
4.1.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan	64

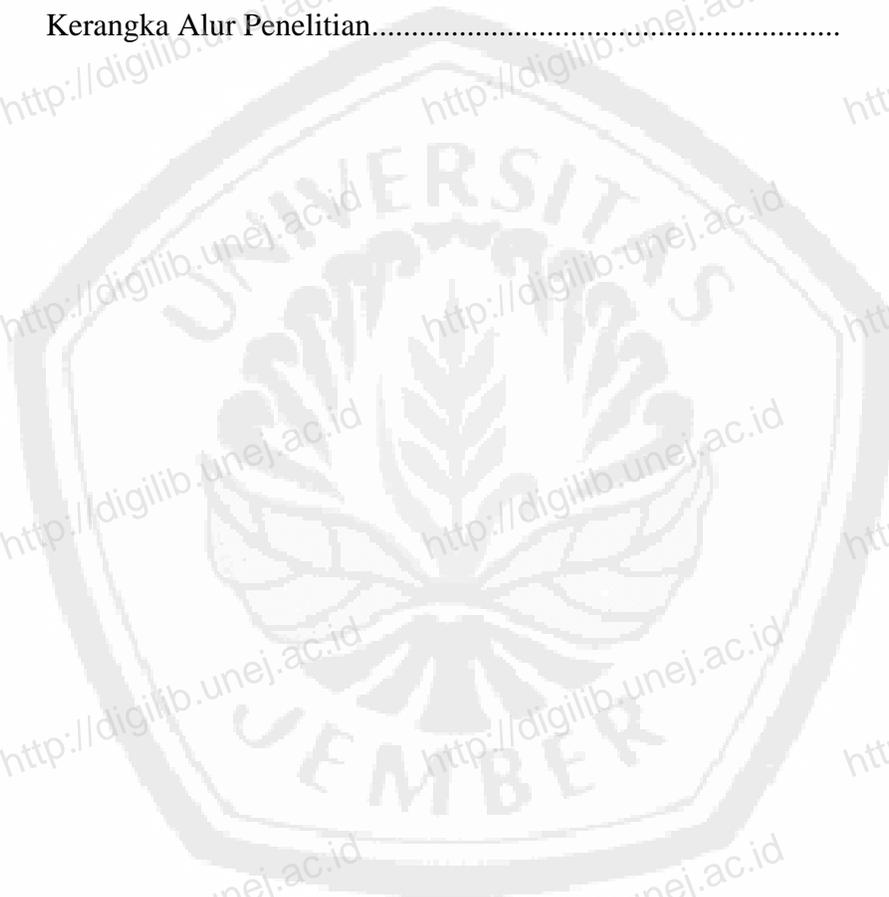
4.4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan	65
4.2 Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi.....	66
4.3 Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja.....	71
4.4 Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi	74
4.5 Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat.....	76
4.6 Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi terhadap Tingkat Kepuasan Pasien.....	78
4.7 Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja terhadap Tingkat Kepuasan Pasien	80
4.8 Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi terhadap Tingkat Kepuasan Pasien	82
BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN.....	86
5.1 Kesimpulan.....	86
5.2 Saran	87
DAFTAR PUSTAKA.....	89
LAMPIRAN.....	95

DAFTAR TABEL

	Halaman
3.1 Variabel, Definisi Operasional, Skala Data, Skor dan Kategori.....	47
4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	61
4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur.....	63
4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan.....	64
4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan.....	65
4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi.....	67
4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja.....	71
4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi.....	75
4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat	76
4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi terhadap Tingkat Kepuasan Pasien.....	78
4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja terhadap Tingkat Kepuasan Pasien.....	80
4.11 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi terhadap Tingkat Kepuasan Pasien.....	83

DAFTAR GAMBAR

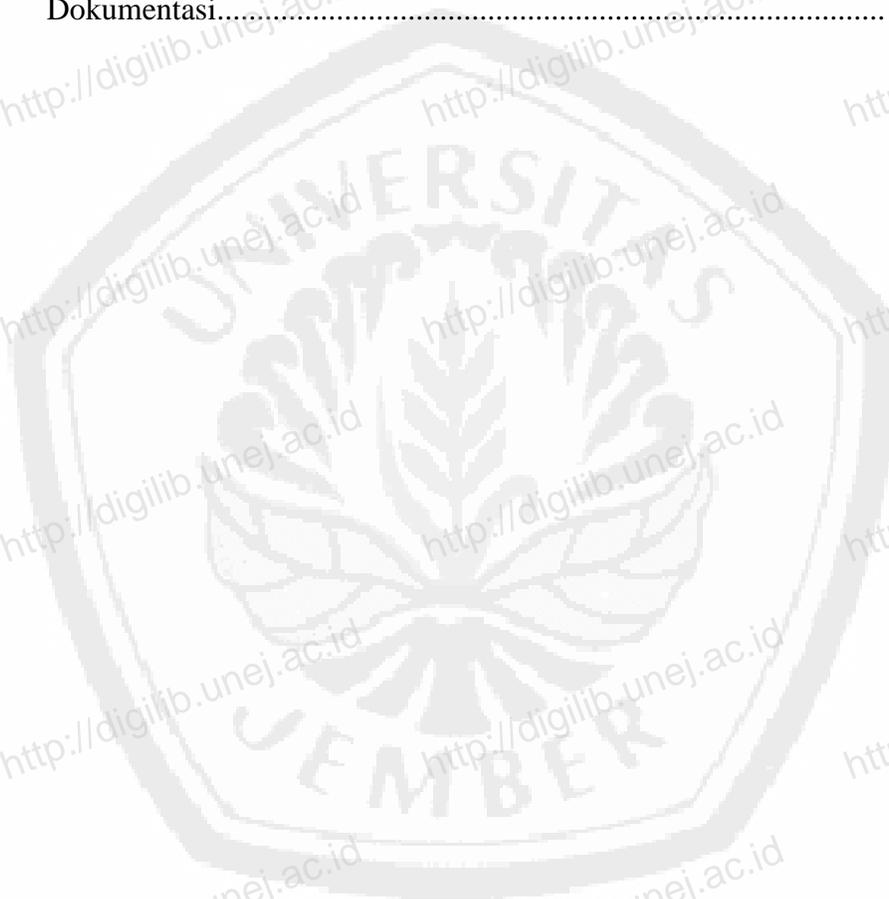
	Halaman
2.1 Kerangka Konsep tentang Komunikasi Terapeutik Perawat-Pasien dan Kepuasan Pasien.....	40
3.1 Kerangka Alur Penelitian.....	60



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Pengantar Kuesioner	95
B. Lembar Persetujuan.....	96
C. Lembar Kuesioner.....	97
D. Hasil Rekapitulasi Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi.....	103
E. Hasil Rekapitulasi Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja.....	105
F. Hasil Rekapitulasi Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi.....	107
G. Hasil Rekapitulasi Karakteristik Umum Responden.....	108
H. Hasil Rekapitulasi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi.....	111
I. Hasil Rekapitulasi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja.....	115
J. Hasil Rekapitulasi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi.....	119
K. Hasil Rekapitulasi Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat.....	122
L. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi.....	125
M. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja.....	127
N. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi.....	129

O.	Hasil Uji Regresi Logistik Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Tingkat Kepuasan Pasien.....	130
P.	Profil RSD dr. Soebandi Jember.....	132
Q.	Surat Ijin Penelitian.....	134
R.	Dokumentasi.....	135



DAFTAR ISTILAH

A

Admisi Admisi adalah kegiatan memberikan status pasien kepada calon pasien yang hendak melakukan perawatan baik di rawat inap maupun di rawat jalan rumah sakit.

D

Defensif Defensif adalah bagaimana dalam kesehariannya seseorang berperilaku bertahan (defend) atas sebuah kejadian, pertanyaan dan tindakan.

F

Form Form adalah sebuah daftar isian. Daftar isian ini digunakan untuk meminta penilaian dari pengguna jasa rumah sakit untuk kemudian diolah.

I

Komunikasi Interpersonal Komunikasi interpersonal adalah komunikasi yang dilakukan kepada pihak lain untuk mendapatkan umpan balik, baik secara langsung (*face to face*) maupun dengan media.

K

Kode Etik Kode etik adalah merupakan suatu bentuk aturan tertulis yang secara sistematis sengaja dibuat berdasarkan prinsip-prinsip moral yang ada dan pada saat yang dibutuhkan akan dapat difungsikan sebagai alat untuk menghakimi segala macam tindakan yang secara logika-rasional umum (common sense) dinilai menyimpang dari kode etik.

L

LOS *LOS (Length of Stay)* adalah lama rata-rata perawatan penderita di rumah sakit.

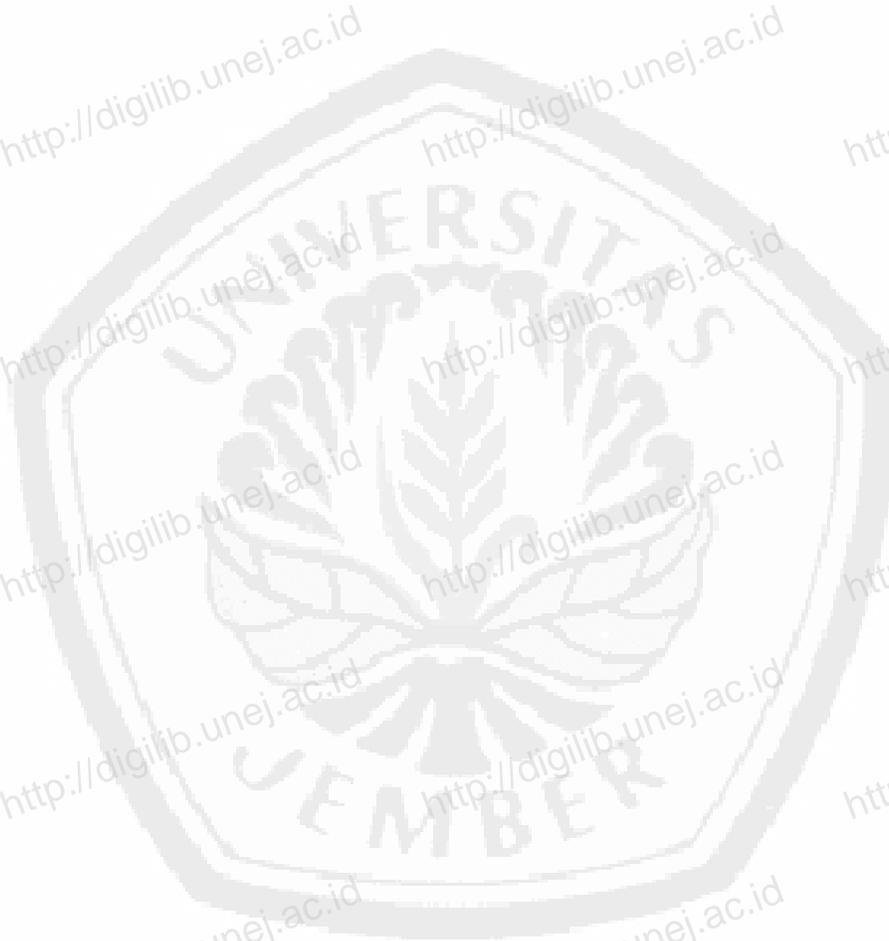
S

SMS *SMS (Short Mesagge Service)* adalah sebuah layanan yang tersedia secara umum pada sebuah perangkat mobile phone (HP) untuk berkomunikasi dalam

V

Validasi Validasi adalah suatu tindakan pembuktian dengan cara yang sesuai bahwa tiap bahan, proses, prosedur, kegiatan, sistem, perlengkapan atau mekanisme

yang digunakan dalam prosedur keperawatan akan senantiasa mencapai hasil yang diinginkan.



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan, dikenal karena kompleksitasnya yang ada, baik segi pelayanan, keuangan, kinerja serta pemasarannya. Rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan jasa terbaik kepada pasien selaku pengguna jasa rumah sakit. Pelayanan jasa rumah sakit selalu terkait dengan profesionalisme, teknologi dan hubungan pasien dengan pelaksana pelayanan medis misalnya dokter, perawat dan paramedis lainnya dengan tujuan untuk kesembuhan dan kepuasan pasien. Pelayanan medis sebagian besar merupakan pelayanan yang bersifat *cure* dan ditujukan kepada pasien saja, tetapi pelayanan keperawatan bersifat *care* dan ditujukan kepada individu, keluarga, serta masyarakat, baik yang sehat maupun sakit (Praptianingsih, 2006). Perry dan Potter (2005) menjelaskan bahwa 80% kesembuhan dan kepuasan pasien ditentukan dari keberhasilan perawat dalam memberikan perawatan secara medis baik fisik maupun psikis. Oleh karena itu, rumah sakit harus mampu memberikan pelayanan yang bermutu kepada pelanggannya (pasien). Salah satu diantaranya dengan memberikan asuhan keperawatan dalam praktik keperawatan profesional (Arwani, 2002).

Ichsan (2005) menyatakan bahwa keperawatan pada intinya adalah sebuah proses antar pribadi, dimana seorang perawat yang kompeten harus menjadi seorang komunikator yang efektif dalam menjalankan proses komunikasi. Komunikasi dilakukan perawat dalam menjaga kerjasama yang baik dengan pasien untuk membantu memenuhi kebutuhan kesehatan pasien. Kelemahan dalam berkomunikasi merupakan masalah yang serius baik bagi perawat maupun pasien. Perawat yang enggan berkomunikasi dan menunjukkan raut muka yang tegang akan berdampak serius bagi pasien. Pasien akan merasa tidak nyaman bahkan terancam dengan sikap perawat. Kondisi ini tentunya akan berpengaruh terhadap proses penyembuhan

pasien. Perawat perlu memiliki keterampilan khusus untuk menambah nilai plus pada dirinya. Salah satunya adalah dengan menguasai komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik adalah pendekatan secara psikologis yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi (Damaiyanti, 2010). Meskipun kesembuhan fisik menjadi tujuan utama dari setiap tindakan medis akan tetapi perawatan secara psikologis (salah satunya melalui komunikasi terapeutik) juga perlu dilakukan sebagai penyeimbang (Purwanto, 2007). Menurut Stuart dan Sundeen (1995) (dalam Damaiyanti, 2010) menjelaskan bahwa dalam membina hubungan terapeutik terdapat 4 tahap yang dilakukan antara perawat dan pasien melalui suatu proses komunikasi. Pada setiap tahap perawat mempunyai tugas yang harus diselesaikan. Tahap-tahap hubungan terapeutik ini meliputi tahap pra-interaksi, orientasi, kerja dan terminasi. Namun, tahap pra-interaksi merupakan persiapan untuk melakukan hubungan terapeutik lebih lanjut antara perawat dan pasien (Arwani, 2002).

Hasil penelitian di ruang Flamboyan RSUD dr. Harjono Ponorogo menunjukkan bahwa pasien rawat inap yang mendapatkan komunikasi terapeutik perawat buruk 18 responden (60%) dan komunikasi perawat baik 12 responden (40%) (Srisetiti, 2008). Penelitian lain juga dilakukan di Rumah Sakit Prof. Margono Soekarjo Purwokerto Jawa Tengah dengan jumlah sampel 242 pasien rawat inap, diperoleh hasil bahwa komunikasi yang tidak efektif masih terjadi dalam praktik keperawatan sehari-hari di rumah sakit tersebut (Soedirman, 2006). Hal ini menunjukkan bahwa kegiatan komunikasi terapeutik masih dianggap kurang penting oleh perawat di suatu rumah sakit. Perawat menganggap bahwa pada saat pasien datang ke rumah sakit, pasien tersebut hanya memerlukan pertolongan kesehatan yang bersifat medis. Padahal selain pertolongan medis, pasien juga membutuhkan pertolongan non medis, salah satunya melalui pendekatan individual yang dilakukan oleh perawat (Arwani, 2002). Itulah sebabnya mengapa komunikasi terapeutik merupakan komponen penting dalam praktik pelayanan keperawatan. Mendengarkan perasaan pasien dan menjelaskan prosedur tindakan keperawatan adalah contoh

teknik-teknik komunikasi yang dilakukan oleh perawat selama praktik keperawatan. Adanya perawat yang tidak melaksanakan komunikasi terapeutik dengan baik dapat juga disebabkan oleh kurangnya keterampilan yang dimiliki perawat. Keterampilan dalam melaksanakan komunikasi terapeutik erat kaitannya dengan masa kerja perawat. Hal ini sesuai dengan pendapat wijono (2008) yang menyatakan masa kerja dapat mempengaruhi *performance* kerja seseorang.

Keberhasilan perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik merupakan *representative* dari rumah sakit yang baik. Perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan selama 24 jam berada di dekat pasien, sehingga perawat memegang peranan yang cukup dominan dalam memberi kepuasan kepada pelanggan atau pasien. Kepuasan pasien merupakan nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subjektif tetap ada dasar objektifnya yang didasari kebenaran dan kenyataan objektif yang ada (Sabarguna, 2005). Menurut Parasuraman *et al.* (1999) dalam teori kepuasan pelanggan menyatakan pelayanan handal dan keberhasilan akan melahirkan kepuasan apabila memenuhi beberapa hal, antara lain: ketanggapan, empati, wujud nyata, kehandalan dan keyakinan. Dalam bidang keperawatan, keterampilan perawat dalam merawat pasien akan mempengaruhi kepuasan pasien. keterampilan ini tidak hanya terampil dalam melakukan tindakan keperawatan saja, tetapi juga terampil dalam berkomunikasi dengan pasien yang dirawatnya. Hal ini dapat dilihat dari komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat, yang termasuk dalam faktor empati perawat dalam teori kepuasan pelanggan (Kotler, 2005).

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik pada pelayanan keperawatan mempunyai hubungan bermakna dengan tingkat kepuasan pasien. Dari hasil kuesioner perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik (54.6%), Berdasarkan kuesioner tentang kepuasan klien selama dirawat klien merasa puas (66.7%). Hubungan tingkat kepuasan tentang komunikasi, berdasarkan hasil uji *Chi-Square* diperoleh $p=0.000$ ($p<0.05$), Sedangkan hubungan

tingkat kepuasan dengan komunikasi pada tahap orientasi berdasarkan hasil uji *Chi-Square* $\rho=0.002$ ($\rho<0.05$), pada tahap kerja didapatkan hasil uji *Chi-Square* $\rho=0.023$ ($\rho<0.05$) dan hubungan tingkat kepuasan dengan komunikasi pada tahap terminasi didapatkan hasil uji *Chi-Square* $\rho=0.002$ ($\rho<0.05$) Sebagian besar perawat di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedarso Pontianak sudah melaksanakan komunikasi terapeutik dalam kategori cukup dan kepuasan klien tentang pelayanan keperawatan adalah puas, ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan tingkat kepuasan klien (Darmawan, 2009).

Kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan dapat diukur salah satunya dengan ada tidaknya keluhan yang masuk. RSD dr. Soebandi Jember masih ditemukan adanya keluhan terhadap pelayanan yang ada di rumah sakit. Sebagai bahan evaluasi terhadap kinerja pelayanan di RSD dr. Soebandi Jember maka disediakan kotak saran dan formulir pengisian untuk menilai pelayanan yang diberikan oleh pemberi layanan di suatu ruangan. Selain itu, RSD dr. Soebandi Jember juga membuka layanan penyampaian keluhan lewat *SMS (Short Message Service)*, dimana setiap pengunjung baik itu pasien maupun keluarga pasien dapat dengan mudah menyampaikan keluhan serta saran terhadap kinerja pelayanan RSD dr. Soebandi Jember. Dari *SMS* yang masuk ke Instalasi Humas dan PKRS RSD dr. Soebandi Jember, diperoleh keterangan bahwa 2 dari 10 *SMS* yang masuk pada bulan Januari 2011 mengeluhkan kinerja perawat yang judes, suka membentak-bentak pasien, tidak merespon permintaan dari pasien maupun keluarga pasien dan ada juga pasien yang merasa tersinggung ketika perawat menggunakan masker pada saat melakukan tindakan keperawatan. Adanya keluhan terkait dengan kinerja perawat menunjukkan bahwa *performance* perawat dapat mempengaruhi kepuasan pelanggan. Sebagian besar pelanggan mengeluhkan pelayanan non medis yang ditunjukkan oleh perawat yakni aspek komunikasi.

Survei kepuasan juga merupakan salah satu metode yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan. Menurut Sabarguna (2005), survei kepuasan dapat dilakukan minimal pada 11% dari populasi yang ada. Hasil survei kepuasan yang peneliti lakukan pada pasien rawat inap kelas 3 berdasar komponen-komponen yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di RSD dr. Soebandi Jember pada bulan Januari - Februari tahun 2011, menunjukkan bahwa tingkat kepuasan pasien rawat inap kelas 3 khususnya pada komponen perawat, paling rendah sebesar 25%, dibanding komponen-komponen kepuasan lainnya yakni loket pendaftaran, dokter, makanan, kenyamanan dan kebersihan, sarana medik. Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan oleh perawat berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien. Pelayanan oleh perawat ini, dapat dilihat dari kecepatan perawat dalam memberikan bantuan, keramahan perawat, pemberian informasi termasuk juga pelaksanaan komunikasi terapeutik yang meliputi fase pra-interaksi, orientasi, kerja, dan terminasi. Oleh karena itu peneliti ingin meneliti tentang pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis merumuskan masalah sebagai berikut: Bagaimana pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.

1.3.2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. Mengkaji karakteristik pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.
- b. Mengkaji pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.
- c. Mengkaji pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.
- d. Mengkaji pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.
- e. Mengkaji tingkat kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.
- f. Menganalisis pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.
- g. Menganalisis pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.
- h. Menganalisis pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah dan mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan, umumnya dalam bidang kesehatan masyarakat dan bidang promosi kesehatan dan ilmu perilaku khususnya, juga untuk memberikan gambaran mengenai pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember. Hasil penelitian diharapkan bisa menambah pengetahuan tentang komunikasi antara pemberi layanan dan pengguna layanan kesehatan guna meningkatkan mutu layanan dan meningkatkan citra positif dari pemberi layanan kesehatan yang ada, dan dapat dijadikan sebagai referensi untuk pengembangan dan penelitian selanjutnya dalam meningkatkan tingkat kepuasan pasien.

1.4.2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi instansi pemberi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kompetensi perawat atau tenaga kesehatan lainnya dalam meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik dan dapat digunakan sebagai tambahan informasi dan bahan pertimbangan dalam membuat kebijakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Rumah Sakit

Menurut WHO (*World Health Organisation*), rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial, berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan yang lengkap, baik kuratif maupun preventif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap melalui kegiatan pelayanan medis serata perawatan. Institusi pelayanan ini juga merupakan pusat latihan personil kesehatan dan riset kesehatan (Ibrahim, 2000). Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit merupakan salah satu dari sarana kesehatan yang juga merupakan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan dilakukan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu serta berkesinambungan.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Untuk menjalankan tugas sebagaimana yang dimaksud, rumah sakit mempunyai fungsi :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Dalam rangka penyelenggaraan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan rumah sakit. Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit umum diklasifikasikan sebagai berikut :

- a. Rumah Sakit umum kelas A

Adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 5 (lima) spesialis penunjang medik, 12 (dua belas) spesialis lain dan 13 (tiga belas) subspecialis.

- b. Rumah Sakit umum kelas B

Adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspecialis dasar.

- c. Rumah Sakit umum kelas C

Adalah Rumah Sakit Umum Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar dan 4 (empat) spesialis penunjang medik.

- d. Rumah Sakit umum kelas D.

Adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) spesialis dasar.

Klasifikasi Rumah Sakit khusus sebagaimana dimaksud terdiri atas :

a. Rumah Sakit khusus kelas A

Adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang lengkap.

b. Rumah Sakit khusus kelas B

Adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang terbatas.

c. Rumah Sakit khusus kelas C.

Adalah rumah sakit khusus yang mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik subspecialis sesuai kekhususan yang minimal.

2.2. Konsep Rawat Inap

Menurut Snook (1992), rawat inap merupakan komponen dari pelayanan rumah sakit, kapasitas itu diatur dengan jumlah tempat tidur. Dalam dekade terakhir, telah terjadi perubahan yang berarti, pemanfaatan untuk penyakit dalam dan bedah menurun, sedangkan tempat tidur untuk perawatan intensif semakin meningkat, tetapi tetap menggunakan jumlah tempat tidur sebagai ukuran bagi tingkat hunian, pelayanan dan keuangan, meskipun hanya 10% dari seluruh yang membutuhkan pelayanan memerlukan rawat inap.

Suatu institusi dikatakan rumah sakit apabila paling sedikit memiliki 6 tempat tidur untuk merawat orang sakit dengan lama perawatan di rumah sakit di atas 24 jam setiap kali admisi (Marr, 2001). Jadi rawat inap adalah pelayanan pasien yang perlu menginap untuk keperluan observasi, diagnosis dan terapi bagi individu dengan keadaan medis, bedah, kebidanan, penyakit kronis atau rehabilitasi dan

memerlukan dokter setiap hari. Rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya (Marr, 2001).

2.3. Konsep Perawat

Sesuai Permenkes RI Nomor 1239 tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat, dijelaskan perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Peran dan fungsi perawat profesional disusun untuk mengidentifikasi dan memperjelas aspek – aspek yang membedakan praktik keperawatan profesional dari praktik perawatan yang diberikan oleh orang yang tidak mempunyai kualifikasi keperawatan profesional. Adapun peran dan fungsi perawat menurut Snook (1992), sebagai berikut:

- a. Perencanaan keperawatan untuk masing-masing pasien.
- b. Pemberian perawatan langsung.
- c. Identifikasi waktu yang tepat untuk pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien
- d. Mempersiapkan dan mendukung tenaga yang tidak memiliki kualifikasi keperawatan profesional Manajemen dan organisasi sumber daya manusia, perlengkapan dan pelayanan yang efektif dan efisien langsung dikendalikan atau diambil alih oleh perawat profesional.
- e. Pembentukan standar, audit keperawatan dan audit klinik

Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martabat manusia, keunikan klien, dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan

senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat-istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari klien.

Tanggung jawab utama perawat ditujukan kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan. Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku. Beberapa cara dimana perawat dapat mengkomunikasikan tanggung jawabnya :

- a. Menyampaikan perhatian dan rasa hormat pada klien (*sincere interest*) Contoh :
“Mohon maaf bu demi kenyamanan ibu dan kesehatan ibu saya akan mengganti balutan atau mengganti spreinya”.
- b. Bila perawat terpaksa menunda pelayanan, maka perawat bersedia memberikan penjelasan dengan ramah kepada kliennya (*explanation about the delay*). Misalnya ; “Mohon maaf pak saya memprioritaskan dulu klien yang gawat dan darurat sehingga harus meninggalkan bapak sejenak”.
- c. Menunjukkan kepada klien sikap menghargai (*respect*) yang ditunjukkan dengan perilaku perawat. misalnya mengucapkan salam, tersenyum, membungkuk, bersalaman dsb.
- d. Berbicara dengan klien yang berorientasi pada perasaan klien (*subjects the patients desires*) bukan pada kepentingan atau keinginan perawat misalnya “Coba ibu jelaskan bagaimana perasaan ibu saat ini”. Sedangkan apabila perawat berorientasi pada kepentingan perawat ; “ Apakah bapak tidak paham bahwa pekerjaan saya itu banyak, dari pagi sampai siang, mohon pengertiannya pak, jangan mau dilayani terus”
- e. Tidak mendiskusikan klien lain di depan pasien dengan maksud menghina (*derogatory*) misalnya “ pasien yang ini mungkin harapan sembuhnya lebih kecil dibanding pasien yang tadi”
- f. Menerima sikap kritis klien dan mencoba memahami klien dalam sudut pandang klien (*see the patient point of view*). Misalnya perawat tetap bersikap bijaksana

saat klien menyatakan bahwa obatnya tidak cocok atau diagnosanya mungkin salah.

Lingkup praktik keperawatan antara lain:

- a. Memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan sederhana dan kompleks.
- b. Memberikan tindakan keperawatan langsung, pendidikan, nasehat, konseling, dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan melalui pemenuhan kebutuhan dasar manusia dalam upaya memandirikan system klien.
- c. Memberikan pelayanan keperawatan di sarana kesehatan dan tatanan lainnya.
- d. Memberikan pengobatan dan tindakan medik terbatas, pelayanan KB, imunisasi, pertolongan persalinan normal dan menulis permintaan obat atau resep.
- e. Melaksanakan program pengobatan secara tertulis dari dokter. Berdasarkan kompetensi yang memenuhi standar dan memperhatikan kaidah etik, moral, hukum.

2.4. Kepuasan Pasien

2.4.1. Pengertian Kepuasan

Satisfaction adalah kata dari bahasa latin, yaitu *satis* yang berarti *enough* atau cukup dan *facere* yang berarti *to do* atau melakukan. Jadi produk atau jasa yang bisa memuaskan adalah produk atau jasa yang sanggup memberikan sesuatu yang dicari oleh konsumen sampai pada tingkat cukup (Irawan, 2004).

Dalam konteks teori *consumer behavior*, kepuasan lebih banyak didefinisikan dari prespektif pengalaman konsumen setelah mengkonsumsi atau menggunakan produk atau jasa. Salah satu definisinya, seperti yang dikemukakan oleh Richard Oliver: "kepuasan adalah respon pemenuhan konsumen bahwa produk atau pelayanan telah memberikan tingkat kenikmatan di mana tingkat pemenuhan ini bisa lebih atau kurang" (Irawan, 2004).

Menurut Oliver (1980) (dalam Supranto, 2001) menyatakan bahwa kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja atau hasil yang dirasakan dengan harapannya. Jadi, tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja dibawah harapan, maka pelanggan akan kecewa. Bila kinerja sesuai dengan harapan, pelanggan akan puas. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan, maka pelanggan akan sangat puas. Berdasarkan uraian dari beberapa ahli tersebut diatas, dapat disimpulkan bahwa kepuasan adalah perasaan senang, puas individu karena antara harapan dan kenyataan dalam memakai pelayanan yang diberikan terpenuhi.

2.4.2. Pengertian Pasien

Istilah pasien berasal dari kata kerja bahasa latin yang artinya “menderita”, secara tradisional telah digunakan untuk menggambarkan orang yang menerima perawatan. Konotasi yang melekat pada kata itu adalah ketergantungan. Karena alasan inilah banyak perawat memilih kata pasien, yang berasal dari kata kerja bahasa latin yang artinya “bersandar” dan berkonotasi bekerja sama dan independen (Ali, 2001).

Figur sentral dalam pelayanan perawatan kesehatan adalah pasien. Pasien yang datang ke rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan dengan masalah kesehatan juga datang sebagai individu, anggota keluarga atau anggota dari komunitas. Tergantung pada masalahnya, keadaan yang berhubungan, dan pengalaman masa lalu, kebutuhan pasien akan beragam.

2.4.3. Pengertian Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien adalah merupakan nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun subjektif tetap ada dasar objektifnya, artinya walaupun penilaian itu dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu itu, pengaruh lingkungan waktu itu. Tetap akan didasari oleh kebenaran dan kenyataan objektif yang ada (Sabarguna, 2005).

Junaidi (2002) berpendapat bahwa kepuasan konsumen atas suatu produk dengan kinerja yang dirasakan konsumen atas produk tersebut. Jika kinerja produk lebih tinggi dari harapan konsumen maka konsumen akan mengalami kepuasan. Hal yang hampir serupa dikemukakan oleh Sabarguna (2005) yang menyebutkan adanya tiga macam kondisi kepuasan yang bisa dirasakan oleh konsumen berkaitan dengan perbandingan antara harapan dan kenyataan, yaitu jika harapan atau kebutuhan sama dengan layanan yang diberikan maka konsumen akan merasa puas. Jika layanan yang diberikan pada konsumen kurang atau tidak sesuai dengan kebutuhan atau harapan konsumen maka konsumen menjadi tidak puas.

Kepuasan konsumen merupakan perbandingan antara harapan yang dimiliki oleh konsumen dengan kenyataan yang diterima oleh konsumen. Konsumen yang mengalami kepuasan terhadap suatu produk atau jasa dapat dikategorikan ke dalam konsumen masyarakat, konsumen instansi dan konsumen individu. Dalam penelitian ini peneliti menitikberatkan pada kepuasan pasien. Pasien adalah orang yang karena kelemahan fisik atau mentalnya menyerahkan pengawasan dan perawatannya, menerima dan mengikuti pengobatan yang ditetapkan oleh tenaga kesehatan (Prabowo, 1999).

Berdasarkan berbagai pandangan di atas dapat disimpulkan bahwa kepuasan konsumen adalah perasaan emosional yang dirasakan konsumen setelah melakukan perbandingan yang mencakup perbedaan antara harapan dan hasil yang dirasakan sesuai dengan harapan, maka seseorang merasa puas dan sebaliknya.

2.4.4. Dimensi Mutu Pelayanan

Kotler (1992) (dalam Wijono, 2008) menjelaskan, dimensi mutu pelayanan yang mempengaruhi kepuasan pada pelanggan antara lain:

1. Keandalan (*Reliability*)

Kemampuan untuk melaksanakan jasa yang dijanjikan dengan tepat dan terpercaya.

2. Ketanggapan (*Responsiveness*)

Kemauan untuk membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat atau ketanggapan.

3. Keyakinan (*Confidence*)

Pengetahuan dan kesopanan karyawan serta kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan atau “*assurance*”.

4. Empati (*Emphaty*)

Syarat untuk peduli, memberi perhatian pribadi bagi pelanggan.

5. Berwujud (*Tangible*)

Penampilan fasilitas fisik, peralatan, personel dan media komunikasi.

Sedangkan menurut Azwar (1996), dimensi kepuasan pelanggan dapat dibedakan menjadi dua macam: 1) kepuasan pasien yang hanya mengacu pada penerapan kode etik serta standar pelayanan oleh *provider* yang mencakup: hubungan dokter dengan pasien, hubungan perawat dengan pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan melakukan pilihan, pengetahuan, kompetensi teknis, efektifitas pelayanan dan keamanan tindakan; 2) kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan kesehatan yang meliputi: ketersediaan pelayanan kesehatan, kewajaran pelayanan kesehatan, kesinambungan pelayanan kesehatan, penerimaan pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan kesehatan, keterjangkauan pelayanan kesehatan, efisiensi pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan.

Tenaga medis dan perawat adalah dua profesi yang paling sering berhubungan dengan pasien secara langsung, sehingga kepuasan pasien akan lebih dipengaruhi oleh dua profesi ini walaupun ada beberapa faktor lain yang ikut mempengaruhi kepuasan pasien itu sendiri. Menurut Parasuraman *et al.* (1999), dalam teori kepuasan pelanggan menjelaskan bahwa pelayanan handal dan keberhasilan akan melahirkan kepuasan pelanggan dalam bidang keperawatan apabila memenuhi beberapa hal berikut:

a. Ketanggapan

Kecepatan perawat dalam melakukan tindakan untuk mengatasi keluhan pasien akan meningkatkan rasa puas pasien terhadap pelayanan keperawatan. Misalnya perawat segera memberi obat penghilang rasa nyeri kepada pasien yang mengeluh nyeri. Selain itu kecepatan perawat dalam mendatangi pasien yang membutuhkan bantuan juga akan mempengaruhi tingkat kepuasan pasien. Semakin cepat perawat dalam mendatangi yang membutuhkan bantuan, akan semakin meningkat kepuasan pasien tersebut.

b. Empati

Keterampilan perawat dalam merawat pasien akan mempengaruhi kepuasan pasien. keterampilan ini tidak hanya terampil dalam melakukan tindakan saja, tetapi juga terampil dalam berkomunikasi terhadap pasien yang dirawatnya. Hal ini dapat dilihat dari komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat.

c. Wujud nyata

Kebersihan dan kenyamanan ruangan akan menimbulkan rasa nyaman pada pasien sehingga pasien akan lebih mudah untuk beristirahat. Sikap perawat yang selalu menjaga kebersihan dan kenyamanan ruangan pasien, seperti sikap perawat menjadikan rapi pada meja pasien akan meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

d. Kehandalan

Sikap dan tindakan yang ditunjukkan oleh perawat akan membuat pasien merasa diperhatikan. Misalnya perawat yang selalu memberikan perhatiannya, perawat yang membantu memenuhi *Activity Daily Living* (ADL) pasiennya. Hal ini nantinya juga akan berdampak pada kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

e. Keyakinan

Jaminan pelayanan yang diberikan oleh perawat akan menimbulkan rasa percaya pada diri pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat. Hal ini bisa terlihat dari pelayanan keperawatan yang memenuhi standar asuhan keperawatan pelayanan keperawatan yang dapat mengurangi keluhan pasien dan pelayanan keperawatan yang dilakukan secara profesional.

2.4.5. Metode Pengukuran Kepuasan

Menurut Kotler (2005), ada berbagai metode dalam pengukuran kepuasan pelanggan yaitu :

a. Sistem Keluhan dan Saran

Pemberi pelayanan memberikan kepuasan pada pelanggan dengan cara menerima saran, keluhan masukan mengenai produk atau jasa layanan. Jika penanganan keluhan, masukan dan saran ini baik dan cepat, maka pelanggan akan merasa puas, sebaliknya jika tidak maka pelanggan akan merasa kecewa. Contohnya dengan menggunakan formulir, kotak saran, kartu komentar.

b. Riset Kepuasan Pelanggan

Model ini berusaha menggali tingkat kepuasan dengan survei kepada pelanggan mengenai jasa yang selama ini mereka gunakan. Survei akan mencerminkan kondisi lapangan yang sebenarnya mengenai sikap pelanggan terhadap produk atau jasa yang digunakan.

c. *Ghost Shopping*

Yaitu model yang mirip dengan *marketing intelligence* yaitu pihak pemberi jasa dari pesaingnya dengan cara berpura-pura sebagai pembeli atau pengguna jasa dan melaporkan hal-hal yang berkaitan dengan cara memahami kelemahan dan kekuatan produk jasa atau cara pesaing dalam menangani keluhan.

d. Analisis Pelanggan yang Hilang

Analisa pelanggan tertentu yang berhenti menggunakan produk jasa dan melakukan studi terhadap bekas pelanggan mereka. Pengukuran kepuasan pelanggan merupakan elemen penting dalam menyediakan pelayanan yang lebih baik, lebih efisien dan lebih efektif. 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 *public*. Pada kondisi persaingan sempurna, dimana pelanggan mampu untuk memilih diantara beberapa alternatif pelayanan dan memiliki informasi yang memadai, kepuasan pelanggan merupakan satu determinan kunci dari tingkat permintaan pelayanan.

Tingkat kepuasan pelanggan terhadap pelayanan merupakan faktor yang penting dalam mengembangkan suatu sistim penyediaan pelayanan tanggap terhadap kebutuhan pelanggan, meminimalkan biaya dan waktu serta memaksimalkan dampak pelayanan terhadap populasi sasaran.

2.5 **Komunikasi Terapeutik**

2.5.1 **Pengertian Komunikasi**

Istilah komunikasi berasal dari bahasa Inggris yaitu "*communication*". Kata *communication* ini sendiri berasal dari bahasa latin "*communicare*" yang artinya pemberitahuan dan atau pertukaran ide, dengan pembicara mengharapkan adanya pertimbangan atau jawaban dari pendengar atau lawan bicara (Suryani, 2005).

Hakikat komunikasi adalah proses pernyataan antar manusia yang dinyatakan berupa pikiran atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan bahasa sebagai alat penyalurnya (Effendy, 2001). Dalam “bahasa” komunikasi pernyataan dinamakan pesan (*message*), orang yang menyampaikan pesan disebut komunikator (*communicator*), sedangkan orang yang menerima pernyataan disebut komunikan (*communicate*). Untuk tegasnya, komunikasi berarti proses penyampaian pesan oleh komunikator kepada komunikan.

2.5.2 Peranan Komunikasi

Dalam kehidupan sehari-hari, kita tidak lepas dari kegiatan komunikasi. Kenyataannya, memang komunikasi secara mutlak merupakan bagian integral dari kehidupan kita, tidak terkecuali yang berstatus sebagai perawat, yang tugasnya sehari-hari selalu berhubungan dengan orang lain. Entah itu dengan pasien, sesama teman, dengan atasan, dokter dan sebagainya. Maka komunikasi adalah sarana yang sangat efektif dalam memudahkan perawat melaksanakan peran dan fungsinya dengan baik (Kariyoso, 1994).

2.5.3 Komponen Komunikasi

Menurut Kariyoso (1994), menyebutkan komponen komunikasi terdiri dari :

a. Komunikator

Komunikator (pemberi pesan), biasanya juga berarti tempat berasalnya sumber pesan. Dalam proses keperawatan, perawat merupakan sumber pesan atau komunikator bagi pasien.

b. *Message*

Message (pesan atau berita) merupakan yang disampaikan oleh perawat melalui pembicaraan, gerakan dan sebagainya. Dirumah sakit pesan ini biasanya berupa

nasehat dokter atau perawat pada pasien, hasil konsultasi pada status pasien, laporan, dan sebagainya. Isi pesan ini juga yang menentukan untuk klien memberikan respon dan mengubah perilakunya.

c. *Channel*

Media atau sarana yang digunakan perawat untuk berkomunikasi dengan pasien, biasanya menggunakan panca indra.

d. *Komunikasikan*

Komunikasikan adalah penerima pesan atau obyek sasaran dari kegiatan komunikasi. Dalam proses keperawatan, klien merupakan penerima pesan atau komunikasikan.

e. *Feed back*

Feed back adalah umpan balik atau tanggapan, dan merupakan respon pasien terhadap pesan yang disampaikan perawat.

2.5.4 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Maka disini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi perawat (Damaiyanti, 2010).

Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat-pasien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi pasien (Mundakir, 2006). Komunikasi terapeutik adalah proses dimana perawat yang menggunakan pendekatan terencana mempelajari klien (Potter dan Perry, 2005). Komunikasi terapeutik mengembangkan hubungan interpersonal antara klien dan perawat. Proses ini meliputi kemampuan khusus, karena perawat harus memperhatikan pada berbagai interaksi dan tingkah laku non-verbal pasien.

2.5.5 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Dengan memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, perawat akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi.

Komunikasi terapeutik dilaksanakan dengan tujuan (Mundakir, 2006) antara lain:

- a. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan.
- b. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri dalam hal peningkatan derajat kesehatan.
- d. Mempererat hubungan atau interaksi antara pasien dan terapis (tenaga kesehatan) secara profesional dan proposional dalam rangka membanu penyelesaian masalah pasien.

2.5.6 Ciri-ciri Komunikasi Terapeutik

Ada tiga hal mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik menurut Arwani, (2002) yaitu:

a. Keikhlasan

Dalam rangka membantu klien perawat harus menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan klien. Apa yang perawat pikirkan dan rasakan tentang individu dan dengan siapa dia berinteraksi selalu dikomunikasikan pada individu, baik secara verbal maupun non verbal. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai kesadaran mengenai sikap yang dipunyai terhadap pasien sehingga mampu belajar untuk

mengkomunikasikan secara tepat. Perawat tidak akan menolak segala bentuk perasaan negatif yang dipunyai klien. Bahkan ia akan berusaha berinteraksi dengan klien. Hasilnya perawat akan mampu mengeluarkan perasaan yang dimiliki dengan cara yang tepat, bukan dengan cara mengalahkan atau menghukum klien.

b. Empati

Empati merupakan perasaan pemahaman dan penerimaan perawat terhadap perasaan yang dialami klien dan kemampuan merasakan dunia pribadi pasien. Empati merupakan sesuatu yang jujur, sensitif dan tidak dibuat-buat (objektif), didasarkan atas apa yang dialami orang lain. Empati cenderung bergantung pada kesamaan pengalaman diantara orang yang terlibat komunikasi. Namun demikian, empati dapat dikatakan sebagai kunci sukses dalam berkomunikasi dan ikut memberikan dukungan tentang apa yang sedang dirasakan klien.

c. Kehangatan

Hubungan saling membantu (*helping relationship*) dibuat untuk memberikan kesempatan klien mengeluarkan unek-unek (perasaan dan nilai-nilai) secara bebas. Dengan kehangatan perawat akan mendorong klien untuk mengekspresikan ide-ide dan menuangkan dalam bentuk perbuatan tanpa rasa takut dimaki atau dikonfirmasi. Suasana hangat, permisif dan tanpa adanya ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan perawat terhadap pasien sehingga, pasien akan mengekspresikan perasaannya secara lebih mendalam. Kondisi ini akan membuat perawat mempunyai kesempatan lebih luas untuk mengetahui kebutuhan klien. Kehangatan juga dapat dikomunikasikan secara non verbal. Penampilan yang tenang, suara yang meyakinkan dan pegangan tangan yang halus menunjukkan rasa belas kasihan atau kasih sayang perawat terhadap pasien.

2.5.7 Prinsip Komunikasi Terapeutik

Menurut Mundakir (2006), untuk mengetahui apakah komunikasi yang dilakukan tersebut bersifat terapeutik atau tidak, maka akan dilihat apakah komunikasi tersebut sesuai dengan prinsip-prinsip berikut ini:

- a. Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
- b. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
- c. Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut oleh klien.
- d. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
- e. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap maupun tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi.
- f. Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi.
- g. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
- h. Memahami betul arti simpati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati yang bukan tindakan terapeutik.
- i. Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik
- j. Mampu berperan sebagai *role model* agar dapat meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu mempertahankan keadaan sehat fisik, mental, sosial, spiritual dan gaya hidup.
- k. Disarankan untuk mengekspresikan perasaan yang dianggap mengganggu
- l. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.

- m. Altruisme, mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
- n. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- o. Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap dirinya atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain tentang apa yang dikomunikasikan.

2.5.8 Teknik Komunikasi Terapeutik

Beberapa tehnik dalam komunikasi terapeutik menurut Potter dan Perry (2005), antara lain:

a. Menyimak dengan Penuh Perhatian

Menyimak adalah satu teknik komunikasi terapeutik yang paling efektif. Menyimak merupakan metode non verbal untuk menunjukkan minat pada kebutuhan, pandangan, dan masalah klien. Menyimak membutuhkan perhatian dari perawat dan meliputi keinginan untuk memahami seluruh pesan verbal dan non verbal yang dikomunikasikan oleh seseorang. Menyimak dengan efektif pada awalnya mungkin terasa aneh dan membuang waktu, namun seperti kemampuan yang lainnya, juga membutuhkan latihan. Seorang pendengar efektif akan mendapatkan kepuasan bekerja dengan orang dan memahami keprihatinan kesehatan mereka yang lebih dalam. Untuk menjadi pendengar yang perhatian, perawat menggunakan kemampuan ini, antara lain:

- 1) Hadapi klien ketika mereka bicara.
- 2) Pertahankan kontak mata yang alamiah untuk menunjukkan keinginan untuk mendengar.
- 3) Mengambil postur yang menunjukkan menyimak. Hindari menyilangkan kaki dan tangan karena ini menunjukkan postur yang defensif.

- 4) Hindari gerakan tubuh yang mengganggu seperti meremas tangan, mengetukkan kaki atau bermain-main dengan sebuah benda di tangan.
 - 5) Menggangguk untuk mengakui ketika klien berbicara tentang hal penting atau mencari persetujuan.
 - 6) Condong ke pembicara untuk menunjukkan keterlibatan.
- b. Menunjukkan Penerimaan
- Menunjukkan penerimaan artinya bukan menghakimi orang lain dan menunjukkan keinginan pewawancara untuk menyimak kepercayaan, penghargaan, dan latihan klien. Untuk menunjukkan penerimaan perawat harus selalu waspada terhadap ekspresi non verbal pribadi. Perawat menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan ketidaksetujuan, seperti mengerutkan dahi atau menggelengkan kepala. Hal di bawah ini menunjukkan bahwa perawat menerima apa yang dikatakan klien:
- 1) Menyimak tanpa menginterupsi.
 - 2) Memberikan respon verbal yang menunjukkan pemahaman.
 - 3) Yakin bahwa petunjuk non verbal sesuai dengan komunikasi verbal.
 - 4) Menghindari perselisihan, menunjukkan kesangsian atau keinginan untuk mengubah pikiran klien.
- c. Mengajukan pertanyaan yang berhubungan
- Bertanya adalah metode langsung dari komunikasi. Tujuan perawat adalah untuk memperoleh informasi spesifik mengenai klien. Pertanyaan digunakan selama percakapan, untuk menetapkan nada iteraksi verbal dan mengontrol tujuannya. Mengajukan pertanyaan terbuka kepada klien akan mendorong perawat mengkaji beberapa faktor. Seringkali perawat perawat menjadi detil gejala dan tanda fisik serta pertanyaan terbuka untuk menghasilkan deskripsi yang akurat dan detil. Karena pertanyaan terbuka menimbulkan respon yang panjang, perawat dapat mengkaji kesenjangan atau ketidakcocokan.

d. Parafrase

Parafrase adalah mengulang pesan klien dengan kata-kata sendiri. Umumnya pernyataan yang diparafrasekan menggunakan kata-kata yang lebih sedikit daripada pernyataan yang asli. Melalui parafrase, perawat mengirim respon yang membuat klien tahu apakah pesan mereka dipahami dan mengacu pada komunikasi lebih lanjut. Jika makna pesan dapat berubah karena parafrase, maka komunikasi menjadi tidak efektif.

e. Menjelaskan

Menjelaskan dalam hal ini didefinisikan sebagai tindakan yang menyatakan ulang sebuah pernyataan yang sudah diutarakan atau dikirimkan oleh pengirim pesan. Tanpa penjelasan, informasi penting dapat menjadi hilang. Informasi sangat penting untuk rencana perawatan klien dan dapat menjadi tidak lengkap kecuali jika data yang membingungkan dapat dijelaskan.

f. Fokus

Fokus dapat didefinisikan sebagai memusatkan informasi pada elemen atau konsep kunci dari pesan yang dikirimkan. Pemfokusan akan menghilangkan ketidakjelasan dalam komunikasi dengan membatasi area diskusi. Perawat tidak menggunakan pemfokusan jika itu mengganggu klien ketika mendiskusikan masalah penting. Jika percakapan berlanjut tanpa informasi baru atau klien mulai mengulang hal yang sama, pemfokusan sangat berguna.

g. Menetapkan Observasi

Ketika berkomunikasi, orang seringkali tidak sadar bagaimana pesan mereka diterima. Respon dari orang lain memberi tahu mereka bahwa apakah mereka mengkomunikasikan pesan yang dikehendaki. Salah satu cara perawat dapat memberikan respon adalah dengan bersama dengan klien berbagi observasi tentang tingkah laku mereka selama komunikasi.

h. Memberikan Informasi

Memberikan informasi tambahan kepada klien mendorong timbulnya respon lebih lanjut. Menawarkan informasi secara terus menerus dilakukan tanpa henti tidak hanya akan membantu komunikasi namun juga meningkatkan kesehatan. Umumnya tidak terlalu berguna untuk menyimpan informasi tersebut. Jika perawat menghindari memberi informasi atau hanya memberi sebagian dari informasi, klien mungkin akan kehilangan kepercayaan pada perawat.

i. Mempertahankan Ketenangan

Ketenangan akan membuat perawat dan klien dapat berpikir. Kegunaan ketenangan dapat menjadi efektif namun dapat menjadi sulit karena jeda dalam percakapan yang berlangsung selama beberapa detik atau menit dapat menyebabkan kejangalan. Perawat junior harus melatih teknik ini sebelum dapat menggunakannya. Penggunaan ketenangan membutuhkan keterampilan dan waktu. Ketenangan akan membuat klien memiliki kesempatan untuk berkomunikasi secara interpersonal, menyusun strategi dan berfikir mengolah informasi. Ketika klien dalam keadaan marah secara emosional, ketenangan akan membantu mereka berfikir. Masa tenang dapat meredakan situasi panas. Ketenangan perawat akan menunjukkan kebutuhan klien untuk menyendiri sejenak. Setelah klien siap untuk bicara lagi, umumnya mereka akan dapat dengan lebih jelas mengekspresikan perasaan mereka.

j. Menggunakan Keasertifan

Keasertifan adalah mempertahankan hak seseorang tanpa menyinggung orang lain yang tidak sepaham, Stanhope dan Lancaster, 1996 (dalam Perry dan Potter 2005). Melalui teknik asertif orang menunjukkan perasaan dan emosi dengan penuh keyakinan, terus menerus dan jujur. Orang yang tegas membuat keputusan dan pilihan serta dapat mengontrol hidup mereka dengan lebih efektif dari pada orang yang tidak tegas. Perawat dapat melatih kemampuan ketegasan klien dan bagaimana menggunakannya untuk meningkatkan kesehatan mereka.

k. **Penyimpulan**

Penyimpulan adalah pengulangan ringkas ide-ide utama yang telah didiskusikan. Penyimpulan mengatur gaya untuk interaksi lebih lanjut antara perawat dan klien. Penyimpulan akan membantu perawat mengulang aspek-aspek kunci interaksi. Komunikasi lebih lanjut dapat difokuskan pada masalah-masalah yang lebih relevan. Klien akan dapat merasakan jika perawat memahami pesan tersebut. Dengan penyimpulan, klien akan mampu mengulangi informasi dan menambahkan atau mengoreksi.

Sedangkan menurut Kathleen dkk (2006), menjelaskan teknik komunikasi terapeutik antara lain:

a. **Diam**

Berhenti atau diam yang dapat berlangsung selama detik atau menit tanpa menyisipkan respon verbal apapun.

b. **Memberikan Arahan Umum**

Menggunakan pertanyaan atau pernyataan yang mendorong klien untuk berbicara, memilih topik percakapan dan memfasilitasi kelanjutan pembicaraan.

c. **Spesifik dan Tentatif**

Membuat pernyataan yang spesifik bukan umum, dan tentatif bukan mutlak.

d. **Menggunakan Pertanyaan Terbuka.**

Mengajukan pertanyaan yang luas yang mengarahkan klien atau mengajak klien untuk menggali (merinci, mengklarifikasi, menggambarkan, membandingkan, atau mengilustrasikan) pikiran atau perasaan. Pertanyaan terbuka hanya mengidentifikasi topik yang akan didiskusikan dan meminta jawaban yang lebih panjang dari satu atau dua kata.

e. **Menggunakan Sentuhan**

Memberikan bentuk sentuhan yang tepat untuk menguatkan perasaan peduli. Karena kontak taktil sangat bervariasi pada setiap individu, keluarga, dan

budaya, perawat harus sensitif terhadap perbedaan sikap dan praktik klien sendiri.

f. Mencari Klarifikasi

Suatu metode yang membuat makna keseluruhan pesan klien agar mudah dipahami. Metode ini digunakan saat sulit menyatakan kembali dengan kata-kata sendiri dan saat komunikasi bertele-tele atau berputar-putar. Untuk mengklarifikasi pesan, perawat dapat menyatakan kembali pesan dasar atau mengakui kebingungan dan meminta klien untuk menyatakan kembali pesan.

g. Memeriksa Persepsi atau Mencari Validasi Kesepakatan

Suatu metode yang sama dengan klarifikasi yang memverifikasi makna kata-kata yang spesifik, bukan makna keseluruhan pesan.

h. Menawarkan Diri

Menunjukkan kehadiran, perhatian, atau harapan untuk memahami klien tanpa membuat suatu tuntutan atau memberi kondisi yang harus dipatuhi klien untuk mendapat perhatian perawat.

i. Memberikan Informasi

Memberikan dengan cara yang sederhana dan langsung, informasi faktual spesifik yang bisa atau tidak diminta klien. Saat informasi tidak diketahui, perawat mengatakannya dan menunjukkan siapa yang memiliki informasi tersebut, atau mengatakan kapan perawat akan mendapatkannya.

j. Pengakuan

Memberikan pengakuan, dengan cara yang tidak menghakimi, terhadap perubahan perilaku, usaha yang dilakukan oleh klien atau kontribusi terhadap komunitas. Pengakuan dapat bersama atau tanpa pemahaman, verbal atau non verbal.

k. Klarifikasi Waktu atau Urutan

Membantu klien menklarifikasi suatu kejadian, situasi, atau peristiwa dalam hubungannya dengan waktu.

l. Menyampaikan Kenyataan

Membantu klien membedakan antara yang nyata dan tidak nyata.

m. Merefleksikan

Mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan, atau isi kepada klien untuk memungkinkan mereka menggali ide dan perasaan mereka sendiri mengenai situasi.

2.5.9 Tahap-tahap Komunikasi Terapeutik

Dalam membina hubungan terapeutik (berinteraksi) dengan pasien, perawat mempunyai empat tahapan yang pada setiap tahapnya mempunyai tugas yang berbeda-beda dan harus diselesaikan oleh perawat. Tahapan-tahapan komunikasi terapeutik antara lain:

a. Fase Pra-Interaksi

Sebelum melakukan pertemuan pertama dengan klien, perawat idealnya mengulangi informasi mengenai klien. Informasi tersebut dapat meliputi riwayat keperawatan atau medis, *entry* dalam catatan medis, atau diskusi dengan perawat lainnya yang merawat klien. Selama masa pengulangan ini, perawat berfikir mengenai persoalan yang mungkin timbul. Fase pra-interaksi merupakan waktu dimana perawat merencanakan pendekatan (Perry dan Potter, 2005). Menurut Damaiyanti (2010), pra-interaksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan klien. Proses ini membantu perawat untuk berfikir mengenai nilai atau perasaan pribadi. Meskipun perawat mungkin merasakan resah mengenai klien, hal ini akan mempertajam proses mental dan membantu perencanaan. Langkah akhir dari fase pra-interaksi adalah untuk menentukan lokasi dan menetapkan kapan pertemuan dengan klien dilakukan untuk pertama kalinya. Lingkungan yang nyaman, tersendiri dan menarik akan mempercepat interaksi interpersonal. Perawat juga harus menyediakan waktu

yang cukup untuk diskusi. Tugas perawat dalam fase pra-interaksi (Mundakir, 2006):

- 1) Mengumpulkan data tentang klien
- 2) Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri
- 3) Menganalisa kekuatan profesional diri dan keterbatasan
- 4) Membuat rencana pertemuan dengan klien (kegiatan, waktu, dan tempat)

b. Fase Orientasi

Fase orientasi dimulai ketika perawat dan klien bertemu untuk pertama kalinya (Damaiyanti, 2010). Fase ini menentukan bagaimana hubungan perawat dan klien selanjutnya. Fase orientasi penting dan seringkali ditandai dengan ketidakpastian dan eksplorasi (Perry dan Potter, 2005). Selama pertemuan pertama, kedua belah pihak secara akrab saling mengkaji. Perawat dan klien membuat kesimpulan dan penilaian atas tingkah laku masing-masing. Komunikasi terapeutik akan menjadi lebih efektif jika perawat tulus, penuh empati, dan perhatian. Tugas perawat dalam fase orientasi (Mundakir, 2006):

- 1) Memberikan salam dan tersenyum pada klien
- 2) Memperkenalkan diri dan menanyakan nama klien
- 3) Melakukan validasi (kognitif, psikomotor, afektif) pada pertemuan berikutnya
- 4) Menyediakan kepercayaan, penerimaan, dan komunikasi terbuka
- 5) Membuat kontrak timbal balik
- 6) Mengeksplorasi perasaan klien, pikiran dan tindakan
- 7) Mengidentifikasi masalah klien
- 8) Mendefinisikan tujuan dengan klien
- 9) Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan

Menurut Perry dan Potter (2005), beberapa hal yang dilakukan oleh perawat dalam fase orientasi:

1) Pengujian

Klien seringkali menguji perawat selama fase orientasi. Hal ini disebabkan oleh kesulitan klien dalam memahami kebutuhan untuk membantu, ketakutan untuk mengekspresikan perasaan yang sesungguhnya dan kecemasan yang lebih besar daripada keinginan untuk berubah. Perawat yang sadar akan apa yang menjadi ketakutan klien harus menunjukkan rasa percaya diri dan kompeten.

2) Membangun kepercayaan

Kepercayaan adalah bersandarkan pada seseorang tanpa merasa ragu atau bertanya-tanya. Percaya diri, mandiri, kerahasiaan, dan kredibilitas adalah hasil dari hubungan yang saling mempercayai. Tidak mudah bagi klien untuk merasakan adanya kebutuhan bantuan atau untuk memintanya. Seringkali klien mempercayai perawat namun tidak sanggup untuk meminta bantuan. Kepercayaan menyediakan dasar untuk komunikasi efektif ketika masing-masing individu menjadi lebih terbuka dan mengekspresikan perasaan dan pemikirannya.

3) Mengidentifikasi masalah dan keberhasilan

Dalam pertemuan pertama, perawat mulai mengkaji status kesehatan klien. Melalui observasi dan interaksi, perawat mulai membuat kesimpulan diagnosa. Masalah kesehatan klien mungkin sederhana, seperti bergerak tanpa ketidaknyamanan, memilih makanan yang dapat ditoleransi dengan mudah. Hubungan dengan klien akan menguat jika perawat mengetahui masalah klien. Identifikasi masalah ini menggunakan kemampuan mendengar dengan penuh perhatian, pertanyaan yang tidak terbatas, parafrase, dan penjelasan.

4) Menjelaskan peran

Setelah hubungan yang membantu dimulai, peran harus ditetapkan. Hal ini terjadi melalui pertukaran informasi, meliputi kebutuhan mendesak klien, persepsi klien terhadap kebutuhan tersebut, pengukuran asuhan keperawatan yang harus diadakan dan langkah untuk menjamin partisipasi klien dalam perawatan

5) Menetapkan kontrak

Selain tujuan dan peran didefinisikan dengan jelas, perawat mungkin dapat menetapkan kontrak dengan klien. Umumnya fase ini membutuhkan pertukaran verbal. Perawat tidak seharusnya melakukan kontrak dengan cara terlalu formal tetapi harus memberikan garis besar perjanjian dengan cara di mana ia menjelaskan harapan dan menyimpulkan langkah untuk meningkatkan perkembangan ke arah kesehatan.

c. Fase Kerja

Selama fase kerja dari hubungan yang membantu, perawat berupaya untuk mencapai tujuan selama fase orientasi. Perawat dan klien bekerja bersama. Hubungan berkembang dan menjadi lebih fleksibel ketika klien dan perawat memiliki keinginan untuk berbagi perasaan dan mendiskusikan masalah. Perawat mendorong ekspresi terbuka perasaan klien. Hal ini akan dapat dicapai dengan mendengarkan. Jika klien tidak terbiasa untuk berbagi perasaan, perawat harus sabar dan penuh pemahaman. Empati dan penghargaan perawat akan membantu menelusuri perasaan dan pikiran klien yang sesungguhnya (Perry dan Potter, 2005). Menurut Perry dan Potter (2005), aspek yang diperlukan oleh perawat dalam fase kerja, antara lain:

1) Konfrontasi

Perawat membuat klien menyadari inkonsistensi dalam tingkah laku atau pemikiran berhubungan dengan pemahaman diri. Teknik ini membantu klien mengenali pertumbuhan atau berhadapan dengan hal-hal penting.

2) Kesiapan

Perawat memfokuskan interaksi pada situasi sekarang antara perawat dan klien. Klien belajar untuk memahami bagaimana mereka berinteraksi dengan orang lain. Hal ini meliputi menarik perhatian pada tingkah laku atau pernyataan klien.

3) Pemaparan diri

Perawat menunjukkan pengalaman, pemikiran, ide, nilai atau perasaan personal dalam konteks hubungan. Hal ini bukan terapi untuk perawat. Hal ini akan menunjukkan kepada klien bahwa pengalaman mereka dapat dipahami.

Menurut Mundakir (2006), tugas perawat dalam fase kerja antara lain:

- 1) Memberi kesempatan klien untuk bertanya.
- 2) Menanyakan keluhan utama atau keluhan yang mungkin berkaitan dengan kelancaran pelaksanaan kegiatan.
- 3) Memulai kegiatan dengan cara yang baik.
- 4) Melakukan kegiatan sesuai rencana.

d. Fase Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari setiap pertemuan perawat dan klien. Terminasi dibagi menjadi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir.

1) Terminasi Awal

Terminasi awal adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan klien. Pada terminasi sementara, perawat akan bertemu lagi dengan pasien pada waktu yang telah ditentukan.

2) Terminasi Akhir

Terminasi akhir terjadi jika klien akan pulang dari rumah sakit atau saudara selesai praktik di rumah sakit.

Tugas perawat dalam fase terminasi menurut Mundakir (2006), antara lain:

- a) Menciptakan realitas perpisahan
- b) Menyimpulkan hasil kegiatan: evaluasi hasil dan proses.
- c) Saling mengeksplorasi perasaan penolakan, kehilangan, sedih, marah dan perilaku lain.
- d) Memberikan *reinforcement* positif.
- e) Merencanakan tindak lanjut dengan klien.
- f) Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya (waktu, tempat, topik).
- g) Mengakhiri kegiatan dengan baik

2.5.10 Sikap Perawat dalam Komunikasi Terapeutik

Lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi yang terapeutik menurut Egan dalam Mundakir (2006), yaitu :

- a. Berhadapan
Artinya dari posisi ini adalah “Saya siap untuk anda”.
- b. Mempertahankan kontak mata
Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
- c. Membungkuk ke arah klien
Posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu.
- d. Mempertahankan sikap terbuka
Tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi.
- e. Tetap rileks
Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon kepada klien.

2.5.11 Manfaat Komunikasi Terapeutik

Manfaat komunikasi terapeutik Cristina, dll (2003) (dalam Mundakir, 2010) adalah:

- a. Mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dengan pasien melalui hubungan perawat-pasien
- b. Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan, dan mengkaji masalah dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat

2.5.12 Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik perawat pada fase orientasi terhadap Tingkat Kepuasan

Fase orientasi merupakan fase yang pertama kali dilakukan perawat ketika bertemu dengan pasien. Perawat mempunyai tugas yang harus dilakukan yakni memperkenalkan dirinya, peran yang diharapkan klien, tanggung jawab perawat dan klien (Stuart and Sunden, 1998). Klien yang masuk ke rumah sakit dan perlu dirawat inap adalah klien yang sedang mengalami masalah kesehatan yang serius dan dalam kondisi ini klien sangat sulit untuk diajak berkomunikasi, tetapi perawat harus tetap berusaha untuk tetap berkomunikasi dengan klien dan pada tahap ini yang dilakukan adalah mengucapkan salam, menjelaskan waktu yang diperlukan untuk melakukan kegiatan serta menjelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan. Perawat dapat melakukan kegiatan memperkenalkan diri, peran dan tanggung jawabnya setelah klien merasa nyaman.

Tujuan dari fase orientasi adalah membangun kepercayaan antara perawat dan pasien sehingga pasien akan lebih terbuka tentang keadaan dan perasaannya. Tidak timbul rasa takut, sungkan kepada perawat dan proses penyembuhan akan semakin cepat terjadi dan kepuasan pasien akan dapat dipenuhi, karena komunikasi yang baik di awal pertemuan merupakan aspek yang dapat dengan cepat merubah

persepsi seseorang dan dapat mempengaruhi kepuasan pengguna barang atau jasa (Wijono, 2008).

2.5.13 Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik perawat pada fase kerja terhadap Tingkat Kepuasan

Fase kerja merupakan inti dari semua fase yang terdapat pada komunikasi terapeutik. Perawat melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan dan menolong klien dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dialami, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab terhadap diri klien (Stuart and Sunden, 1998). Pada saat klien masuk ke rumah sakit dan perlu dirawat inap maka akan langsung diterima oleh perawat dan dianamnesa mengenai identitas, keluhan sekarang dan riwayat penyakit dahulu, pada tahap ini perawat memberikan kesempatan klien untuk mengutarakan masalah kesehatannya, memberikan kesempatan klien untuk bertanya dan perawat melaksanakan kegiatan sesuai yang direncanakan, biarpun kegiatan tersebut tidak tertulis, akan tetapi rencana kegiatan tetap dilaksanakan.

Tujuan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja adalah mengidentifikasi masalah yang dirasakan pasien dan mencoba untuk menyelesaikan masalah yang ada. Oleh karena itu, kemampuan untuk melakukan komunikasi terapeutik pada fase ini sangat diperlukan agar dapat dengan mudah mengetahui masalah kesehatan pasien, dengan memperhatikan perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien baik verbal maupun non verbal. Lamanya waktu interaksi antara perawat dan pasien pada fase ini dapat menentukan tingkat kepuasan pasien, karena menurut (Irawan, 2004), kualitas hubungan salah satunya dipengaruhi oleh lama interaksi yang terjadi, dan kualitas hubungan dapat dilihat dari puas atau tidak puasnya seseorang menjalani perannya masing-masing.

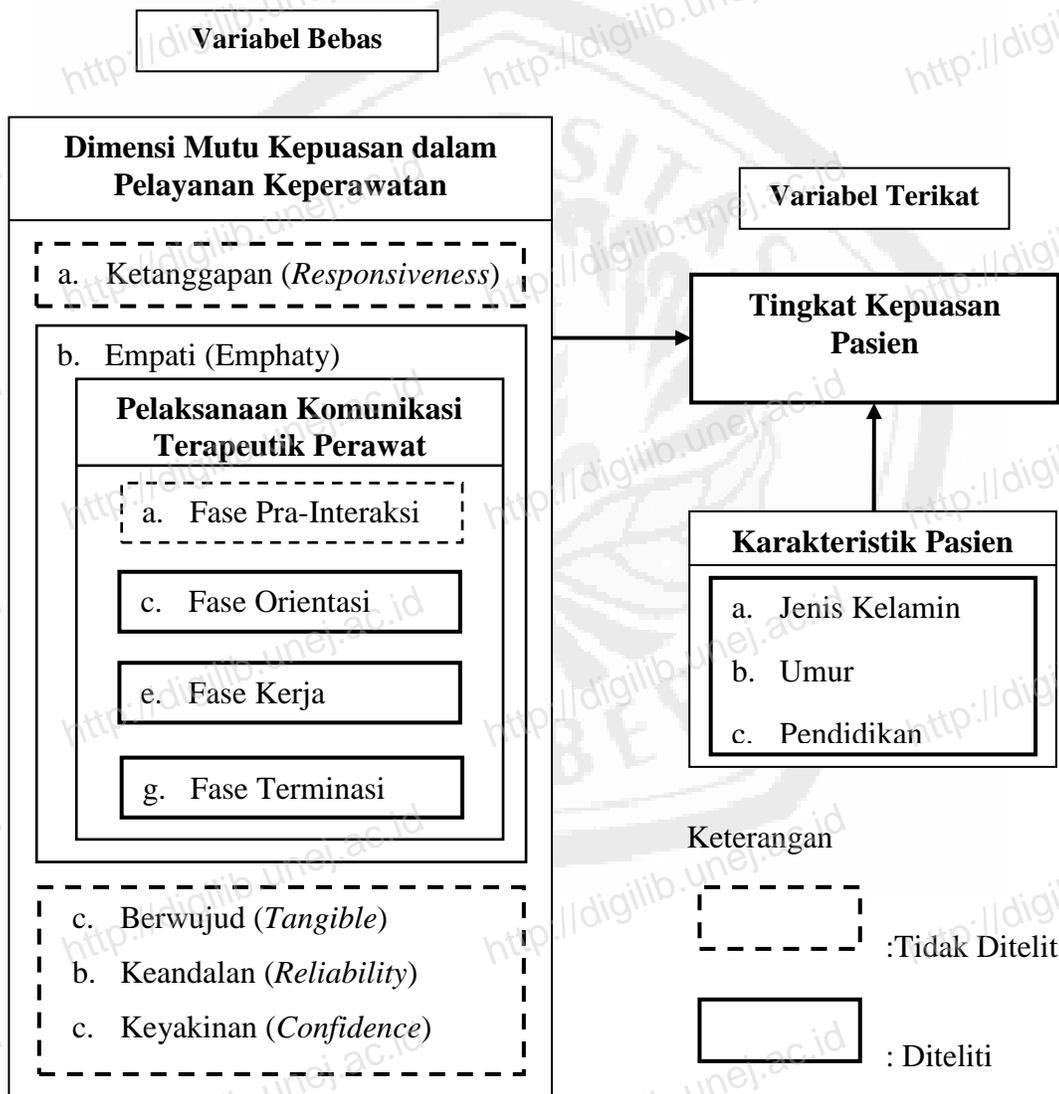
2.5.14 Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik perawat pada fase terminasi terhadap Tingkat Kepuasan

Pada tahap terminasi, perawat menghentikan interaksi sementara dengan klien dan tugas perawat adalah mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan dan merencanakan tindak lanjut dengan klien serta mengakhiri terminasi dengan baik (Stuart and Sunden, 1998). Setelah dilakukan kegiatan-kegiatan pada tahap sebelumnya perawat mengajak klien berdiskusi untuk menindak lanjuti kegiatan selanjutnya. Pada tahap ini kegiatan yang dilakukan perawat adalah menyimpulkan hasil kegiatan sebelumnya, merencanakan tindak lanjut selanjutnya dan mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik.

Tujuan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi ini adalah mengakhiri interaksi sementara dengan baik. Fase ini menuntut perawat dapat mengakhiri interaksi dengan baik, karena harapan pasien pada fase ini lebih besar dibandingkan pada fase-fase sebelumnya. Pasien berharap bahwa pada fase ini perawat mampu memberi alternatif penyelesaian masalah kesehatan yang dihadapi. Oleh karena itu, berhasilnya perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase terminasi dapat mempengaruhi kepuasan pasien.

2.6. Kerangka Konseptual

Peneliti mencoba membuat kerangka konseptual penelitian mengenai pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien, berdasarkan dimensi mutu kepuasan dalam pelayanan keperawatan menurut teori kepuasan pelanggan oleh Kotler (Parasuraman *et al.*, 1999). Kerangka konseptual penelitian tersebut, sebagai berikut:



Gambar 2.1 Kerangka Konsep tentang Komunikasi Terapeutik Perawat-Pasien dan Kepuasan Pasien (Teori Kepuasan Pelanggan Kotler (1992)).

Menurut Sabarguna (2005), salah satu aspek kepuasan pasien adalah hubungan pasien dengan petugas rumah sakit. Menurut Wijono (2008), petugas rumah sakit meliputi dokter, perawat atau tenaga medis, paramedis, dan tenaga non medis. Teori kepuasan pelanggan oleh Kotler (1992), menjelaskan bahwa kepuasan pelanggan dipengaruhi oleh lima dimensi mutu antara lain: ketanggapan (*responsiveness*), empati (*empathy*), berwujud (*tangible*), keandalan (*reliability*), keyakinan (*confidence*). Komunikasi oleh pemberi layanan termasuk dalam dimensi mutu empati. Dimensi mutu empati dalam pelayanan keperawatan dapat diukur, salah satunya dengan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat (Parasuraman *et al.*, 1999).

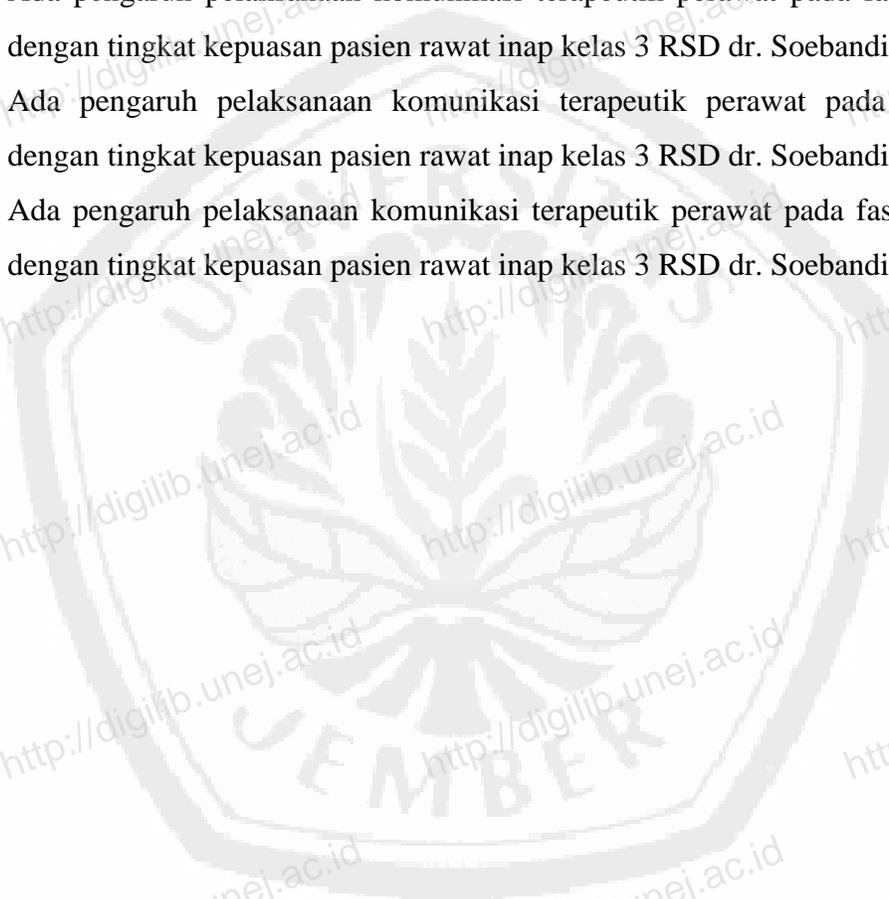
Menurut Azwar (1999) menjelaskan bahwa dimensi kepuasan pelanggan dapat dibedakan menjadi dua macam: 1) kepuasan pasien yang hanya mengacu pada penerapan kode etik serta standar pelayanan oleh provider yang mencakup: hubungan dokter dengan pasien, hubungan perawat dengan pasien, kenyamanan pelayanan, kebebasan melakukan pilihan, pengetahuan, kompetensi teknis, efektifitas pelayanan dan keamanan tindakan; 2) kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan kesehatan yang meliputi: ketersediaan pelayanan kesehatan, kewajaran pelayanan kesehatan, kesinambungan pelayanan kesehatan, penerimaan pelayanan kesehatan, ketercapaian pelayanan kesehatan, keterjangkauan pelayanan kesehatan, efisiensi pelayanan kesehatan dan mutu pelayanan kesehatan.

Dalam penelitian ini yang diambil hanya komunikasi dengan mengukur komunikasi terapeutik perawat sebagai variabel bebas dan tingkat kepuasan pasien sebagai variabel terikat. Objek penelitiannya adalah pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien rawat inap kelas 3. Pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dan pasien, dapat diketahui melalui penilaian pasien yang telah berkomunikasi dengan perawat selama ia dirawat.

2.7. Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan yang diterima secara sementara sebagai suatu kebenaran, sebagai adanya pada saat fenomena dan merupakan dasar kerja serta panduan dalam verifikasi (Nazir, 2005). Berdasarkan kerangka konseptual penelitian maka hipotesis yang akan digunakan dalam penelitian ini antara lain:

- a. Ada pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.
- b. Ada pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.
- c. Ada pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi dengan tingkat kepuasan pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian pada penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan metode penelitian berupa survei analitik, yaitu survei atau penelitian yang mencoba menggali bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi, kemudian melakukan analisis dinamika korelasi antara fenomena, baik antara faktor resiko dengan faktor efek (Notoatmodjo, 2005). Desain penelitian *cross sectional*, yaitu suatu penelitian dimana variabel-variabel yang termasuk efek diobservasi sekaligus pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2005). Nursalam (2003) menyatakan bahwa penelitian *cross sectional* yaitu jenis penelitian yang lebih menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data. Pada penelitian ini, variabel bebasnya adalah pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat, sedangkan variabel terikatnya adalah tingkat kepuasan pasien yang akan di lakukan pengukuran bersama.

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan diruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember. Alasan melakukan penelitian ditempat ini karena berdasarkan survei kepuasan yang peneliti lakukan, pasien ruang rawat inap kelas 3 mempunyai tingkat kepuasan paling rendah sebesar 25% dari ruang rawat inap kelas lain di RSD dr. Soebandi Jember. Selain itu, berdasar studi pendahuluan juga ditemukan bahwa, 10 orang yang pernah dirawat di RSD dr. Soebandi Jember, 7 diantaranya mengaku bahwa RSD dr

Soebandi Jember pelayanannya kurang maksimal terutama perawat yang sikapnya kasar, judes dan kurang kooperatif terhadap pasien dibandingkan dengan rumah sakit lain di Kabupaten Jember. Oleh karena itu, peneliti tertarik melakukan penelitian ditempat ini karena sesuai dengan permasalahan yang peneliti ambil yakni tentang pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.

3.2.2. Waktu Penelitian

Proposal penelitian dimulai sejak akhir bulan Januari hingga akhir bulan Februari 2011. Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei 2011.

3.3. Populasi, Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

3.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, 2005). Satu populasi harus mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Jadi populasi meliputi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki oleh subjek atau objek itu (Sugiyono, 2009). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap diruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember yang berjumlah 34925 pasien pada tahun 2010. Maka diperkirakan jumlah pasien pada bulan April 2011 berjumlah 2911 pasien. Dari populasi tersebut akan dipilih sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

3.3.2. Sampel Populasi

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut, apa yang dipelajari dari sampel, kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi, untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul representatif (Sugiyono, 2009).

Besar sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan rumus *sample minimal size* (Rao, 1996), sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot moe}$$

$$n = \frac{2911}{1 + 2911 \cdot 0,01}$$

$$n = \frac{2911}{30,11}$$

$$n = 96,67 = 97 \text{ responden}$$

Keterangan :

n = Besar Sampel

N = Jumlah Populasi

moe = *Margin of error* atau kesalahan maksimal yang ditolerir (0,01)

Berdasarkan perhitungan di atas, Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 97 responden.

3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan teknik pengambilan sampel *quota sampling* yaitu dengan cara menetapkan berapa besar jumlah sampel yang diperlukan atau menetapkan quota (jatah), kemudian jumlah itulah yang dijadikan dasar untuk mengambil unit sampel yang diperlukan. Anggota populasi manapun yang akan diambil tidak menjadi soal, yang penting jumlah quatum yang sudah ditetapkan dapat dipenuhi (Notoatmodjo, 2005).

Sampel diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi antara lain:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek peneliti dapat mewakili dalam sampel peneliti yang memenuhi syarat sebagai sampel atau persyaratan umum yang harus dipenuhi oleh subjek agar dapat diikuti dalam penelitian (Alimul, 2003). Kriteria inklusi pada penelitian ini, antara lain:

- 1) Responden merupakan pasien rawat inap kelas 3 minimal 3 hari dirawat berdasarkan LOS rawat inap RSD dr Soebandi Jember pada tahun 2010.
- 2) Responden sadar dan dapat diajak komunikasi jika responden dengan keterbatasan komunikasi dapat diwakilkan keluarga yang sering menemani pasien berdasar pengakuan pasien.
- 3) Usia dewasa (15-65 tahun), dengan harapan pasien sudah dapat mengungkapkan penilaiannya terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat sesuai dengan apa yang diterimanya.
- 4) Bersedia menjadi responden.

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Alimul, 2003).

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah pasien dengan perawatan intensif dan pasien anak.

3.4.

Va

riabel, Definisi Operasional, dan Cara Pengukuran

Definisi operasional variabel yang diteliti dalam penelitian ini adalah suatu definisi yang diberikan kepada suatu variabel atau konstruk dengan cara memberikan arti atau menspesifikasikan kegiatan ataupun memberikan operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut (Nazir, 2005). Variabel adalah ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota suatu kelompok yang lain (Notoadmodjo, 2005).

Pada penelitian ini variabel yang digunakan meliputi:

a. Variabel Bebas

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi dari variabel terikat (Notoadmodjo, 2005). Variabel bebas dari penelitian ini adalah pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat.

b. Variabel Terikat

Variabel terikat adalah variabel yang tergantung atas variabel lain (Nazir, 2003). Variabel terikat dari penelitian ini adalah tingkat kepuasan pasien.

Variabel-variabel yang diteliti, definisi operasional, skala data, cara pengukuran, skor dan kategori variabel penelitian dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut ini:

Tabel 3.1 Variabel, Definisi Operasional, Skala Data, Skor dan Kategori

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Skor dan Kategori
1.	Karakteristik Umum Responden	Ciri-ciri yang dimiliki oleh responden sebagai bagian dari identitasnya, yang meliputi: jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan.		
a.	Jenis Kelamin	Ciri fisik dan biologis yang membedakan laki-laki atau perempuan.	Nominal	Kategori Jenis Kelamin Meliputi: a. Laki-Laki b. Perempuan
b.	Umur	Usia responden berdasarkan pengakuannya, saat dilakukan wawancara atau lama waktu hidup atau sejak dilakukan terhitung sampai ulang tahun terakhir.	Rasio	Kategori Umur Meliputi: a. 13-17 Tahun b. 17-21 Tahun c. 21-49 Tahun d. 40-60 Tahun e. > 60 Tahun (Panuju dan Ida, 2005).
c.	Pendidikan	Jenjang pendidikan formal terakhir yang pernah dilalui responden, berdasarkan pengakuannya.	Nominal	Kategori Pendidikan Meliputi: a. Pendidikan Tingkat Dasar 1. Tidak Sekolah 2. Tidak Tamat SD atau Sederajat 3. Tamat SD atau Sederajat 4. Tidak Tamat SMP atau Sederajat 5. Tamat SMP atau Sederajat b. Pendidikan Tingkat Menengah 1. Tidak Tamat SMA atau Sederajat 2. Tamat SMA atau Sederajat c. Pendidikan Tingkat

				Tinggi 1. Diploma 2. Sarjana (S1) 3. Magister (S2) 4. Doktor (S3) (UU RI No.20 Tahun 2003 tentang Sisdiknas).
d.	Pekerjaan	Aktivitas tetap yang ditekuni responden untuk mencari nafkah berdasarkan pengakuannya.	Nominal	Kategori Pekerjaan Meliputi: a. Pegawai Negeri b. TNI Atau POLRI c. Petani d. Pedagang e. Wiraswasta f. Pensiunan g. Tidak Bekerja h. Dan lain-lain (Simanjuntak, 1998).
No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Skor dan Kategori
2.	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat	Persepsi pasien terhadap pelaksanaan komunikasi yang dilakukan oleh perawat atau segala kegiatan yang dilakukan oleh perawat dalam menolong atau membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien melalui fase-fase komunikasi terapeutik.		
a.	Fase Orientasi	Fase yang dilaksanakan saat pertama kali pertemuan dan awal setiap pertemuan kedua dan seterusnya.	Ordinal	Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi diukur dengan 14 pertanyaan. Setiap pertanyaan diberi alternatif jawaban yaitu dengan kriteria skor sesuai dengan skala

Likert, yang meliputi:

- a. Tidak Pernah = 1
- b. Kadang - kadang = 2
- c. Sering = 3
- d. Selalu = 4

Jumlah skor yaitu :

Maksimal = 56

Minimal = 14

Rentang = maksimal-
minimal

= 56-14

= 42

Banyak kelas = 3

Panjang kelas = Rentang/

Banyak kelas

= 42/3

= 14

Berdasarkan pembagian
tersebut,

pemberian kategori
pelaksanaan komunikasi
terapeutik perawat pada
fase orientasi ditetapkan
sebagai berikut:

Baik = $42 \leq x \leq 56$

Cukup = $28 \leq x \leq 41$

Kurang = $14 \leq x \leq 27$

(Nazir, 2003).

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Skor dan Kategori
b.	Fase Kerja	Inti hubungan yang dilakukan perawat dan pasien untuk melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.	Ordinal	<p>Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja diukur dengan 15 pertanyaan. Dan diberi alternatif jawaban yaitu dengan kriteria skor sesuai dengan skala Likert, yang meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Tidak Pernah = 1 b. Kadang - kadang = 2 c. Sering = 3 d. Selalu = 4 <p>Jumlah skor yaitu :</p> <p>Maksimal = 60</p> <p>Minimal = 15</p> <p>Rentang = maksimal- minimal</p> <p>= 60-15</p> <p>= 45</p> <p>Banyak kelas = 3</p>

Panjang kelas = Rentang/
Banyak kelas

$$= 45/3$$

$$= 15$$

Berdasarkan pembagian tersebut, pemberian kategori pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja ditetapkan sebagai berikut:

$$\text{Baik} = 45 \leq x \leq 60$$

$$\text{Cukup} = 30 \leq x \leq 44$$

$$\text{Kurang} = 15 \leq x \leq 29$$

(Nazir, 2003).

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Skor dan Kategori
c.	Fase Terminasi	Fase akhir pada setiap pertemuan perawat dan pasien.	Ordinal	<p>Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi diukur dengan 4 pertanyaan. Dan diberi alternatif jawaban yaitu dengan kriteria skor sesuai dengan skala Likert, yang meliputi:</p> <p>a. Tidak Pernah = 1 b. Kadang - kadang = 2 c. Sering = 3 d. Selalu = 4</p> <p>Jumlah skor yaitu : Maksimal = 16 Minimal = 5 Rentang = maksimal-minimal = 16-4 = 12</p>

Banyak kelas = 3
 Panjang kelas = Rentang/
 Banyak kelas
 $= 12/3$
 $= 4$

Berdasarkan pembagian tersebut, pemberian kategori pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi ditetapkan sebagai berikut:

Baik = $12 \leq x \leq 16$

Cukup = $8 \leq x \leq 11$

Kurang = $4 \leq x \leq 7$

(Nazir, 2003).

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Skor dan Kategori
3.	Tingkat Kepuasan Pasien	Penilaian ungkapan perasaan responden sebagai respon dari pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat melalui kepuasan tiap fasenya.	Ordinal	Kepuasan pasien pada pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat, diukur dengan 3 pertanyaan. Dengan kriteria tingkat kepuasan mulai dari <i>range</i> terendah sampai dengan <i>range</i> tertinggi (1-10). Jumlah skor yaitu : Maksimal = 30 Minimal = 3 Rentang = maksimal-minimal $= 30-3$ $= 27$ Banyak kelas = 3 Panjang kelas = Rentang/ Banyak kelas $= 27/3$

= 9

Berdasarkan pembagian skor tersebut diatas, pemberian kategori tingkat kepuasan ditetapkan sebagai berikut:

Sangat Puas = $21 \leq x \leq 30$

Puas = $12 \leq x \leq 20$

Tidak Puas = $3 \leq x \leq 11$
(Wijono, 1999)

a.	Tingkat Kepuasan Pasien pada fase Orientasi	Penilaian perasaan sebagai respon dari pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi.	ungkapan responden dari komunikasi	Ordinal	Kepuasan pasien pada pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi diukur dengan 1 pertanyaan. Dengan kriteria tingkat kepuasan mulai dari <i>range</i> terendah sampai dengan <i>range</i> tertinggi (1-10).
----	---	---	------------------------------------	---------	---

No.	Variabel	Definisi Operasional	Skala Data	Skor dan Kategori
b.	Tingkat Kepuasan Pasien pada fase kerja	Penilaian perasaan sebagai respon dari pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja.	Ordinal	Kepuasan pasien pada pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja diukur dengan 1 pertanyaan. Dengan kriteria tingkat kepuasan mulai dari <i>range</i> terendah sampai dengan <i>range</i> tertinggi (1-10).
c.	Tingkat Kepuasan Pasien pada fase terminasi	Penilaian responden sebagai respon dari pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi.	Ordinal	Kepuasan pasien pada pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi diukur dengan 1 pertanyaan. Dengan kriteria tingkat kepuasan mulai dari <i>range</i> terendah sampai dengan <i>range</i> tertinggi (1-10).

3.5 Data dan Sumber Data

3.5.1 Data Primer

Data primer merupakan data sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan seperti hasil wawancara atau hasil pengisian kuesioner yang biasanya dilakukan oleh peneliti (Sugiarto, 2003). Data primer dalam penelitian ini adalah data tingkat kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan di RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan kelas tahun 2011, data tingkat kepuasan pasien kelas 3 berdasar komponen kepuasan pelayanan rawat inap RSD dr. Soebandi Jember tahun 2011, dan data pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember.

3.5.2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan data yang diperoleh dari pihak lain atau data primer yang telah diolah lebih lanjut dan disajikan baik oleh pengumpul data primer atau oleh pihak lain yang pada umumnya disajikan dalam bentuk tabel-tabel atau diagram-diagram (Sugiarto, 2003). Data sekunder dalam penelitian ini adalah data-data yang mendukung penelitian tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien diruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember. Sumber data sekunder diperoleh dari RSD dr. Soebandi Jember.

3.6. Teknik Pengumpulan Data, Instrumen Pengumpulan Data dan Uji Validitas dan Reliabilitas

3.6.1. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini adalah wawancara (*interview*) yaitu, metode yang digunakan untuk mengumpulkan data, dimana peneliti mendapat keterangan atau pendirian secara lisan dari seorang sasaran peneliti (responden), atau bercakap-cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*) (Notoadmodjo, 2005). Jenis wawancaranya adalah wawancara terpimpin. Metode wawancara terpimpin adalah wawancara yang dilakukan berdasarkan pedoman-pedoman kuesioner yang telah disiapkan masak-masak, sehingga *interviewer* tinggal membacakan pertanyaan-pertanyaan tersebut kepada *interviewee* (Notoadmodjo, 2005).

3.6.2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah lembar kuesioner. Kuesioner adalah alat pengumpul data yang dipakai dalam wawancara berisi daftar pertanyaan yang sudah tersusun dengan baik, sudah matang, dimana pewawancara tinggal memberikan jawaban dengan memberikan tanda-tanda (Notoatmodjo, 2005).

3.6.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji coba kuesioner untuk uji validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan di RSUD dr. Haryoto Lumajang terhadap 30 pasien rawat inap kelas 3, dengan harapan

distribusi skornya akan mendekati kurva normal. Tujuan uji ini adalah untuk menghindari adanya pertanyaan-pertanyaan yang sulit dimengerti ataupun kekurangan atau kelebihan dari materi kuesioner itu sendiri serta menguji validitas dan reliabilitas kuesioner (Santoso, 2000).

a. Uji Validitas

Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid atau tidaknya suatu kuesioner. Suatu kuesioner dikatakan valid jika pertanyaan pada kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang akan diukur oleh kuesioner tersebut. Jadi validitas ingin mengukur apakah dalam pertanyaan yang peneliti susun benar-benar dapat mengukur apa yang hendak diukur (Riwidikdo, 2007).

Pengukuran tingkat validitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor butir pertanyaan dengan total *score* konstruk atau variabel. Uji signifikansi dilakukan dengan membandingkan nilai *r* hitung dengan nilai *r* tabel untuk *degree of freedom* ($df = n - k$) dalam hal ini *n* adalah jumlah sampel dan *k* adalah jumlah konstruk. Jika *r* hitung (untuk *r* tiap butir) dapat dilihat pada kolom *Corrected Item - Total Correlation* lebih besar dari *r* tabel dan nilai *r* positif, maka butir atau pertanyaan tersebut dikatakan valid atau nilai *Corrected Item - Total Correlation* lebih dari 0,3 (Masri, 1989).

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas dimaksudkan untuk mengukur seberapa jauh responden memberikan jawaban yang konsisten terhadap kuesioner yang diberikan. Reliabilitas sebenarnya adalah alat untuk mengukur suatu kuesioner yang merupakan indikator dari variabel atau konstruk. Suatu kuesioner dikatakan reliabel atau handal jika jawaban seseorang terhadap pernyataan adalah konsisten atau stabil dari waktu ke waktu. Jawaban responden terhadap pertanyaan

dikatakan reliabel jika masing-masing pertanyaan dijawab secara konsisten atau jawaban tidak boleh acak oleh karena masing-masing pertanyaan hendak mengukur hal yang sama (Riwidikdo, 2007).

Pengukuran reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan dengan cara *one shot* atau pengukuran sekali saja. Disini pengukurannya hanya sekali dan kemudian hasilnya dibandingkan dengan pertanyaan lain atau mengukur korelasi antar jawaban pertanyaan. Program SPSS versi 11.5 memberikan fasilitas untuk mengukur reliabilitas dengan uji *cronbach alpha*. Suatu konstruk variabel dikatakan reliabel jika memberikan nilai *cronbach alpha* lebih dari 0,6 (Singarimbun, 1989).

Jumlah pertanyaan yang diujikan mengenai persepsi pasien mengenai pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi 16 pertanyaan, namun setelah diujikan sebanyak 14 pertanyaan yang memenuhi kriteria valid dan reliabel. Pertanyaan yang tidak valid dan reliabel adalah pertanyaan nomor 5 dan 10. Jumlah pertanyaan pelaksanaan komunikasi terepeutik perawat pada fase kerja 16 pertanyaan, namun setelah diujikan, ada satu pertanyaan nomor 9 yang tidak valid dan reliabel dan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi juga terdapat satu pertanyaan yang tidak valid dan reliabel yaitu pertanyaan nomor 5. Pertanyaan yang tidak valid dan reliabel akan dihapus agar tidak mengganggu penelitian.

Pertanyaan yang sudah memenuhi validitas dan reliabilitas sebanyak 33 pertanyaan dengan pembagian, 14 pertanyaan untuk pelaksanaan komunikasi perawat fase orientasi, 15 pertanyaan untuk pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat fase kerja dan 4 pertanyaan untuk pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat fase terminasi.

3.7. Teknik Pengolahan Data, Penyajian Data dan Analisa Data

3.7.1. Teknik Pengolahan Data

Teknik pengolahan data pada penelitian ini meliputi:

a. *Editing*

Editing adalah kegiatan yang dilakukan setelah peneliti menghimpun data di lapangan (Bungin, 2005). *Editing* dilakukan terhadap data yang diperoleh dari hasil wawancara yang tertera pada lembar kuesioner, hal ini dilakukan untuk meneliti data yang telah dikumpulkan, apabila terdapat data yang kurang lengkap maka peneliti akan memberikan keusioner susulan pada pasien dengan harapan data-data yang ada benar-benar lengkap.

b. *Scoring*

Scoring merupakan langkah selanjutnya setelah responden memberikan jawaban atas pertanyaan-pertanyaan yang terdapat dikuesioner. *Scoring* jawaban dimulai dari jawaban yang terendah kemudian dijumlah untuk mengetahui skor total pada masing-masing variabel.

c. Tabulasi

Tabulasi adalah memasukkan data pada tabel tertentu dan mengukur serta menghitungnya (Bungin, 2005). Langkah ini dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam menjumlahkan skor dari jawaban-jawaban responden secara bersama-sama dalam bentuk tabel.

3.7.2. Teknik Penyajian Data

Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang dilakukan agar laporan dapat dipahami, dianalisis agar sesuai dengan tujuan yang diinginkan, kemudian ditarik kesimpulan sehingga menggambarkan hasil penelitian (Suyanto, 2005). Teknik penyajian data pada penelitian ini dilakukan dengan pemeriksaan data, pemberian nilai, tabulasi dan deskripsi hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel sebagai hasil dari pengolahan data kuesioner.

Penyajian data merupakan salah satu kegiatan dalam pembuatan laporan hasil penelitian yang telah dilakukan agar dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan. Penyajian data dalam bentuk tabel yang dideskripsikan yang digunakan pada penulisan laporan hasil penelitian dengan maksud agar orang mudah memperoleh gambaran rinci tentang hasil penelitian yang telah dilakukan (Budiarto, 2003).

3.7.3. Teknik Analisis Data

Analisa data yang dilakukan dalam penelitian ini meliputi analisis kuantitatif yang dimaksudkan untuk mengolah dan mengorganisasikan data, serta menemukan hasil yang dapat dibaca dan dapat diinterpretasikan. Analisis kuantitatif dilakukan dengan metode tertentu.

Pada penelitian ini, peneliti melakukan analisis data secara bertingkat dimulai dari:

a. Analisis Univariat

Dilakukan pada setiap variabel yang terdapat pada instrumen penelitian yang meliputi 1) karakteristik umum responden, 2) pelaksanaan komunikasi terapeutik

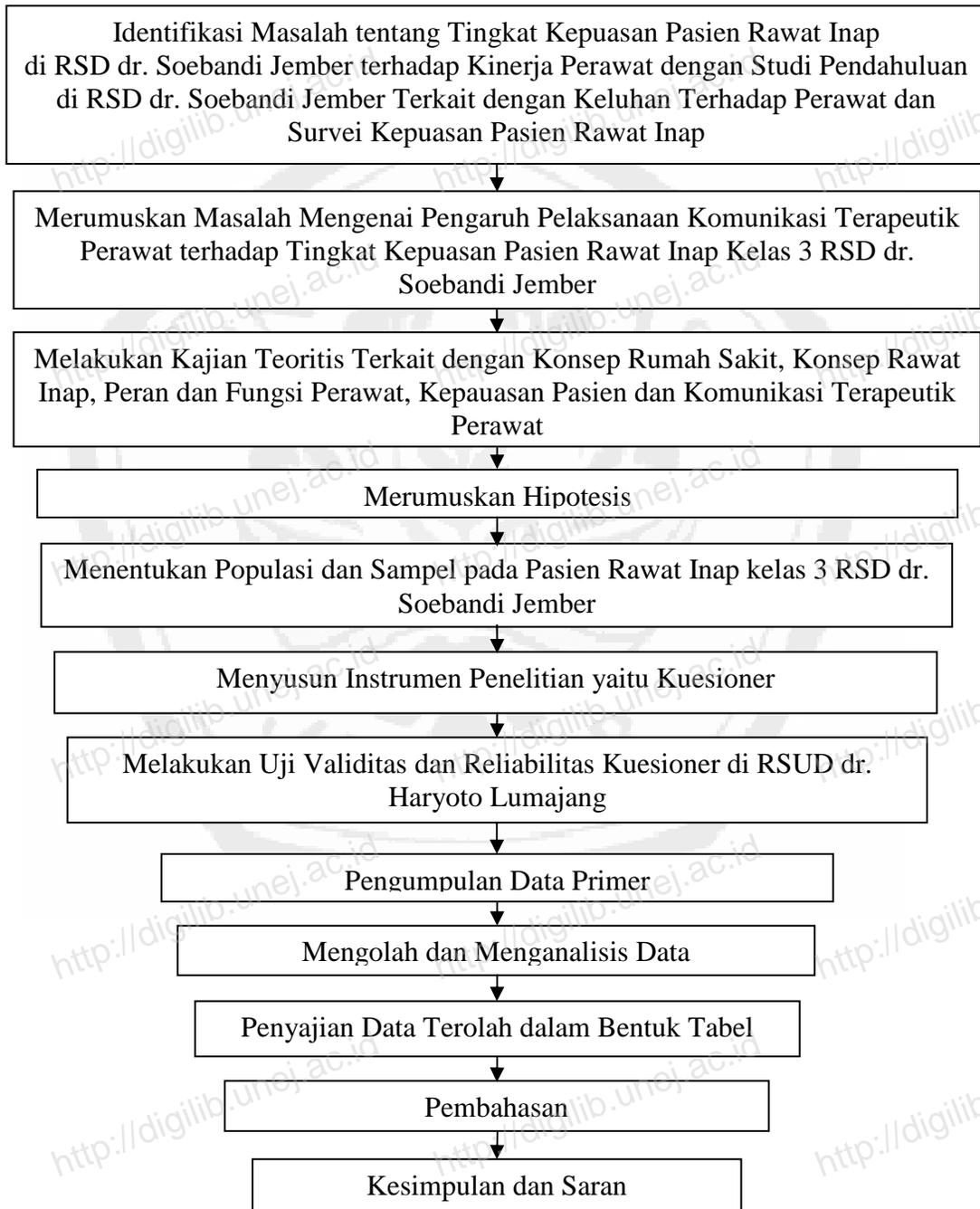
pada fase orientasi, 3) pelaksanaan komunikasi terapeutik pada fase kerja, 4) pelaksanaan komunikasi terapeutik pada fase terminasi, dan 5) tingkat kepuasan pasien, dengan perhitungan berupa distribusi tabel frekuensi berdasar semua variabel, ukuran tendensi sentral, perhitungan rerata, proporsi, presentase serta pembahasan tentang gambaran variabel yang diamati.

b. Analisis Multivariabel

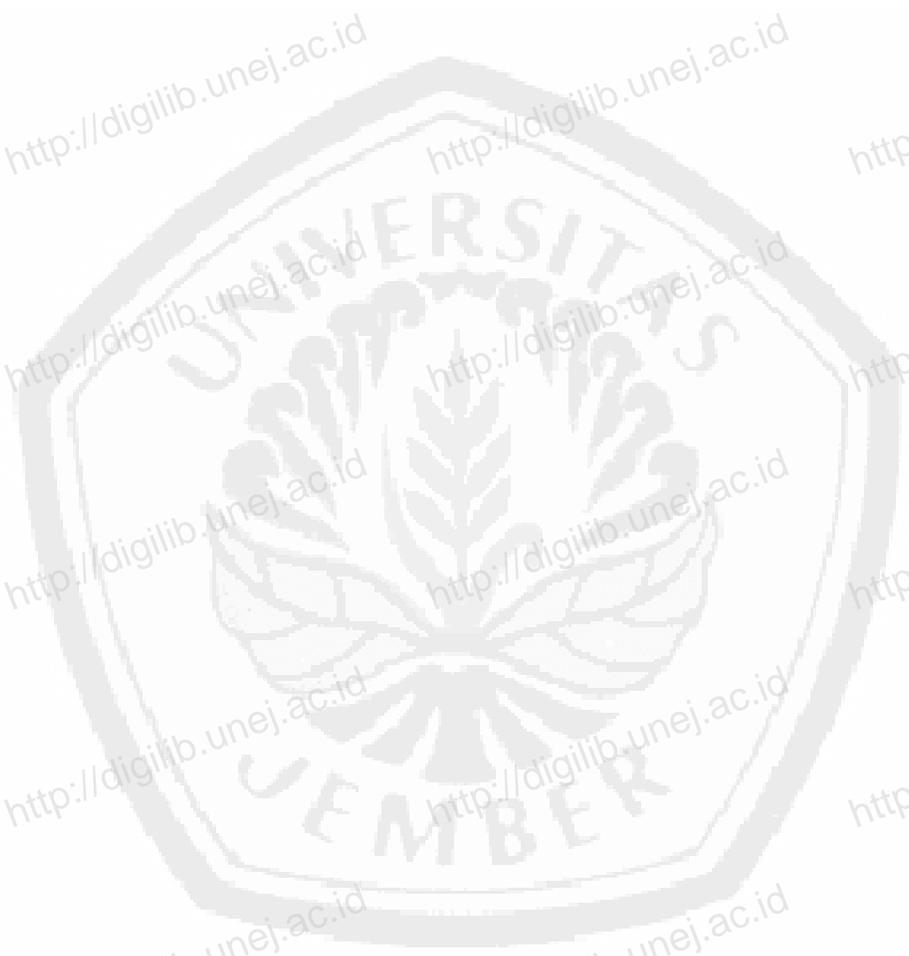
Untuk data lebih dari dua variabel dilakukan untuk mencari pengaruh masing variabel bebas secara bersama-sama terhadap variabel terikat serta mencari manakah variabel bebas yang paling berpengaruh terhadap variabel terikat dengan uji analisis Regresi Logistik. Regresi Logistik adalah analisis regresi di mana variabel terikatnya menggunakan skala ordinal, sedangkan variabel bebasnya bisa merupakan *Covariate* (jika menggunakan skala interval atau rasio) atau bisa merupakan faktor (jika menggunakan skala nominal atau ordinal) (Singarimbun, 1989). Adapun tujuan analisis ini adalah memprediksikan besar variabel terikat dengan menggunakan data variabel yang sudah diketahui besarnya serta mengukur pengaruh antara variabel bebas dan terikat setelah mengontrol pengaruh bebas lainnya (Ghozali, 2001). Dengan menggunakan data kuesioner, variabel-variabel yang mempunyai kriteria kemaknaan statistik dimasukkan ke dalam analisis multivariat Regresi Logistik dengan metode *forward* untuk mendapatkan faktor yang berpengaruh secara signifikan dan dapat dihitung nilai estimasi parameter-parameternya (Santoso, 2000).

3.8. Kerangka Alur Penelitian

Kerangka alur dalam penelitian ini, sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Alur Penelitian



BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Karakteristik Responden

4.1.1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis kelamin dapat menunjukkan kondisi fisik dari seseorang. Dalam kaitannya dengan bidang kesehatan, jenis kelamin sering kali memberikan arti akan kekuatan fisik seseorang. Gambaran umum mengenai pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan jenis kelamin dapat ditabulasikan sebagai berikut :

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	38	39,17
Perempuan	59	60,83
Total	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember adalah sebagian besar dengan persentase 60,83% berjenis kelamin perempuan. Hal ini menunjukkan bahwa perempuan lebih rentan terhadap suatu penyakit. Menurut Notoatmodjo (2003) jenis kelamin seseorang sangat berhubungan dengan angka kesakitan dimana angka kesakitan perempuan lebih tinggi dibanding angka kesakitan laki-laki.

Selain itu, banyaknya pasien yang berjenis kelamin perempuan bisa saja disebabkan karena perempuan lebih perhatian terhadap keadaan badannya. Perempuan lebih perasa dan sensitif terhadap apa yang dirasakan oleh badannya daripada laki-laki. Laki-laki cenderung tidak memperdulikan apa yang terjadi pada badannya meskipun dalam keadaan sakit. Sehingga intensitas untuk berkunjung ke layanan kesehatan lebih banyak terjadi pada perempuan daripada laki-laki, meskipun itu hanya untuk konsultasi kesehatan. Hal ini sesuai dengan pendapat Smet (1994)

(dalam Cole, 2005), perempuan lebih banyak melaporkan adanya gejala penyakit dan lebih sering berkonsultasi dengan petugas kesehatan daripada laki-laki.

Perbedaan jenis kelamin tersebut menuntut pelayanan kesehatan yang berbeda pula antara laki-laki dan perempuan. Pelayanan kesehatan yang diberikan harus sesuai dengan kebutuhan pasien. Oleh karena itu, karakteristik pasien berjenis kelamin perempuan harus diperhatikan pihak rumah sakit, karena konsumen laki-laki dan perempuan berbeda dalam memenuhi kebutuhannya. Hal ini sesuai dengan pendapat Lamb *et al.* (2001) yang menyatakan konsumen laki-laki dan perempuan berbeda dalam memenuhi kebutuhan, sedangkan Kotler (2005) menyatakan jenis kelamin dan budaya merupakan karakteristik konsumen yang memberikan stimuli bagi konsumen untuk memutuskan pembelian suatu produk atau jasa yang ditawarkan.

4.1.2. Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Usia mencerminkan kondisi fisik dari seseorang. Dalam kaitannya dengan bidang kesehatan, usia dapat mencerminkan kebutuhan perawatan kesehatan tertentu pada diri seseorang. Usia adalah variabel yang paling lazim disesuaikan, karena perbedaan usia memberikan pengaruh paling besar terhadap angka kematian dan kesakitan (Timmreck, 2004). Angka-angka kesakitan maupun kematian hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan usia seseorang (Notoatmodjo, 2003). Gambaran umum mengenai pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan usia dapat ditabulasikan sebagai berikut:

Tabel 4.2 Distribusi Responden Berdasarkan Umur

Usia (Tahun)	Frekuensi	Persentase (%)
13-17	4	4,13
18-21	3	3,09
22-49	45	46,39
50-60	45	46,39
Total	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan usia di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember adalah sebagian besar berusia 22-49 dan 50-60 tahun dengan persentase masing-masing 46,39%. Distribusi usia tersebut menurut Hurlock (1980) tergolong pada usia dewasa.

Hasil ini mengindikasikan bahwa kenaikan umur atau usia mempengaruhi seseorang memakai jasa pelayanan kesehatan, khususnya rumah sakit, karena data menunjukkan bahwa peningkatan usia cenderung memperlihatkan penurunan kesehatan, hal ini sesuai dengan pendapat Simanora (2003) yang menyebutkan bahwa semakin tinggi usia seseorang disertai perubahan fisik yang dimilikinya, maka akan mengakibatkan semakin tinggi pula kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan, begitupun sebaliknya semakin rendah usia seseorang mengakibatkan semakin rendah pula kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan.

Selain itu, usia seseorang akan mempengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan untuk usia muda tentunya berbeda dengan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan usia dewasa, karena ada banyak faktor yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan salah satunya adalah jenis penyakit yang diderita. Menurut Lamb *et al.* (2001), umur merupakan faktor demografi yang berhubungan dengan perilaku pembelian konsumen. Hal ini ditegaskan lagi bahwa umur dan *family life cycle* merupakan tahap yang mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap perilaku konsumen. Pendapat ini didukung juga oleh Kotler (2005), yang menyatakan tipe produk yang dibeli orang berubah selama tahap siklus hidup dan usia seseorang

perlu diperhatikan pihak pemasar, karena akan mempengaruhi pembelian barang-barang dan jasa. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Triyaningsih (2000), yang menyebutkan bahwa rata-rata usia pasien yang menggunakan jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah kelompok usia dewasa.

4.1.3. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Tingkat pendidikan mencerminkan tingkat intelegualitas dari seseorang. Kondisi ini seringkali juga mencerminkan pemilihan lokasi untuk pemeriksaan kesehatan. Gambaran umum mengenai pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan kelompok pendidikan dapat ditabulasikan sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
Tingkat Dasar	83	85,57
Tingkat Menengah	12	12,37
Tingkat Tinggi	2	2,06
Total	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan pendidikan di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember adalah sebagian besar dengan persentase 85,57% berpendidikan tingkat dasar, 12,37% merupakan pendidikan tingkat menengah dan sisanya merupakan pendidikan tingkat tinggi.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ruang rawat inap kelas 3 di dominasi oleh pasien yang mempunyai tingkat pendidikan rendah, hal ini dikarenakan seseorang dengan pendidikan rendah cenderung memiliki permintaan terhadap fasilitas kesehatan tidak terlalu tinggi. Fasilitas yang diberikan pada pasien rawat inap kelas 3 tentunya berbeda dengan fasilitas di kelas 2 atau paviliun. Pasien rawat inap kelas 2 maupun paviliun, cenderung mereka yang mempunyai tingkat pendidikan menengah keatas, sehingga permintaan terhadap fasilitas kesehatan juga tinggi dan mereka menuntut kenyamanan kepada pemberi layanan kesehatan. Orang

yang berpendidikan rendah cenderung “nrimo” atas pelayanan kesehatan yang diberikan, karena mereka merasa tidak mampu membayar fasilitas kesehatan yang lebih daripada sekarang ini dan mereka menganggap sudah beruntung mendapat pelayanan, meskipun dengan pelayanan yang seminimal mungkin. Menurut Notoatmodjo (2003) seseorang dengan tingkat pendidikan berbeda memiliki kecenderungan yang tidak sama dalam menggunakan pelayanan kesehatan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula permintaan terhadap pelayanan kesehatan (Nurjanah dan Mukti, 2004).

4.1.4. Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Berdasarkan karakteristik pekerjaan, pekerjaan diartikan sebagai aktivitas yang digunakan untuk memenuhi kebutuhan hidup dan sebagai sarana untuk mendapatkan penghasilan sebagai imbalan atas aktivitas yang telah dilakukan. Oleh karena itu, pekerjaan seringkali mencerminkan status sosial seseorang. Gambaran umum mengenai pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan kelompok pekerjaan dapat ditabulasikan sebagai berikut :

Tabel 4.4 Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
Petani	26	26,80
Pedagang	3	3,09
Wiraswasta	13	13,40
Pensiunan	2	2,07
Tidak bekerja	24	24,74
Buruh tani	16	16,49
Tukang	3	3,09
Koki	4	4,12
Sales	1	1,04
Karyawan pabrik	3	3,09
Sopir	2	2,07
Total	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa distribusi responden berdasarkan pekerjaan di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember adalah sebagian besar dengan persentase 26,80% adalah petani.

Pekerjaan responden dapat mempengaruhi tingkat pendapatan, sehingga mempengaruhi pelayanan yang diinginkan. Pasien rawat inap kelas 3 sebagian besar merupakan pasien dari sosial ekonomi menengah kebawah sehingga pendapatan yang diperoleh jumlahnya relatif lebih kecil dibanding pasien kelas 2 dan paviliun yang mayoritas merupakan pasien dari kalangan sosial ekonomi menengah keatas. Dengan pendapatan yang relatif kecil ini, membuat mereka merasa tidak mampu dalam hal finansial yang akan berakibat pada emosionalnya. Pasien cenderung akan takut bertanya tentang kemajuan pengobatan terhadap penyakit yang dideritanya, sehingga mereka lebih banyak diam dan bersifat pasif, karena status yang dimiliki atas pekerjaan yang mereka lakukan dianggap tidak mampu. Oleh karena itu mereka cenderung menerima apa adanya pelayanan kesehatan yang diberikan. Menurut Supranto (2001), penggunaan pelayanan kesehatan yang ada tergantung kepada kemampuan konsumen untuk membayar. Sedangkan Lamb *et al.* (2001) menyatakan bahwa pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan mempunyai hubungan sebab akibat.

4.2. Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi

Kategori pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi oleh peneliti dibagi menjadi 3 kategori yaitu baik, cukup, dan kurang. Kategori ini dapat dilihat berdasarkan hasil penilaian responden yang menilai 14 pernyataan tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi. Komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi dilaksanakan pada awal setiap pertemuan pertama, kedua dan seterusnya. Gambaran umum mengenai pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi dapat ditabulasikan sebagai berikut :

Tabel 4.5 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi

Fase Orientasi	Frekuensi	Persentase (%)
Cukup	60	61,90
Kurang	37	38,10
Total	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi dengan persentase 61,90% adalah cukup dan sisanya adalah kurang dengan Persentase 38,10%.

Distribusi responden terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi didominasi cukup dikarenakan sebagian besar tugas perawat pada pelaksanaan komunikasi terapeutik fase orientasi kadang-kadang dilakukan. Tugas perawat pada fase orientasi yang kadang-kadang dilakukan adalah memberi salam dengan menyebut nama pasien, memperkenalkan diri kepada pasien, menunjukkan raut muka bersahabat ketika bertemu dengan pasien misalnya tersenyum, sabar ketika menghadapi atau menanggapi keluhan pasien, menanyakan keadaan pasien ketika akan melakukan prosedur keperawatan, mengulang sebagian pertanyaan pasien dengan kata-kata sendiri, dan mempertahankan pandangan ketika berhadapan dengan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan masih ditemukan perawat yang tidak pernah atau kadang-kadang mengucapkan salam sambil menyebut nama pasien, padahal pemberian salam merupakan tugas perawat yang dapat mendukung tujuan dari komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi yakni menciptakan hubungan baik antara perawat dan pasien. Hal ini sesuai dengan pendapat Soetjningsih (2008) yang menjelaskan bahwa salam kepada pasien diawal pertemuan akan menciptakan hubungan baik dan saling percaya.

Selain itu juga masih ditemukan perawat yang tidak memperkenalkan diri kepada pasien, padahal dengan pasien tahu nama dari perawat merupakan indikator kedekatan antara pasien dan perawat sehingga diharapkan perawat dan pasien saling

kenal dan tidak timbul rasa takut pada pasien jika berhadapan dengan perawat. Menurut Soetjningsih (2008), perkenalan merupakan kegiatan yang dilakukan saat pertama kali bertemu atau kontak dengan pasien. Pada saat berkenalan, perawat harus memperkenalkan dirinya terlebih dahulu kepada pasien (Brammer, dalam Suryani, 2005), dengan memperkenalkan dirinya berarti perawat telah bersikap terbuka pada pasien dan ini diharapkan akan mendorong pasien untuk membuka dirinya (Suryani, 2005).

Perawat yang memperlihatkan raut wajah yang bersahabat ketika bertemu dengan pasien misalnya dengan tersenyum dapat membantu pasien untuk berani bekerja sama dengan perawat. Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa masih terdapat perawat yang tidak tersenyum ketika bertemu dengan pasien. padahal menurut Soetjningsih (2008) raut wajah perawat yang menyejukkan dan penuh rasa persahabatan tanpa menghilangkan sikap tegas diperlukan untuk membantu pasien dalam bekerjasama dengan perawatnya. Sedangkan menurut Cole (2005) salah satu jenis bahasa tubuh yang paling mungkin menciptakan kesan pertama yang menyenangkan adalah senyum, karena senyum yang tulus mengeluarkan *endhoprin* (unsur kimia merasa baik).

Pasien yang sedang sakit tentu peka terhadap perubahan lingkungannya, pasien akan mudah tersinggung, marah dan menuntut keinginan yang terkadang tidak masuk akal, oleh karena itu dibutuhkan kesabaran untuk menghadapinya. Hasil penelitian masih ditemukan perawat yang tidak sabar ketika menghadapi ataupun menanggapi masalah pasien. Soetjningsih (2008) menyatakan bahwa rasa percaya diri pasien akan tumbuh bila dia merasa didengar dan dihormati oleh perawatnya dan hal ini dapat diwujudkan dengan jalan mendengarkan keluhan pasien dengan penuh kesabaran.

Perawat ketika akan melakukan tindakan keperawatan hendaknya berbicara kepada pasien, hal tersebut dilakukan untuk mengetahui kondisi pasien terkini. Berdasarkan penelitian ternyata masih ditemukan perawat yang kadang-kadang tidak

menanyakan keadaan pasien setiap akan melakukan prosedur keperawatan. Padahal hal ini diperlukan perawat untuk mengetahui kebutuhan dan keinginan pasien. Menurut Notoatmodjo (2003) dalam proses berdialog yang baik dapat dilakukan dengan menerapkan langkah *ask* atau bertanya yaitu menanyakan tentang keadaan pasien. sedangkan menurut Menurut Kurtz (dalam Ali, 2006) dalam pemberian pelayanan medis, adanya komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien merupakan kondisi yang diharapkan sehingga perawat dapat dengan mudah melayani pasien sesuai dengan kebutuhan pasien.

Salah satu teknik yang terdapat dalam komunikasi terapeutik perawat adalah teknik mengulang apa yang disampaikan oleh pasien. Hasil penelitian ditemukan masih banyak perawat yang tidak mengulang pertanyaan yang disampaikan pasien dengan kata-kata sendiri. Hal ini dapat menimbulkan kesan bahwa perawat tidak mendengar apa yang disampaikan atau pertanyaan yang disampaikan oleh pasien. Padahal mengulang (*restarting*) yaitu mengulang pokok pikiran yang diungkapkan pasien. Gunanya untuk menguatkan ungkapan pasien dan memberi indikasi perawat mengikuti pembicaraan pasien (Keliat, 2004). *Restarting* (pengulangan) merupakan suatu strategi yang mendukung *listening* (Suryani, 2005).

Perhatian perawat kepada pasien dapat diwujudkan salah satunya dengan menatap pasien saat berbicara. Ketika perawat berhadapan dengan pasien dalam melakukan tindakan keperawatan dan mempertahankan pandangan matanya merupakan sesuatu keadaan yang disukai pasien. berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa banyak perawat yang tidak menatap mata ketika berhadapan dengan pasien dalam melakukan tindakan keperawatan. Menurut Notoatmodjo (2003) salah satu jenis komunikasi yang paling efektif adalah komunikasi bertatap muka karena antara komunikan dan komunkator dapat langsung bertatap muka, sehingga stimulus yakni pesan atau informasi yang disampaikan komunikator, langsung dapat direspon atau ditanggapi saat itu juga. Sedangkan menurut Effendy (2000) komunikasi yang berlangsung secara tatap muka, maka terjadilah kontak

pribadi, pribadi komunikator menyentuh pribadi komunikan. Ketika komunikator menyampaikan pesan, umpan balik berlangsung seketika, dan komunikator mengetahui pada saat itu tanggapan komunikan terhadap pesan yang komunikator lontarkan.

Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi hendaknya dilaksanakan dalam kategori baik oleh semua perawat yang ada, karena fase ini menentukan hubungan perawat dan pasien selanjutnya dan merupakan awal pertemuan pasien dengan perawat. Sehingga perawat hendaknya memberikan kesan yang baik diawal pertemuan dengan melaksanakan fase orientasi ini dengan sebaik-baiknya agar pasien lebih terbuka mengenai apa yang dirasakan. Hal ini sesuai dengan pendapat Perry dan Potter (2005) yang menyatakan bahwa selama pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi, kedua belah pihak secara akrab saling mengkaji. Perawat dan pasien membuat kesimpulan dan penilaian atas tingkah laku masing-masing dan akan membuat pasien lebih terbuka mengungkapkan apa yang dirasakan sehingga proses penyembuhan akan berjalan dengan maksimal. Ketidakmampuan untuk membangun dan memelihara hubungan saling percaya akan menimbulkan masalah seperti seseorang bisa kehilangan harga diri, merasa tidak yakin pada diri sendiri, menjadi sangat cemas, dan kemudian bertingkah laku diluar kebiasaannya atau sulit untuk dipahami (Nurjanah, 2001).

Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan, dan komunikasi terbuka merupakan tujuan dari pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi. Hubungan saling percaya merupakan kunci dari keberhasilan hubungan terapeutik (Stuart, G.W, dalam Suryani, 2005), karena tanpa adanya rasa saling percaya tidak mungkin akan terjadi keterbukaan antara kedua belah pihak. Hubungan yang dibina tidak bersifat statis, bisa berubah tergantung pada situasi dan kondisi (Rahmat, J, dalam Suryani 2005). Karena itu, untuk mempertahankan atau membina hubungan saling percaya perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas,

menerima pasien apa adanya, menepati janji, dan menghargai pasien (Suryani, 2005).

Berdasarkan observasi yang dilakukan diruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember diketahui bahwa perawat tidak pernah atau kadang-kadang melakukan tugas dalam fase orientasi dikarenakan budaya kerja yang tidak mengharuskan perawat melakukan tugasnya dalam fase orientasi, sehingga timbul kebiasaan pada perawat untuk tidak melakukannya. Selain itu, perawat yang tidak melakukan tugas dalam fase orientasi itu tidak mendapatkan sanksi yang membuat mereka jera. Padahal semua ini, akan berpengaruh pada kepuasan pasien.

4.3. Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja

Kategori pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja oleh peneliti dibagi menjadi 3 kategori yaitu baik, cukup, dan kurang. Kategori ini dapat dilihat berdasarkan hasil penilaian responden yang menilai 15 pernyataan tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja. Komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja merupakan inti dari semua tahap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat. Pada tahap ini perawat dan pasien bekerja bersama-sama untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Gambaran umum mengenai pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja dapat ditabulasikan sebagai berikut :

Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja

Fase Kerja	Frekuensi	Persentase (%)
Cukup	37	38,1
Kurang	60	61,9
Total	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja dengan persentase 61,9% adalah kurang dan sebesar 38,1% menilai cukup.

Distribusi responden terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja didominasi kurang dikarenakan sebagian besar tugas perawat pada pelaksanaan komunikasi terapeutik pada fase kerja tidak pernah dilakukan, misalnya mengikuti atau memperhatikan apa yang dibicarakan pasien, membiarkan pasien berbicara sampai selesai, memberi tanggapan yang tepat tanpa memotong pembicaraan pasien, mengulang apa yang dibicarakan pasien, dan memberikan sentuhan lembut jika pasien merasa kesakitan.

Mengikuti dan memperhatikan apa yang dibicarakan pasien tanpa memotong pembicaraan pasien serta memberikan tanggapan dengan tepat merupakan wujud jika perawat itu mendengarkan apa yang dibicarakan pasien. Berdasarkan hasil penelitian masih ditemukan perawat yang tidak mendengar dengan baik. Padahal mendengarkan (*listening*) merupakan dasar utama dalam komunikasi terapeutik perawat fase kerja (Keliat, 2004). Mendengarkan adalah proses aktif (Gerald, D, dalam Suryani, 2005) dan penerimaan informasi serta penelaahan reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima (Hubson, S, dalam Suryani, 2005).

Selama mendengarkan, perawat harus mengikuti apa yang dibicarakan pasien dengan penuh perhatian. Perawat memberikan tanggapan dengan tepat dan tidak memotong pembicaraan pasien. Tunjukkan perhatian bahwa perawat mempunyai waktu untuk mendengarkan (Purwanto, 2007). Selain itu, masih ditemukan perawat yang tidak melakukan salah satu teknik komunikasi terapeutik yakni mengulang apa yang dibicarakan pasien. padahal dengan mengulang menunjukkan bahwa perawat mendengarkan dan merespon apa yang dibicarakan pasien. *Restarting* (pengulangan) merupakan suatu strategi yang mendukung *listening* (Suryani, 2005).

Kasih sayang, dukungan emosional, dan perhatian disampaikan melalui sentuhan. Sentuhan merupakan bagian yang penting dalam hubungan perawat-pasien, namun harus memperhatikan norma sosial. Berdasarkan hasil penelitian masih ditemukan perawat yang tidak memberikan sentuhan kepada pasien ketika pasien merasa sakit. Hal ini menunjukkan bahwa antara perawat dan pasien ada jarak. Ketika memberikan asuhan keperawatan, sudah seharusnya perawat menyentuh pasien, seperti melakukan pemeriksaan fisik, atau membantu memakaikan pakaian. Perlu disadari bahwa keadaan sakit membuat pasien tergantung kepada perawat untuk melakukan kontak interpersonal sehingga sulit untuk menghindarkan sentuhan. Suryani (2005) menyatakan bahwa walaupun sentuhan banyak bermanfaat ketika membantu pasien, tetapi perlu diperhatikan apakah penggunaan sentuhan dapat dimengerti dan diterima oleh pasien, sehingga harus dilakukan dengan kepekaan dan hati-hati.

Perawat memberi penjelasan mengenai hal-hal yang ingin diketahui pasien dan memberi penjelasan mengenai tindakan yang akan dilakukan, mulai dari prosedur sampai efek yang akan dirasakan pasien sehingga pasien mengerti dan tidak bertanya lagi. Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas perawat tidak pernah menjelaskan prosedur dan efek tindakan keperawatan yang dilakukan. Menurut Surat Edaran Dirjen Yanmed mengenai pedoman hak dan kewajiban pasien, dokter, perawat dan rumah sakit (dalam Soeparto, 2006) pasien berhak menerima segala macam informasi mengenai tindakan keperawatan yang dilakukan kepadanya. Memberikan informasi merupakan pendidikan kesehatan bagi pasien. Selain ini akan menambah rasa percaya pasien terhadap perawat. Apabila ada informasi yang ditutupi oleh dokter atau perawat perlu mengklarifikasi alasannya. Perawat tidak boleh memberikan nasehat kepada pasien ketika memberikan informasi, tetapi memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan.

Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja ini harus dilakukan dengan sebaik-baiknya, karena pada tahap kerja ini dituntut kemampuan perawat dalam mendorong pasien mengungkap perasaan dan pikirannya. Perawat juga dituntut untuk mempunyai kepekaan dan tingkat analisis yang tinggi terhadap adanya perubahan dalam respon verbal maupun nonverbal pasien. Pada tahap ini perawat perlu melakukan *active listening* karena tugas perawat pada tahap kerja ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah pasien. Melalui *active listening*, perawat membantu pasien untuk mendefinisikan masalah yang dihadapi, bagaimana cara mengatasi masalahnya, dan mengevaluasi cara atau alternatif pemecahan masalah yang telah dipilih.

Berdasarkan observasi yang dilakukan di rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember. Sebagian besar perawat tidak pernah melakukan tugas dalam fase kerja dikarenakan perawat lebih berorientasi pada penyelesaian tugasnya sebagai perawat. Selain itu, jumlah perawat jaga yang tidak sebanding dengan jumlah pasien di rawat inap kelas 3 membuat perawat berpikiran tidak ada waktu untuk melakukan komunikasi terapeutik pada fase kerja.

4.4. Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi

Kategori pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi oleh peneliti dibagi menjadi 3 kategori yaitu baik, cukup, dan kurang. Kategori ini dapat dilihat berdasarkan hasil penilaian responden yang menilai 4 pernyataan tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi. Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan pasien, setelah terminasi sementara, perawat akan bertemu kembali dengan pasien pada waktu yang telah ditentukan. Gambaran umum mengenai pasien rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember berdasarkan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi dapat ditabulasikan sebagai berikut :

Tabel 4.8 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi

Fase Terminasi	Frekuensi	Persentase (%)
Cukup	61	62,9
Kurang	36	37,1
Total	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.8 diketahui bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi dengan persentase 62,9% adalah cukup dan sebesar 37,1% adalah kurang. Distribusi responden terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi didominasi cukup dikarenakan tugas perawat pada pelaksanaan komunikasi terapeutik pada fase terminasi sebagian besar kadang-kadang dilakukan, misalnya memberikan pilihan untuk penyelesaian masalah pasien dan memberikan saran kepada pasien.

Perhatian perawat yang membuat pasien senang adalah ketika perawat memberikan pilihan penyelesaian masalah serta memberikan saran kepada pasien. berdasarkan hasil penelitian didapatkan masih banyak perawat yang tidak memberikan pilihan penyelesaian masalah serta memberikan saran kepada pasien. padahal menurut Ali (2006) menyatakan bahwa menghormati dan menghargai pasien adalah sikap yang diharapkan dari perawat dalam berkomunikasi dengan pasiennya, siapapun dia, berapapun umurnya, tanpa memperhatikan status ekonominya. Pilihan penyelesaian masalah dan saran dari perawat merupakan informasi tambahan yang sangat dibutuhkan oleh pasien karena pengetahuan pasien tentang penyakit sangat terbatas. Fenomena ini sesuai dengan pendapat Sarwono (2004) yang menyatakan bahwa terlebih-lebih di negara berkembang, pasien menganggap pemberi layanan kesehatan (medis atau non medis) merupakan dewa yang maha tahu tentang penyakit.

Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi seharusnya dapat dilakukan perawat dengan sebaik-baiknya. Respon pasien sangat dipengaruhi oleh kemampuan perawat untuk terbuka, sensitif, empati dan responsif pada

perubahan kebutuhan pasien. Tahap terminasi adalah saat untuk mengubah perasaan dan memori serta mengevaluasi kemajuan pasien dan tujuan yang telah dicapai. Tingkat kepercayaan dan keintiman menjadi lebih tinggi, menggambarkan kualitas hubungan perawat dan pasien (Nurjanah, 2001).

4.5. Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat

Kategori tingkat kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat oleh peneliti dibagi menjadi 3 kategori yaitu baik, cukup, dan kurang. Kategori ini dapat dilihat berdasarkan hasil penilaian responden yang menilai 3 pertanyaan tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat. Kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat merupakan hasil perbandingan antara harapan dan yang dirasakan terkait dengan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat. Gambaran umum mengenai tingkat kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dapat ditabulasikan sebagai berikut :

Tabel 4.9 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kepuasan Pasien terhadap Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat

Tingkat kepuasan	Frekuensi	Persentase (%)
Sangat Puas	6	6,19
Puas	59	60,82
Tidak Puas	32	32,99
Total	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Berdasarkan tabel 4.9 diketahui bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr Soebandi Jember sebesar 60,8% adalah puas, sebesar 33,0% adalah tidak puas dan sebesar 6,20% adalah sangat puas. Berdasarkan data tersebut terlihat bahwa terdapat 32 responden yang menyatakan tidak puas tentang komunikasi terapeutik yang dilaksanakan perawat. Adanya pasien yang puas dan tidak puas menunjukkan

adanya perbedaan persepsi dari masing-masing pasien, karena masing-masing pasien memiliki harapan yang berbeda satu sama lain. Kepuasan adalah tingkat keadaan yang dirasakan seseorang yang merupakan hasil membandingkan penampilan atau *outcome* produk yang dirasakan dalam hubungannya dengan harapan seseorang (Hafizzurahman, 2004).

Kepuasan pasien tentang komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat berkaitan dengan tingkat pendidikan. Dari data diperoleh bahwa distribusi tingkat pendidikan pasien sebesar 85,57% adalah berpendidikan rendah. Hal ini cukup beralasan karena orang yang berpendidikan rendah, tidak mempunyai harapan yang terlalu tinggi kepada orang lain atas dirinya. Sebaliknya, orang dengan pendidikan tinggi mempunyai harapan yang tinggi terhadap orang lain atas dirinya. Hal ini sesuai dengan pendapat Wiyono (2008) yang menyatakan harapan seseorang terhadap suatu barang atau jasa dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang, semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin tinggi pula harapan terhadap barang atau jasa yang diterimanya.

Komunikasi yang ikhlas, tulus, dan penuh perhatian merupakan inti dari pelaksanaan komunikasi terapeutik dan merupakan metode yang sangat efektif untuk mewujudkan suasana saling mempercayai, saling menghargai, saling menghormati dan suasana yang kondusif untuk mengubah harapan pasien yang telah lama terbentuk. Suasana yang demikian akan mendorong pasien untuk menerima pelayanan kesehatan salah satunya pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dengan penuh pengertian sehingga ketidakpuasan pasien yang timbul dapat dihindarkan.

Salah satu strategi untuk mengurangi ketidakpuasan pasien adalah memperbaiki komunikasi antara perawat dengan pasien. Hal ini didukung dengan teori yang dikemukakan oleh Pohan (2006), yang menyatakan bahwa kesenjangan antara harapan pasien dan kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya dapat

dikurangi dengan adanya komunikasi yang baik antara penyelenggara layanan kesehatan dengan pasien.

4.6. Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi terhadap Tingkat Kepuasan Pasien

Berdasarkan hasil penelitian, tingkat kepuasan pasien didominasi oleh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi dengan Persentase 62,17% adalah kurang. Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi terhadap Tingkat Kepuasan Pasien

Fase Orientasi	Tingkat Kepuasan						N	%
	Sangat Puas		Puas		Tidak Puas			
	n	%	n	%	n	%		
Cukup	1	1,67	36	60	23	38,3	60	61,86
Kurang	5	13,51	23	62,17	9	24,32	37	38,14
Total	6	6,19	59	60,82	32	32,99	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi terhadap kepuasan pasien dapat diketahui dengan menggunakan uji statistik Regresi Logistik dengan $\alpha = 0,05$. Hasil uji diperoleh jika probabilitas uji statistik Regresi Logistik yaitu Sig. atau p value = 0,031 ($p < \alpha$). Sehingga H_0 ditolak artinya dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi terhadap tingkat kepuasan pasien. Berdasarkan nilai eksponen (B) dapat disimpulkan bahwa *Odds Ratio* (OR) = $\exp(-2,736) = 0,065$, artinya perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase orientasi dalam kategori cukup mempunyai risiko pasien tidak puas terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat sebesar 0,07 kali lebih besar daripada perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase orientasi dalam kategori baik.

Adanya pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi terhadap tingkat kepuasan pasien menunjukkan bahwa sikap saling menerima untuk saling percaya antara pasien dan perawat merupakan hal yang pertama kali harus dilakukan ketika perawat bertemu dengan pasien. Hal ini bertujuan untuk membangun kesan bahwa perawat terbuka dengan pasien, sehingga pasien tidak timbul rasa takut untuk mengungkapkan apa yang dirasakan. Keberhasilan komunikasi antara perawat dan pasien yang terjadi pada fase-fase berikutnya dipengaruhi oleh komunikasi terapeutik pada fase orientasi ini, karena fase orientasi merupakan fase awal bertemunya perawat dan pasien. Oleh karena itu komunikasi fase orientasi harus dilakukan dengan sebaik-baiknya, karena menurut Wiyono (2008) komunikasi yang baik di awal pertemuan merupakan aspek yang dapat dengan cepat merubah persepsi seseorang dan dapat mempengaruhi kepuasan pengguna barang atau jasa tersebut.

Dalam tahap ini perawat memperkenalkan dirinya, peran yang diharapkan pasien, tanggung jawab perawat dan pasien (Stuart and Sunden, 1998). Pasien yang datang ke rumah sakit adalah pasien yang sedang mengalami masalah kesehatannya dan dalam kondisi ini pasien sangat sulit untuk diajak berkomunikasi, tetapi perawat harus tetap berusaha untuk tetap berkomunikasi dengan pasien dan pada tahap ini yang dilakukan adalah mengucapkan salam, menjelaskan waktu yang diperlukan untuk melakukan kegiatan serta menjelaskan tujuan dan tindakan yang akan dilakukan. Perawat dapat melakukan kegiatan memperkenalkan diri, peran dan tanggung jawabnya setelah pasien merasa nyaman.

Berdasarkan observasi yang dilakukan di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember ditemukan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi yang bertujuan untuk membangun kepercayaan diawal pertemuan antara perawat dan pasien salah satunya disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan keterampilan perawat mengenai tugas yang harus dilakukan dalam melakukan hubungan terapeutik yang bermutu. Untuk meningkatkan kepuasan pasien terhadap

pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSD dr. Soebandi Jember diperlukan upaya meningkatkan kemampuan perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik salah satunya dengan meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melaksanakan tugas-tugas dalam fase orientasi ini. Hal ini sebagaimana diungkapkan oleh Gunarsah (2003), bahwa kepuasan pasien tergantung pada kepekaan perawat terhadap peraturan atau standar yang berlaku dalam hubungan terapeutik. Dengan kepekaan itu kita dapat menetapkan perilaku mana yang diterima dan perilaku mana yang tidak diterima oleh rekan yang berkomunikasi dengan kita. Karena dengan begitu kita dapat mengambil perilaku yang memenuhi harapan-harapannya dan menghindari perilaku yang mengecewakan harapan-harapannya.

4.7. Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja terhadap Tingkat Kepuasan Pasien

Berdasarkan hasil penelitian, tingkat kepuasan pasien didominasi oleh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja dengan Persentase 64,86% adalah cukup. Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4.10 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja terhadap Tingkat Kepuasan Pasien

Fase Kerja	Tingkat Kepuasan						N	%
	Sangat Puas		Puas		Tidak Puas			
	n	%	n	%	n	%		
Cukup	3	8,11	24	64,86	10	27,03	37	38,14
Kurang	3	5,00	35	58,33	22	36,67	60	61,86
Total	6	6,19	59	60,82	32	32,99	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja terhadap kepuasan pasien dapat diketahui dengan menggunakan uji statistik Regresi Logistik dengan $\alpha = 0,05$. Hasil uji diperoleh jika probabilitas dari hasil uji statistik regresi logistik yaitu *Sig.* atau ρ value = 0,022 ($\rho < \alpha$). Sehingga H_0 ditolak artinya dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja terhadap tingkat kepuasan pasien. Berdasarkan nilai eksponen (B) dapat disimpulkan bahwa *Odds Ratio* (OR) = $\exp(2,529) = 12,543$, artinya perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase kerja dalam kategori kurang mempunyai risiko pasien tidak puas terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat sebesar 13 kali lebih besar daripada perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase kerja dalam kategori baik.

Adanya pengaruh menunjukkan bahwa ada hubungan sebab akibat antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja dengan kepuasan pasien. Hal ini dikarenakan, fase kerja merupakan fase yang terpanjang dalam komunikasi terapeutik karena didalamnya perawat dituntut untuk membantu dan mendukung pasien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya dan kemudian menganalisa respon ataupun pesan komunikasi verbal dan non-verbal yang disampaikan oleh pasien. Dalam tahap ini pula perawat mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu pasien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi oleh pasien, mencari penyelesaian masalah lalu mengevaluasinya. Rentang waktu yang lama untuk berhadapan dengan pasien, membuat pasien berharap akan lebih mengenal perawat. Jika perawat tidak menyadari itu semua atau tidak melakukan tugas perawat pada fase kerja maka akan mempengaruhi kepuasan pasien, karena harapan pasien tidak sesuai dengan kenyataan yang dialaminya.

Pada tahap ini, perawat melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan dan menolong pasien dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dialami, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab terhadap diri pasien (Stuart and Sunden, 1998). Selain itu, perawat memberikan kesempatan pasien untuk

mengutarakan masalah kesehatannya, memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan perawat melaksanakan kegiatan sesuai yang direncanakan, biarpun kegiatan tersebut tidak tertulis, akan tetapi rencana kegiatan tetap dilaksanakan. Jika perawat tidak melakukan kegiatan yang sudah direncanakan dengan pasien, maka membuat pasien kecewa terhadap perawat. Kekecewaan inilah yang menjadi indikator dari ketidakpuasan pasien.

Berdasarkan observasi yang dilakukan di ruang rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember ditemukan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja, yang merupakan inti dari hubungan terapeutik perawat dan pasien salah satunya dipengaruhi oleh jumlah pasien yang dilayani tidak sebanding dengan perawat yang melayaninya. Pada setiap shift jumlah perawat di rawat inap kelas 3 berjumlah 2 orang, sehingga perawat merasa beban kerja yang tinggi. Hal ini membuat perawat lebih cenderung *task oriented* (penyelesaian tugas) tanpa memperhatikan bagaimana komunikasi yang baik kepada pasien. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat fase kerja di rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember, dapat dilakukan dengan cara menyeimbangkan jumlah perawat dengan jumlah pasien sehingga beban kerja perawat tidak tinggi lagi.

4.8. Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi terhadap Tingkat Kepuasan Pasien

Berdasarkan hasil penelitian, tingkat kepuasan pasien didominasi oleh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja dengan Persentase 65,63% adalah cukup. Distribusi frekuensi berdasarkan tingkat kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi, diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4.11 Distribusi Responden Berdasarkan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi terhadap Tingkat Kepuasan Pasien

Fase Terminasi	Tingkat Kepuasan						N	%
	Sangat Puas		Puas		Tidak Puas			
	n	%	n	%	n	%		
Cukup	1	12,5	37	65,63	23	21,87	61	62,89
Kurang	5	3,08	22	60	9	36,92	36	37,11
Total	6	6,19	59	60,82	32	32,99	97	100

Sumber : Data Primer Terolah (2011)

Pengaruh pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi terhadap kepuasan pasien dapat diketahui dengan menggunakan uji statistik Regresi Logistik dengan $\alpha = 0,05$. Hasil uji diperoleh jika probabilitas dari hasil uji statistik regresi logistik yaitu Sig. atau ρ value = 0,044 ($\rho < \alpha$). Sehingga H_0 ditolak artinya dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi terhadap tingkat kepuasan pasien. Berdasarkan nilai eksponen (B) dapat disimpulkan bahwa *Odds Ratio* (OR) = $\exp(-2,528) = 0,080$, artinya perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase terminasi dalam kategori cukup mempunyai risiko pasien tidak puas terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat sebesar 0,08 kali lebih besar daripada perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase terminasi dalam kategori baik.

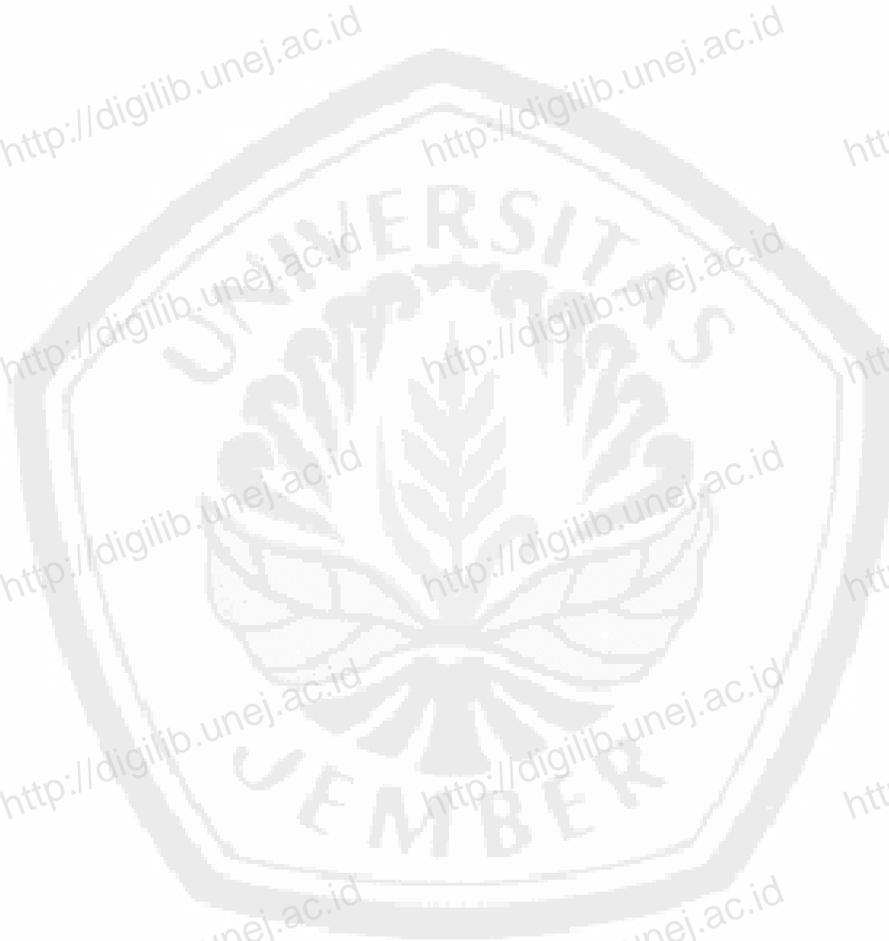
Adanya pengaruh menunjukkan bahwa ada hubungan sebab akibat antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi dengan kepuasan pasien. Tahap terminasi ini membuat perawat menghentikan interaksi sementara maupun interaksi akhir dengan pasien. Tugas perawat dalam fase ini adalah mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan dan merencanakan tindak lanjut dengan pasien serta mengakhiri terminasi dengan baik (Stuart and Sunden, 1998). Setelah dilakukan kegiatan-kegiatan pada tahap sebelumnya perawat mengajak pasien berdiskusi untuk menindak lanjuti kegiatan selanjutnya, misalnya dengan menanyakan pendapat pasien tentang prosedur keperawatan yang telah dilakukan. Dan tindak lanjutnya menuntut perawat memberikan pilihan jawaban serta saran kepada pasien jika pasien mengalami kebingungan. Serta tugas perawat pada fase ini

adalah mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik misalnya dengan mendoakan pasien diakhir melakukan tindakan keperawatan.

Berdasarkan observasi yang dilakukan peneliti, masih ditemukan keluhan-keluhan pasien mengenai perawat, dan mayoritas pasien mengeluhkan sikap perawat yang judes, sering membentak-bentak pasien, dan kurang kooperatif dengan pasien. keluhan-keluhan yang masuk ini menunjukkan ketidakpuasan pasien akan kinerja perawat, karena salah satu alat ukur kepuasan adalah sistem keluhan. Dengan adanya masalah tersebut maka tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh perawat sebagai salah satu pemberi pelayanan keperawatan adalah berkomunikasi yang baik dengan pasien. Tugas perawat sebagai pemberi layanan keperawatan adalah merawat pasien dengan tujuan agar pasien bisa lebih mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari, dengan melaksanakan komunikasi terapeutik selain mereka harus menyelesaikan tugasnya sebagai perawat. Hal ini sesuai dengan Asrin (2006), yang menyatakan bahwa komunikasi yang baik dapat mempengaruhi tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik fase kerja merupakan fase yang paling berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien. Hal ini dikarenakan komunikasi terapeutik perawat fase kerja merupakan inti dari seluruh proses komunikasi yang dilakukan dengan pasien, selain itu, fase kerja juga merupakan inti hubungan perawatan pasien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai tujuan yang akan dicapai. Dalam fase kerja ini menuntut perawat yang tidak hanya pandai melaksanakan prosedur keperawatan saja tetapi proses penyampainnyapun harus lebih memperhatikan perasaan pasien. Pada fase ini komunikasi verbal dan non-verbal harus dilakukan dengan sebaik-baiknya. Selain itu, waktu terlama yang dihabiskan perawat bersama pasien ketika dalam pelayanan keperawatan adalah fase kerja ini, sehingga dibanding fase-fase lain, pasien lebih banyak mengenal perawat pada fase kerja ini. Pada tahap ini perawat memberikan kesempatan pasien untuk

mengutarakan masalah kesehatannya, memberikan kesempatan pasien untuk bertanya dan perawat melaksanakan kegiatan sesuai yang direncanakan, biarpun kegiatan tersebut tidak tertulis, akan tetapi rencana kegiatan tetap dilaksanakan.



BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Karakteristik responden yang memanfaatkan pelayanan rumah sakit di ruang rawat inap kelas 3 sebagian besar adalah pasien dengan jenis kelamin perempuan, berusia dewasa antara umur 21-60 tahun, mempunyai tingkat pendidikan rendah dan bermata pencaharian sebagai petani.
- b. Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi didominasi dengan kategori cukup.
- c. Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja didominasi dengan kategori kurang.
- d. Pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi didominasi dengan kategori cukup.
- e. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat didominasi puas.
- f. Ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase orientasi dengan tingkat kepuasan pasien dan perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase orientasi dalam kategori cukup mempunyai risiko pasien tidak puas terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat sebesar 0,07 kali lebih besar daripada perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase orientasi dalam kategori baik.
- g. Ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase kerja dengan tingkat kepuasan pasien dan perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase kerja dalam kategori kurang mempunyai risiko pasien tidak puas terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat sebesar 13 kali lebih

besar daripada perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase kerja dalam kategori baik.

- h. Ada pengaruh antara pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat pada fase terminasi dengan tingkat kepuasan pasien dan perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase terminasi dalam kategori cukup mempunyai risiko pasien tidak puas terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat sebesar 0,08 kali lebih besar daripada perawat yang melaksanakan komunikasi terapeutik pada fase terminasi dalam kategori baik.
- i. Pelaksanaan komunikasi terapeutik yang paling berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien adalah fase kerja.

5.2. Saran

Untuk meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat rawat inap RSD dr. Soebandi Jember, diperlukan adanya:

- a. Manajemen RS perlu melakukan penilaian atau kajian tentang sejauh mana pengetahuan dan kemampuan dalam melaksanakan komunikasi terapeutik yang dimiliki masing-masing perawat sehingga dapat diketahui perawat mana yang perlu mendapatkan perhatian untuk ditingkatkan pengetahuan dan kemampuannya dalam melaksanakan komunikasi terapeutik dengan cara diadakan pelatihan *customer service*, pelayanan keperawatan prima, kepribadian, manajemen asertif minimal satu tahun sekali.
- b. Pembentukan budaya mutu atau budaya organisasi untuk selalu melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien sehingga dapat mewujudkan visi dan misi RSD dr. Soebandi Jember, dengan cara pembentukan tim peningkatan mutu pelayanan bangsal perawatan yang terdiri 3-8 orang dari masing-masing unit kerja, dimana tim tersebut bertugas untuk menggal dan memecahkan masalah sehubungan dengan mutu pelayanan RSD dr. Soebandi Jember. selain itu,

menggalakkan PSBH (Problem Solving Better Hospital) adalah upaya pemecahan masalah skala kecil yang secara langsung dapat memberi manfaat dengan menggunakan sumber daya yang dimiliki secara efektif, sehingga pada akhirnya diperoleh kualitas hidup dan lingkungan yang lebih sehat.

- c. Perputaran atau rotasi perawat yang memiliki kemampuan komunikasi terapeutik kategori baik, minimal 2 tahun sekali, sehingga diharapkan perawat yang memiliki kemampuan komunikasi terapeutik yang baik dapat mendidik dan melatih perawat lain yang kurang memiliki kemampuan komunikasi terapeutik terhadap pasien. Perawat yang memiliki kemampuan komunikasi terapeutik kurang dan tidak dapat berubah, sebaiknya ditempatkan di tempat yang tidak berhubungan langsung dengan pasien karena memiliki risiko yang tinggi memicu ketidakpuasan pasien, misalnya di bagian *medical record*.
- d. Kebijakan manajemen rumah sakit tentang penambahan jumlah perawat jaga apabila jumlah pasien meningkat dan sudah tidak sebanding lagi dengan jumlah perawat khususnya sore dan malam hari.
- e. Untuk meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat di RSD dr. Soebandi Jember diperlukan penelitian lebih lanjut mengenai faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember misal pengetahuan, lingkungan, dan latar belakang sosial budaya perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, M. *et al.* 2006. *Komunikasi Efektif*. Jakarta: Konsil Kedokteran Indonesia
- Ali, Z. 2001. *Dasar-dasar Keperawatan Profesional*. Jakarta: Widya Medika
- Alimul, A. 2003. *Riset Keperawatan & Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika
- Arwani, 2002. *Komunikasi dalam Keperawatan*. Bandung: PT Refika Aditama
- Asrin, 2006. Patlkwts` Satisfaction With Nursing Communication (Therapeutic Communication) on Adult Medical Surgical Wards at Prof-dr. Margono Soekarjo Hospital of Purwokerto, Central Java, Indonesia. *The Soedirman Journal of Nursing Volume 1*. [Serial Online]. <http://jurnal.keperawatan.soedirman.ac.id> [16 Maret 2011]
- Azwar, A. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta: Binarupa Aksara
- Budiarto, E. 2003. *Metodologi Kedokteran: Sebuah Pengantar*. Jakarta: EGC
- Bungin, B. 2005. *Metodologi Penelitian Kuantitatif*. Jakarta: Krisan
- Cole, K. 2005. *Komunikasi Sebening Kristal: Meraih Sukses melalui Keterampilan Memahami*. Jakarta: Quantum
- Damaiyanti, M. 2010. *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*. Bandung: PT Refika Aditama
- Darmawan, I. 2009. Hubungan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik dengan Kepuasan Klien dalam Mendapatkan Pelayanan Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr. Soedarso Pontianak Kalimantan Barat. *Tesis* [serial online]. <http://repository.usu.ac.id>. [04 Februari 2011]
- Effendy, O. 2000. *Ilmu, Teori dan Filsafat Komunikasi*. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti
- 2001. *Komunikasi Teori dan Praktek*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya

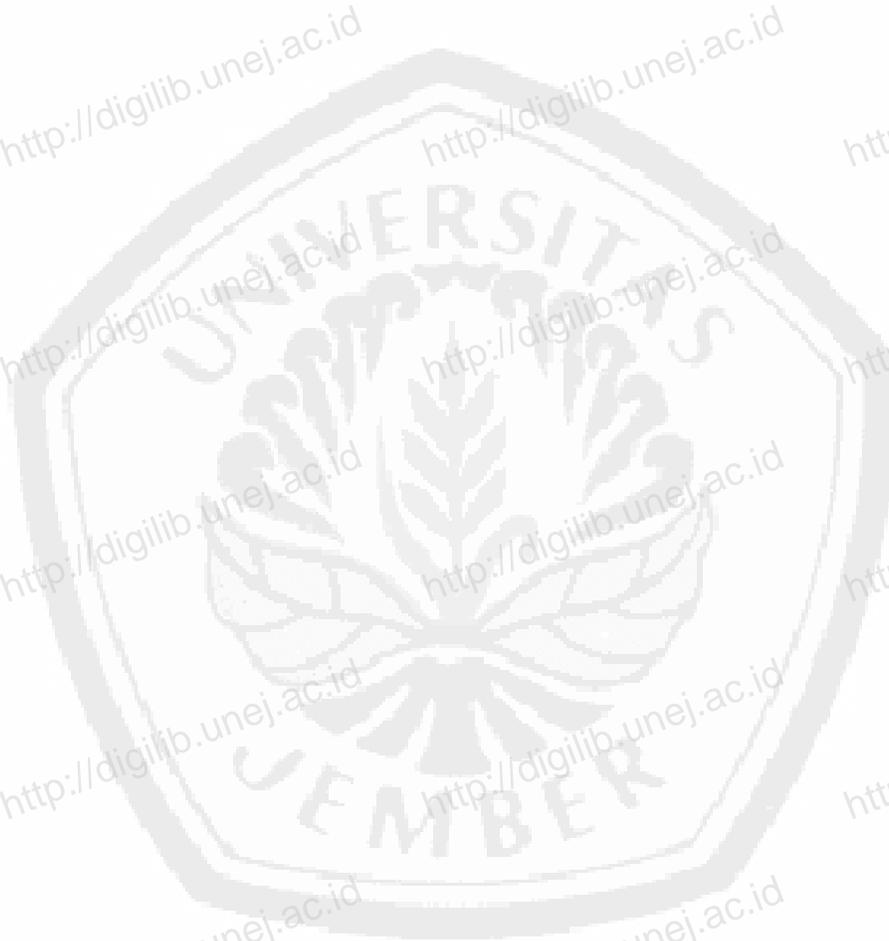
- Ghozali, I. 2001. *Aplikasi Analisis Multivariat dengan Program SPSS*. Semarang: Badan Penerbit Universitas Diponegoro
- Gunarsah, Agus M. 2003. *Komunikasi Terapeutik*. Yogyakarta: Kanisius
- Hafizzuraman. S. 2004. Pengukuran Kepuasan Suatu Institusi Kesehatan. *Jurnal Majalah Kedokteran Indonesia Volume*. Halaman 54
- Haryanti, K & Hadi, S. 2000. Hubungan Persepsi Mutu Pelayanan dan Nilai Konsumen dan Kepuasan Konsumen. *Psikodimensia, Kajian Ilmiah Psikologi Vol. 1 (42-53)*. Semarang: Fakultas Psikologi Unika Soegija Pranata
- Hurlock, E.B. 1980. *Psikologi Perkembangan Edisi ke lima*. Jakarta: Erlangga
- Ibrahim, B. 2000. *TQM Panduan untuk Menghadapi Persaingan Global*. Jakarta: Djembatan Jakarta Center
- Ichsan, M. 2005. Hubungan Antara Komunikasi Interpersonal Perawat dengan Sikap Pasien terhadap Rumah Sakit. *Skripsi*. [serial online] <http://www.scribd.com>. [24 Februari 2011]
- Irawan, H. 2004. *10 Prinsip Kepuasan Pelayanan*. Jakarta: PT Alex Media Komputindo
- Junaidi, Shellyana dan Dharmmesta, B.S. 2002. Pengaruh Ketidakpuasan Konsumen. *Jurnal Ekonomi dan Bisnis Indonesia. Vol 17. No.1*
- Kariyoso, H.1994. *Pengantar Komunikasi bagi Siswa Perawat*, Jakarta : EGC
- Katleen dkk. 2006. *Praktik Keperawatan Profesional: Konsep dan Prespektif, Edisi 4* . Jakarta: EGC
- Menteri Kesehatan. 2001. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1239 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Repeublik Indonesia
- Keliat. 2004. *Fundamentals of Nursing ; Concepts, Process and Practice Seventh Edition*. United States: Pearson Prentice Hal
- Kotler, P. 2005. *Manajemen Pemasaran Edisi Kesebelas Jilid I*. Jakarta: PT Indeks

- Lamb, dkk. 2001. *Pemasaran*. Jakarta: Salemba Empat
- Maisyaroh, N. 2009. Analisa Tingkat Kepuasan Pasien pada Pelayanan Keperawatan Prima di Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik Medan. *Skripsi*. [serial online]. <http://repository.usu.ac.id>. [02 Februari 2011]
- Marr, H. 2001. *Penjaminan Kualitas dalam Keperawatan, Konsep, Metode dan Studi Kasus*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran
- Mundhakir. 2006. *Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Nazir, 2003. *Metode Penelitian Cetakan V*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Nazir, M. 2005. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Ghalia Indonesia
- Notoatmodjo, S. 2003. *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nurjanah, N. dan Mukti, G. 2004. Tingkat Kepuasan Pasien GMC-Askes Terhadap Mutu Pelayanan Kesehatan: *Jurnal Sains Kesehatan* 17 (1) Januari 2004. Halaman 65-76
- Nursalam. 2003. *Konsep dan Penarapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Panuju, P dan Ida U, 2005. *Psikologi Remaja*. Yogyakarta: PT. Tiara Wacana Yogyakarta
- Perry dan Potter, 2005 . *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC
- Pohan, I. 2006. *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Prabowo, 1999. *Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta: Gramedia
- Praptiningsih, S. 2006. Kedudukan Hukum Perawat dalam Upaya Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit. Jakarta: Raya Grafindo Persada

- Presiden RI. 2003. *Undang-undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional*. Jakarta: Sekretariat Kabinet RI Kepala Biro Hukum dan Perundang-undangan
- Purwanto, S. 2007. *Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan Rumah Sakit*. [serial online]. <http://klinis.wordpress.com>. [25 Januari 2011]
- Rao, P. 1996. *Measuring Consumer Perceptions Through Factor Analysis*. The Asian Manager
- Riwidikdo, H. 2007. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Cendika Mitra
- RSD dr. Soebandi. 2010. *Profil RSD dr. Soebandi Jember tahun 2010*. Jember: RSD dr. Soebandi
- Sabarguna. 2005. *Analisis Pemasaran Rumah Sakit*. Yogyakarta: Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng
- Santoso, S. 2000. *SPSS Mengolah Data Statistik Secara Profesional*. Jakarta: Elex Media Komputindo
- Sarwono, S. 2004. *Sosiologi Kesehatan beberapa Konsep beserta Aplikasinya*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Simanjuntak, P. 1998. *Pengantar Ekonomi Sumber Daya Manusia*. Jakarta: LPSE Universitas Indonesia
- Singarimbun, M. 1989. *Metode Penelitian Survey*. Jakarta: lembaga Penelitian, Pendidikan dan Penerangan Ekonomi dan Sosial
- Simanora, B. 2003. *Membongkar Kotak Hitam Konsumen*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Snook, I. 1992. *Hospital: What They Are and How They Work*. Maryland: Aspen Pub
- Soedirman, 2006. Hubungan Komunikasi Perawat dengan Tingkat Kepuasan Pasien. *Tesis*. [serial online] <http://digilib.unimus.ac.id> [28 Januari 2011]
- Soeparto, P. Dkk. 2006. *Etik dan Hukum di Bidang Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Perss

- Soetjningsih. 2008. *Modul Komunikasi Suatu Pendekatan Holistik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Srisetiti, E. 2008. Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan pada Pasien Praoperasi Besar di Ruang Flamboyan RSUD dr. Hardjono Ponorogo. *Skripsi*. [serial online] <http://digilib.unimus.ac.id> [28 Januari 2011]
- Stuart, G.W & Sundeen S.J, 1998. *Principles and Practise of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book
- Sugiarto. 2003. *Teknik Sampling*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Sugiyono. 2003. *Metode Penelitian Administrasi*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Supranto, J. 2001. *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Suryani. 2005. *Komunikasi Terapeutik : Teori dan Praktik*. Jakarta : EGC
- Suyanto, B. 2005. *Metodologi Penelitian Sosial*. Jakarta: PT. Grasindo
- Tim Penyusun Pedoman Penulisan Skripsi, 2009. *Pedoman Penulisan Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat*. Jember: Departemen Pendidikan Nasional Universitas Jember
- Timmreck, T. 2004. *Epidemiologi Suatu Pengantar Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Triyaningsih. 2000. Hubungan Antara Karakteristik Pasien terhadap Pelayanan Rawat Inap di RSO. Prof. Dr. R Soeharso Surakarta Sebagai Pusat Rujukan Tingkat Nasional. *Skripsi*. [serial online] <http://www.fkm-undip.or.id> [15 Maret 2011]
- Presiden RI. 2009. *Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta. Sekretariat Kabinet RI Kepala Biro Hukum dan Perundang-undangan
- Wijono, D. 1999. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Vol.1*. Surabaya : Air Langga University Press

2008. *Manajemen Mutu Rumah Sakit dan Kepuasan Pasien- Prinsip dan Praktek*. Surabaya: CV. Duta Prima Airlangga



LAMPIRAN A. Pengantar Kuesioner**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/ 93 Kampus Tegal Boto. Telp.(0331)322995,322996 Fax(0331)337878 Jember 68121

PENGANTAR KUESIONER

Dengan hormat,

Dalam rangka penulisan skripsi yang merupakan salah satu program matakuliah pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember, maka peneliti mohon kesediaan Saudara untuk mengisi kuesioner ini. Kuesioner penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat dan tingkat kepuasan pasien di rawat inap kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember. Oleh karena itu, kami berharap responden dapat menjawab pertanyaan dengan jujur.

Setiap jawaban yang Saudara berikan sebagai responden mempunyai arti yang sangat penting bagi peneliti. Penelitian ini tidak akan berjalan jika peneliti tidak mendapatkan informasi yang dapat mendukung penyediaan data penelitian ini.

Atas perhatian dan kerjasamanya, peneliti mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya.

Jember, Maret 2011

Peneliti

Anis Mufarida

LAMPIRAN B. Lembar Pernyataan Persetujuan

**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/ 93 Kampus Tegal Boto. Telp.(0331)322995,322996 Fax(0331)337878 Jember 68121

PERNYATAAN PERSETUJUAN**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Bersedia melakukan wawancara dan bersedia untuk dijadikan responden dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Tingkat Kepuasan Pasien (*Studi Kasus pada Pasien Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember*)”.

Prosedur penelitian ini tidak akan memberikan dampak dan resiko apapun pada ibu hamil. Saya telah diberikan penjelasan mengenai hal tersebut di atas dan saya telah diberikan kesempatan untuk bertanya mengenai hal-hal yang belum dimengerti dan telah mendapatkan jawaban yang jelas dan benar.

Dengan ini saya menyatakan secara sukarela untuk ikut sebagai subjek dalam penelitian ini.

Jember, Mei 2011

Responden

(.....)

LAMPIRAN C. Lembar Kuesioner



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/ 93 Kampus Tegal Boto. Telp.(0331)322995,322996 Fax(0331)337878 Jember 68121

Judul: Pengaruh Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Tingkat Kepuasan Pasien (Studi Kasus pada Pasien Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember)

Nomor :
Tanggal Wawancara:

I. KARAKTERISTIK RESPONDEN

Nama Responden :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pendidikan terakhir :
Pekerjaan :

II. PETUNJUK PENGISIAN

- a. Mohon dengan hormat bantuan dan kesediaan anda untuk menjawab semua pertanyaan yang ada.
- b. Mohon menjawab pertanyaan dengan jujur dan sesuai hati nurani.
- c. Kerahasiaan identitas akan dijamin sepenuhnya oleh peneliti dan pengisian kuesioner ini hanya untuk kepentingan penelitian.
- d. Mohon ikuti setiap petunjuk pengisian pada setiap jenis pertanyaan.



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/ 93 Kampus Tegal Boto, Telp.(0331)322995,322996 Fax(0331)337878 Jember 68121

III. FASE ORIENTASI

A. Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat

Berilah tanda centang (√) pada pernyataan yang Anda anggap paling sesuai dari pernyataan di bawah ini:

No.	Pernyataan	Tidak Pernah (1)	Kadang-kadang (2)	Sering (3)	Selalu (4)
1.	Perawat memberi salam pada anda dengan menyebut nama anda				
2.	Perawat memperkenalkan diri				
3.	Perawat memperlihatkan raut wajah yang bersahabat saat bertemu dengan anda (misal tersenyum)				
4.	Perawat menunjukkan sikap sabar dalam menghadapi anda				
5.	Perawat tanggap terhadap keluhan anda				
6.	Perawat menanyakan keadaan anda setiap akan melakukan prosedur keperawatan				
7.	Perawat menjelaskan tujuan dari prosedur keperawatan yang akan dilakukan kepada anda				
8.	Perawat menanggapi masalah yang diutarakan oleh anda dengan penuh kesabaran				
9.	Perawat menjelaskan waktu yang diperlukan untuk melakukan prosedur keperawatan kepada anda				
10.	Perawat mengungkapkan pandangannya tentang kondisi anda (misal kondisi anda yang semakin membaik)				



**KEMENTERIAN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

Jl. Kalimantan I/ 93 Kampus Tegal Boto, Telp.(0331)322995,322996 Fax(0331)337878 Jember 68121

IV. FASE KERJA

A. Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat

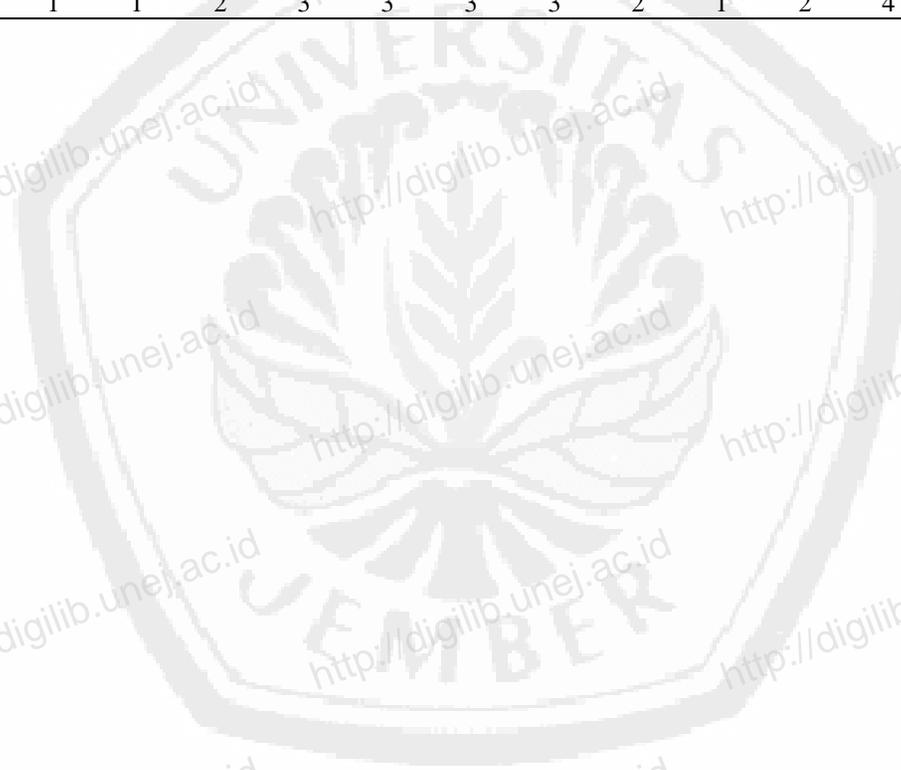
Berilah tanda centang (✓) pada pernyataan yang Anda anggap paling sesuai dari pernyataan di bawah ini:

No.	Pernyataan	Tidak Pernah (1)	Kadang-kadang (2)	Sering (3)	Selalu (4)
1.	Perawat menanyakan penyebab masalah (penyakit) yang anda alami				
2.	Perawat mengikuti dan memperhatikan apa yang anda dibicarakan				
3.	Perawat membiarkan anda berbicara sampai selesai				
4.	Perawat memberi tanggapan dengan tepat dan tidak memotong pembicaraan anda				
5.	Perawat mengulang apa yang anda bicarakan				
6.	Perawat memberi kesempatan kepada anda untuk bertanya				
7.	Perawat memperhatikan apa yang anda bicarakan				
8.	Perawat Menanyakan keluhan yang anda rasakan				
9.	Perawat memberi sentuhan dengan lembut bila anda merasakan kesakitan				
10.	Perawat menjelaskan prosedur yang akan dilakukan pada anda				
11.	Perawat ijin terlebih dahulu ketika akan melakukan tindakan				
12.	Perawat berdoa sebelum melakukan prosedur keperawatan pada anda (misal saat akan menyuntik atau ditensi)				

LAMPIRAN D. Hasil Rekapitulasi Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.	1	2	2	2	4	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	3
2.	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
3.	3	4	4	3	1	3	2	4	3	2	4	4	3	3	3	3
4.	3	2	2	2	3	3	1	2	1	2	3	2	1	2	3	3
5.	3	2	2	2	2	2	3	3	3	1	4	3	3	2	3	3
6.	4	4	4	4	3	4	4	4	2	1	3	2	3	3	4	4
7.	3	2	2	2	1	2	3	3	1	3	3	2	2	2	1	1
8.	2	2	2	3	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2	3	3
9.	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	3	2	1	2	2	2
10.	4	3	3	2	3	2	2	3	1	2	2	3	2	1	3	3
11.	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	3	3	3
12.	4	3	3	4	4	4	3	2	2	2	3	4	3	4	3	3
13.	3	2	2	2	2	2	2	2	1	4	2	2	3	3	2	2
14.	1	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2
15.	3	2	2	2	3	3	2	3	4	2	4	3	2	4	3	3
16.	2	3	3	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	2	2	2
17.	3	2	2	2	4	3	2	1	2	1	3	2	2	3	3	3
18.	2	4	4	2	2	3	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2
19.	1	2	2	3	3	1	2	3	2	3	3	2	1	2	4	4
20.	3	3	3	2	3	2	1	2	3	3	4	3	3	2	3	3
21.	3	3	3	1	1	2	3	1	1	2	1	2	3	3	2	2
22.	4	4	4	2	4	3	4	3	3	2	2	1	3	4	2	2
23.	3	2	2	4	2	3	2	3	2	1	2	2	1	2	1	1
24.	1	2	2	1	3	2	1	2	3	1	1	2	3	2	2	2
25.	2	3	3	2	2	3	4	1	4	3	3	2	3	1	3	4

No.	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi															
Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
26.	2	3	3	1	2	3	2	2	2	3	2	1	2	3	2	2
27.	3	2	2	1	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	2
28.	2	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3
29.	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	3	3	2	1	1
30.	2	1	1	2	3	3	3	3	2	1	2	4	4	3	3	3



LAMPIRAN E. Hasil Rekapitulasi Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Fase Kerja

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.	2	2	3	1	1	1	3	1	3	3	4	4	1	2	1	1
2.	2	2	1	2	1	1	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2
3.	3	3	3	2	4	4	3	3	3	3	1	1	3	4	3	4
4.	3	2	3	1	3	3	2	1	3	3	3	3	3	2	3	2
5.	3	2	2	3	4	4	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3
6.	4	3	4	4	3	3	4	2	4	4	3	3	4	4	4	4
7.	1	2	2	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3	2	3	3
8.	3	2	2	2	3	3	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2
9.	2	2	1	1	3	3	1	2	3	2	2	2	1	1	1	2
10.	3	1	2	2	2	2	2	1	2	3	3	3	4	3	4	3
11.	3	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	1
12.	3	4	4	3	3	3	4	2	3	3	4	4	4	3	4	2
13.	2	3	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3	2
14.	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	3	3	1	2	1	2
15.	3	4	3	2	4	4	4	4	2	3	3	3	3	2	3	3
16.	2	2	2	1	2	2	1	1	4	2	1	1	2	3	2	2
17.	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	4	4	3	2	3	1
18.	2	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	4	2	2
19.	4	2	1	2	3	3	2	2	1	4	3	3	1	2	1	3
20.	3	2	2	1	4	4	1	3	4	3	3	3	3	3	3	2
21.	2	3	2	3	1	1	3	1	3	2	1	1	3	3	3	1
22.	2	4	3	4	2	2	3	3	3	2	4	4	4	4	4	3
23.	1	2	3	2	2	2	2	2	3	1	2	2	3	2	3	3
24.	2	2	2	1	1	1	1	3	3	2	3	3	1	2	1	2

25.	3	1	3	4	3	3	2	4	1	4	2	2	2	3	2	1
No.	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja															
Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
26.	2	3	3	2	2	2	3	2	4	2	2	2	3	2	3	3
27.	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3
28.	1	2	2	1	2	2	3	2	3	1	1	1	1	2	1	2
29.	3	3	3	3	2	2	2	2	1	3	3	3	2	1	2	3
30.	2	3	3	2	2	2	3	2	4	2	2	2	3	2	3	3



**LAMPIRAN F. Hasil Rekapitulasi Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan
Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi**

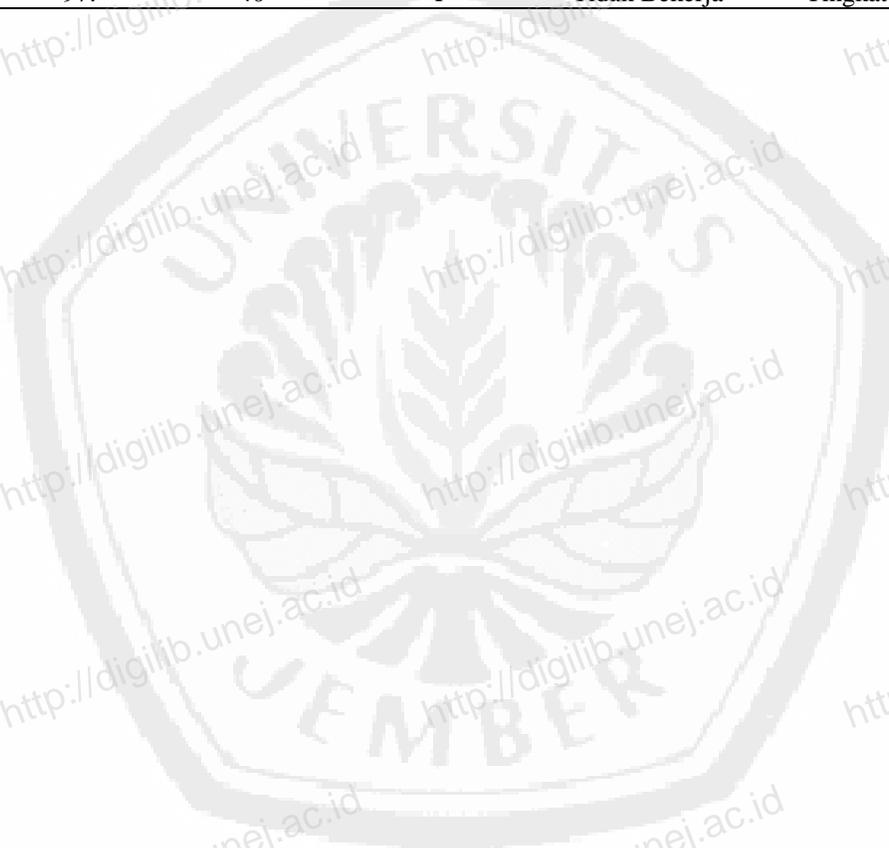
No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Fase Terminasi				
	1	2	3	4	5
1.	4	3	2	2	1
2.	1	2	3	2	2
3.	1	3	3	3	4
4.	3	3	2	3	2
5.	2	3	2	3	3
6.	3	4	4	4	4
7.	1	1	2	1	3
8.	2	3	3	3	2
9.	2	2	1	2	2
10.	3	3	2	3	3
11.	2	3	1	3	1
12.	4	3	4	3	2
13.	2	2	2	2	2
14.	3	2	2	2	2
15.	3	3	2	3	3
16.	1	2	2	2	2
17.	4	3	2	3	1
18.	2	2	2	2	2
19.	3	4	3	4	3
20.	3	3	2	3	2
21.	1	2	1	2	1
22.	4	2	2	2	3
23.	2	1	4	1	3
24.	3	2	1	2	2
25.	2	4	2	3	1
26.	2	3	3	2	2
27.	3	3	2	2	3
28.	1	2	2	1	2
29.	3	3	3	3	2
30.	2	3	3	2	2

LAMPIRAN G. Hasil Rekapitulasi Karakteristik Umum Responden

No. Responden	Usia (Tahun)	Jenis Kelamin (L/ P)	Pekerjaan	Pendidikan
1.	23	P	Tidak Bekerja	Tingkat Tinggi
2.	59	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
3.	57	P	Petani	Tingkat Dasar
4.	60	P	Pedagang	Tingkat Dasar
5.	40	P	Petani	Tingkat Dasar
6.	38	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
7.	32	L	Tukang	Tingkat Dasar
8.	47	L	Buruh Tani	Tingkat Dasar
9.	60	P	Buruh Tani	Tingkat Dasar
10.	16	L	Pelajar	Tingkat Dasar
11.	40	P	Wiraswasta	Tingkat Menengah
12.	56	L	Petani	Tingkat Menengah
13.	25	L	Koki	Tingkat Menengah
14.	60	L	Tidak bekerja	Tingkat Dasar
15.	51	L	Sales	Tingkat Menengah
16.	42	L	Wiraswasta	Tingkat Dasar
17.	46	L	Buruh Tani	Tingkat Dasar
18.	57	L	Karyawan Pabrik	Tingkat Dasar
19.	57	P	Petani	Tingkat Dasar
20.	46	L	Karyawan Pabrik	Tingkat Dasar
21.	25	L	Petani	Tingkat Dasar
22.	33	L	Wiraswasta	Tingkat Dasar
23.	53	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
24.	55	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
25.	34	P	Petani	Tingkat Dasar
26.	49	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
27.	40	P	Wiraswasta	Tingkat Dasar
28.	60	L	Petani	Tingkat Dasar
29.	32	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
30.	40	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
31.	52	P	Petani	Tingkat Dasar
32.	60	L	Petani	Tingkat Dasar
33.	51	L	Sopir	Tingkat Dasar
34.	49	L	Buruh Tani	Tingkat Dasar
35.	20	P	Wiraswasta	Tingkat Dasar
36.	55	L	Petani	Tingkat Dasar
37.	40	L	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
38.	28	L	Petani	Tingkat Dasar
39.	35	P	Petani	Tingkat Dasar
40.	60	P	Petani	Tingkat Dasar
41.	52	L	Pensiunan	Tingkat Tinggi
42.	52	L	Wiraswasta	Tingkat Dasar

No. Responden	Usia (Tahun)	Jenis Kelamin (L/ P)	Pekerjaan	Pendidikan
43.	54	P	Buruh tani	Tingkat Dasar
44.	52	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
45.	56	P	Tidak Bekerja	Tingkat Menengah
46.	55	L	Petani	Tingkat Dasar
47.	51	P	Petani	Tingkat Dasar
48.	60	P	Petani	Tingkat Dasar
49.	42	P	Tidak Bekerja	Tingkat Menengah
50.	51	P	Pensiunan	Tingkat Tinggi
51.	47	L	Sopir	Tingkat Dasar
52.	48	P	Wiraswasta	Tingkat Dasar
53.	61	P	Buruh Tani	Tingkat Dasar
54.	48	P	Karyawan Pabrik	Tingkat Dasar
55.	60	P	Tidak bekerja	Tingkat Dasar
56.	51	P	Sales	Tingkat Menengah
57.	42	P	Wiraswasta	Tingkat Dasar
58.	46	L	Buruh Tani	Tingkat Dasar
59.	57	P	Petani	Tingkat Dasar
60.	60	P	Pedagang	Tingkat Dasar
61.	40	P	Petani	Tingkat Dasar
62.	38	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
63.	32	L	Tukang	Tingkat Dasar
64.	47	P	Buruh Tani	Tingkat Dasar
65.	16	L	Pelajar	Tingkat Dasar
66.	40	P	Wiraswasta	Tingkat Menengah
67.	54	P	Buruh tani	Tingkat Dasar
68.	40	P	Wiraswasta	Tingkat Dasar
69.	60	L	Petani	Tingkat Dasar
70.	32	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
71.	40	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
72.	52	L	Petani	Tingkat Dasar
73.	61	P	Buruh Tani	Tingkat Dasar
74.	60	P	Petani	Tingkat Dasar
75.	16	L	Pelajar	Tingkat Dasar
76.	40	P	Wiraswasta	Tingkat Menengah
77.	57	P	Petani	Tingkat Dasar
78.	60	P	Pedagang	Tingkat Dasar
79.	40	P	Petani	Tingkat Dasar
80.	38	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar
81.	32	L	Tukang	Tingkat Dasar
82.	54	P	Buruh tani	Tingkat Dasar
83.	32	L	Tukang	Tingkat Dasar
84.	47	P	Buruh Tani	Tingkat Dasar
85.	60	P	Buruh Tani	Tingkat Dasar
86.	16	L	Pelajar	Tingkat Dasar
87.	40	L	Wiraswasta	Tingkat Menengah
88.	56	P	Petani	Tingkat Menengah

No. Responden	Usia (Tahun)	Jenis Kelamin (L/ P)	Pekerjaan	Pendidikan
89.	32	L	Tukang	Tingkat Dasar
90.	56	L	Tidak Bekerja	Tingkat Menengah
91.	61	P	Buruh Tani	Tingkat Dasar
92.	60	P	Petani	Tingkat Dasar
93.	51	L	Sopir	Tingkat Dasar
94.	49	P	Buruh Tani	Tingkat Dasar
95.	20	P	Wiraswasta	Tingkat Dasar
96.	55	L	Petani	Tingkat Dasar
97.	40	P	Tidak Bekerja	Tingkat Dasar



LAMPIRAN H. Hasil Rekapitulasi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi														Jumlah (N)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
1.	1	1	2	3	3	2	2	1	1	3	1	3	4	2	29	Cukup
2.	1	1	2	2	3	2	1	3	2	1	1	3	2	3	27	Kurang
3.	2	1	2	3	3	2	1	1	1	2	1	3	2	2	26	Kurang
4.	1	1	1	2	3	2	1	1	1	3	1	3	2	3	25	Kurang
5.	2	1	3	3	2	2	1	2	1	2	1	3	2	3	28	Cukup
6.	3	1	3	2	2	2	1	2	1	1	1	4	3	3	29	Cukup
7.	2	2	2	3	3	2	1	2	1	3	1	2	3	1	28	Cukup
8.	2	1	3	2	2	2	1	1	1	3	1	3	3	2	27	Kurang
9.	1	1	2	3	3	2	2	1	1	2	1	3	2	2	26	Kurang
10.	1	1	1	3	1	1	2	3	2	3	2	3	2	1	29	Cukup
11.	1	1	3	3	3	2	3	1	1	1	2	1	3	4	29	Cukup
12.	1	2	3	2	3	3	2	2	1	3	2	1	2	3	30	Cukup
13.	1	1	3	2	2	2	1	1	1	3	1	3	2	3	26	Kurang
14.	1	1	3	3	2	3	1	2	1	1	1	3	3	2	27	Kurang
15.	2	1	3	3	3	2	1	2	1	4	1	2	2	3	28	Cukup
16.	1	1	3	2	2	3	1	2	3	2	1	1	1	2	15	Kurang
17.	1	1	2	2	3	1	1	1	1	2	1	4	2	3	25	Kurang
18.	2	1	3	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	22	Kurang
19.	2	1	3	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	2	26	Kurang
20.	3	1	2	2	3	3	2	2	2	3	1	4	2	2	32	Cukup
21.	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	1	4	1	2	30	Cukup
22.	2	2	2	3	2	2	2	3	1	1	1	4	2	4	28	Cukup
23.	2	2	2	3	3	2	1	2	2	3	1	3	3	4	33	Cukup
24.	2	1	4	3	3	3	1	2	1	1	1	2	3	2	29	Cukup
25.	1	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1	3	3	3	27	Kurang
26.	2	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	3	24	Kurang

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi														Jumlah (N)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
27.	2	1	3	3	2	2	1	2	3	2	1	4	2	3	31	Cukup
28.	2	1	3	3	2	2	2	2	1	3	1	3	1	4	30	Cukup
29.	2	1	3	2	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	27	Kurang
30.	2	1	3	2	2	4	1	2	1	1	1	3	2	3	28	Cukup
31.	2	1	3	4	3	4	2	2	1	3	1	3	2	2	29	Cukup
32.	3	1	3	2	2	3	2	2	1	1	1	3	2	4	32	Cukup
33.	2	1	3	3	3	4	1	2	2	1	1	4	2	3	32	Cukup
34.	1	1	3	2	3	3	2	1	1	1	1	3	3	2	27	Kurang
35.	1	1	3	2	2	3	1	3	2	2	1	3	2	3	29	Cukup
36.	3	1	3	2	3	2	2	1	1	3	1	3	2	3	30	Cukup
37.	2	1	2	3	3	3	1	2	1	1	1	3	3	3	29	Cukup
38.	1	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	4	3	2	21	Kurang
39.	3	1	2	2	3	3	1	2	3	3	1	3	2	2	31	Cukup
40.	1	1	2	3	3	2	2	1	1	3	1	3	4	2	29	Cukup
41.	2	1	2	3	3	2	1	1	1	2	1	3	2	2	26	Kurang
42.	2	1	3	3	2	2	1	2	1	2	1	3	2	3	28	Cukup
43.	2	2	3	3	3	2	1	2	1	3	1	2	3	1	28	Cukup
44.	1	1	3	3	3	2	3	1	1	1	2	1	3	4	29	Cukup
45.	1	1	2	3	3	2	2	1	1	2	1	3	2	2	26	Kurang
46.	1	1	3	2	2	2	1	1	1	3	1	3	2	3	26	Kurang
47.	2	1	3	3	3	2	1	2	1	4	1	2	2	3	28	Cukup
48.	1	1	2	2	3	1	1	1	1	2	1	4	2	3	25	Kurang
49.	2	1	3	2	2	2	2	2	1	3	1	2	1	2	26	Kurang
50.	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	1	4	1	2	30	Cukup
51.	2	2	2	3	3	2	1	2	2	3	1	3	3	4	33	Cukup
52.	1	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1	3	3	3	27	Kurang
53.	1	1	2	3	3	2	2	1	1	3	1	3	4	2	29	Cukup
54.	1	1	2	2	3	2	1	3	2	1	1	3	2	3	27	Kurang
55.	1	1	1	2	3	2	1	1	1	3	1	3	2	3	25	Kurang
56.	3	1	3	2	2	2	1	2	1	1	1	4	3	3	29	Cukup
57.	2	1	3	2	2	2	1	1	1	3	1	3	3	2	27	Kurang

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi														Jumlah (N)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
58.	1	1	1	3	1	1	2	3	2	3	2	3	2	1	29	Cukup
59.	1	2	3	2	3	3	2	2	1	3	2	1	2	3	30	Cukup
60.	1	1	3	3	2	3	1	2	1	1	1	3	3	2	27	Kurang
61.	1	1	3	2	2	3	1	2	3	2	1	1	1	2	15	Kurang
62.	2	1	3	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	22	Kurang
63.	3	1	2	2	3	3	2	2	2	3	1	4	2	2	32	Cukup
64.	2	2	2	3	2	2	2	3	1	1	1	4	2	4	28	Cukup
65.	2	1	4	3	3	3	1	2	1	1	1	2	3	2	29	Cukup
66.	2	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	3	24	Kurang
67.	2	1	3	3	2	2	1	2	3	2	1	4	2	3	31	Cukup
68.	2	1	3	2	2	1	1	3	2	2	1	3	2	2	27	Kurang
69.	2	1	3	4	3	4	2	2	1	3	1	3	2	2	29	Cukup
70.	2	1	3	3	3	4	1	2	2	1	1	4	2	3	32	Cukup
71.	1	1	3	2	2	3	1	3	2	2	1	3	2	3	29	Cukup
72.	3	1	2	2	3	3	1	2	3	3	1	3	2	2	31	Cukup
73.	2	1	2	3	3	3	1	2	1	1	1	3	3	3	29	Cukup
74.	2	1	3	3	2	2	2	2	1	3	1	3	1	4	30	Cukup
75.	2	1	3	2	2	4	1	2	1	1	1	3	2	3	28	Cukup
76.	3	1	3	2	2	3	2	2	1	1	1	3	2	4	32	Cukup
77.	1	1	3	2	3	3	2	1	1	1	1	3	3	2	27	Kurang
78.	3	1	3	2	3	2	2	1	1	3	1	3	2	3	30	Cukup
79.	1	1	2	3	3	2	2	1	1	3	1	3	4	2	29	Cukup
80.	1	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	4	3	2	21	Kurang
81.	1	1	1	3	1	1	2	3	2	3	2	3	2	1	29	Cukup
82.	2	1	3	3	2	2	1	2	1	2	1	3	2	3	28	Cukup
83.	2	1	3	3	3	2	1	2	1	4	1	2	2	3	28	Cukup
84.	3	1	2	2	3	3	2	2	2	3	1	4	2	2	32	Cukup
85.	1	1	2	2	3	2	1	2	1	2	1	3	3	3	27	Kurang
86.	2	1	3	2	2	4	1	2	1	1	1	3	2	3	28	Cukup
87.	1	1	3	2	2	3	1	3	2	2	1	3	2	3	29	Cukup
88.	1	1	2	3	3	2	2	1	1	3	1	3	4	2	29	Cukup

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi														Jumlah (N)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
89.	1	1	2	3	3	2	2	1	1	2	1	3	2	2	26	Kurang
90.	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	1	4	1	2	30	Cukup
91.	1	1	1	2	3	2	1	1	1	3	1	3	2	3	25	Kurang
92.	1	1	3	3	2	3	1	2	1	1	1	3	3	2	27	Kurang
93.	2	1	4	3	3	3	1	2	1	1	1	2	3	2	29	Cukup
94.	2	1	3	3	3	4	1	2	2	1	1	4	2	3	32	Cukup
95.	2	1	3	2	2	4	1	2	1	1	1	3	2	3	28	Cukup
96.	1	1	3	3	3	2	3	1	1	1	2	1	3	4	29	Cukup
97.	1	1	2	3	3	2	2	1	1	2	1	3	2	2	26	Kurang



LAMPIRAN I. Hasil Rekapitulasi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Fase Kerja															Jumlah (N)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
1.	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	2	2	1	4	2	26	Kurang
2.	2	1	1	1	1	2	2	2	3	1	2	1	1	4	2	26	Kurang
3.	2	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	4	2	26	Kurang
4.	3	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	4	2	22	Kurang
5.	2	2	2	1	1	1	1	3	1	1	2	3	1	4	2	27	Kurang
6.	3	2	1	1	1	1	2	3	2	1	2	1	2	4	3	29	Kurang
7.	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	1	4	3	26	Kurang
8.	2	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	1	1	4	2	26	Kurang
9.	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	2	1	1	3	2	24	Kurang
10.	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	19	Kurang
11.	3	2	3	1	1	2	3	2	1	3	1	1	4	1	2	30	Cukup
12.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
13.	2	1	1	1	3	3	2	3	2	1	2	2	1	3	2	29	Kurang
14.	3	2	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	4	2	27	Kurang
15.	3	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	4	2	28	Kurang
16.	1	2	1	1	1	2	2	3	3	2	3	1	3	4	3	32	Cukup
17.	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2	3	2	1	24	Kurang
18.	2	1	1	1	1	2	3	2	2	1	1	2	3	2	1	25	Kurang
19.	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2	3	28	Kurang
20.	2	1	2	1	2	1	3	3	3	2	4	2	1	3	2	32	Cukup
21.	3	2	3	2	2	2	1	2	3	4	3	2	2	1	1	37	Cukup
22.	1	1	1	2	1	1	1	3	2	1	1	1	1	3	2	22	Kurang
23.	2	1	2	2	1	3	2	4	3	1	3	1	1	4	2	32	Cukup
24.	2	2	1	2	1	3	3	3	2	1	1	1	1	4	2	29	Kurang
25.	2	1	3	2	1	1	1	1	3	1	3	1	2	4	3	29	Kurang
26.	2	2	1	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	2	24	Kurang

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja															Jumlah (N)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
27.	3	2	2	1	1	2	3	2	2	1	2	1	3	2	1	28	Kurang
28.	3	3	2	1	1	1	3	3	3	1	2	1	2	4	3	33	Cukup
29.	3	2	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	1	3	3	26	Kurang
30.	3	2	1	2	1	2	1	2	3	1	3	2	1	4	2	29	Kurang
31.	3	3	1	2	1	2	2	3	3	2	3	2	1	3	3	34	Cukup
32.	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	4	3	1	23	Kurang
33.	3	2	1	2	1	2	1	3	1	1	3	1	4	3	1	29	Kurang
34.	1	1	1	1	1	3	3	2	3	1	3	2	1	3	3	29	Kurang
35.	4	3	3	3	2	2	3	4	2	2	1	1	1	3	3	37	Cukup
36.	3	1	1	3	2	2	2	3	1	2	3	1	3	3	1	31	Cukup
37.	2	1	1	1	1	2	1	3	2	2	3	2	1	4	2	28	Kurang
38.	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	3	1	1	4	2	25	Kurang
39.	2	2	1	2	1	1	2	3	3	1	3	2	1	4	3	31	Cukup
40.	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	2	2	1	4	2	26	Kurang
41.	3	2	1	2	1	2	1	3	1	1	3	1	4	3	1	29	Kurang
42.	3	2	3	2	2	2	1	2	3	4	3	2	2	1	1	37	Cukup
43.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
44.	2	1	2	2	1	3	2	4	3	1	3	1	1	4	2	32	Cukup
45.	2	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	4	2	26	Kurang
46.	2	1	2	1	2	1	3	3	3	2	4	2	1	3	2	32	Cukup
47.	3	1	1	3	2	2	2	3	1	2	3	1	3	3	1	31	Cukup
48.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
49.	2	1	1	1	1	2	1	3	2	2	3	2	1	4	2	28	Kurang
50.	2	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	4	2	26	Kurang
51.	3	2	3	1	1	2	3	2	1	3	1	1	4	1	2	30	Cukup
52.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
53.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
54.	2	1	2	1	2	1	3	3	3	2	4	2	1	3	2	32	Cukup
55.	2	1	1	1	1	2	3	2	2	1	1	2	3	2	1	25	Kurang
56.	3	2	3	2	2	2	1	2	3	4	3	2	2	1	1	37	Cukup
57.	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	2	1	1	3	2	24	Kurang

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja															Jumlah (N)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
58.	2	1	2	1	2	1	3	3	3	2	4	2	1	3	2	32	Cukup
59.	4	3	3	3	2	2	3	4	2	2	1	1	1	3	3	37	Cukup
60.	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	2	2	1	4	2	26	Kurang
61.	2	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	4	2	26	Kurang
62.	3	2	3	1	1	2	3	2	1	3	1	1	4	1	2	30	Cukup
63.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
64.	2	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	4	2	26	Kurang
65.	3	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	4	2	22	Kurang
66.	1	2	1	1	1	2	2	3	3	2	3	1	3	4	3	32	Cukup
67.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
68.	3	2	1	1	1	1	2	3	2	1	2	1	2	4	3	29	Kurang
69.	2	2	1	2	1	1	2	3	3	1	3	2	1	4	3	31	Cukup
70.	2	1	1	1	1	2	1	3	2	2	3	2	1	4	2	28	Kurang
71.	4	3	3	3	2	2	3	4	2	2	1	1	1	3	3	37	Cukup
72.	3	2	3	1	1	2	3	2	1	3	1	1	4	1	2	30	Cukup
73.	3	3	1	2	1	2	2	3	3	2	3	2	1	3	3	34	Cukup
74.	3	2	2	1	1	2	3	2	2	1	2	1	3	2	1	28	Kurang
75.	3	1	1	3	2	2	2	3	1	2	3	1	3	3	1	31	Cukup
76.	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	3	2	3	28	Kurang
77.	2	1	2	1	2	1	3	3	3	2	4	2	1	3	2	32	Cukup
78.	2	1	2	2	1	3	2	4	3	1	3	1	1	4	2	32	Cukup
79.	3	2	3	2	2	2	1	2	3	4	3	2	2	1	1	37	Cukup
80.	2	2	1	1	1	1	3	2	2	1	1	2	1	4	2	26	Kurang
81.	3	2	3	1	1	2	3	2	1	3	1	1	4	1	2	30	Cukup
82.	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	1	4	3	26	Kurang
83.	3	2	3	1	1	2	3	2	1	3	1	1	4	1	2	30	Cukup
84.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
85.	3	2	3	2	2	2	1	2	3	4	3	2	2	1	1	37	Cukup
86.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
87.	3	2	2	1	1	2	2	3	2	1	1	1	1	4	2	28	Kurang
88.	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	2	2	1	4	2	26	Kurang

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Kerja															Jumlah (N)	Kategori
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
89.	3	1	1	3	2	2	2	3	1	2	3	1	3	3	1	31	Cukup
90.	3	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	4	2	22	Kurang
91.	2	2	1	2	1	1	1	3	2	1	2	1	1	4	2	26	Kurang
92.	3	2	1	1	1	1	2	3	2	1	2	1	2	4	3	29	Kurang
93.	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	19	Kurang
94.	3	2	2	2	1	3	2	3	1	4	3	1	2	3	2	34	Cukup
95.	3	2	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	4	2	27	Kurang
96.	1	2	1	1	1	2	2	3	3	2	3	1	3	4	3	32	Cukup
97.	3	2	3	2	2	2	1	2	3	4	3	2	2	1	1	37	Cukup

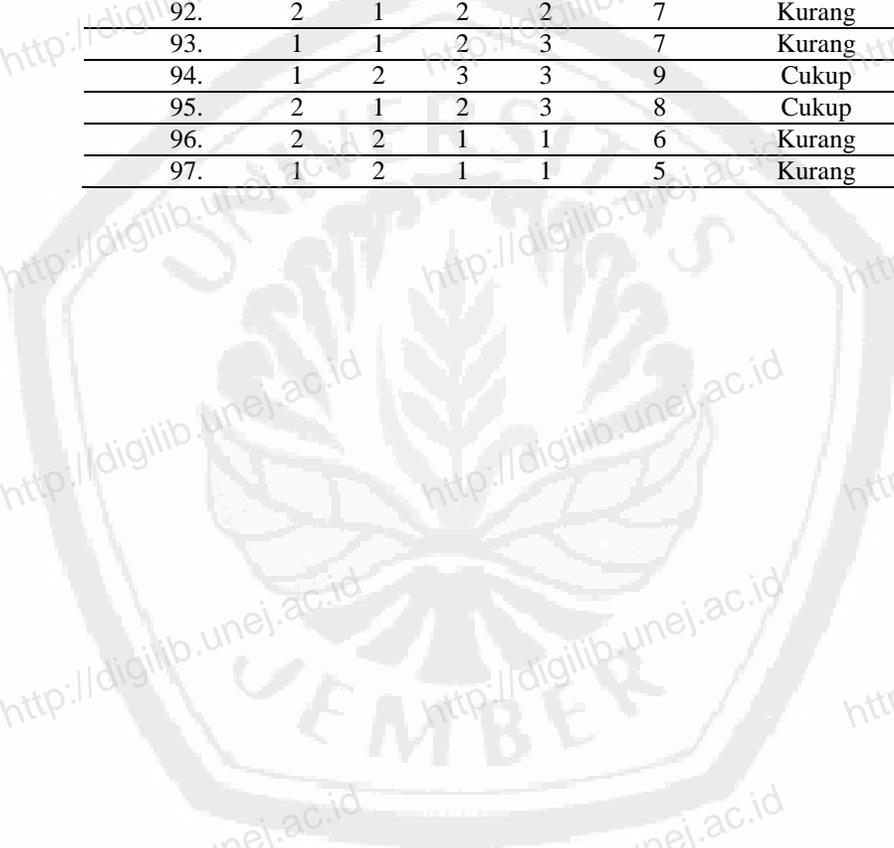


**LAMPIRAN J. Hasil Rekapitulasi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik
Perawat pada Fase Terminasi**

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi				Jumlah (N)	Kategori
	1	2	3	4		
1.	3	1	2	1	7	Kurang
2.	2	1	1	1	5	Kurang
3.	1	1	2	1	5	Kurang
4.	1	1	3	2	7	Kurang
5.	2	1	1	1	5	Kurang
6.	2	2	1	1	6	Kurang
7.	1	1	2	1	5	Kurang
8.	2	2	1	1	6	Kurang
9.	1	1	1	2	5	Kurang
10.	1	2	1	2	6	Kurang
11.	1	3	2	1	7	Kurang
12.	3	2	1	2	8	Cukup
13.	1	2	1	1	5	Kurang
14.	1	2	1	3	7	Kurang
15.	2	1	1	2	6	Kurang
16.	2	1	2	2	7	Kurang
17.	2	1	2	2	7	Kurang
18.	1	2	2	1	6	Kurang
19.	1	1	2	3	7	Kurang
20.	2	3	2	3	10	Cukup
21.	2	1	2	3	8	Cukup
22.	1	2	2	1	6	Kurang
23.	1	2	3	3	9	Cukup
24.	2	1	2	1	6	Kurang
25.	1	1	1	1	4	Kurang
26.	1	1	1	2	5	Kurang
27.	1	1	1	2	5	Kurang
28.	2	2	1	3	8	Cukup
29.	1	3	2	1	7	Kurang
30.	2	1	2	1	6	Kurang
31.	2	2	3	3	10	Cukup
32.	1	2	1	1	5	Kurang
33.	2	1	1	2	6	Kurang
34.	1	2	1	1	5	Kurang
35.	1	2	3	1	7	Kurang
36.	1	1	3	2	7	Kurang
37.	3	1	1	3	8	Cukup
38.	3	2	1	2	8	Cukup

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi					Kategori
	1	2	3	4	N	
39.	2	1	2	2	7	Kurang
40.	1	2	1	1	5	Kurang
41.	1	1	3	2	7	Kurang
42.	2	2	1	1	6	Kurang
43.	3	2	1	2	8	Cukup
44.	2	1	2	2	7	Kurang
45.	2	3	2	3	10	Cukup
46.	1	2	3	3	9	Cukup
47.	1	1	3	2	7	Kurang
48.	1	2	1	1	5	Kurang
49.	2	2	1	3	8	Cukup
50.	2	1	2	3	8	Cukup
51.	2	1	2	2	7	Kurang
52.	2	1	2	2	7	Kurang
53.	2	2	1	3	8	Cukup
54.	3	1	1	3	8	Cukup
55.	3	2	1	2	8	Cukup
56.	2	3	2	3	10	Cukup
57.	2	2	1	1	6	Kurang
58.	1	3	2	1	7	Kurang
59.	1	1	2	3	7	Kurang
60.	1	2	3	3	9	Cukup
61.	1	1	3	2	7	Kurang
62.	2	2	1	1	6	Kurang
63.	2	2	1	1	6	Kurang
64.	1	2	1	2	6	Kurang
65.	3	2	1	2	8	Cukup
66.	2	1	2	3	8	Cukup
67.	2	1	2	2	7	Kurang
68.	1	2	2	1	6	Kurang
69.	2	3	2	3	10	Cukup
70.	1	2	2	1	6	Kurang
71.	2	1	1	1	5	Kurang
72.	1	2	3	3	9	Cukup
73.	2	2	1	3	8	Cukup
74.	3	1	1	3	8	Cukup
75.	2	1	2	2	7	Kurang
76.	3	1	1	3	8	Cukup
77.	1	2	3	1	7	Kurang
78.	2	1	1	2	6	Kurang
79.	2	2	3	3	10	Cukup
80.	3	2	1	2	8	Cukup
81.	1	1	1	2	5	Kurang
82.	1	1	1	1	4	Kurang
83.	3	1	1	3	8	Cukup

No. Responden	Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi					Kategori
	1	2	3	4	N	
84.	2	1	2	3	8	Cukup
85.	1	1	2	1	5	Kurang
86.	2	1	1	1	5	Kurang
87.	1	1	2	1	5	Kurang
88.	1	1	1	2	5	Kurang
89.	1	3	2	1	7	Kurang
90.	3	2	1	2	8	Cukup
91.	2	1	1	2	6	Kurang
92.	2	1	2	2	7	Kurang
93.	1	1	2	3	7	Kurang
94.	1	2	3	3	9	Cukup
95.	2	1	2	3	8	Cukup
96.	2	2	1	1	6	Kurang
97.	1	2	1	1	5	Kurang



**LAMPIRAN K. Hasil Rekapitulasi Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap
Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat**

No. Responden	Tingkat Kepuasan Pasien			Jumlah (N)	Kategori
	Fase Orientasi	Fase Kerja	Fase Terminasi		
1.	4	3	2	9	Tidak Puas
2.	1	4	3	8	Tidak Puas
3.	4	4	3	11	Tidak Puas
4.	6	3	8	18	Puas
5.	4	3	4	11	Tidak Puas
6.	4	3	3	10	Tidak Puas
7.	3	2	7	12	Puas
8.	1	3	7	11	Tidak Puas
9.	3	2	7	12	Puas
10.	3	3	3	9	Tidak Puas
11.	1	5	2	8	Tidak Puas
12.	5	6	4	15	Puas
13.	4	4	4	12	Puas
14.	6	6	8	20	Puas
15.	2	5	3	10	Tidak Puas
16.	6	3	7	16	Puas
17.	3	4	7	14	Puas
18.	5	3	2	10	Tidak Puas
19.	3	2	7	12	Puas
20.	9	3	4	16	Puas
21.	5	2	4	11	Tidak Puas
22.	4	3	5	12	Puas
23.	5	3	7	15	Puas
24.	7	6	3	16	Puas
25.	9	3	3	14	Puas
26.	5	4	9	18	Puas
27.	3	3	5	11	Tidak Puas
28.	2	7	8	17	Puas
29.	8	6	8	22	Sangat Puas
30.	4	4	4	12	Puas
31.	4	7	8	19	Puas
32.	4	3	9	16	Puas
33.	6	5	4	15	Puas
34.	4	9	7	20	Puas
35.	3	5	6	14	Puas
36.	7	3	6	16	Puas
37.	7	4	7	18	Puas
38.	6	7	8	21	Sangat Puas
39.	2	3	4	9	Tidak Puas

No. Responden	Tingkat Kepuasan Pasien			Jumlah (N)	Kategori
	Fase Orientasi	Fase Kerja	Fase Orientasi		
40.	4	3	3	10	Tidak Puas
41.	5	4	9	18	Puas
42.	4	7	8	19	Puas
43.	4	9	7	20	Puas
44.	5	3	2	10	Tidak Puas
45.	4	3	3	10	Tidak Puas
46.	6	6	8	20	Puas
47.	9	3	4	16	Puas
48.	5	4	9	18	Puas
49.	8	6	8	22	Sangat Puas
50.	7	4	7	18	Puas
51.	4	9	7	20	Puas
52.	7	6	3	16	Puas
53.	5	3	2	10	Tidak Puas
54.	3	2	7	12	Puas
55.	2	3	4	9	Tidak Puas
56.	8	6	8	22	Sangat Puas
57.	4	3	3	10	Tidak Puas
58.	6	6	8	20	Puas
59.	9	3	4	16	Puas
60.	5	4	9	18	Puas
61.	8	6	8	22	Sangat Puas
62.	7	4	7	18	Puas
63.	4	9	7	20	Puas
64.	4	4	3	11	Tidak Puas
65.	4	3	3	10	Tidak Puas
66.	3	2	7	12	Puas
67.	5	6	4	15	Puas
68.	2	5	3	10	Tidak Puas
69.	5	3	2	10	Tidak Puas
70.	5	2	4	11	Tidak Puas
71.	7	6	3	16	Puas
72.	2	7	8	17	Puas
73.	4	7	8	19	Puas
74.	4	9	7	20	Puas
75.	7	4	7	18	Puas
76.	2	3	4	9	Tidak Puas
77.	7	4	7	18	Puas
78.	3	5	6	14	Puas
79.	6	5	4	15	Puas
80.	8	6	8	22	Sangat Puas
81.	4	7	8	19	Puas
82.	3	3	5	11	Tidak Puas
83.	5	4	9	18	Puas
84.	7	6	3	16	Puas

No. Responden	Tingkat Kepuasan Pasien			Jumlah (N)	Kategori
	Fase Orientasi	Fase Kerja	Fase Orientasi		
85.	4	3	5	12	Puas
86.	9	3	4	16	Puas
87.	5	3	2	10	Tidak Puas
88.	6	3	7	16	Puas
89.	6	6	8	20	Puas
90.	5	6	4	15	Puas
91.	3	3	3	9	Tidak Puas
92.	1	3	7	11	Tidak Puas
93.	4	3	3	10	Tidak Puas
94.	6	3	8	18	Puas
95.	9	3	4	16	Puas
96.	4	3	3	10	Tidak Puas
97.	7	4	7	18	Puas

LAMPIRAN L. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Orientasi

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR00001	2.4333	.9714	30.0
2.	VAR00002	2.4000	.8550	30.0
3.	VAR00003	2.4000	.8550	30.0
4.	VAR00004	2.1000	.8847	30.0
5.	VAR00005	2.3667	.9643	30.0
6.	VAR00006	2.4000	.8137	30.0
7.	VAR00007	2.1000	.9229	30.0
8.	VAR00008	2.3000	.8367	30.0
9.	VAR00009	2.0333	.8503	30.0
10.	VAR00010	2.0333	.8503	30.0
11.	VAR00011	2.4333	.9353	30.0
12.	VAR00012	2.3000	.8367	30.0
13.	VAR00013	2.3667	.7649	30.0
14.	VAR00014	2.4333	.8172	30.0
15.	VAR00015	2.4667	.7761	30.0
16.	VAR00016	2.5333	.8193	30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	37.1000	48.4379	6.9597	16

Item-total Statistics

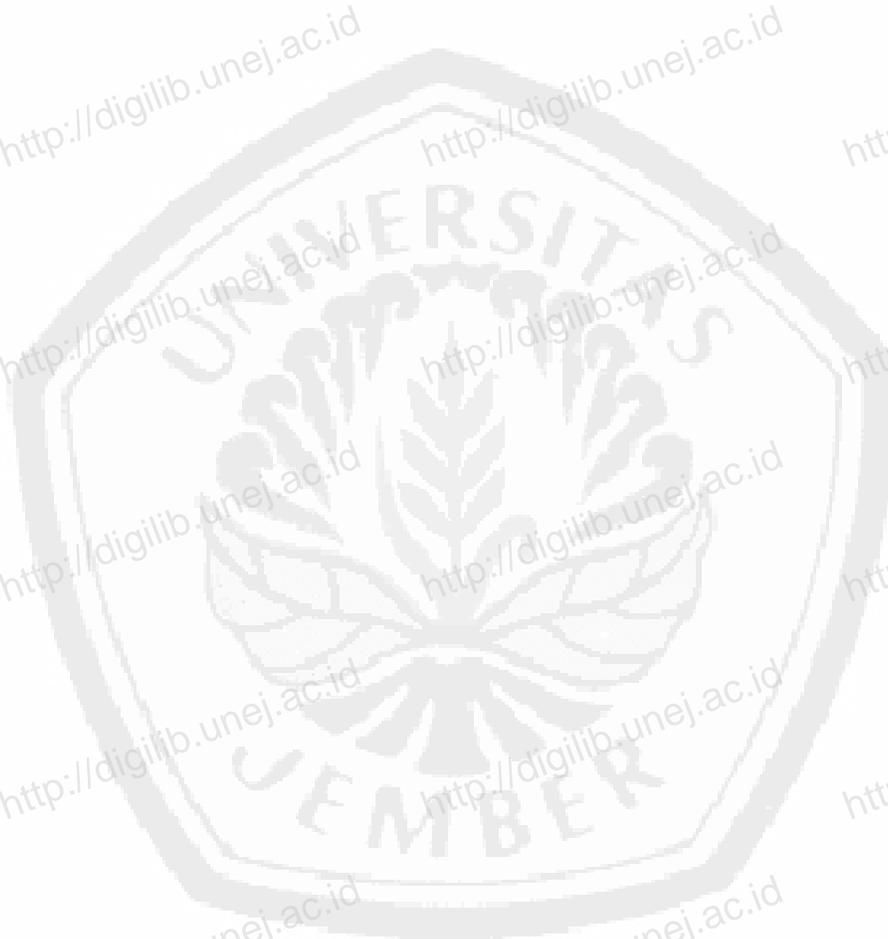
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	34.6667	39.8851	.6201	.7777
VAR00002	34.7000	41.8034	.5340	.7857
VAR00003	34.7000	41.8034	.5340	.7857
VAR00004	35.0000	43.1034	.3918	.7956
VAR00005	34.7333	44.4092	.2411	.8073
VAR00006	34.7000	41.5966	.5887	.7825
VAR00007	35.0000	41.1724	.5415	.7845
VAR00008	34.8000	43.1310	.4192	.7937
VAR00009	35.0667	43.9264	.3361	.7993
VAR00010	35.0667	49.0989	-.1161	.8280
VAR00011	34.6667	42.2299	.4388	.7922
VAR00012	34.8000	44.2345	.3148	.8006
VAR00013	34.7333	44.4092	.3378	.7989
VAR00014	34.6667	43.7471	.3721	.7968

VAR00015	34.6333	42.6540	.5112	.7882
VAR00016	34.5667	42.8057	.4627	.7909

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 16 Alpha = .8051



**LAMPIRAN M. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi
Terapeutik Perawat pada Fase Kerja**

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR00001	2.4667	.7761	30.0
2.	VAR00002	2.4333	.8172	30.0
3.	VAR00003	2.4000	.8137	30.0
4.	VAR00004	2.1000	.9229	30.0
5.	VAR00005	2.4333	.9353	30.0
6.	VAR00006	2.4333	.9353	30.0
7.	VAR00007	2.4333	.8584	30.0
8.	VAR00008	2.0333	.8503	30.0
9.	VAR00009	2.6000	.9685	30.0
10.	VAR00010	2.5333	.8193	30.0
11.	VAR00011	2.3667	.9643	30.0
12.	VAR00012	2.3667	.9643	30.0
13.	VAR00013	2.4333	.9714	30.0
14.	VAR00014	2.4000	.8550	30.0
15.	VAR00015	2.4333	.9714	30.0
16.	VAR00016	2.3000	.8367	30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	38.1667	60.5575	7.7819	16

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	35.7000	53.9414	.5275	.8295
VAR00002	35.7333	54.0644	.4847	.8314
VAR00003	35.7667	52.5299	.6245	.8243
VAR00004	36.0667	53.3057	.4749	.8317
VAR00005	35.7333	53.0989	.4830	.8312
VAR00006	35.7333	53.0989	.4830	.8312
VAR00007	35.7333	54.3402	.4331	.8340
VAR00008	36.1333	55.7057	.3253	.8395
VAR00009	35.5667	58.5989	.0688	.8549
VAR00010	35.6333	54.2402	.4678	.8322
VAR00011	35.8000	53.7517	.4156	.8352
VAR00012	35.8000	53.7517	.4156	.8352
VAR00013	35.7333	50.2713	.6782	.8192

VAR00014	35.7667	54.4609	.4252	.8344
VAR00015	35.7333	50.2713	.6782	.8192
VAR00016	35.8667	55.1540	.3785	.8368

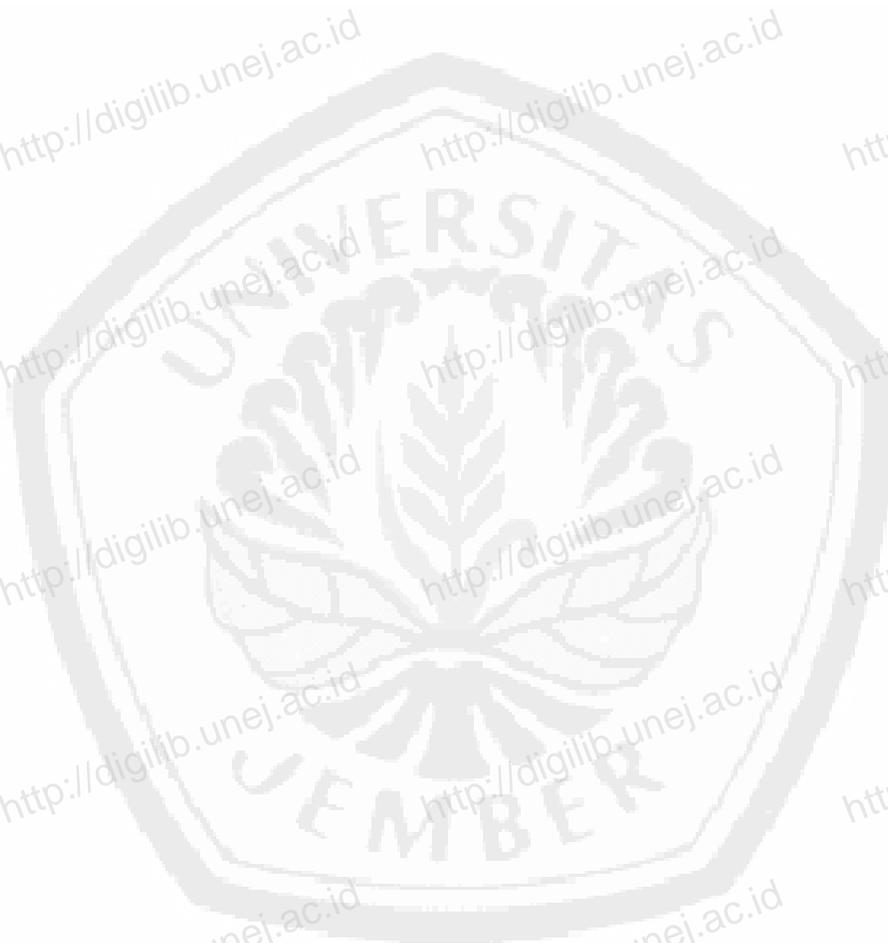
Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 16

Alpha =

.8416



LAMPIRAN N. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat pada Fase Terminasi

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPH A)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	VAR00001	2.3667	.9643	30.0
2.	VAR00002	2.5333	.8193	30.0
3.	VAR00003	2.1000	.8847	30.0
4.	VAR00004	2.4667	.7761	30.0
5.	VAR00005	2.3000	.8367	30.0

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	11.7667	7.9092	2.8123	5

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	9.4000	5.4897	.3297	.6639
VAR00002	9.2333	4.9437	.6297	.5202
VAR00003	9.6667	5.6782	.3435	.6516
VAR00004	9.3000	4.9069	.6980	.4954
VAR00005	9.4667	6.3954	.1923	.7108

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 5

Alpha = .6674

LAMPIRAN O. Hasil Uji Regresi Logistik

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
PUAS	tidak puas	32	33.0%
	puas	59	60.8%
	sangat puas	6	6.2%
ORIEN	kurang	37	38.1%
	cukup	60	61.9%
KERJA	kurang	60	61.9%
	cukup	37	38.1%
TERMI	kurang	36	37.1%
	cukup	61	62.9%
Valid		97	100.0%
Missing		0	
Total		97	
Subpopulation		8	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	53.273			
Final	36.307	16.966	6	.009

Likelihood Ratio Tests

Effect	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	36.307(a)	.000	0	.
ORIEN	42.477	6.169	2	.026
KERJA	42.317	6.009	2	.010
TERMI	41.581	5.273	2	.030

Parameter Estimates

PUAS(a)		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
tidak puas	Intercept	3.384	1.359	6.198	1	.013			
	[ORIEN=1]	-2.736	1.269	4.647	1	.031	.065	.005	.780
	[ORIEN=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[KERJA=1]	2.529	1.102	5.268	1	.022	12.543	1.447	108.737
	[KERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[TERMI=1]	-2.528	1.253	4.068	1	.044	.080	.007	.931
	[TERMI=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
puas	Intercept	4.025	1.336	9.084	1	.003			
	[ORIEN=1]	-2.193	1.217	3.248	1	.071	.112	.010	1.211
	[ORIEN=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[KERJA=1]	1.995	1.037	3.704	1	.054	7.353	.964	56.080
	[KERJA=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.
	[TERMI=1]	-2.112	1.202	3.088	1	.079	.121	.011	1.276
	[TERMI=2]	0(b)	.	.	0	.	.	.	.

a The reference category is: sangat puas.

b This parameter is set to zero because it is redundant.

LAMPIRAN P. Profil RSD dr. Soebandi Jember

Informasi sejarah secara pasti yang menyatakan berdirinya RSD Dr. Soebandi tidak banyak diketahui, hanya Rumah Sakit dahulu sebelum tahun 1963 berada di Jalan Nusa Indah yang sekarang menjadi Rumah Sakit Paru. Dipindahkannya Rumah Sakit kelokasi yang baru yaitu di Jalan Dr, Soebandi nomer 124 adalah disediakan lahan tanah dan bangunan yang cukup untuk pengembangan Rumah Sakit selanjutnya.

Sejak tahun 1992 RSD Dr. Soebandi telah digunakan sebagai lahan praktik pendidikan dokter muda dari Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya hingga sekarang ini. RSD Dr. Soebandi Kabupaten Jember menjadi kelas B pendidikan yang ditetapkan pemerintah sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1097/Menkes/SK/IX/2002. RSD ini adalah Unit Pelaksanaan Teknis Kabupaten sehingga merupakan milik Pemerintah Kabupaten Jember. Sejak tahun 1998 Rumah Sakit ini telah menjadi RumahSakit swadana Daerah berdasarkan Surat Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor : 445.35-1140 tahun 1998.

Direktur- direktur RSD dr. Soebandi Jember dan masa kepemimpinannya, antara lain:

1. dr. Winardi
2. dr. Mulyadi Hadi Puro, Sp.THT
3. dr. Aman Wahyudi, MS (1991-1998)
4. dr. Widiarto, MPH (1999-2001)
5. dr. Oemi Djauhari, MM (2001-2005)
6. dr. Cholid Bachtir, MM (2006-2008)
7. dr. Yuni Ermita Djatmiko, MKes (2008-sekarang)

Visi RSD dr. Soebandi Jember adalah menjadi rumah sakit yang bermutu, mandiri dan menjadi pilihan utama masyarakat, dengan misi antara lain menyelenggarakan pelayanan rumah sakit yang bermutu, berorientasi pada kepuasan pelanggan dan menjadi pilihan utama masyarakat; melaksanakan fungsi Rumah sakit Pendidikan yang berbasis pada ilmu dan teknologi kedokteran; menjalin kemitraan untuk mencapai kemandirian rumah sakit; menjadi rumah sakit pusat rujukan wilayah Jawa Timur bagian timur serta mottonya pelayanan cepat, tepat, bermutu dan manusiawi.

Tugas Pokok RSD dr. Soebandi Jember adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan. Fungsi RSD dr. Soebandi Jember antara lain melaksanakan pelayanan medis; melaksanakan pelayanan penunjang medis dan non medis; melaksanakan pelayanan dan asuhan keperawatan; melaksanakan pendidikan dan pelatihan; melaksanakan penelitian dan pengembangan; melaksanakan administrasi umum dan keuangan; Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Bupati Kepala Daerah.

Pelayanan rawat inap di RSD dr. Soebandi Jember terdapat 15 ruangan antara lain: Ruang Anthurium, Ruang Adenium, Ruang Krisan, Ruang Teratai, Ruang Seruni, Ruang Edelweis, Ruang Aster, Ruang Herbras, Ruang Dahlia, Perinatologi, Ruang Tulip, Kelas I, Kelas I Cataliya, Pavilyun Anggrek, dan Pavilyun Bougenvil. Sedangkan untuk jumlah tempat tidur berdasarkan kelas di RSD dr. Soebandi Jember adalah: Paviliun: 34 TT, Kelas 1: 34 TT, Kelas 2: 12 TT, Kelas 3: 244 TT (RSD dr. Soebandi Jember, 2010).



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI JEMBER
Jl. Dr. Soebandi 124 Telp. (0331) 48744 – 422404 Fax. (0331) 487564
JEMBER

Jember, 05 Mei 2011

Nomor : 423.4/1140 /610/2011
Sifat : Penting
Perihal : **Ijin Penelitian**

Kepada,
Yth. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember
Jln. Kalimantan
Di-
JEMBER

Menindak lanjuti surat permohonan Saudara Nomor : 830/H25.1.12/PS.8/2011 tanggal 19 April 2011 perihal tersebut pada pokok surat, dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya menyetujui permohonan saudara untuk **Ijin Penelitian** di RSD dr. Soebandi Jember, kepada :

Nama : **Anis Mufarida**
NIM : 0721110101057
Fakultas : Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Jember
Judul : Pengaruh pelaksanaan Komunikasi terapeutik perawat terhadap tingkat kepuasan pasien (Studi kasus di Instalasi Rawat Inap Kelas 3 RSD dr. Soebandi Jember).

Sebelum melaksanakan kegiatan tersebut harap berkoordinasi dengan Bidang Diklat. Demikian untuk diketahui, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

A.n. Direktur
Wadir. SDM & Pendidikan

dr. Budi Rahardjo, Sp.RM
ENIP: 195706151985031020

Tembusan Yth:

1. Direktur sebagai laporan
2. Wadir Pelayanan
3. Ka.Inst. Rawat Inap
4. Ka.Keperawatan Inst.Rawat Inap
5. Ka. Ruang
6. Arsip.

LAMPIRAN R. Dokumentasi

Gambar 1. Perkenalan dengan Perawat Jaga di Ruang Rawat Inap



Gambar 2. Penjelasan Maksud dan Tujuan pada Responden



Gambar 3. Proses Wawancara Terpimpin



Gambar 4. Foto Bersama dengan Perawat, Dokter Muda dan Staf Rawat Inap



Gambar 5. Ruang Rawat Inap



Gambar 6. RSD dr. soebandi Jember