



UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PELATIHAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK
PERAWAT TERHADAP KEPUASAN PASIEN YANG
DI RAWAT DI RUANG RAWAT INAP DEWASA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
TASIKMALAYA 2008**

Manuscript

**Disusun oleh:
Rahayu Iskandar
0606027253**

**PROGRAM PASCASARJANA ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA
2008**

LEMBAR PERSETUJUAN

Pengaruh Pelatihan Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Kepuasan Pasien
Yang Dirawat Di Ruang Rawat Inap Dewasa Rumah Sakit Umum
Daerah Tasikmalaya

Telah diperiksa oleh pembimbing dan disetujui untuk dipublikasikan pada
Jurnal Keperawatan Indonesia, Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia

Jakarta, 18 Juli 2008

Pembimbing I

Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp. M.App.Sc

Pembimbing II

Mustikasari, S.Kp. MARS

LEMBAR PERSETUJUAN

Pengaruh Pelatihan Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Kepuasan Pasien
Yang Dirawat Di Ruang Rawat Inap Dewasa Rumah Sakit Umum
Daerah Tasikmalaya

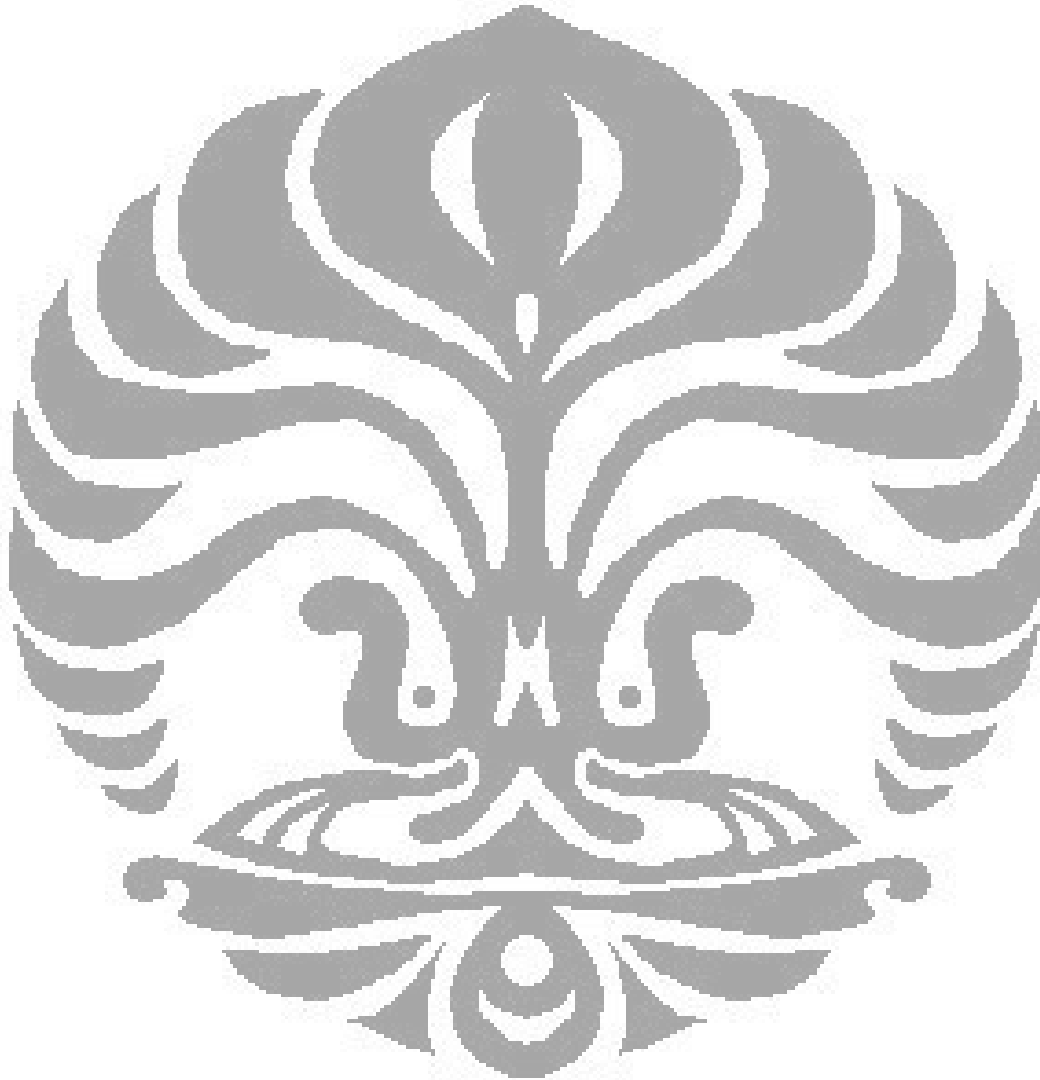
Telah diperiksa oleh pembimbing, disetujui dan telah dipertahankan di hadapan
tim penguji Tesis Program Pascasarjana Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, 18 Juli 2008



LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI TESIS

Depok, 16 Juli 2008



LEMBAR PERSETUJUAN PENELITIAN

Judul Penelitian : Pengaruh pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya Tahun 2008.
Peneliti : Rahayu Iskandar, S.Kep, Ners
Nomor telepon yang dapat dihubungi bila ada pertanyaan :
Rumah : (0265) 2750389
HP : 0852 158 400 90

Saya telah diminta dan memberi ijin untuk melibatkan anggota keluarga saya (klien yang dirawat di RSUD Tasikmalaya) untuk berperan serta sebagai responden dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya Tahun 2008”.

Peneliti telah menjelaskan tentang penelitian yang akan dilaksanakan. Saya mengetahui bahwa tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui kepuasan pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat selama saya dirawat di RSUD Tasikmalaya. Penilaian dilakukan selama penelitian berlangsung.

Saya mengerti bahwa resiko yang akan terjadi sangat kecil. Saya berhak untuk menghentikan penelitian ini tanpa adanya hukuman atau kehilangan hak, khususnya perlakuan yang merugikan anggota keluarga saya.

Saya mengerti bahwa catatan mengenai penelitian ini akan dirahasiakan. Kerahasiaan ini dijamin selegal mungkin. Semua berkas yang mencatumkan identitas subjek penelitian hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan. Hanya peneliti yang mengetahui kerahasiaan data.

Demikian secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun, saya dan anggota keluarga saya bersedia berperan serta pada penelitian ini.

Tasikmalaya ,.....2008

Rahayu Iskandar, S.Kep, Ners

Tanda tangan Bapak/Ibu /
Suami/istri/saudara kandung

Tanda tangan peneliti

**Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Tesis, Juni 2008**

Rahayu Iskandar

Pengaruh pelatihan komunikasi terapeutik perawat terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa Rumah Sakit Umum Daerah Tasikmalaya

x + 131 hal + 17 tabel + 5 gambar + 5 lampiran

Abstrak

Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di RSUD Tasikmalaya tahun 2006 adalah 65% dengan hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti kepada 10 pasien di 3 ruang rawat inap RSUD Tasikmalaya didapatkan pernyataan perawat yang judes dan galak. Hal ini merupakan bentuk dari ketidakpuasan pasien terhadap layanan yang diberikan. Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk meneliti “Pengaruh pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat terhadap kepuasan pasien di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya” dengan tujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pelatihan komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien. Penelitian ini merupakan penelitian *quasi experiment* dengan desain *pre and post test with control group*. Populasi penelitian ini adalah 171 pasien dengan besar sampel 110 pada 4 ruang rawat inap dewasa. Untuk kelompok intervensi, perawat yang memberikan layanan perawatan diberikan pelatihan komunikasi terapeutik. Hasil penelitian didapatkan peningkatan kepuasan pasien yang bermakna terhadap kenyataan layanan yang diterima dengan pemenuhan harapan pasien terhadap layanan dari perawat yang dilatih komunikasi terapeutik. Karakteristik pasien yang mempengaruhi kepuasan pasien adalah pendidikan terakhir pasien dan persepsi terhadap sakit. Sedangkan karakteristik keluarga yang mempengaruhi kepuasan pasien adalah kelas perawatan yang dipilih. Penelitian ini menyimpulkan bahwa kepuasan pasien akan meningkat sesudah perawat dilatih komunikasi terapeutik. Kepuasan pasien pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kepuasan pasien pada kelompok kontrol. Dari penelitian ini disarankan agar pelatihan komunikasi terapeutik dilaksanakan secara berkesinambungan dan diteliti faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien menggunakan dimensi yang lain dari kepuasan.

Kata kunci: Kepuasan pasien, komunikasi terapeutik, pelatihan, perawat.

Daftar pustaka: 73 buah (1986 – 2007)

**Post Graduate Program of Nursing Faculty
University of Indonesia
Thesis, June 2008**

Rahayu Iskandar

Effect of Nurse Therapeutic Communication Training on Patient Satisfaction Who is Taken Care at Adult Inpatient Room of RSUD in Tasikmalaya.

x +131 pages + 17 tables + 5 figures + 5 appendices

Abstract

Patient satisfaction level of service at RSUD Tasikmalaya in 2006 was 65% of interview result which has been done by researcher to 10 patients at 3 adult inpatient rooms of RSUD in Tasikmalaya, there were not familiar and fearful statements of nurses. These statements were not satisfaction form of patient to service which has given by nurse. Based on the mentioned above, researcher interests of studying "Effect of nurse therapeutic communication training on patient satisfaction who is taken care at Adult Inpatient Room of RSUD in Tasikmalaya" by purposing to know effect of nurse therapeutic communication training on patient satisfaction who is taken care at Adult Inpatient Room of RSUD in Tasikmalaya. This research was a quasi experiment by pre and post test with control group. These research populations were 171 patients with 110 samples at 4 adult inpatient rooms. Nurse who gave nursing service was given therapeutic communication training on intervention group. Research result indicated that there was increasing of patient satisfaction significantly to service reality which was received by accomplishment of patient hope to service nurse who was trained by therapeutic communication. Patient characteristic which effected of patient satisfaction consist of last education of patient and patient perception of pain. Family characteristic which effected patient satisfaction was nursing class which they chose. This research concluded that patient satisfaction will increase after nurse was trained by therapeutic communication. Patient satisfaction on intervention group was higher than patient satisfaction on control group. From this research, it was suggested that therapeutic communication training has been done continually and it was studied factors which patient satisfaction from the other dimension of patient satisfaction.

Key words: patient satisfaction, therapeutic communication, training, nurse

References: 73 (1986 - 2007)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Pengaruh pelatihan komunikasi terapeutik perawat terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya”** dapat diselesaikan. Penulis menyadari tersusunnya laporan ini berkat dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu dan koreksi yang teliti dalam penyusunan tesis ini.
2. Mustikasari, SKp, MARS selaku pembimbing II yang bersedia menerima keluhan pada saat penulis sedang merasa cemas.
3. Dewi Irawaty, MA, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Krisna Yeti, SKp, M.App.Sc. selaku Ketua Program Pascasarjana.
5. Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc.PhD selaku koordinator Mata Ajar Tesis.
6. Direktur RSUD Tasikmalaya beserta jajarannya yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melaksanakan penelitian di rumah sakit yang beliau pimpin.
7. Aa Suhendar, SKp, M.Kep yang telah memfasilitasi terselenggaranya pelatihan komunikasi terapeutik kepada perawat Ruang I dan Ruang IV di RSUD Tasikmalaya.
8. Suami tercinta yang tak pernah berhenti memberikan banyak cinta dan semangat agar penulis segera menyelesaikan tesis ini.

9. Teman-teman angkatan Program Pascasarjana Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2006
10. Staf Perpustakaan, Laboratorium komputer yang memberikan akses untuk mendapatkan sumber dalam penulisan.

Demikian, semoga hasil penelitian ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Depok, 18 Juli 2008

Penulis.



DAFTAR ISI

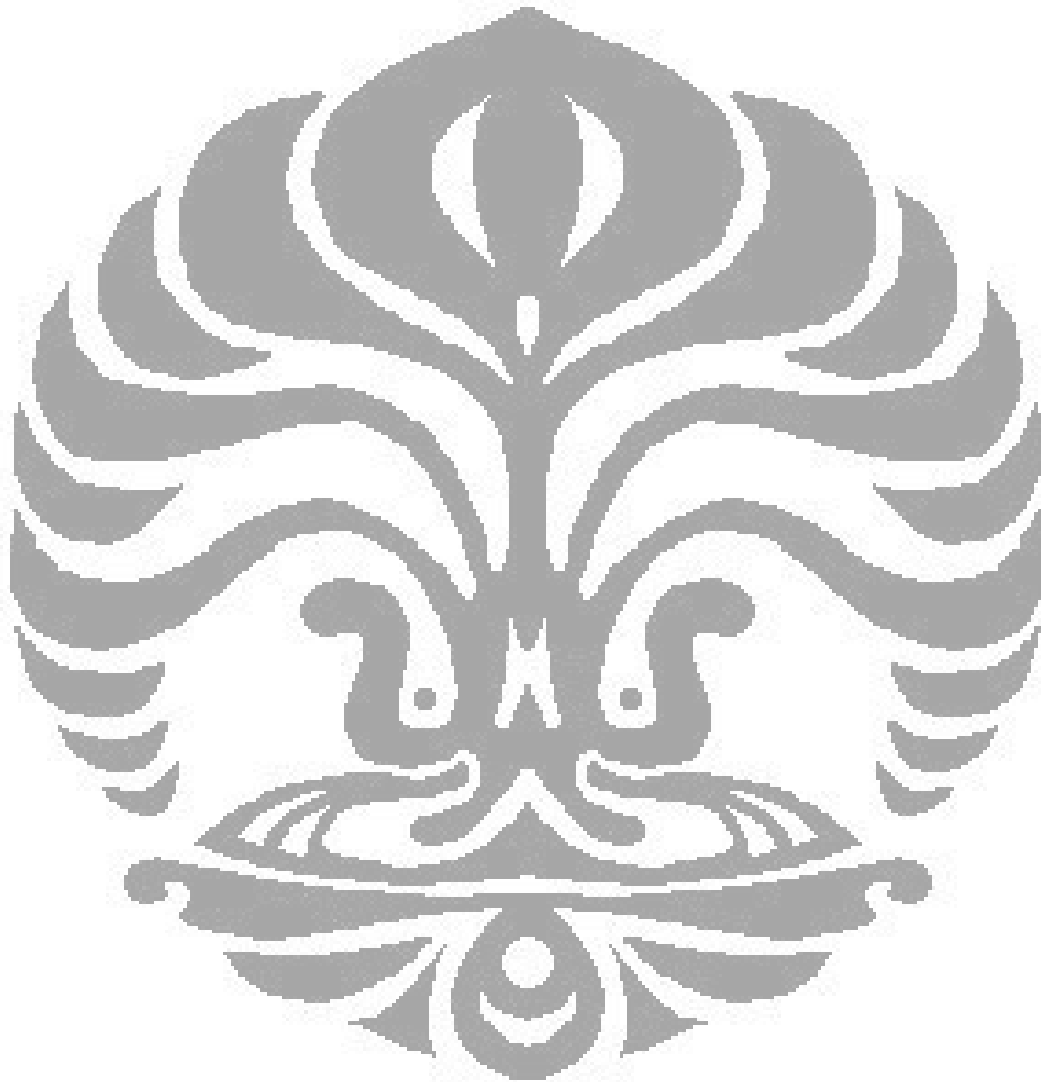
	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR DAN BAGAN	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	9
C. Tujuan penelitian	10
D. Manfaat penelitian	11
BAB II TINJAUAN TEORITIS	12
A. Kepuasan klien	12
1. Pengertian	12
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan klien	14
3. Cara pengukuran kepuasan klien	22
B. Komunikasi terapeutik	28
1. Pengertian	29
2. Jenis komunikasi	30
3. Tahapan komunikasi terapeutik	37
4. Kualitas komunikasi terapeutik	40
BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	49
A. Kerangka teori	49
B. Kerangka konsep	52

	C. Hipotesis	53
	D. Definisi operasional	54
BAB IV	METODOLOGI PENELITIAN	58
	A. Desain penelitian	58
	B. Populasi dan sampel	60
	C. Waktu dan tempat penelitian	65
	D. Etika penelitian	65
	E. Alat pengumpulan data	67
	F. Uji validitas dan reliabilitas	68
	G. Prosedur pengumpulan data	70
	H. Analisis data	74
BAB V	HASIL PENELITIAN	83
	A. Karakteristik pasien, keluarga dan kepuasan pasien	83
	B. Perbandingan kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dengan yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik	109
	C. Pengaruh karakteristik pasien dan keluarga terhadap kepuasan pasien	126
BAB VI	PEMBAHASAN	135
	A. Kepuasan pasien terhadap layanan perawatan	135
	B. Kepuasan pasien terhadap dimensi pelayanan keperawatan	139
	C. Pengaruh karakteristik pasien dan keluarga terhadap kepuasan pasien	151
	D. Implikasi hasil penelitian	162
BAB VII	SIMPULAN DAN SARAN	165
	A. Simpulan	165
	B. Saran	166
DAFTAR PUSTAKA		

DAFTAR TABEL

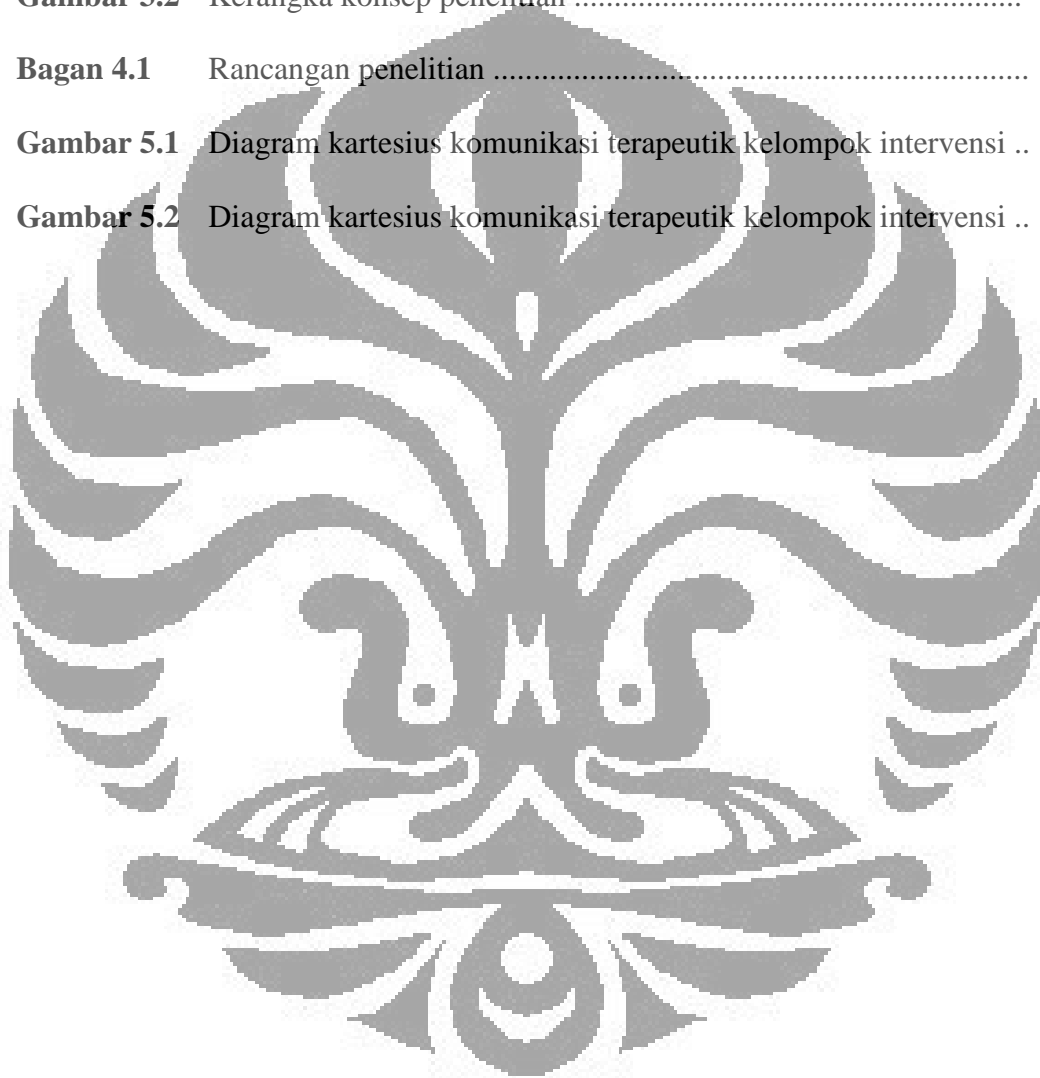
Tabel 1.1	Tingkat hunian perawatan kelas II, I, Utama dan VIP RSUD Tasikmalaya Tahun 2002 s/d Tahun 2006	8
Tabel 4.1	Rincian ruang perawatan responden berdasarkan kriteria kelas perawatan.....	62
Tabel 4.2	Rincian jumlah perawat dengan jumlah pasien yang dirawat	65
Tabel 4.3	Kisi-kisi kuesioner	68
Tabel 4.4	Uji validitas dan reliabilitas kuesioner	70
Tabel 4.5	Prosedur teknis pengumpulan data penelitian	74
Tabel 4.6	Analisis bivariat	80
Tabel 5.1	Karakteristik pasien berdasarkan umur	83
Tabel 5.2	Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin, pendidikan dan persepsi terhadap sakit	84
Tabel 5.3	Karakteristik pasien berdasarkan kelas perawatan	86
Tabel 5.4	Karakteristik pasien berdasarkan penghasilan keluarga	87
Tabel 5.5	Kepuasan pasien menurut dimensi kepuasan	88
Tabel 5.6	Uji kesetaraan variabel umur	110
Tabel 5.7	Uji kesetaraan variabel pendidikan, persepsi terhadap sakit dan jenis kelamin	110
Tabel 5.8	Uji kesetaraan variabel kelas perawatan	111
Tabel 5.9	Uji kesetaraan variabel penghasilan keluarga	112
Tabel 5.10	Uji kesetaraan harapan pasien terhadap layanan perawatan	112
Tabel 5.11	Analisis kepuasan pasien sebelum dan sesudah pasien mendapatkan layanan perawatan	114
Tabel 5.12	Analisis kepuasan pasien kelompok intervensi dan kelompok kontrol	120
Tabel 5.13	Hubungan umur dengan kepuasan pasien	127
Tabel 5.14	Hubungan jenis kelamin dengan kepuasan pasien	127

Tabel 5.15	Hubungan kepuasan pasien dengan pendidikan dan persepsi terhadap sakit	128
Tabel 5.16	Analisis kepuasan pasien berdasarkan kelas perawatan	129
Tabel 5.17	Hubungan penghasilan dengan kepuasan pasien	130



DAFTAR GAMBAR DAN BAGAN

Gambar 2.1	Diagram kartesius komunikasi terapeutik P – K	27
Gambar 3.1	Kerangka teori	51
Gambar 3.2	Kerangka konsep penelitian	53
Bagan 4.1	Rancangan penelitian	59
Gambar 5.1	Diagram kartesius komunikasi terapeutik kelompok intervensi ..	99
Gambar 5.2	Diagram kartesius komunikasi terapeutik kelompok intervensi ..	104



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar permintaan menjadi responden
- Lampiran 2 *Informed consent*
- Lampiran 3 Kuesioner kepuasan pasien untuk harapan terhadap layanan perawatan
- Lampiran 4 Kuesioner kepuasan pasien untuk kenyataan layanan yang diterima
- Lampiran 5 Permohonan ijin penelitian dari FIK UI
- Lampiran 6 Surat lolos uji etik
- Lampiran 7 Surat ijin penelitian dari RSUD Tasikmalaya
- Lampiran 8 Modul pelatihan komunikasi terapeutik
- Lampiran 9 Daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Era globalisasi yang terjadi di negara Indonesia sekarang ini, menyebabkan banyak sekali terjadi perubahan baik ilmu pengetahuan, teknologi maupun perubahan pola pikir masyarakat. Tuntutan masyarakat terhadap kualitas dan profesionalisme dari pemberi pelayanan kesehatan semakin meningkat (<http://www.balipost.co.id/BaliPostcetak/2002>) yang menyebabkan persaingan bisnis menjadi sangat tajam. Untuk memenangkan persaingan, rumah sakit harus mampu memberikan kepuasan kepada para pelanggannya (Supranto, 1997). Menghadapi persaingan rumah sakit (RS) yang semakin ketat, maka perawat sebagai profesi yang bertanggung jawab penuh kepada pasien selama 24 jam harus mengetahui hal-hal yang dianggap penting oleh pasien dan berusaha untuk menghasilkan kinerja sebaik mungkin sehingga dapat memuaskan pasien.

Tenaga keperawatan merupakan proporsi terbesar dari tenaga kesehatan lainnya dan bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan yang optimal dan berkualitas terhadap pasien selama 24 jam secara berkesinambungan sehingga kualitas layanan keperawatan yang diberikan oleh perawat dapat menjadi salah satu indikator baik buruknya kualitas pelayanan di rumah sakit (Gilles, 1996). Pelayanan keperawatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa layanan kesehatan dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk.

(Azwar, 1996). Bagi pasien, mutu pelayanan yang baik tidak hanya dikaitkan dengan kesembuhan dari penyakit fisik atau meningkatkan derajat kesehatannya, tetapi juga menyangkut kepuasan pasien terhadap sikap, pengetahuan dan keterampilan petugas dalam memberikan pelayanan dan tersedianya sarana atau prasarana lingkungan fisik yang memadai (Jacobalis, 1989).

Berdasarkan uraian tersebut di atas maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan keperawatan yang bermutu adalah pelayanan yang tidak hanya melihat dari hasil akhir yaitu kesembuhan tetapi juga dari proses pemberian pelayanan. Sikap, pengetahuan dan keterampilan petugas dalam memberikan pelayanan serta tersedianya sarana atau prasarana lingkungan fisik yang memadai termasuk ke dalam penilaian mutu layanan yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien.

Kepuasan menurut Pascoe dalam Krowinski dan Streiber (1995) adalah perbedaan harapan pasien dengan kenyataan yang diterima. Bila harapan pasien dipenuhi maka pasien akan merasa puas. Jadi kepuasan adalah perasaan atau keadaan seseorang yang telah mengalami sesuatu tindakan terhadap dirinya sesuai dengan pengharapannya (Silalahi, 1989). Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan akan berada pada tahap rendah bila harapan klien tinggi tetapi pelaksanaan oleh perawat rendah. Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan tinggi bila harapan klien tinggi dan pelaksanaan oleh perawat juga tinggi. Pelaksanaan pelayanan dianggap berlebihan bila harapan terhadap pelayanan yang dilakukan oleh perawat rendah tetapi pelaksanaan oleh perawat tinggi (Sugito, 2005 <http://hadisugito.fadla.or.id/2005> diperoleh tanggal 2 Desember 2007).

Sehingga untuk mendapatkan nilai kepuasan pasien yang tinggi maka harusnya harapan pasien terhadap layanan yang diberikan tinggi dan pelaksanaan oleh perawat juga tinggi.

Kepuasan klien dapat memberikan manfaat terhadap beberapa hal yaitu hubungan antara institusi pelayanan dan klien menjadi harmonis, klien akan datang kembali dan mendorong keluarga serta orang lain untuk memanfaatkan rumah sakit (Tjiptono, 1996). Sedangkan menurut Nelson dan Larson (1985) dalam Streiber dan Krowinski (1995) kepuasan klien terhadap rumah sakit membuat klien senang dengan RS dan merekomendasikan kepada orang lain dan ingin kembali memanfaatkan rumah sakit. Dengan kecepatan dalam melayani kebutuhan pasien, sikap, pengetahuan dan keterampilan perawat dalam memberikan pelayanan serta komunikasi yang baik maka pasien akan merasa puas terhadap pelayanan yang diberikan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hernaningsih (1999) menemukan 52,6% responden tidak puas terhadap pelayanan keperawatan, sedangkan Kinasih (2002) dalam penelitiannya menyatakan kepuasan pasien wilayah Kota Banda Aceh terhadap pelayanan keperawatan hanya 46% saja, dengan salah satu faktor yang mempengaruhinya yaitu komunikasi yang tidak baik (57%, $p = 0,023$) dan pelayanan yang tidak ramah (56%, $p = 0,004$). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Pudjiati (2002) mengenai faktor yang berhubungan dengan kepuasan klien terhadap hubungan terapeutik perawat klien didapatkan hanya ada dua variable yang berhubungan yaitu pilihan ruang rawat dan keadaan penyakit. Pasien yang dirawat di

kelas III lebih tinggi kepuasannya dibandingkan dengan klien yang dirawat di kelas I dan II dan klien dengan penyakit ringan lebih tinggi kepuasannya dibandingkan klien dengan penyakit sedang dan berat dengan 23,6% responden menyatakan puas terhadap hubungan terapeutik perawat klien di ruang rawat inap RSUD FK UI Jakarta.

Streiber dan Krowinski (1995) menjelaskan bahwa keluhan yang sering disampaikan oleh klien yang tidak puas adalah kurangnya komunikasi dari perawat dan ketidakjelasan akan proses perawatan sehingga pasien akan mengeluhkan lamanya waktu menunggu perawat setelah proses masuk ruang perawatan, lamanya perawat menjawab panggilan klien, sikap perawat yang tidak bersahabat, kurang memberi pendidikan kesehatan untuk perawatan di rumah, perawat kurang perhatian, perawat tidak menjelaskan tentang program pengobatan dan proses penyakit. Dampak ketidakpuasan klien adalah klien tidak setia kepada rumah sakit dan cenderung mencari rumah sakit lain bila akan berobat. Klien akan menceritakan pengalaman buruknya kepada banyak orang sehingga semakin banyak orang enggan ke rumah sakit tersebut. Akibatnya rumah sakit kehilangan pelanggan dan pada akhirnya akan menurunkan pendapatan rumah sakit. Namun, sedikit banyak kesenjangan yang terjadi antara harapan pasien dengan kinerja layanan kesehatan yang diperolehnya, dapat dikurangi dengan komunikasi yang baik antara penyelenggara layanan kesehatan dengan pasien.

Komunikasi adalah elemen dasar dari interaksi manusia yang memungkinkan seseorang untuk menetapkan, mempertahankan dan meningkatkan kontak dengan

orang lain (Potter & Perry, 2005). Peplau (1997, dalam Craven & Hirnle, 2000) menjelaskan bahwa komunikasi adalah jantung dari semua pelayanan keperawatan. Fritzt (1984 dalam Gillies, 1994) menyatakan beberapa keuntungan bila perawat menggunakan komunikasi yang efektif dalam pemberian asuhan keperawatan yaitu dapat menimbulkan hubungan saling percaya, mencegah terjadinya praktik ilegal dan menimbulkan kepuasan bagi klien dan perawat. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rohyadi (2004) tentang kepuasan pasien didapatkan hasil sebanyak 49,5% responden tidak puas terhadap fungsi komunikasi yang dilakukan oleh perawat di RSUD Cibabat Bandung. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Manurung (2001) didapatkan hasil komunikasi perawat dan klien memiliki hubungan yang bermakna terhadap kepuasan klien dengan sub variable komunikasi yang paling bermakna yaitu pada variabel keterbukaan dan konfirmasi dengan rekomendasi yang diberikan adalah dilakukannya penelitian tentang komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien dengan metode *quasi eksperimen*.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Tasikmalaya merupakan sebuah Rumah Sakit Umum Tipe B Non Pendidikan milik Pemerintah Kota Tasikmalaya dan sebagai rumah sakit rujukan untuk wilayah Priangan Timur. Dilihat dari jumlah tenaga dokter dan perawat sudah memenuhi standar dimana dokter spesialis lengkap berjumlah 18 orang, dokter umum 14 orang, dokter gigi 6 orang, dan perawat sebanyak 248 orang. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tasikmalaya memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 288 tempat tidur dengan rata rata tingkat hunian 80,52 %. Ruang perawatan mencapai 16 Ruang Perawatan yang terdiri dari 12 Kamar VVIP, 6 kamar VIP, 14 kamar Utama, 14 Kamar Kelas I, 12 kamar Kelas II

dan 16 Kamar Kelas III. Disamping itu dilengkapi dengan instalasi Rawat Jalan, Intensif Care Unit Hemodialisa dan Gawat Darurat (Med Rec RSUD TSM, 2007).

Penelitian yang dilakukan Darsiwa (2006) di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tasikmalaya tentang kepuasan pasien didapatkan hasil 25% responden menyatakan tidak puas terhadap kemampuan perawat memberikan pelayanan yang tepat waktu, menyatakan perawat di RSUD Kota Tasikmalaya tidak tanggap terhadap kebutuhan pasien sebesar 28% responden, dan 25% perawat di RSUD Kota Tasikmalaya tidak ramah dan tidak sabar dalam memberikan pelayanan kepada pasien, dengan tingkat ketidakpuasan secara keseluruhan terhadap pelayanan rumah sakit sebesar 65%. Dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada 10 pasien di RSUD TSM di 3 ruang rawat inap, ternyata masih didapatkan pernyataan dari 4 pasien tentang “perawat yang judes dan galak”. Hal ini merupakan salah satu bentuk penilaian pasien akibat perawat tidak melaksanakan komunikasi terapeutik dengan baik.

Kondisi tersebut di atas dapat mengakibatkan pasien menjadi tidak percaya kepada perawat dan tidak puas akan pelayanan yang diberikan. Bila saja perawat mampu melakukan komunikasi yang ikhlas, tulus, dan penuh perhatian maka akan sangat efektif untuk mewujudkan suasana yang saling mempercayai, saling menghargai dan saling menghormati. Menimbulkan suasana yang kondusif untuk memodifikasi atau mengubah harapan pasien yang telah lama terbentuk (Pohan, 2007). Dengan suasana yang demikian akan mendorong pasien untuk menerima tingkat mutu layanan kesehatan yang diselenggarakan dengan penuh pengertian sehingga kekecewaan pasien yang mungkin terjadi tidak timbul atau dapat dihindarkan.

Sejalan dengan berlakunya Program Askeskin bagi masyarakat yang tidak mampu, jumlah kunjungan ke RSUD Kota Tasikmalaya naik menjadi 89%. Akan tetapi kenaikan jumlah kunjungan ke RSUD Kota Tasikmalaya didominasi oleh pengguna Askeskin, baik di rawat jalan maupun di Rawat Inap Kelas III yang merupakan hak pemegang kartu Askeskin. Sementara untuk pengguna kelas II, I, Utama dan VIP terjadi penurunan (Tabel 1.1).

Tabel 1.1
Tingkat Hunian Perawatan Kls II,I, Utama dan VIP
RSUD Tasikmalaya Tahun 2002 - 2006

Kelas	2002	2003	2004	2005	2006
VIP	2.996	2.126	1.282	1295	1.094
Utama	4.219	3.245	1.924	1.805	1.207
KLS I	9.037	4.367	2.012	2.079	1.704
KLS II	12.318	5.879	2.642	2.880	1.934

Sumber: Sub Bag Rekam Medik RSUD Kota Tasikmalaya 2007.

Tabel 1.1 di atas menunjukkan dengan nyata bahwa terjadi penurunan penderita di RSUD Kota Tasikmalaya bagi pengguna jasa Kelas II, Kelas I, Utama dan VIP. Penurunan tingkat hunian pada kelas II, I, Utama dan VIP diduga karena beberapa hal sebagai berikut yaitu meningkatnya jumlah Rumah Sakit swasta sebagai *competitor* di Kota Tasikmalaya, timbulnya persaingan yang tidak sehat dalam pemberian jasa pelayanan, dimana ada pemberian bonus kepada dokter atau bidan, perawat dan tenaga medis lainnya apabila merujuk pasien ke dokter atau rumah sakit tertentu, keterbatasan sarana dan alat medik canggih sehingga untuk diagnosa tertentu pasien harus dirujuk ke Rumah Sakit yang lain, serta beberapa keluhan masyarakat yang kurang puas terhadap pelayanan yang diekspos dimedia masa, sehingga berdampak buruk pada citra rumah sakit.

RSUD Tasikmalaya pada beberapa tahun yang lalu (1998-2002) pernah mempunyai kelompok gugus kendali mutu (GKM) yang aktif melakukan kegiatan dengan tujuan agar pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit tetap terjaga mutunya. Tetapi beberapa tahun terakhir kegiatan GKM dirasakan meredup. Berdasarkan pengakuan dari perawat, sejak 2005 tidak pernah ada lagi pelatihan untuk meningkatkan kemampuan perawat termasuk didalamnya pelatihan tentang komunikasi terapeutik. Dari hasil penyebaran kuesioner kepada 10 perawat tentang kemampuan perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik didapatkan hasil pengetahuan perawat sebesar 60% dan keterampilan melakukan komunikasi yang terapeutik sebesar 63%.

Berdasarkan uraian permasalahan di atas, RSUD Kota Tasikmalaya perlu melakukan antisipasi secepat mungkin dan mengambil langkah yang berdampak baik terhadap peningkatan citra rumah sakit di antaranya dengan penerapan komunikasi terapeutik pada perawat sehingga pasien akan merasa diperhatikan, dipenuhi keinginan tahuannya terhadap penyakit yang diderita dan merasa ditanggapi oleh perawat. Bila hal ini dirasakan oleh pasien, diharapkan kepuasan pasien akan meningkat dan berdampak kepada peningkatan jumlah pasien di RSUD Kota Tasikmalaya tidak hanya di kelas-III tetapi juga di Kelas II, I, Utama dan VIP.

B. Rumusan masalah

Masih adanya pasien yang menyatakan perawat di RSUD galak dan judes, menurunnya jumlah pengunjung di kelas II, I, Utama dan VIP, masih sedikitnya

hasil penelitian tentang kepuasan pasien terkait dengan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dan belum adanya program yang dilakukan oleh RSUD Tasikmalaya untuk meningkatkan kepuasan pasien menyebabkan tingkat kepuasan pasien terhadap layanan rumah sakit masih rendah yaitu 65%.

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1. Menurunnya jumlah kunjungan pasien di kelas II, I, Utama dan VIP.
2. Tujuh dari 10 (sepuluh) pasien menyatakan perawat di RSUD Kota Tasikmalaya bersikap tidak ramah (galak dan judes) yang berarti kegagalan perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik.
3. Belum adanya program dari RSUD Kota Tasikmalaya untuk meningkatkan kepuasan pasien.
4. Kemampuan perawat untuk melakukan komunikasi terapeutik masih rendah.

Pertanyaan penelitian yang harus dijawab pada penelitian ini adalah:

1. Apakah dengan penerapan komunikasi terapeutik pada perawat dapat meningkatkan kepuasan pasien yang dirawat di RSUD Kota Tasikmalaya?
2. Seberapa besar perbedaan kepuasan pasien pada kelompok kontrol dan kepuasan pasien pada kelompok intervensi?
3. Faktor apakah yang paling dominan yang dapat meningkatkan kepuasan pasien setelah perawat menerapkan komunikasi terapeutik?

C. Tujuan penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh pelatihan komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tasikmalaya

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kepuasan pasien (empati, kecepattanggapan, jaminan, keandalan dan estetika) antara harapan dengan kenyataan layanan perawatan pada pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapat pelatihan komunikasi terapeutik.
- b. Mengidentifikasi kepuasan pasien (empati, kecepattanggapan, jaminan, keandalan dan estetika) antara harapan dengan kenyataan layanan perawatan pada pasien yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapat pelatihan komunikasi terapeutik
- c. Mengidentifikasi perbedaan kepuasan pasien terhadap layanan perawat pada kelompok yang diintervensi dengan kepuasan pasien terhadap layanan perawat pada kelompok kontrol.
- d. Mengidentifikasi faktor dominan yang mempengaruhi kepuasan pasien di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya.

D. Manfaat penelitian

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk:

1. Manfaat Aplikatif

- a. Meningkatkan kemampuan perawat menerapkan komunikasi terapeutik dalam interaksi antara perawat dan klien sehingga diharapkan kepuasan pasien yang dirawat di RSUD Tasikmalaya meningkat.
- b. Dengan penerapan komunikasi terapeutik dalam interaksi antara perawat dan klien, klien akan merasa diperhatikan, dipenuhi kebutuhannya dan merasa dihargai oleh perawat.

2. Pengembangan keilmuan

- a. Sebagai data untuk pengembangan intervensi lanjut khususnya intervensi yang diberikan oleh perawat untuk meningkatkan kepuasan pasien.
- b. Menjadi bahan rujukan khususnya yang berhubungan dengan tingkat kepuasan pasien terhadap layanan keperawatan setelah komunikasi terapeutik diterapkan oleh perawat dalam melakukan pelayanan keperawatan di RSUD Kota Tasikmalaya.

3. Pengembangan penelitian

- a. Menambah jumlah penelitian tentang kepuasan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat dengan mengembangkan metode penelitian menggunakan *quasi experiment*.
- b. Dapat digunakan sebagai data lanjutan bagi manajer dan staf keperawatan untuk menggunakan pendekatan lain dalam upaya meningkatkan kepuasan pasien yang berhubungan dengan pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada tinjauan pustaka ini akan disampaikan teori dan konsep yang terkait dengan masalah penelitian yang meliputi komunikasi terapeutik dan kepuasan klien.

A. Kepuasan klien

Konsep kepuasan pelanggan masih bersifat abstrak, subjektif dan individual dimana pencapaian kepuasan tersebut dapat merupakan suatu proses yang sederhana maupun kompleks dan rumit. Setiap individu akan memiliki tingkat kepuasan yang berbeda-beda sesuai dengan sistem nilai yang berlaku pada dirinya (Azwar, 1996, Tjiptono, 2002). Sehingga kepuasan yang didapat individu yang satu tidak akan sama dengan kepuasan yang diperoleh individu yang lain pada situasi yang sama.

1. Pengertian

Kepuasan pelanggan adalah suatu keadaan dimana keinginan, harapan dan kebutuhan pelanggan dipenuhi. Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan. Apabila pelanggan merasa tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan, maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak efektif dan tidak efisien (Sugito, 2005 ¶ 12 <http://hadisugito.fadla.or.id/2005> diperoleh tanggal 2 Desember 2007). Dengan demikian tingkat kepuasan merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Apabila kinerja di bawah harapan, maka

pelanggan akan kecewa. Bila kinerja sesuai dengan harapan, pelanggan akan puas. Sedangkan bila kinerja melebihi harapan maka pelanggan akan sangat puas (Supranto, 2001).

Kepuasan pasien atau pelanggan harus diperhatikan oleh provider, untuk mengetahui apakah pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan keinginan dan peraturan atau belum, hal tersebut harus diukur dengan baik. Pelayanan mungkin saja sudah diberikan tetapi belum tentu dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan. Dari berbagai pengertian tentang kepuasan dapat disimpulkan bahwa pasien akan merasa puas atau tidak puas tergantung pada pemikiran baik atau tidak baik untuk dirinya, sesuai atau tidak sesuai dengan harapannya.

Harapan adalah dorongan yang kuat yang dapat digunakan sebagai alat untuk mencapai tujuan (Swansburg, 1993). Sedangkan menurut Marquis & Houston (1999) menyatakan harapan adalah kondisi internal yang menjadi dorongan bagi seseorang untuk mencapai kepuasan atau mengurangi ketidakseimbangan. Seseorang rela berkorban seperti menempuh tempat yang jauh untuk memperoleh sesuatu yang diinginkan dan membayar dengan mahal atas suatu tindakan karena adanya harapan tertentu (Yasmi, 2002). Dari kedua definisi di atas dapat disimpulkan bahwa harapan adalah dorongan internal seseorang untuk memenuhi kebutuhan, mencapai keinginan guna memenuhi kepuasan. Kepuasan dapat tercapai bila harapan sesuai dengan kenyataan yang didapatkan.

Kenyataan adalah persepsi pasien atau pendapat pasien tentang pelayanan keperawatan dan prosedur penerimaan pasien. Persepsi adalah suatu proses yang terjadi dalam diri seseorang yang akan menunjukkan bagaimana dia melihat, mendengar, merasa, meraba segala sesuatu atau benda yang ada disekitarnya (Muchlas, 1994). Sedangkan definisi yang lain mengatakan kenyataan adalah persepsi pasien terhadap hasil pelayanan keperawatan yang telah didapatkan atau diterimanya (Robbins, 1996). Sehingga pelayanan keperawatan yang sama diberikan pada pasien yang berbeda akan menghasilkan tingkat kepuasan yang berbeda.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kepuasan tergantung dari adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan. Semakin besar kesesuaian antara harapan dan kenyataan semakin besar tingkat kepuasan yang dirasakan pasien dan semakin kecil kesesuaian antara harapan dan kenyataan maka makin rendah pula tingkat kepuasan yang dirasakan oleh pasien. Kepuasan pasien merupakan pernyataan terhadap pelayanan yang diterima oleh pasien dan dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pasien.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan klien

Rosenstoch (1974) dan Becker dan Mainman (1975) dalam Potter dan Perry (2005) menguraikan faktor yang mempengaruhi perilaku individu terhadap pelayanan kesehatan yaitu: 1) Persepsi individu tentang kerentanan dirinya terhadap suatu penyakit, 2) Persepsi individu terhadap keseriusan penyakit yang diderita (berat ringannya penyakit) yang dipengaruhi oleh faktor demografis,

sosiopsikologis, perasaan terancam oleh penyakit dan dukungan untuk mencari bantuan dari pelayanan kesehatan dan 3) Persepsi seseorang akan manfaat yang diperoleh dari tindakan yang diambil. Potter dan Perry (2005) menyatakan ada dua variabel yang mempengaruhi keyakinan dan tingkat kesehatan klien terhadap penggunaan layanan kesehatan yaitu 1) Variabel internal mencakup tahap perkembangan, latar belakang kemampuan menyelesaikan masalah (intelektual), persepsi terhadap kondisi fisik (status kesehatan), faktor emosional dan spiritual dan 2) variabel eksternal terdiri dari bagaimana keluarga menggunakan pelayanan kesehatan, faktor sosioekonomik dan latar belakang budaya.

Berikut akan diuraikan mengenai beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku pasien terhadap pelayanan kesehatan (Potter & Perry, 2005) yaitu dari variabel internal, variabel eksternal dan faktor berat ringannya penyakit.

a. Variabel internal (faktor individu)

Faktor individu meliputi tingkat pertumbuhan, latar belakang kemampuan mempersepsikan masalah, persepsi terhadap keadaan fisik (status kesehatan), tingkat emosi dan spiritual. Pola perilaku, kognitif, emosi dan perkembangan fisik mengalami perubahan setiap waktu. Perubahan setiap aspek ini akan berpengaruh terhadap cara merespon masalah kesehatan yang dihadapinya..

b. Variabel eksternal. Variabel eksternal terdiri dari faktor keluarga, sosial ekonomi dan latar belakang budaya klien dan mempengaruhi klien berespon terhadap masalah kesehatan yang dihadapi klien. Faktor ini memberikan warna pada cara pengambilan keputusan penanganan masalah dan

penggunaan fasilitas layanan kesehatan yang digunakan contohnya penggunaan asuransi kesehatan klien dan penggunaan ruang rawat.

- c. Faktor berat ringannya penyakit yang diderita. Faktor ini mempengaruhi reaksi klien termasuk jenis tindakan yang diperlukan untuk mengatasi masalah. Reaksi klien ditentukan oleh lamanya penyakit yang diderita, keadaan penyakit dan frekuensi sakit yang dialami.

Menurut *The Picker/ Commonwealth Program for Patient-Centered Care* (1987 dalam Potter & Perry, 1997), terdapat tujuh dimensi kebutuhan pasien yang membuat pengalaman sakit dan dirawat di rumah sakit menjadi lebih manusiawi. Tujuh dimensi ini dikenal dengan pemberian pelayanan keperawatan yang berfokus pada pasien yang merupakan faktor yang perlu mendapatkan perhatian rumah sakit dalam upaya memberikan kepuasan pasien. Tujuh dimensi tersebut meliputi:

- a. Penghormatan terhadap nilai, kesukaan dan kebutuhan pasien.

Setiap pasien berharap diperlakukan dengan penuh penghargaan dan penghormatan. Pasien juga berharap mendapatkan informasi dan dilibatkan dalam pembuatan keputusan tentang perawatan mereka. Dengan demikian pemberi pelayanan keperawatan harus mampu mengidentifikasi nilai, kesukaan dan kebutuhan pasien sehingga memiliki persepsi yang sama dengan kebutuhan pasien. Hasil identifikasi kebutuhan merupakan dasar untuk menentukan tindakan perawatan kepada pasien.

- b. Koordinasi dan integrasi perawatan

Selama dirawat, pasien mencari seseorang yang berwenang dalam perawatannya dan yang dapat diajak berkomunikasi secara jelas. Pasien juga perlu mengetahui siapa orang yang bisa dimintai tolong setiap ia membutuhkan pertolongan. Hal ini terjadi karena pasien merasa tidak mampu untuk memenuhi kebutuhannya. Perawat perlu memberikan pelayanan dengan prosedur yang terkoordinasi baik serta memberi informasi tentang siapa yang dapat dimintai tolong untuk meminimalkan ketidakmampuannya.

c. Komunikasi yang efektif

Komunikasi efektif antara perawat dengan pasien merupakan salah satu aspek yang perlu mendapatkan perhatian dalam pelayanan keperawatan.

Komunikasi efektif diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan memberikan intervensi yang sesuai dengan kebutuhannya. Komunikasi ini akan mempengaruhi kepuasan pasien, karena pasien merasa kebutuhannya terpenuhi.

d. Kenyamanan fisik

Pasien yang dirawat di rumah sakit tidak hanya sekedar membutuhkan perawatan dan pengobatan. Mereka juga menuntut kenyamanan fisik selama menjalani perawatan yang meliputi perawatan fisik, kebutuhan *privacy* dan lingkungan rumah sakit yang selalu terjaga kebersihan dan kenyamanannya. Kebutuhan ini merupakan kebutuhan pelayanan dasar yang harus diberikan oleh pemberi pelayanan keperawatan. Bila kebutuhan kenyamanan terpenuhi maka pasien akan mendapatkan kepuasan.

e. Dukungan emosional dan pengurangan rasa takut dan cemas

Perasaan takut dan cemas seringkali menyertai pasien saat dirawat di rumah sakit. Perasaan ini dapat terjadi karena ancaman kehidupan maupun perubahan lingkungan. Pasien berharap dapat membagi perasaan takutnya dengan pemberi pelayanan. Dalam hal ini perawat perlu memberikan dukungan emosional dengan cara memberikan waktu bagi pasien untuk menceritakan rasa takutnya. Dukungan emosional ini diperlukan untuk mengurangi perasaan takut dan cemasnya. Bila rasa takut/ cemas berkurang atau hilang maka pasien akan merasa puas.

f. Keterlibatan keluarga dan teman

Pemberi pelayanan harus mengenal dan menghormati keluarga dan teman pasien yang merupakan pemberi dukungan pasien. Pasien berharap memiliki kebebasan untuk menentukan keterlibatan keluarga dan temannya dalam pengambilan keputusan serta bantuan fisik setelah pulang. Perawat perlu memberikan informasi tentang kebutuhan pasien tersebut dan melibatkan keluarga untuk mengambil keputusan tentang perawatan yang diperlukan pasien.

g. Transisi dan kesinambungan pengobatan

Pasien berharap pelayanan kesehatan berkelanjutan yang dibutuhkan setelah pulang dapat dikoordinasikan dengan baik. Oleh sebab itu informasi tentang

pemberian obat, diet, program tindakan pengobatan lain yang akan dijalankannya dan tanda bahaya yang harus diperhatikan ketika mereka selesai menjalani perawatan serta kemudahan akses untuk sumber pelayanan kesehatan yang dibutuhkan ketika pulang perlu diberikan kepada pasien dan keluarganya. Kegiatan ini dapat dilakukan melalui program *discharge planning* yang bertujuan memberikan kesinambungan perawatan ketika pasien pulang.

Notoatmodjo (1989) menyatakan bahwa perbedaan yang mempengaruhi harapan dan persepsi klien terhadap pelayanan kesehatan didasarkan atas perbedaan pendapatan masyarakat, tingkat pendidikan, umur, jenis kelamin, agama dan suku bangsa. Gibson, Ivancevich dan Donnelly (1996), Jacobalis (1989) dan Wijono (2000) menguraikan faktor yang mempengaruhi perilaku individu yaitu: 1) faktor individual meliputi karakteristik demografi dan sosial ekonomi, kemampuan fisik dan mental, 2) faktor psikologi meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar, pengalaman dan motivasi dan 3) faktor lingkungan meliputi kebudayaan, keluarga, kelas sosial dan jarak pengguna layanan kesehatan terhadap layanan yang tersedia. Loundon dan Britta (1998) berpendapat untuk dapat memuaskan kebutuhan pelanggan diperlukan suatu strategi yaitu pemahaman pelanggan dengan melihat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan, antara lain:

a. Faktor demografi

Karakteristik demografi dan sosial ekonomi yang diduga dapat berhubungan dengan tingkat kepuasan klien adalah umur, jenis kelamin, pendidikan,

pekerjaan, penghasilan, status perkawinan dan jumlah anggota keluarga (Jacobalis, 1989). Tiga karakteristik yang dianggap cukup dominan dalam kepuasan pasien adalah usia, jenis kelamin dan tingkat pendidikan (Loundon & Britta, 1988).

Umur terkait dengan tingkat kematangan atau perkembangan kognitif individu. Kematangan kognitif yang mempengaruhi penilaian individu dimulai pada usia remaja, dimana pada usia ini individu sudah mampu menganalisa dan membuat keputusan (Hurlock, 1994). Terkait dengan umur, dijelaskan oleh Jacobalis (1989) bahwa semakin bertambah usia seseorang maka tingkat harapan seseorang semakin rendah sehingga cenderung akan merasa lebih puas.

Loundon & Britta (1998) serta Siagian (2000) menyatakan semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang semakin tinggi keinginan dan harapannya. Maka tingkat pendidikan yang tinggi cenderung mempunyai tingkat kepuasan yang rendah sehingga memerlukan pelayanan yang berkualitas tinggi untuk mendapatkan kepuasan.

Potter dan Perry (2005) menyatakan bahwa seseorang yang memiliki status ekonomi yang baik mempunyai kesempatan untuk menggunakan dan mendapatkan fasilitas pelayanan yang lebih baik. Dengan demikian mereka yang berstatus ekonomi tinggi mempunyai harapan dan tuntutan untuk

mendapatkan pelayanan yang lebih baik daripada mereka yang memiliki status sosial ekonomi yang rendah.

Peiss (1998 dalam Prasetijo & Ihalauw, 2005) menjelaskan bahwa laki-laki cenderung melihat produk dari sisi kualitas dan fungsinya, sedangkan perempuan cenderung berdasarkan pada pertimbangan sosial, psikologis dan penampilan luar dari produk. Sehingga bila produk yang diberikan sesuai dengan yang diharapkan dan dapat berfungsi dengan baik maka laki-laki akan terpuaskan. Sedangkan untuk memuaskan perempuan maka produk yang diberikan harus lebih dari adanya kesesuaian antara harapan dan kenyataan, tetapi juga pertimbangan sosial dari produk dan penampilan luar yang dibuat oleh produk tersebut. Sehingga dapat disimpulkan bahwa laki-laki akan cenderung mudah merasa puas dibandingkan dengan perempuan.

b. Faktor psikologi

1) Manfaat yang dirasakan

Manfaat yang diharapkan disini berarti manfaat dari produk atau pelayanan yang diterima oleh klien (Nasution, 2002 dalam Setiasih, 2006). Klien akan mengharapkan mendapat pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan dan kepentingannya. Jika apa yang diharapkan klien sesuai dengan kenyataan yang diterimanya, maka klien tersebut akan mendapatkan kepuasan

2) Persepsi atau pemahaman terhadap produk atau pelayanan yang diberikan

Nasution (2002, dalam Setiasih, 2006) menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi klien terhadap mutu sebelum

membeli produk adalah citra merek (*image*). Selain itu pengalaman masa lalu akan mempengaruhi penilaian klien terhadap produk dimasa yang akan datang dan demikian pula sebaliknya.

c. Faktor lingkungan

Faktor ini lebih menekankan pada lokasi tempat pengguna jasa berada, akan merasa puas apabila jarak pengguna jasa dengan jasa dapat dijangkau dengan mudah (Loundon & Britta, 1988).

3. Cara pengukuran kepuasan klien

Mengukur kepuasan klien dapat dilakukan dengan dua cara yaitu dengan cara indeks keras (*hard index*) dan ukuran lunak (*soft measurer*). Cara *hard index* sering digunakan untuk industri pengolahan yang menghasilkan produk tertentu, sedangkan *soft measurer* sering digunakan sebagai indikator mutu suatu pelayanan jasa. Saat ini terjadi kecenderungan untuk menggunakan *soft measurer* sebagai indikator mutu. Cara yang dapat dilakukan untuk mengukur sikap pelanggan atau klien adalah dengan menggunakan kuisioner (Supranto, 2001). Melalui kuisioner dapat dilihat tanggapan klien melalui penilaian tingkat harapan dan tingkat kenyataan yang diterima klien terhadap komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat selama klien dirawat di rumah sakit.

Parasuraman, Zeithamal dan Berry (1990) menyebutkan bahwa ada lima aspek mutu pelayanan yang dapat meningkatkan kepuasan klien. Penggunaan lima aspek untuk mengukur kepuasan pasien ini disebut metode *survquel/service*

quality dan sering digunakan untuk mengukur kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan. Lima aspek tersebut adalah:

- a. Keandalan (*reliability*), yaitu kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan, jujur, aman, tepat waktu dan ketersediaan. Keseluruhan ini berhubungan dengan kepercayaan terhadap pelayanan dalam kaitannya dengan waktu.
- b. Ketanggapan (*responsiveness*), yaitu keinginan perawat membantu klien dan memberikan pelayanan dengan tanggap terhadap kebutuhan konsumen, cepat memperhatikan dan mengatasi kebutuhan-kebutuhan klien.
- c. Jaminan (*assurance*), mencakup kemampuan, pengetahuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki pada perawat, bebas dari bahaya, resiko, keragu-raguan, memiliki kompetensi, percaya diri dan menimbulkan keyakinan akan kebenaran (objektif).
- d. Kepedulian (*emphaty*), meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan komunikasi yang baik dan memahami kebutuhan klien yang terwujud dalam bentuk penuh perhatian terhadap setiap kebutuhan klien, melayani klien dengan ramah dan menarik, memahami keinginan klien, berkomunikasi yang baik dan benar serta bersikap dengan penuh empati.
- e. Bukti langsung atau berujud (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, peralatan pegawai, kebersihan ruangan yang teratur, rapi, berpakaian rapi dan harmonis, penampilan karyawan atau peralatannya dan alat komunikasi

Tjiptono dan Diana (1997) menyatakan kepuasan pasien ditentukan oleh beberapa faktor antara lain:

- a. Kinerja (*performance*), adalah karakteristik penampilan kerja perawat yang telah diterima oleh pasien. Wujud dari kinerja ini misalnya : kecepatan, kemudahan, dan kenyamanan. Bagaimana perawat dalam memberikan jasa perawatan, waktu penyembuhan yang relatif cepat, kemudahan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan kenyamanan yang diberikan dengan memperhatikan kebersihan, keramahan dan kelengkapan peralatan rumah sakit.
- b. Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), merupakan karakteristik sekunder yang dimiliki oleh rumah sakit, seperti kelengkapan interior dan eksterior.
- c. Keandalan (*reliability*), sejauhmana kemungkinan kecil pasien akan mengalami ketidaksesuaian dengan harapan atas pelayanan yang diberikan. Hal ini dipengaruhi oleh kemampuan perawat dalam memberikan jasa keperawatan.
- d. Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to spesification*), yaitu sejauh mana karakteristik pelayanan memenuhi standar yang telah ditetapkan sebelumnya.
- e. Daya tahan (*durability*), berkaitan dengan berapa lama produk tersebut digunakan. Dimensi ini mencakup umur teknis maupun umur ekonomis dalam penggunaan peralatan rumah sakit.
- f. *Service ability*, adalah kecepatan perawat dalam memberikan pelayanan dengan kompetensi yang tinggi dalam merespon keluhan/ kebutuhan pasien.

- g. Estetika, merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh panca indera. Misalnya: keramahan perawat, peralatan rumah sakit yang lengkap dan modern, desain arsitektur rumah sakit, dekorasi kamar, kenyamanan ruang tunggu, taman yang indah dan sejuk, dan sebagainya.

Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), adalah kesan yang diterima pasien terhadap citra, reputasi dan tanggung jawab rumah sakit dibanding rumah sakit lainnya. Supranto (2001) menjelaskan cara pengukuran kepuasan klien dengan menggunakan nilai skor dimensi "*Importance Performance Analysis*" atau analisis tingkat kepentingan dan kenyataan yang dikembangkan dengan menggunakan metode *survqual* untuk mengukur kepuasan klien. Langkah-langkah yang harus dilalui pada saat melakukan pengukuran adalah :

- Menghitung nilai kinerja/kenyataan dari setiap item (X_1) kepuasan pasien
- Menghitung nilai kepuasan/harapan dari setiap item (Y_1) kepuasan pasien
- Mencari tingkat kesesuaian antara kenyataan dengan harapan dari masing-masing item.

$$Tk_1 = \frac{X_1}{Y_1} \times 100\%$$

- Mencari rata-rata dari tingkat kesesuaian dari seluruh item ($\{Tk_1 + Tk_2 + Tk_3 + \dots + Tk_n\} / N$ item).

- Jumlahkan nilai harapan (Y) dari setiap item seluruh responden kemudian hitung rata-rata nilai harapan

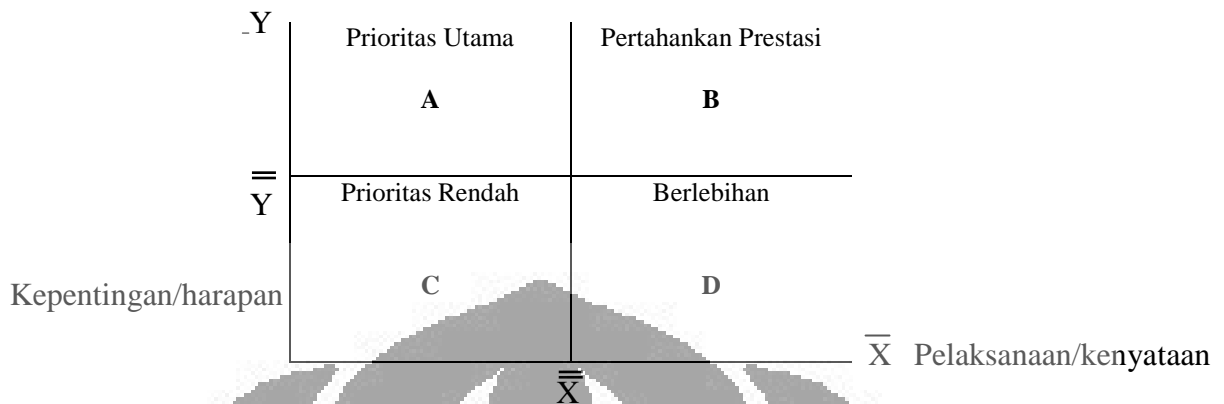
$$\bar{Y} = \frac{\sum Y}{n}$$

- Jumlahkan nilai kenyataan (X) dari setiap item seluruh responden dan kemudian hitung rata-rata nilai kenyataan

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

- g. Hitung perbedaan nilai (deviasi) antara nilai- rata-rata kenyataan dengan rata-rata harapan ($\bar{X}-\bar{Y}$) kepuasan pasien.
- h. Hitung rata-rata dari seluruh nilai deviasi seluruh item
- i. Tentukan bobot masing-masing dimensi, jumlah bobot keseluruhan sama dengan 100%
- j. Kalikan rata-rata deviasi dengan bobot dari masing-masing dimensi
- k. Jumlahkan hasil perkalian
- l. Simpulkan hasil yang didapat dengan ketentuan bila:
 - 1) hasil penjumlahan ≥ 1 berarti pasien puas terhadap komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat
 - 2) hasil penjumlahan < 1 berarti pasien tidak puas terhadap layanan perawatan yang dilakukan oleh perawat

Langkah selanjutnya adalah mencari gambaran apa yang harus dilakukan untuk memperbaiki komunikasi terapeutik dengan menggunakan diagram kartesius. Diagram kartesius dibagi menjadi empat kuadran, yaitu kuadran A, B, C, dan kuadran D seperti yang terlihat pada gambar 2.2. Diagram ini dibatasi oleh dua garis yang berpotongan tegak lurus pada titik $(\bar{X} - \bar{Y})$, dimana \bar{X} adalah rata-rata dari rata-rata skor kenyataan dari seluruh item dan \bar{Y} adalah rata-rata dari rata-rata skor harapan dari seluruh item.



Gambar 2.1 Diagram Kartesius komunikasi terapeutik P - K

Penjelasan dari masing-masing kuadran dapat dilihat pada uraian berikut ini (Sugito, 2005, <http://hadisugito.fadla.or.id/2005> diperoleh tanggal 2 Desember 2007, Supranto, 2001):

- a. Kuadran A adalah daerah prioritas utama yang harus segera diperbaiki karena harapan klien tinggi tetapi pelaksanaan oleh perawat rendah. Ini berarti tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan berada pada tahap rendah
- b. Kuadran B adalah daerah yang harus dipertahankan karena harapan klien tinggi dan pelaksanaan oleh perawat juga tinggi. Pada kuadran ini perawat mampu memberikan pelayanan yang benar-benar dibutuhkan oleh pasien sehingga kepuasan pasien terhadap pelayanan tinggi
- c. Kuadran C adalah daerah prioritas rendah, dimana harapan pasien terhadap komunikasi perawat rendah dan dalam pelaksanaannya, komunikasi yang dilakukan oleh perawat juga rendah. Pada kondisi seperti ini, lupakan dan tinggalkan saja pelayanan yang sudah diberikan karena kinerja pelayanan keperawatan tidak diinginkan pasien dan rumah sakit tidak perlu menyediakan pelayanan keperawatan tersebut.

- d. Kuadran D adalah daerah berlebihan karena harapan terhadap komunikasi yang dilakukan perawat rendah tetapi pelaksanaan oleh perawat tinggi. Kategori ini menunjukkan kemungkinan sumber daya yang dimiliki perawat dibuang-buang karena pelayanan yang tidak penting diberikan secara baik.

B. Komunikasi terapeutik

Komunikasi adalah keterampilan yang sangat penting dalam kehidupan manusia. Manusia adalah makhluk sosial yang tergantung satu sama lain dan mandiri serta saling terkait dengan orang lain dan lingkungannya. Salah satu alat untuk dapat berhubungan dengan orang lain di lingkungannya adalah dengan menggunakan komunikasi, baik secara verbal maupun non verbal (bahasa tubuh dan isyarat yang banyak dimengerti oleh suku bangsa) (La Monica, 1998).

Komunikasi berasal dari kata latin "*communicatio*" yang artinya pemberitahuan atau berasal dari kata "*communicare*" yang berarti menjadikan milik bersama (Wijono, 1997). Dalam percakapan sehari-hari, komunikasi akan terjadi selama ada kesamaan makna mengenai apa yang diperbincangkan. Kesamaan bahasa belum tentu serta merta menimbulkan kesamaan makna, sehingga mengerti bahasa saja belum tentu dapat menangkap makna yang disampaikan. Percakapan dikatakan komunikatif apabila saling mengerti bahasa yang dipergunakan, juga saling mengerti makna dari percakapan (Manurung, 2003).

1. Pengertian

Komunikasi adalah suatu sistem penyampaian pesan dan penerimaan pesan dan berbentuk hubungan diantara sumber pesan dan penerima pesan (Craven & Hirnle, 2000). Rogers mendefinisikan komunikasi sebagai suatu proses dimana yang terlibat, menciptakan dan berbagi informasi satu sama lain untuk mencapai saling pengertian (Wijono, 1997). Sedangkan Taylor (1993 dalam Nurjanah, 2001) menyatakan komunikasi merupakan suatu proses pertukaran informasi atau proses yang menimbulkan dan meneruskan makna atau arti.

Komunikasi membuat dinamis suatu sistem kerjasama dalam organisasi dan menghubungkan tujuan organisasi dengan orang-orang yang ada didalamnya.

Kemampuan komunikasi efektif sangat diperlukan dalam setiap organisasi, khususnya rumah sakit yang bergerak dibidang jasa pelayanan (Susanti, 2001).

Komunikasi antara perawat – klien dalam pelayanan keperawatan dikenal dengan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik adalah proses yang melibatkan usaha-usaha untuk membina hubungan terapeutik antara perawat dengan klien dan saling membagi pikiran, perasaan dan perilaku (Stuart & Sundeen, 1998)

Dari beberapa pengertian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik adalah proses pertukaran informasi, perasaan, pemikiran dan pemahaman yang terjadi antara perawat dengan klien yang terjadi pada konteks pelayanan keperawatan.

2. Jenis komunikasi

Komunikasi tidak hanya menyampaikan informasi tetapi juga menunjukkan perasaan dan emosi yang dimiliki oleh penyampai pesan. Menurut Tappen (1998) dan Swansburg (1996) ada 3 jenis komunikasi yaitu komunikasi verbal, tertulis dan non verbal. Sedangkan Stuart dan Sundeen (1998) dan Potter dan Perry (2005) membagi dua jenis komunikasi yaitu komunikasi verbal (termasuk didalamnya komunikasi tertulis) dan komunikasi non verbal.

a. Komunikasi verbal

Komunikasi verbal terkait dengan penggunaan kata-kata atau tulisan. Perawat seringkali merawat pasien dari berbagai daerah dimana mereka berkomunikasi dengan menggunakan bahasa daerahnya masing-masing. Perbedaan bahasa tersebut biasanya dapat menimbulkan terjadinya kesalahan pemahaman. Komunikasi verbal adalah semua hal yang ditulis atau diucapkan (Potter & Perry, 2005). Komunikasi verbal terdiri dari kata-kata yang diucapkan oleh seseorang kepada satu orang pendengar atau lebih. Penempatan kata-kata (phrase) dan kalimat dapat mempengaruhi pemahaman makna dan simbol (¶ 1 <http://id.wikipedia.org/wiki/Komunikasi> diperoleh tanggal 2 Desember 2007).

Interaksi verbal antara pimpinan dan bawahan, rekan sejawat, perawat dan klien dan perawat dan anggota tim kesehatan lainnya membentuk dasar komunikasi verbal, Nota tertulis, pengumuman di papan bulletin dan pemberitahuan rapat, berita-berita di surat kabar, permintaan tertulis, tugas

tertulis dan sejenisnya termasuk ke dalam komunikasi verbal (Harnita, 2007). Komunikasi verbal dibagi menjadi dua yaitu isi dari komunikasi (*content*) dan hubungan antara kalimat (*context*). *Content* adalah isi dari komunikasi, merupakan kalimat sebenarnya yang digunakan oleh seseorang untuk berbicara. Sedangkan *context* dari komunikasi adalah lingkungan dimana komunikasi terjadi, dipengaruhi oleh waktu dan kondisi fisik dari pembicara, sosial, emosional dan budaya (¶ 3 <http://id.wikipedia.org/wiki/Komunikasi>).

Komunikasi verbal yang terjadi antara perawat dan klien harus jelas. Untuk mendapatkan kejelasan dari pesan yang dikirimkan perawat kepada pasien, maka komunikasi yang terjadi harus efektif. Untuk keefektifan dari komunikasi harus memenuhi syarat-syarat sebagai berikut (Potter & Perry, 2005, Fontaine, 2003, Purba, 2003):

1) Jelas dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Makin sedikit kata-kata yang digunakan makin kecil kemungkinan terjadinya kebingungan (Potter & Perry, 2005). Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara lambat dan mengucapkannya dengan jelas. Penggunaan contoh bisa membuat penjelasan lebih mudah untuk dipahami. Ulang bagian yang penting dari pesan yang disampaikan. Penerimaan pesan perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa dan dimana. Ringkas, dengan menggunakan kata-kata yang mengekspresikan ide secara sederhana (Purba, 2003). Contoh: “Jelaskan pada saya bagian tubuh yang mana anda rasakan sakit ” lebih baik daripada “saya ingin

anda menjelaskan kepada saya bagian mana dari tubuh anda yang terasa sakit”.

2) Perbendaharaan Kata

Komunikasi tidak akan berhasil, jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan. Banyak istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran, dan jika ini digunakan oleh perawat, klien dapat menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting (Fontaine, 2003). Ucapkan pesan dengan istilah yang dimengerti klien. Daripada mengatakan “Duduklah, sementara saya akan mengauskultasi paru-paru anda” akan lebih baik jika dikatakan “Silahkan duduk, saya akan memeriksa paru-paru anda” (Purba, 2003).

3) Arti denotatif dan konotatif

Makna denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan makna konotatif merupakan makna kata yang merefleksikan interpretasi dari makna kata daripada defenisi kata itu sendiri. Kata serius dipahami klien sebagai suatu kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menggunakan kata kritis atau *guarded* untuk menjelaskan keadaan yang mendekati kematian. Ketika berkomunikasi dengan klien, perawat harus hati-hati memilih kata-kata sehingga tidak dapat dengan mudah menimbulkan kesalahpahaman, terutama sangat penting ketika menjelaskan tujuan terapi, terapi dan kondisi klien (Potter & Perry, 2005).

4) Kecepatan berbicara

Kecepatan dan tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Berbicara dalam tempo yang lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain mungkin akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap klien. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata-kata tidak jelas (Potter & Perry, 2005). Selaan perlu digunakan untuk menekankan pada hal tertentu, memberi waktu kepada pendengar untuk mendengarkan dan memahami arti kata. Selaan yang tepat dapat dilakukan dengan memikirkan apa yang akan dikatakan sebelum mengucapkannya, menyimak isyarat nonverbal dari pendengar yang mungkin menunjukkan. Perawat juga bisa menanyakan kepada pendengar apakah ia berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan perlu untuk diulang (Purba, 2003).

5) Waktu dan relevansi

Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap pesan. Bila klien sedang menangis kesakitan, tidak tepat waktunya bila perawat menjelaskan resiko operasi. Kendatipun pesan diucapkan secara jelas dan singkat, tetapi waktu tidak tepat dapat menghalangi penerimaan pesan secara akurat. Oleh karena itu, perawat harus peka terhadap ketepatan waktu untuk berkomunikasi. Begitu pula komunikasi verbal akan lebih bermakna jika pesan yang disampaikan berkaitan dengan minat dan kebutuhan klien (Potter & Perry, 2005)

6) Humor

Dugan (1989 dalam Purba, 2003) mengatakan bahwa tertawa membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stres, dan meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Wootsen (1993) mencatat bahwa tawa membantu melepaskan ketegangan yang berhubungan rasa stress dan penyakit, menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, dan mengurangi ansietas (Beare & Myers, 1994 dalam Potter & Perry, 2005).

b. Komunikasi non-verbal

Komunikasi non verbal adalah bahasa tubuh yang tidak diucapkan dan tidak ditulis tetapi dikomunikasikan dengan kuat melalui gerakan tubuh (Potter & Perry, 2005) . Meskipun kedua jenis komunikasi verbal dan non verbal terjadi bersamaan, 80-90 % komunikasi terjadi menggunakan komunikasi non verbal (Kozier et al, 1994) dimana 55% dari komunikasi menggunakan ekspresi wajah (Swansburg, 2000).

Komunikasi non-verbal yang terjadi antara perawat dan klien dapat teramati pada (Potter & Perry, 1997, Shives, 2005, Fontaine, 2003, Purba, 2003):

1) Metakomunikasi

Metakomunikasi adalah pesan yang tersirat di dalam pesan yang disampaikan oleh komunikan, termasuk gerakan tubuh, perasaan dan hasrat dari penerima pesan (Potter & Perry, 2005). Komunikasi tidak

hanya tergantung pada pesan tetapi juga pada hubungan antara pembicara dengan lawan bicaranya. Metakomunikasi adalah suatu komentar terhadap isi pembicaraan dan sifat hubungan antara yang berbicara, yaitu pesan di dalam pesan yang menyampaikan sikap dan perasaan pengirim terhadap pendengar. Contoh: pasien menyatakan "saya baik-baik saja" tetapi mata pasien berkaca-kaca (Purba, 2003).

2) Penampilan Personal

Penampilan seseorang merupakan salah satu hal pertama yang diperhatikan selama komunikasi interpersonal. Kesan pertama timbul dalam 20 detik sampai 4 menit pertama. Bentuk fisik, cara berpakaian dan berhias menunjukkan kepribadian, status sosial, pekerjaan, agama, budaya dan konsep diri. Perawat yang memperhatikan penampilan dirinya dapat menimbulkan citra diri dan profesional yang positif. Penampilan fisik perawat mempengaruhi persepsi klien terhadap pelayanan/asuhan keperawatan yang diterima, karena tiap klien mempunyai citra bagaimana seharusnya penampilan seorang perawat (Shives, 2005). Seragam putih tradisional merupakan simbol dari kebersihan dan kesucian. Tetapi seragam tersebut tidak sepenuhnya mencerminkan kemampuan perawat, tetapi mungkin akan lebih sulit bagi perawat untuk membina rasa percaya terhadap klien jika perawat tidak memenuhi citra klien (Potter & Perry, 2005).

3) Intonasi (Nada Suara)

Intonasi suara pembicara berefek langsung terhadap pesan yang dikirimkan, karena emosi seseorang dapat secara langsung mempengaruhi nada suaranya. Perawat harus menyadari emosinya ketika sedang berinteraksi dengan klien, karena maksud untuk menyamakan rasa tertarik yang tulus terhadap klien dapat terhalangi oleh nada suara perawat (Purba, 2003).

4) Ekspresi wajah

Ekspresi wajah memiliki potensi komunikasi yang kaya. Ekspresi wajah sering digunakan sebagai dasar penting dalam menentukan pendapat interpersonal. Kontak mata adalah ekspresi wajah yang paling penting dalam komunikasi interpersonal (Fontaine, 2003). Dengan mempertahankan kontak mata selama perawat berbicara kepada klien dapat menimbulkan rasa percaya, dan memungkinkan untuk menjadi pengamat yang baik. Perawat sebaiknya tidak memandangi ke bawah ketika sedang berbicara dengan klien, oleh karena itu ketika berbicara sebaiknya duduk sehingga perawat tidak tampak dominan jika kontak mata dengan klien dilakukan dalam keadaan sejajar (Potter & Perry, 2005).

5) Postur dan gaya berjalan

Postur tubuh dan gaya berjalan menggambarkan gambaran tubuh, emosi, konsep diri dan keadaan fisik. Perawat dapat mengumpulkan informasi yang bermanfaat dengan mengamati postur tubuh dan gaya berjalan. Cara berjalan klien mungkin berubah karena dipengaruhi oleh faktor fisik

seperti rasa sakit, obat yang digunakan atau fraktur (Potter & Perry, 2005).

6) Gerakan tubuh

Ide-ide yang sulit atau ketidaknyamanan yang terjadi bila sulit diungkapkan dalam kata-kata dapat digambarkan dalam gerakan tubuh. Lambaian tangan, memberi hormat, menggeser kaki adalah gerakan tubuh yang menyertai komunikasi. Gerakan tubuh dapat menunjukkan makna khusus pada saat mengirimkan pesan (Shives, 2005).

7) Sentuhan

Kasih sayang, dukungan emosional, dan perhatian disampaikan melalui sentuhan. Sentuhan merupakan bagian yang penting dalam hubungan perawat-klien, namun harus memperhatikan norma sosial. Ketika memberikan asuhan keperawatan, perawat menyentuh klien, seperti ketika memandikan, melakukan pemeriksaan fisik, atau membantu memakaikan pakaian. Perlu disadari bahwa keadaan sakit membuat klien tergantung kepada perawat sehingga sulit untuk menghindari sentuhan. Seorang perawat harus yakin untuk menggunakan sentuhan yang terarah selama interaksi (Potter & Perry, 2005).

3. Tahapan dalam komunikasi terapeutik

Komunikasi yang terjadi antara perawat – klien adalah kunci utama dalam proses keperawatan. Dengan penggunaan komunikasi terapeutik memungkinkan perawat untuk mengkaji masalah yang dialami klien dengan akurat, menegakkan diagnosa, menyusun tujuan, merencanakan dan melaksanakan tindakan dan

mengevaluasi keberhasilan dari asuhan keperawatan yang diberikan (Fontaine, 2003). Dengan demikian komunikasi terapeutik dapat dilakukan oleh semua perawat baik perawat yang bekerja dibagian bedah, dalam, kandungan, onkologi dan spesialis lainnya serta diberbagai setting pelayanan baik setting rumah sakit, puskesmas, *home care* dan pelayanan kesehatan lainnya (Stuart & Laraia, 2005).

Hildegard Peplau menggambarkan hubungan yang terjadi antara perawat – klien melalui komunikasi terapeutik dibagi menjadi 3 fase yaitu fase persiapan, fase kerja dan fase terminasi (Fontaine, 2003). Sedangkan Stuart dan Sundeen (1998) dan Stuart dan Laraia, (2005) membagi komunikasi terapeutik menjadi 4 tahap yaitu fase pre interaksi, fase interaksi, fase kerja dan fase terminasi. Berikut ini akan diuraikan fase-fase dari komunikasi terapeutik (Stuart & Sundeen, 1998, Stuart & Laraia, 2005, Fontaine, 2003, Purba, 2003, Potter & Perry, 2005).

a. Fase pre interaksi

Fase pre interaksi dimulai sebelum terjadi kontak pertama dengan klien. Tugas pertama dari perawat pada fase ini adalah mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan yang dialami saat sebelum kontak (bertemu) dengan pasien. Pada tahap ini perawat harus mampu menghilangkan segala prasangka dan persepsi yang muncul pada diri perawat tentang keadaan klien. Mungkin saja muncul rasa panik dan bingung pada diri perawat. Dengan memahami akan kemampuan yang dimiliki, konsep diri yang stabil dan harga diri yang mantap maka perawat akan mampu menjalin hubungan yang baik dengan pasien dan berpegang pada kenyataan saat menolong klien. Pada

tahap ini perawat mengumpulkan semua informasi tentang klien seperti data demografis dari klien, kondisi kesehatan pada saat ini dan sebelumnya dan merencanakan pertemuan pertama dengan klien (Potter & Perry, 2005).

b. Fase interaksi

Fase ini diawali dengan pertemuan dengan klien. Dimulai dengan memperkenalkan diri, tugas, tanggung jawab dan peran perawat dalam mengidentifikasi masalah klien. Mengkaji alasan klien meminta pertolongan pelayanan kesehatan yang selanjutnya akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat – klien. Tugas utama dari perawat pada tahap ini adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian, komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak yang saling menguntungkan dengan klien. Elemen yang harus ada saat perumusan kontrak adalah : nama, peran, tanggung jawab, harapan, tujuan, tempat pertemuan, waktu pertemuan, kondisi untuk terminasi dan kerahasiaan (Stuart & Sundeen, 1998). Tugas perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan klien dan mengidentifikasi masalah serta merumuskan tujuan bersama (Potter & Perry, 2005).

c. Fase kerja

Pada fase ini perawat dan klien akan mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan mengembangkan persepsi, pikiran, perasaan dan perbuatan klien. Perawat membantu klien mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri serta mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Fokus pada fase ini adalah terjadinya perubahan perilaku dari mal adaptif ke perilaku yang adaptif (Purba, 2003).

d. Fase terminasi

Fase terminasi merupakan fase tersulit dan penting dari hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim yang terapeutik sudah terbina dan berada pada tingkatan yang optimal. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugas atau pada saat klien pulang. Baik perawat maupun klien akan merasa kehilangan. Tugas perawat pada tahap ini adalah menghadapi realitas perpisahan yang tidak dapat diingkari. Fase terminasi harus diatasi dengan menggunakan konsep berduka dan kehilangan. Pada fase ini rasa marah, sedih, penolakan harus dieksplorasi dan diekspresikan. Dengan proses terminasi yang sehat akan memberikan pengalaman yang positif dalam membantu klien mengembangkan mekanisme pertahanan untuk perpisahan (Stuart & Laraia, 2005).

4. Kualitas komunikasi terapeutik

Terdapat beberapa variabel yang mempengaruhi dalam proses komunikasi dan masing-masing dari variabel proses komunikasi penting untuk dipahami oleh perawat. Variabel-variabel tersebut adalah (Northouse & Northouse, 1992):

- a. **Empati** adalah proses saling mengerti dengan mencoba merasakan apa yang dirasakan orang lain atau mencoba mengerti perasaan orang lain dari sudut pandang orang tersebut. Pada komunikasi perawat dan klien, kebutuhan terbesar yang dimiliki klien secara psikologis adalah keinginan untuk dimengerti.

Klien ingin dimengerti bahwa ia sedang menderita, bingung dan cemas. Sikap yang diinginkan dari perawat adalah sikap yang konsisten, peka, bisa diandalkan, memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup, mampu mengerti apa yang dirasakan oleh klien, tanggap terhadap keluhan dan rasa nyeri klien. Kalish (1973 dalam Northouse & Northouse, 1992) menyatakan bahwa ketika profesi kesehatan termasuk perawat mampu bersikap empati terhadap klien, klien merasa dipahami, merasa diakui dan nilai-nilai yang dimiliki merasa dihargai. Sedangkan Rogers (1975 dalam Northouse & Northouse, 1992) menyatakan dengan empati maka dapat mengurangi perasaan asing bagi klien dan mengurangi kesendirian. Empati menghilangkan perasaan terisolasi yang sering dirasakan oleh klien saat sedang sakit.

Teknik komunikasi yang dapat digunakan pada saat perawat hendak menunjukkan empati pada klien adalah dengan menunjukkan penerimaan. Menerima tidak berarti menyetujui. Menerima adalah mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Perawat sebaiknya menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggelengkan kepala seakan tidak percaya. Perawat dapat menganggukan kepalanya atau berkata “ya”, atau “saya mengikuti apa yang anda ucapkan” untuk menunjukkan penerimaan. Berikut ini menunjukkan sikap perawat yang mampu menerima kondisi pasien seutuhnya (Purba, 2003): 1) mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan, 2) memberikan umpan balik

verbal yang menunjukkan pengertian, 3) memastikan bahwa isyarat non-verbal cocok dengan komunikasi verbal, dan 4) hindarkan keinginan untuk mendebat atau memotong pembicaraan klien, mengekspresikan keraguan, atau mencoba untuk mengubah pikiran klien.

b. **Kontrol** adalah bagian yang utuh dan selalu ada dalam setiap komunikasi.

Kontrol adalah komponen intrinsik dalam interaksi manusia. Terbagi menjadi dua yaitu kontrol diri dan kontrol saat berhubungan dengan orang lain. Kontrol diri adalah persepsi seseorang dalam mempengaruhi atau mengendalikan lingkungan disekitarnya untuk memenuhi kebutuhan dirinya sendiri. Dengan kontrol diri, seseorang dapat meningkatkan kemampuan untuk bertindak sesuai dengan kemampuan dan kemauannya dan meminimalkan perasaan tidak berdaya. Sedangkan kontrol dalam berhubungan dengan orang lain adalah mengacu kepada persepsi individu tentang bagaimana mereka berhubungan dan kemampuan untuk berperan serta aktif dalam lingkungan dengan mengembangkan kemampuan berhubungan dengan orang lain.

Perawat sebaiknya peka terhadap dampak dari kehilangan kontrol karena dapat menghilangkan potensi yang dimiliki, mempengaruhi lingkungan sekitar, pasien bersikap pasif, merasa tidak berguna dan menghilangkan kerjasama dengan tim kesehatan. Taylor (1979 dalam Northouse & Northouse, 1992) meyakini bahwa rumah sakit adalah salah satu tempat dimana seringkali terjadi kehilangan kontrol pada semua tempat atau

pekerjaan. Dalam penelitiannya ditemukan bila terjadi kehilangan kontrol maka pasien akan bersikap yang berbeda dengan kepribadiannya seperti pada pasien yang "baik" akan menunjukkan sikap tidak membutuhkan bantuan atau pada pasien yang "galak" akan menunjukkan rasa marah. Penyakit membuat ketidakpastian dan menyebabkan kehilangan kontrol dan pada akhirnya membuat perasaan menjadi tegang, cemas, mudah marah, putus asa dan tidak berdaya.

- c. **Kepercayaan** adalah sikap menerima orang lain tanpa mengkritik atau menyalahkan orang tersebut. Pearce (1974 dalam Northouse & Northouse, 1992) mencatat bahwa rasa percaya dapat tumbuh bila seseorang merasa orang lain yang diajak berkomunikasi dapat memberikan keuntungan dan bukan sebagai ancaman yang dapat mengontrol atau mengatur dirinya. Rasa percaya dapat menimbulkan keyakinan bahwa setiap kejadian diketahuinya, yakin bahwa orang yang berada disekelilingnya bersikap tulus, memiliki kemampuan dan mau menerima dirinya.

Teknik komunikasi yang dapat digunakan untuk menunjukkan rasa percaya perawat pada klien adalah mendengarkan dengan penuh perhatian (*listening*). Berusaha mendengarkan klien saat menyampaikan pesan baik secara verbal maupun non-verbal menunjukkan bahwa perawat perhatian terhadap kebutuhan dan masalah klien. Mendengarkan dengan penuh perhatian merupakan upaya untuk mengerti seluruh pesan verbal dan non-verbal yang sedang dikomunikasikan. Ketrampilan mendengarkan sepenuh perhatian

adalah dengan cara (Keliat & Helena, 2008): 1) pandang klien ketika sedang bicara, 2) pertahankan kontak mata yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan, 3) sikap tubuh yang menunjukkan perhatian dengan tidak menyilangkan kaki atau tangan, 4) hindarkan gerakan yang tidak perlu, 5) anggukan kepala jika klien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik dan 6) condongkan tubuh ke arah lawan bicara.

Rasa percaya merupakan bagian yang penting dalam hubungan antara perawat dan klien karena kadangkala seringkali pasien merasa tidak berdaya, mudah tersinggung dan membutuhkan bantuan. Dengan rasa percaya yang tumbuh pada diri klien akan memudahkan terjadinya kerjasama yang mempercepat pemulihan kesehatan klien. Klien percaya bahwa perawat tulus menolongnya, sehingga klien akan terbuka dan jujur mengenai sikap, perasaan dan nilai yang dimilikinya. Pada layanan kesehatan, hasil akhir yang didapat dari adanya rasa percaya adalah 1) rasa aman bagi klien dan 2) suasana yang mendukung antara perawat dan klien dalam hubungan profesional (Northouse & Northouse, 1992).

- d. **Keterbukaan** – adalah proses penyampaian pesan dimana individu mengkomunikasikan tentang masalah pribadi, pikiran dan perasaannya kepada orang lain. Jourad (1964, 1968, 1971 dalam Northouse & Northouse, 1992) tentang teorinya mengenai keterbukaan meyakini bahwa seseorang akan menjadi sehat dan mampu mengembangkannya hubungan dengan orang lain bila mampu membuka diri dan akan menjadi sakit (terasing) bila tidak ada

kesempatan dan kemampuan untuk membuka diri saat berhubungan dengan orang lain. Dengan keterbukaan memungkinkan klien mendapatkan informasi yang berguna untuk menurunkan ketegangan emosional dan kecemasan yang menyertai penyakitnya. Keterbukaan meningkatkan kemampuan proses pencegahan masalah dan membantu klien menganalisa situasi dari sudut pandang yang lebih objektif.

Beberapa teknik komunikasi yang dapat digunakan untuk menunjukkan sikap terbuka dari perawat adalah dengan:

1) Refleksi (*reflecting*)

Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri (Keliat & Helena, 2008). Apabila klien bertanya apa yang harus ia pikirkan dan kerjakan atau rasakan maka perawat dapat menjawab: “Bagaimana menurutmu?” atau “Bagaimana perasaanmu?”. Dengan demikian perawat mengindikasikan bahwa pendapat klien adalah berharga dan klien mempunyai hak untuk mampu melakukan hal tersebut. Dengan teknik komunikasi refleksi pasien akan berpikir bahwa dirinya adalah manusia yang mempunyai kapasitas dan kemampuan sebagai individu yang terintegrasi dan bukan sebagai bagian dari orang lain.

Contoh: K: “Apakah menurutmu saya harus mengatakannya kepada dokter?”

P: “Apakah menurut anda, anda harus mengatakannya?”

K:“Suami saya sudah lama tidak datang mengunjungi saya, bahkan tidak menelpon saya, kalau dia datang saya tidak ingin berbicara dengannya.

P : “Apakah itu yang menyebabkan anda marah pada saat ini?”

Dengan refleksi perawat siap menerima ide dan perasaan klien tentang kondisi kesehatannya sehingga klien bisa terbuka dan mau menceritakan tentang masalah pribadi, pikiran dan perasaannya kepada perawat (Northouse & Northouse, 1992).

2) Memberi kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan dengan menggunakan pertanyaan terbuka (*giving broad opening*).

Memberi kesempatan pada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Biarkan klien yang merasa ragu-ragu dan tidak pasti tentang peranannya dalam interaksi ini, perawat dapat menstimulasinya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan (Purba, 2003).

Contoh: - “Adakah sesuatu yang ingin anda bicarakan?”

- “Sepertinya anda melamun, apakah yang sedang anda pikirkan?”

e. **Konfirmasi** adalah proses akhir dari komunikasi. Dengan konfirmasi menunjukkan perawat empati, berbagi kontrol, menunjukkan rasa percaya dan adanya keterbukaan mengenai perasaan dan pikiran. Respon konfirmasi berarti mengakui dan memvalidasi pemahaman orang lain, yang juga berarti

menerima pendapat atau penilaian orang lain walaupun berbeda dengan kenyataan dan perasaan dari orang yang menerima informasi tersebut. Laing (1967 dalam Northouse & Northouse, 1992) menggambarkan lawan dari konfirmasi adalah mencoba menghalangi kebebasan orang lain untuk berbicara, tidak mengindahkan pendapat orang lain, memaksa orang lain untuk bertindak sesuai dengan kemauan atau pendapat pembicara dan tidak mengakui keberadaan dari lawan bicara. Perilaku perawat yang menunjukkan konfirmasi adalah respon yang tulus, tidak bersikap menyalahkan, memberi alternatif jalan keluar, bersemangat tetapi tidak tegang, mempertahankan kontak mata, menghindari istilah yang sulit dimengerti dan tetap dekat selama berbicara dengan klien.

Teknik komunikasi yang dapat dilakukan adalah dengan teknik :

- 1) Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri (*restating*).

Dengan mengulang kembali ucapan klien, perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan mengharapkan komunikasi berlanjut. Teknik ini menjadi tidak terapeutik bila perawat kurang melakukan validasi terhadap interpretasi dari pesan, menilai dan meyakinkan serta bertahan (Stuart & Sundeen, 1998).

Contoh: - K : “saya tidak dapat tidur, sepanjang malam saya terjaga”

- P : “ Saudara mengalami kesulitan untuk tidur...”

2) Klarifikasi

Klarifikasi sama dengan validasi yaitu menanyakan pada klien apa yang tidak dimengerti perawat terhadap pesan yang disampaikan. Apabila terjadi kesalah pahaman, perawat perlu menghentikan pembicaraan untuk mengklarifikasi dengan menyamakan pengertian, karena informasi sangat penting dalam memberikan pelayanan keperawatan. Agar pesan dapat sampai dengan benar, perawat perlu memberikan contoh yang konkrit dan mudah dimengerti klien (Purba, 2003).

Contoh: - “Saya tidak mengerti apa yang anda katakan, apakah yang anda maksud dari ucapan anda adalah”
- “Apa yang anda katakan tadi adalah.....”

3) Menyampaikan hasil observasi

Perawat perlu memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya, sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar. Perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan dari syarat non-verbal klien. Menyampaikan hasil pengamatan perawat sering membuat klien berkomunikasi lebih jelas tanpa harus menggunakan teknik memfokuskan atau mengklarifikasi pesan (Keliat & Helena, 2008).

Contoh: - “Anda sepertinya sedang cemas?”

BAB III

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menjelaskan secara berurutan tentang kerangka pikir, kerangka konsep, hipotesa dan definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini.

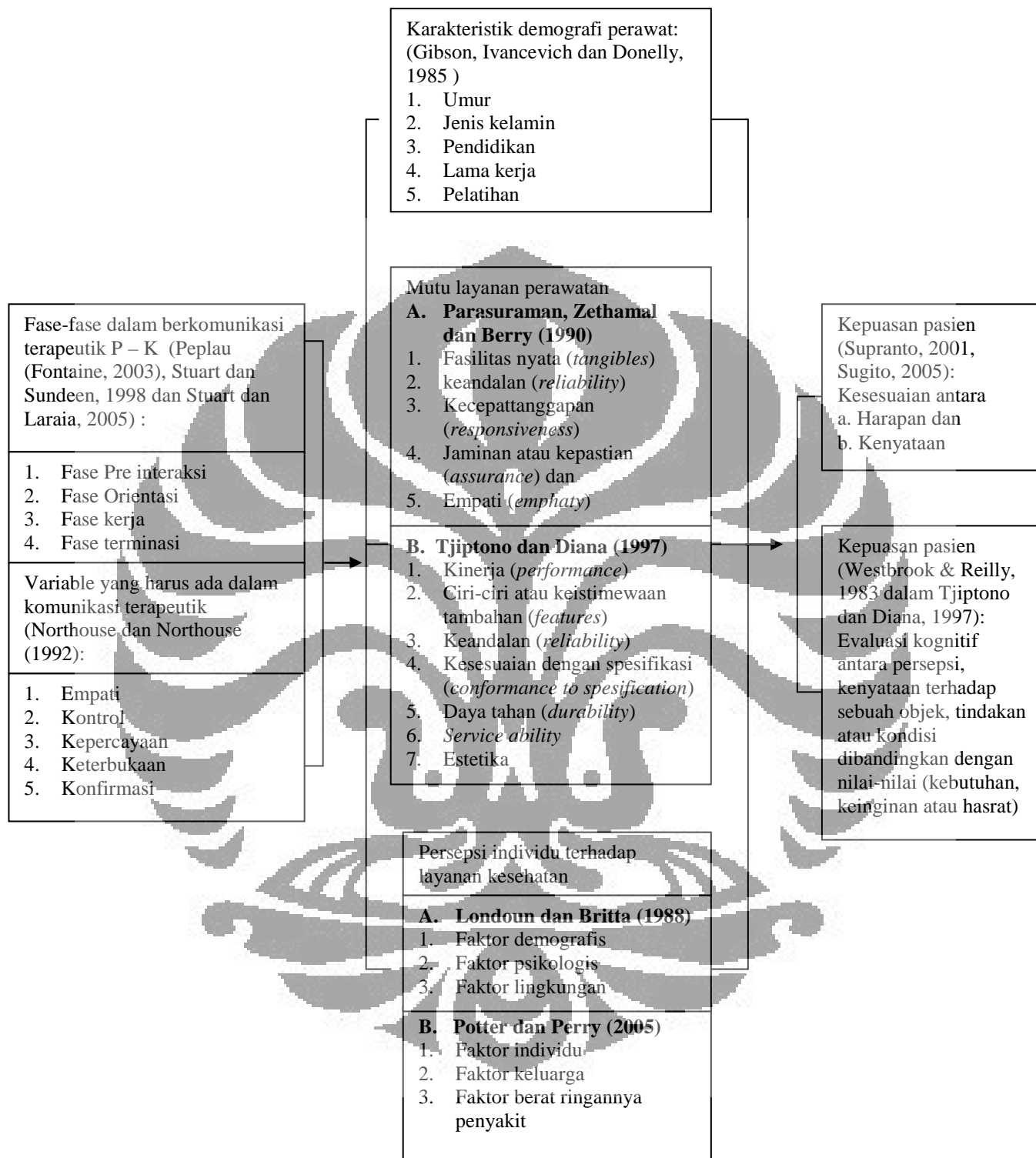
A. Kerangka teori

Menurut Parasuraman, Zethamal dan Berry (1990) ada lima dimensi yang mempengaruhi kualitas layanan yaitu fasilitas nyata (*tangibles*), keandalan (*reliability*), kecepat tanggapan (*responsiveness*), jaminan atau kepastian (*assurance*) dan empati (*emphaty*). Tjiptono dan Diana (1997) menyatakan kepuasan pasien terhadap layanan ditentukan oleh beberapa faktor antara lain kinerja (*performance*), ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), keandalan (*reliability*), kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to spesification*), daya tahan (*durability*), *service ability*, dan estetika.

Londoun dan Britta (1988) menyatakan faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien adalah faktor demografis, faktor psikologis dan faktor geografis. Sedangkan Potter dan Perry (1997) menjelaskan ada tiga variabel yang mempengaruhi perilaku klien terhadap pelayanan kesehatan yaitu faktor individu, faktor keluarga dan faktor berat ringannya penyakit.

Peplau menggambarkan hubungan yang terjadi antara perawat – klien melalui komunikasi terapeutik dibagi menjadi 3 fase yaitu fase persiapan, fase kerja dan fase terminasi (Fontaine, 2003). Sedangkan Stuart dan Sundeen (1998) dan Stuart dan Laraia, (2005) membagi komunikasi terapeutik menjadi 4 tahap yaitu fase pre interaksi, fase interaksi, fase kerja dan fase terminasi. Kerangka pikir pada penelitian ini dibuat berdasarkan kerangka teoritis yang telah diuraikan pada Bab II yang dapat dilihat pada skema 3.1



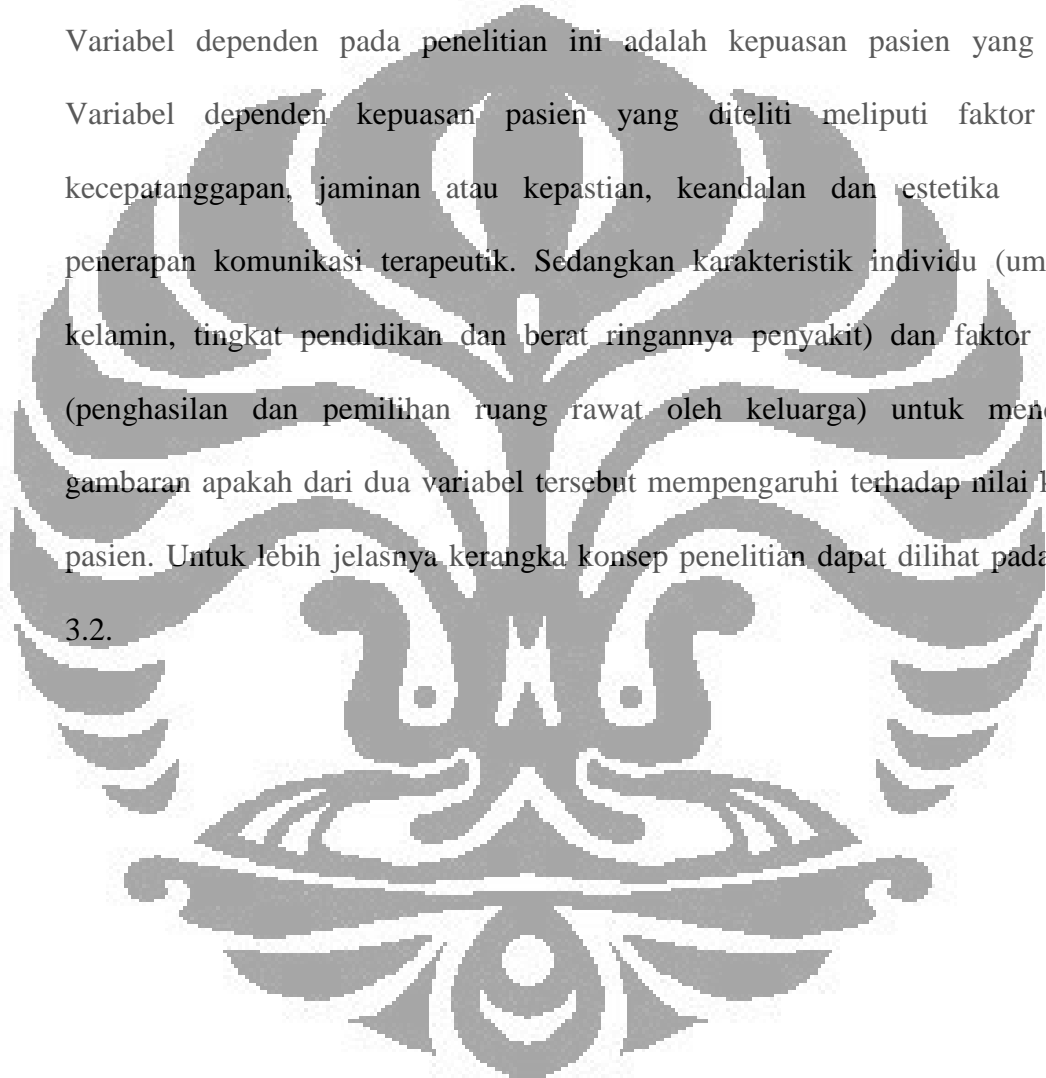


Gambar 3.1. Kerangka teori penelitian

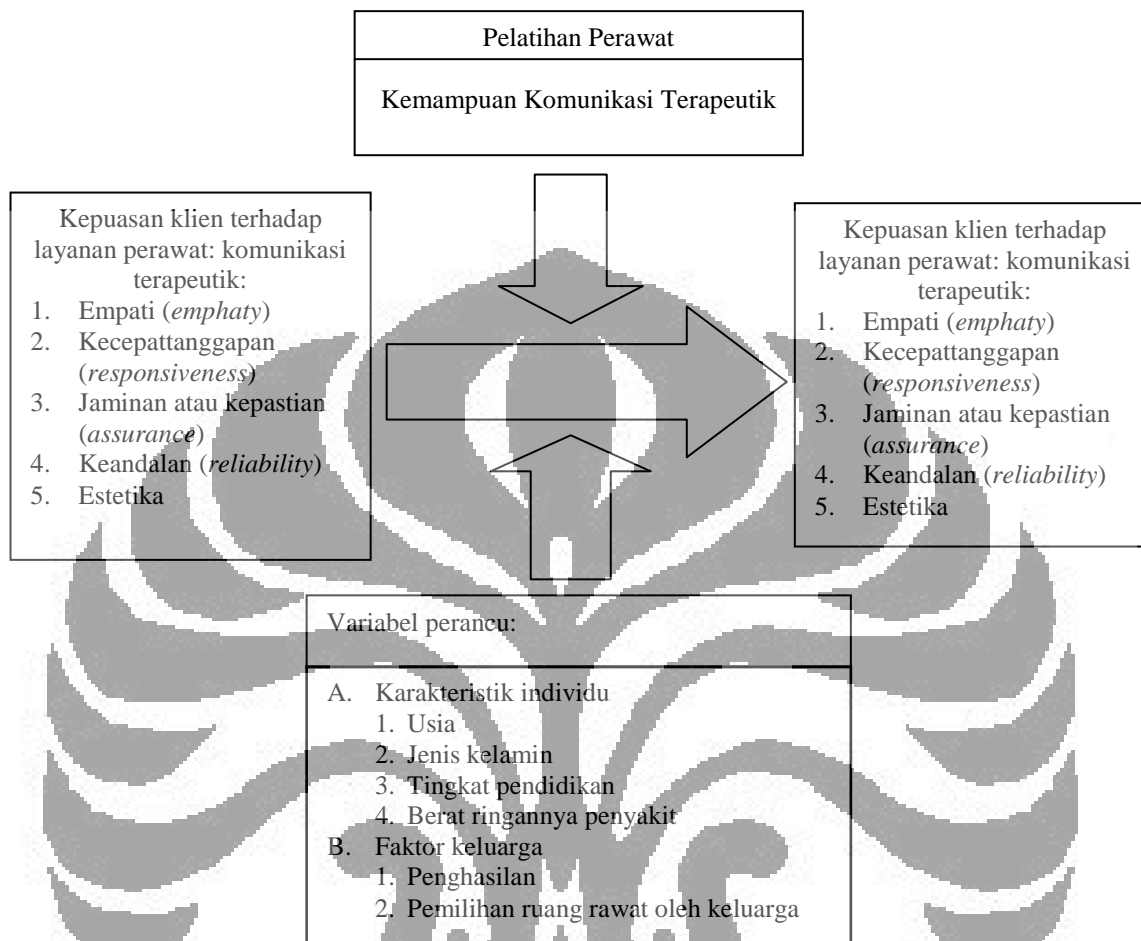
B. Kerangka konsep penelitian

Penulis meneliti tentang pengaruh kemampuan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya. Perawat menjadi variabel independen dari penelitian.

Variabel dependen pada penelitian ini adalah kepuasan pasien yang dirawat. Variabel dependen kepuasan pasien yang diteliti meliputi faktor empati, kecepatangapan, jaminan atau kepastian, keandalan dan estetika terhadap penerapan komunikasi terapeutik. Sedangkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan berat ringannya penyakit) dan faktor keluarga (penghasilan dan pemilihan ruang rawat oleh keluarga) untuk mendapatkan gambaran apakah dari dua variabel tersebut mempengaruhi terhadap nilai kepuasan pasien. Untuk lebih jelasnya kerangka konsep penelitian dapat dilihat pada gambar 3.2.



Gambar 3.2. Kerangka konsep penelitian



C. HIPOTESIS

1. Kepuasan pasien terhadap layanan perawatan yang diberikan oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik lebih tinggi dari pada kepuasan pasien terhadap layanan perawatan yang diberikan oleh perawat yang tidak mendapat pelatihan komunikasi terapeutik.
2. Ada pengaruh dari variabel perancu terhadap kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya.

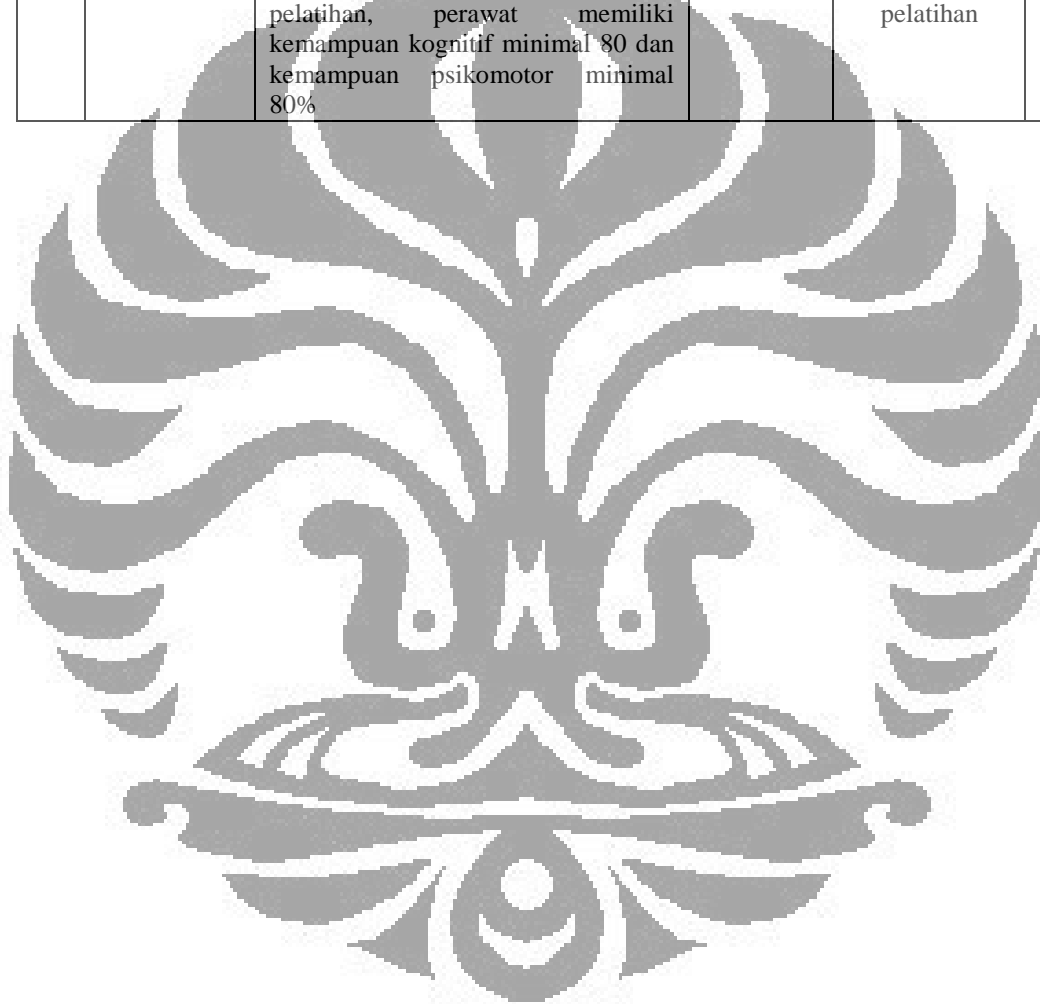
D. DEFINISI OPERASIONAL

No	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA
Variabel Dependen					
1	Kepuasan pasien	Persepsi klien tentang harapan dan kenyataan yang dirasakannya meliputi empati, kecepat tanggapan, jaminan atau kepastian, keandalan dan estetika terhadap kemampuan perawat melakukan komunikasi terapeutik saat dirawat di rumah sakit	Menggunakan kuisioner C2, pernyataan tentang harapan dan kenyataan, terdiri dari 35 item dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Kurang setuju 4. Setuju 5. Sangat setuju Skor tertinggi 175 skor terendah 35	Mean, Median, Standar Deviasi, nilai minimum dan maksimum, CI 95%	Interval
a	Empati	Persepsi pasien terhadap kemampuan perawat melakukan komunikasi terapeutik pada klien untuk menunjukkan bahwa perawat mengerti apa dirasakan oleh klien saat dirawat di rumah sakit	Menggunakan kuisioner C2, pernyataan tentang harapan dan kenyataan, terdiri dari 7 item dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Kurang setuju 4. Setuju 5. Sangat setuju Skor tertinggi 35 skor terendah 7	Mean, Median, Standar Deviasi, nilai minimum dan maksimum, CI 95%	Interval
b	Ketanggapan (<i>responsiveness</i>)	Persepsi pasien terhadap kemampuan perawat melakukan komunikasi terapeutik pada klien untuk menunjukkan bahwa perawat cepat memperhatikan dan tanggap terhadap kebutuhan klien saat dirawat di rumah sakit	Menggunakan kuisioner C2, pernyataan tentang harapan dan kenyataan, terdiri dari 7 item dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Kurang setuju 4. Setuju 5. Sangat setuju Skor tertinggi 35 skor terendah 7	Mean, Median, Standar Deviasi, nilai minimum dan maksimum CI 95%	Interval

N O	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA
c	Jaminan atau kepastian (<i>assurance</i>)	Persepsi pasien terhadap kemampuan perawat melakukan komunikasi terapeutik pada klien untuk menunjukkan bahwa perawat memiliki kemampuan, pengetahuan, sifat dapat dipercaya oleh klien saat dirawat di rumah sakit	Menggunakan kuisisioner C2, pernyataan tentang harapan dan kenyataan, terdiri dari 8 item dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Kurang setuju 4. Setuju 5. Sangat setuju Skor tertinggi 40 skor terendah 8	Mean, Median, Standar Deviasi, nilai minimum dan maksimum C I 95%	Interval
d	Keandalan (<i>reliability</i>)	Persepsi pasien terhadap kemampuan perawat melakukan komunikasi terapeutik pada klien untuk menunjukkan bahwa perawat mampu memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, memuaskan dan tepat waktu pada klien saat dirawat di rumah sakit	Menggunakan kuisisioner C2, pernyataan tentang harapan dan kenyataan, terdiri dari 8 item dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Kurang setuju 4. Setuju 5. Sangat setuju Skor tertinggi 40 skor terendah 8	Mean, Median, Standar Deviasi, nilai minimum dan maksimum C I 95%	Interval
e	Estetika	Persepsi pasien terhadap kemampuan perawat melakukan komunikasi terapeutik pada klien untuk menunjukkan bahwa perawat ramah saat merawat klien di rumah sakit	Menggunakan kuisisioner C2, pernyataan tentang harapan dan kenyataan, terdiri dari 5 item dengan pilihan jawaban menggunakan skala Likert: 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Kurang setuju 4. Setuju 5. Sangat setuju Skor tertinggi 25 skor terendah 5	Mean, Median, Standar Deviasi, nilai minimum dan maksimum C I 95%	Interval

N O	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA
Variabel pengganggu					
1	Karakteristik individu				
a	Umur	Jawaban responden terhadap jumlah umur berdasarkan ulang tahun terakhir	Kuisisioner C1 Item pertanyaan tentang usia	Usia dalam tahun	Interval
b	Jenis kelamin	Perbedaan gender antara jenis kelamin pria dan wanita	Kuisisioner C1 item pertanyaan dalam kuisisioner tentang jenis kelamin	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
c	Tingkat pendidikan	Pendidikan tertinggi yang pernah ditempuh oleh pasien saat mengisi kuisisioner	Kuisisioner C1 item pertanyaan dalam kuisisioner tentang pendidikan	1. Tidak sekolah 2. SD 3. SMP 4. SMA 5. PT	Ordinal
d	Berat ringannya penyakit	Persepsi pasien terhadap berat ringannya penyakit yang diderita saat sedang dirawat di rumah sakit	Kuisisioner C1 item pertanyaan dalam kuisisioner tentang berat ringannya penyakit yang diderita saat sedang dirawat di rumah sakit	1. Ringan 2. Sedang 3. Berat	Ordinal
2	Karakteristik keluarga				
a	Penghasilan	Rata-rata pendapatan yang diperoleh oleh pasien atau keluarga dalam satu bulan	Kuisisioner C1 item pertanyaan dalam kuisisioner tentang penghasilan	Diukur dalam rupiah	Ratio
b	Pemilihan ruang rawat oleh keluarga	Kelas perawatan yang dipilih oleh keluarga saat pasien dirawat di rumah sakit	Kuisisioner C1 item pertanyaan dalam kuisisioner tentang kelas perawatan yang dipilih oleh keluarga	1. VIP 2. Utama 3. I 4. II 5. III	Ordinal

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA
1	Perawat	Perawat mendapatkan pelatihan tentang fase-fase komunikasi terapeutik dan variabel yang harus ada dalam komunikasi terapeutik dengan 2 hari pelatihan di kelas dan 3 kali bimbingan klinik di unit kerja masing-masing. Hasil akhir dari pelatihan, perawat memiliki kemampuan kognitif minimal 80 dan kemampuan psikomotor minimal 80%	--	1. Kelompok yang mendapatkan pelatihan 2. Kelompok yang tidak mendapatkan pelatihan	-



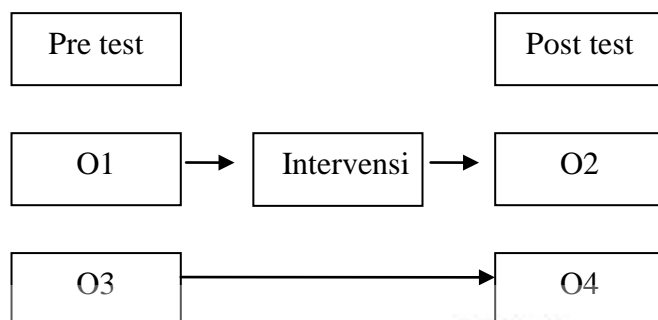
BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain penelitian

Desain penelitian ini adalah *quasi experiment design* dengan rancangan penelitian *pre and post test with control group* (Notoatmodjo, 2005, Arikunto, 2006). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui seberapa besar peningkatan kepuasan pasien yang timbul, sebagai akibat dari adanya perlakuan tertentu pada perawat berupa pelatihan komunikasi terapeutik. Keuntungan dari rancangan ini adalah untuk membandingkan hasil intervensi dari kelompok intervensi dengan kelompok kontrol tanpa intervensi, tetapi tidak perlu kelompok yang benar-benar sama. Kelompok perawat yang diberikan pelatihan tidak mungkin sama betul dengan kelompok perawat yang tidak diberi pelatihan (kelompok kontrol) (Notoatmodjo, 2005).

Kepuasan yang diukur adalah kepuasan pasien terhadap komunikasi terapeutik perawat dalam memberikan pelayanan dengan aspek pengukuran meliputi lima dimensi yaitu empati (*emphaty*), keandalan (*reliability*), kecepattanggapan (*responsiveness*), jaminan atau kepastian (*assurance*) dan estetika. Variabel yang mungkin mengganggu terhadap kepuasan pasien yaitu karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan dan berat ringannya penyakit) dan karaktersitik keluarga (penghasilan dan penggunaan ruang rawat). Alur penelitian digambarkan pada bagan 4.1 di bawah ini.



Bagan 4.1 Rancangan penelitian *non equivalent control group with pre test and post test*

Keterangan:

- 01 Adalah kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa terhadap layanan perawatan yang dilakukan oleh perawat sebelum pelatihan komunikasi terapeutik
- 02 Adalah kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa terhadap layanan perawatan yang dilakukan oleh perawat sesudah pelatihan komunikasi terapeutik
- 03 Adalah kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa terhadap layanan perawatan yang dilakukan oleh perawat yang tidak dilatih komunikasi terapeutik (*pre test*)
- 04 Adalah kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa terhadap layanan perawatan yang dilakukan oleh perawat yang tidak dilatih komunikasi terapeutik (*post test*)
- X Pelatihan komunikasi terapeutik yang diberikan pada perawat kelompok intervensi dengan kemampuan kognitif 80% dan kemampuan psikomotor 80%.

O2 : O1 Perbandingan nilai kepuasan pasien dengan menilai kesenjangan antara kenyataan layanan dengan harapan yang diinginkan pasien saat dirawat di ruang rawat inap dewasa dari perawat yang mendapat pelatihan komunikasi terapeutik.

O4 : O3 Perbandingan nilai kepuasan pasien dengan menilai kesenjangan antara kenyataan layanan dengan harapan yang diinginkan pasien saat dirawat di ruang rawat inap dewasa dari perawat yang tidak mendapat pelatihan komunikasi terapeutik

O2 : O4 Perbandingan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa terhadap layanan perawatan yang dilakukan oleh perawat yang telah mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dengan perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik

B. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan individu yang menjadi acuan terhadap hasil penelitian yang akan dilakukan (Lemeshaw et al, 1997). Populasi dalam pengertian sehari-hari dihubungkan dengan penduduk atau jumlah penduduk di suatu tempat.

a. Responden (pasien)

Populasi dari penelitian ini adalah seluruh pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya. Rata-rata tingkat hunian di RSUD Tasikmalaya pada tahun 2007 sebesar 80,52 % dengan jumlah TT sebanyak 288 TT. Sehingga rata-rata jumlah pasien pada tahun 2007 di RSUD

Tasikmalaya adalah sebanyak 232 pasien. Jumlah ruang rawat inap dewasa sebanyak 9 ruangan, sehingga diasumsikan jumlah populasi pada penelitian ini adalah sebesar 171.

b. Intervensi (perawat)

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Tasikmalaya memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak 288 tempat tidur dengan rata-rata tingkat hunian 80,52 %. Ruangan perawatan mencapai 16 Ruang Perawatan yang terdiri dari 12 Kamar VVIP, 6 kamar VIP, 14 kamar Utama, 14 kamar Kelas I, 12 kamar Kelas II dan 16 Kamar Kelas III. Jumlah perawat saat ini adalah sebanyak 248 perawat.

2. Sampel

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *cluster sampling* baik di kelompok intervensi maupun di kelompok kontrol. Cluster sampling dipilih karena ketiadaan kerangka sampel (daftar nama lengkap seluruh pasien yang dirawat di RSUD TSM) namun peneliti memiliki data lengkap tentang kelompok (jumlah tempat tidur di ruangan yang dijadikan subjek penelitian) (Prasetyo dan Jannah, 2005).

Syarat yang harus dipenuhi bila ingin menggunakan *cluster sampling* adalah di dalam kelas sampel yang diambil homogen sedangkan sampel antar kelas seheterogen mungkin, sedangkan di RSUD Tasikmalaya terdiri dari 5 jenis kelas perawatan dan tidak menjadi satu ruang perawatan. Satu ruangan perawatan di

RSUD Tasikmalaya ada yang memiliki tiga jenis kelas yaitu kelas I, Utama dan VIP dan ada yang terdiri dari dua kelas ruang perawatan yaitu Kelas II dan III dan ada juga yang hanya terdiri dari satu kelas ruang perawatan saja yaitu Kelas III. Ruang yang memiliki karakteristik kelas perawatan yang hampir sama adalah ruang IV dengan ruang V dan ruang I dengan ruang VII. Berikut akan diuraikan rincian ruang beserta kelas perawatan yang ada di RSUD Tasikmalaya.

Tabel 4.1
Rincian ruang perawatan responden berdasarkan kriteria kelas perawatan

Ruang	Kelas	III	II	I	Utama	VIP	Jumlah kelas
MB				√	√	√	3
I		√	√	√			3
III		√	√				2
IV		√	√	√	√		4
V		√	√	√		√	4
VI		√					1
VII		√	√	√			3
VIP Lt 2						√	1
Utama					√		1
ICU			√				1
NICU			√				1
Perinatalogi		√	√	√	√	√	5
Ruang Anak Bawah		√	√	√			3
Ruang Anak Atas				√	√	√	3
Sukapura					√	√	2
Hemodialisa		√	√	√	√	√	6

Sumber: Bagian rekam medik RSUD Tasikmalaya, 2007

Berdasarkan uraian di atas, maka baik sampel responden maupun perawat yang dilatih komunikasi terapeutik untuk kelompok intervensi hanya diambil dari Ruang I dan Ruang IV. Sedangkan untuk kelompok kontrol, sampel responden untuk data kepuasan pasien diambil dari Ruang VII dan Ruang V.

a. Responden

Sampel pada penelitian ini adalah responden yang memenuhi kriteria inklusif yaitu pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa dengan usia dewasa (> 20 tahun atau yang sudah menikah) dengan lama hari rawat minimal 4 hari, pasien dalam keadaan sadar, kooperatif, dapat membaca dan menulis dan bersedia berpartisipasi dalam penelitian. Sedangkan kriteria eksklusif adalah bila responden meninggal saat sedang dirawat, lama hari rawat kurang dari 4 hari dan lebih dari 8 hari. Sedangkan bila responden yang pada awalnya mengisi kuesioner untuk harapan terhadap pelayanan yang diberikan, tetapi pada saat pulang menolak mengisi kuesioner untuk kenyataan tidak dimasukkan dalam analisis data (*drop out*). Penentuan jumlah sampel pada penelitian ini adalah dengan rumus (Lemeshaw, 1990).

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2} \cdot P(1-P) \cdot N}{d^2 \cdot (N+1) + Z^2_{1-\alpha/2} \cdot P(1-P)}$$

Keterangan :

$Z^2_{1-\alpha/2}$ = harga kurva normal terhadap tingkat kesalahan yang ditentukan dalam penelitian ($\alpha = 0,05$) yaitu 1,96

n = besaran sampel

N = besaran populasi

P = estimator proporsi populasi yang puas dari hasil penelitian terdahulu (65%) yaitu = 0,65

d = toleransi deviasi yang dipilih (5%) = 0,05

Berdasarkan rumus yang digunakan di atas, maka besar sampel yang digunakan untuk mengetahui kepuasan pasien yang dirawat di RSUD Tasikmalaya adalah sebesar 100. Untuk mengantisipasi kemungkinan terjadinya *droup out* dari subjek penelitian maka jumlah sampel ditambah 10% menjadi 110. Langkah selanjutnya adalah penentuan besar sampel pada masing-masing kelompok dengan menggunakan teknik *proportional stratified random sampling* dengan besar sampel yang ditemukan pada saat pengambilan data yaitu sebanyak 110 dengan rincian di masing-masing ruang perawatan adalah sebesar:

Kelompok Kontrol

$$R.V = 34/55 \times 110 = 68$$

$$R.VII = 21/55 \times 110 = 42$$

Kelompok Intervensi

$$R.IV = 25/41 \times 110 = 67$$

$$R.I = 16/41 \times 110 = 43$$

Teknik pengambilan data kepuasan pasien menggunakan teknik *sistematis random sampling* di mana untuk kelompok intervensi diambil data dari pasien yang dirawat pada tanggal ganjil, sedangkan untuk data kepuasan pasien pada kelompok kontrol diambil data dari pasien yang dirawat pada tanggal genap.

b. Intervensi (perawat yang dilatih komunikasi terapeutik)

Jumlah perawat yang dilatih adalah semua perawat yang bekerja di Ruang I dan Ruang IV. Hal ini dilakukan karena jumlah perawat yang ada di Ruang I dan di Ruang IV adalah 28 orang, dengan rincian jumlah perawat di R. IV sebanyak 14 dan R. I sebanyak 14 orang. Berikut adalah rincian jumlah

perawat dengan jumlah pasien yang dirawat pada kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

Tabel 4.2
Rincian jumlah perawat dengan jumlah pasien yang dirawat (n = 110)

No	Variabel		Jumlah perawat	Jumlah pasien
	Kelompok	Ruang		
1	Intervensi	I	14	43
		IV	14	67
2	Kontrol	V	14	68
		VII	15	42

C. Waktu dan tempat penelitian

1. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret minggu ketiga sampai dengan bulan Juli minggu kedua. Dengan waktu pengambilan data dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan bulan Juni 2008.

2. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Tasikmalaya. Ruang yang digunakan sebagai kelompok intervensi adalah Ruang I dan IV. Sedangkan yang dijadikan sebagai kelompok kontrol adalah Ruang V dan VII

D. Etika penelitian

Sebelum penelitian dilakukan, terlebih dahulu peneliti mengajukan uji etik penelitian (*ethical clearance*) dengan surat lolos kaji etik dapat dilihat pada lampiran 6. Pertimbangan etika penelitian maka responden dilindungi dengan memperhatikan aspek-aspek: *Self determination, privacy, anonymity, confidentially* dan *protection*

from discomfort (Polit & Beck, 2006). Peneliti juga membuat *informed consent* sebelum penelitian dilakukan.

a. *Self determination*

Responden diberi kebebasan untuk menentukan pilihan bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian, setelah semua informasi yang berkaitan dengan penelitian dijelaskan. Subjek penelitian telah tahu dengan benar apa yang terjadi bila ia bersedia diteliti, dan tidak melakukan kebohongan. Sebelum kuesioner diberikan kepada responden, masing-masing responden diberikan penjelasan maksud dan tujuan dari penelitian. Responden yang bersedia kemudian menandatangani *informed consent* yang disediakan. Format *informed consent* dapat dilihat pada lampiran 2.

b. *Privacy and Anonymity*

Pada saat pelaksanaan pengumpulan data, peneliti memperhatikan prinsip anonimitas dan kerahasiaan dengan tidak memunculkan identitas diri subjek penelitian pada kuesioner. Kerahasiaan mengacu kepada kondisi dimana peneliti sebenarnya mengetahui identitas responden, namun karena sudah ada kesepakatan sebelumnya, identitas subjek penelitian dirahasiakan.

c. *Confidentially*

Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dan informasi yang diberikannya. Semua catatan tentang karakteristik pasien dan karakteristik keluarga yang telah diambil disimpan sebagai dokumentasi dari hasil penelitian.

d. *Protection from discomfort*

Responden bebas dari rasa tidak nyaman. Sebelum penelitian dilakukan responden diberi penjelasan tentang manfaat dan tujuan penelitian. Selama penelitian berlangsung peneliti melakukan observasi terhadap risiko yang mungkin terjadi akibat intervensi penelitian. Risiko yang mungkin muncul dari penyebaran kuesioner ini adalah perasaan tidak nyaman dari pasien saat mengisi kenyataan layanan perawatan yang diterima oleh pasien pada saat pulang, sehingga untuk mengatasi perasaan tidak nyaman tersebut maka data kepuasan pasien diambil sendiri oleh peneliti.

E. Alat pengumpulan data

1. Kuesioner kepuasan pasien

Instrumen penelitian ini menggunakan kuesioner. Kuesioner untuk pasien terdiri dari 2 item yaitu kuesioner untuk mengetahui karakteristik pasien dan karakteristik keluarga (kuesioner C1) dan kuesioner untuk kepuasan pasien terhadap komunikasi terapeutik (kuesioner C2).

a. Karakteristik pasien dan keluarga

Kuesioner C1 digunakan untuk menggambarkan karakteristik pasien yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan persepsi terhadap sakit serta karakteristik keluarga yang terdiri dari penghasilan yang diperoleh dalam satu bulan dan kelas perawatan yang dipilih.

b. Kepuasan pasien

Kuesioner C2 berhubungan dengan kepuasan pasien terhadap komunikasi terapeutik yang telah dilakukan oleh perawat. Kuesioner disusun oleh peneliti

dengan mengembangkan konsep pengukuran kepuasan pasien dari Parasuraman et al (empati, kecepatangapan, jaminan atau kepastian dan keandalan) dan dari Tjiptono (estetika). Untuk mendapatkan kepuasan pasien ini, perawat menggunakan komunikasi terapeutik dalam melakukan interaksi antara perawat dengan klien. Kepuasan pasien diukur dari lima dimensi yang biasa digunakan untuk mengukur kepuasan pasien. Untuk mengukur kepuasan pasien terhadap kemampuan perawat melakukan empati 8 item, kecepattanggapan 7 item, jaminan atau kepastian 8 item, keandalan 6 item dan estetika 6 item dengan jumlah Setiap pernyataan baik pada unsur harapan maupun kenyataan diberi skor dengan skala Likert 1 – 5 yaitu sangat tidak setuju = 1, tidak setuju = 2, kurang setuju = 3, setuju = 4, ssangat setuju = 5. Total skor terendah adalah 35 dan skor tertinggi adalah 175. Untuk lebih lengkapnya penyusunan kuesioner, tabel di bawah ini menjelaskan kisi-kisi penyusunan kuesioner.

Tabel 4.3
Kisi-kisi kuesioner

	KOMUNIKASI	ORIENTASI	KERJA	TERMINASI
KEPUASAN				
Empati		1, 8,9	5, 14	23, 28
Kecepatangapan		6, 12	2, 24	27, 34, 35
Jaminan		10	11, 17, 18, 21	15, 19, 22
Keandalan		4, 29, 32	3, 13, 30	7, 25,
Estetika		20	26	16, 31, 33

F. Uji validitas dan reliabilitas data

Data yang diambil dengan menggunakan kuesioner, dalam penelitian mempunyai kedudukan yang paling tinggi. Hal ini disebabkan karena data merupakan

penggambaran variabel yang diteliti dan berfungsi sebagai alat pembuktian hipotesis (Arikunto, 2006). Oleh karena itu benar tidaknya data sangat menentukan bermutu tidaknya hasil penelitian. Sedangkan benar tidaknya data, tergantung dari baik tidaknya instrumen pengumpulan data.

Instrumen yang baik harus memenuhi dua persyaratan yaitu valid dan reliabel. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan, dapat mengungkap data dari variabel yang diteliti secara tepat. Uji validitas dilakukan dengan uji korelasi antara skor tiap-tiap item dengan skor total kuesioner dan teknik keorelasi yang digunakan adalah *Pearson Product Moment* (r) yaitu membandingkan antara r hitung dengan r tabel (Hastono, 2007).

Langkah berikutnya adalah uji reliabilitas. Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauhmana alat pengukur yang dibuat dapat dipercaya atau diandalkan yang ditunjukkan dengan hasil pengukuran yang tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Notoadmodjo, 2005). Penghitungan koefisien reliabilitasnya menggunakan *Alpha Cronbach* dan hasilnya dibandingkan dengan r tabel (Hastono, 2007). Suatu kuesioner dikatakan valid dan reliabel untuk digunakan apabila nilai r hitung lebih besar daripada nilai r table (Sugiono, 1996).

Untuk mengetahui apakah instrumen yang digunakan pada penelitian ini valid dan reliabel, maka uji coba instrumen dilakukan di Rumah Sakit Jasa Kartini Tasikmalaya, dengan jumlah responden yang digunakan yaitu sebanyak 30

responden. Hasil uji validitas menunjukkan terdapat 3 item pernyataan yang tidak valid pada kuesioner harapan dan 4 item pernyataan yang tidak valid pada kuesioner kenyataan dengan nilai r hasil $< r$ tabel (0,361). Item pernyataan ini selanjutnya dimodifikasi dengan mengubah pernyataan yang memiliki nilai validitas yang lebih kecil tanpa mengubah makna dari kalimat antara kuesioner harapan dan kuesioner kenyataan. Hasil dari modifikasi kemudian diuji validitas dan reliabilitasnya kembali kepada 30 responden masih di RS Jasa Kartini dengan rentang waktu 2 minggu dari pengujian yang pertama. Setelah diuji didapatkan tidak ada lagi item pernyataan yang tidak valid dengan r hasil $> r$ tabel (0,361). Uji reliabilitas instrumen yang telah diuji validitasnya menunjukkan nilai r *Alpha Cronbach* untuk kuesioner harapan sebesar 0,944 dan nilai r *Alpha Cronbach* untuk kuesioner kenyataan sebesar 0,978 sehingga kedua instrumen tersebut dinyatakan reliabel. Hasil uji validitas dan reliabilitas lebih lengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut ini.

Tabel 4.4
Uji validitas dan reliabilitas kuesioner

Kepuasan pasien	No item diperbaiki	Tahap I		Tahap II	
		Validitas	Reliabilitas	Validitas	Reliabilitas
Harapan	12, 24, 27	0,2342 – 0,7545	0,9280	0,364 – 0,819	0,944
Kenyataan	5, 6, 14, 30	0,0842 – 0,8993	0,9672	0,372 – 0,907	0,978

G. Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Prosedur Administratif

- a. Sebelum penelitian dilaksanakan, peneliti mengajukan terlebih dahulu surat ijin penelitian kepada Direktur RSUD Tasikmalaya Setelah ijin diberikan,

peneliti berkoordinasi dengan Bidang Keperawatan dan Bidang Diklat RSUD Tasikmalaya untuk melaksanakan pelatihan.

- b. Peneliti selanjutnya melakukan koordinasi untuk membentuk tim penerapan komunikasi terapeutik bekerjasama dengan kepala bidang keperawatan dan kepala ruang yang telah ditunjuk menjadi ruang subjek penelitian.

2. Prosedur Teknis

Pelaksanaan pelatihan komunikasi terapeutik dilaksanakan dalam 3 tahapan yaitu pelatihan di kelas, bimbingan klinik di unit kerja masing-masing, dan praktek mandiri oleh perawat.

a. Pelatihan di kelas

Pelaksanaan pelatihan di kelas pada perawat tidak dapat dilaksanakan dalam 1 kali pertemuan karena tetap harus ada perawat yang memberikan pelayanan kepada pasien di ruangan yang dijadikan sebagai kelompok intervensi, sehingga pelaksanaan pelatihan dilaksanakan dalam 2 gelombang. Gelombang yang pertama diikuti oleh 13 perawat dengan 2 hari pelatihan di kelas pada tanggal 2 – 3 April 2008. Pelaksanaan pelatihan gelombang kedua diikuti oleh 15 perawat yang dilaksanakan pada tanggal 9 – 10 April 2008.

Sebelum pelatihan dimulai, terlebih dahulu diambil data pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik. Rata-rata nilai pengetahuan perawat terhadap komunikasi terapeutik adalah 63,45 sedangkan rata-rata proporsi keterampilan perawat yang dinilai dengan menggunakan *self assessment* adalah 88,45%. Setelah proses pelatihan

dilaksanakan dalam waktu 2 hari, diambil kembali data pengetahuan dan keterampilan perawat terhadap komunikasi terapeutik. Rata-rata nilai pengetahuan perawat terhadap komunikasi terapeutik meningkat menjadi 85,87%. Sedangkan dari hasil *self assessment* untuk menilai keterampilan perawat tetap yaitu 88,45%. Tahap selanjutnya adalah bimbingan klinik di unit kerja masing-masing.

b. Bimbingan klinik

Bimbingan klinik kepada perawat yang diberikan pelatihan komunikasi terapeutik dilaksanakan sebanyak 3 kali. Proses bimbingan pada kedua kelompok selesai pada tanggal 3 Mei 2008. Pada saat bimbingan klinik diketahui bahwasanya tidak semua perawat menunjukkan kinerja lebih dari 80% dalam berkomunikasi terapeutik terhadap pasien. Setelah 3 kali proses bimbingan, dari 14 perawat di R. I, ada 4 orang perawat yang masih kurang sehingga bimbingan dilaksanakan sampai dengan 4 kali. Sedangkan untuk perawat di R. IV semua perawat mampu melaksanakan komunikasi terapeutik lebih dari 80%. Setelah semua perawat menunjukkan kemampuan melakukan komunikasi terapeutik lebih dari 80% barulah kemudian perawat yang telah dilatih diminta untuk menerapkan komunikasi terapeutik sesuai dengan hasil pelatihan.

Pelaksanaan komunikasi terapeutik secara mandiri dilaksanakan oleh perawat setelah proses bimbingan selesai. Rentang waktu pelaksanaan komunikasi terapeutik adalah antara 4 – 7 hari. Pada saat pelaksanaan komunikasi

terapeutik oleh perawat, pasien yang masuk pada hari kedua diambil data tentang harapannya terhadap pelayanan yang diinginkan dari perawat. Pada hari pulang (hari ke-4 sampai dengan hari ke-7) diambil kembali data tentang kenyataan layanan perawatan yang diterima oleh pasien. Pengambilan data harapan dan kenyataan diambil oleh peneliti sendiri untuk menghindari terjadinya bias penelitian.

c. Pengambilan data tentang kepuasan pasien

Data tentang kepuasan pasien diambil baik terhadap kelompok intervensi maupun kelompok kontrol. Sebelum pengambilan data, peneliti memberikan penjelasan tentang tujuan pengisian kuesioner dan meminta kesediaan pasien untuk ikut serta dalam penelitian. Saat pasien bersedia, pasien diminta untuk menandatangani surat persetujuan penelitian. Selanjutnya peneliti menjelaskan tentang cara pengisian kuesioner. Setelah pasien memahami petunjuk pengisian pasien diminta untuk mengisi kuesioner, kemudian kuesioner dimabil oleh peneliti dan memeriksanya untuk memastikan tidak ada pernyataan yang tidak diisi. Prosedur teknis pengumpulan data dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5
Prosedur Teknis Pengumpulan Data Penelitian

No	Pre Test (hari ke-2)	Kelompok	Kegiatan hari ke				Post Test (Hari ke 4-7)
			2	3	4	Pulang (Hari ke 4-7)	
1	Pengambilan data tentang harapan pasien terhadap layanan perawatan	Intervensi	Hubungan pertama : a. Fase orientasi b. Fase kerja c. Fase terminasi sementara	Hubungan kedua : a. Fase orientasi b. Fase kerja c. Fase terminasi sementara	Hubungan ke..... : a. Fase orientasi b. Fase kerja c. Fase terminasi sementara	Hubungan ke..... : a. Fase orientasi b. Fase kerja c. Fase terminasi akhir	Pengambilan data tentang kenyataan layanan perawatan yang diterima oleh pasien
2	Pengambilan data tentang harapan pasien terhadap layanan perawatan	Kontrol					Pengambilan data tentang kenyataan layanan perawatan yang diterima oleh pasien

H. Analisis data

1. Pengolahan data

Setelah data hasil penelitian dikumpulkan oleh peneliti, langkah selanjutnya yang harus segera dilakukan adalah pengolahan data. Secara garis besar, pekerjaan analisis data meliputi 3 langkah yaitu a) persiapan, b) tabulasi, 3) penerapan data sesuai dengan pendekatan penelitian (Arikunto, 2006). Sedangkan menurut Prasetyo dan Jannah (2005) membagi proses pengolahan data menjadi 4 tahapan yaitu:

- a. Memeriksa data (*editing*) adalah pekerjaan memeriksa validitas dan reliabilitas data yang masuk. Kegiatan ini meliputi pemeriksaan kelengkapan pengisian kuesioner, kejelasan makna jawaban, konsistensi antar jawaban-jawaban, relevansi jawaban dan keseragaman satuan pengukuran.

b. Pengkodean data (*data coding*)

Data coding merupakan suatu proses penyusunan data secara sistematis dari data mentah (data dari kuesioner) ke dalam bentuk yang mudah dibaca oleh mesin pengolah data. Hal yang harus diperhatikan oleh peneliti ketika membuat kode jawaban adalah kode jawaban harus baku dan konsisten. Hal ini dimaksudkan agar hasil penelitian ketika dilakukan indeks atau skala memiliki validitas yang tinggi.

c. Pemindahan data ke komputer (*data entering*)

Data entering adalah memasukkan data, setelah selesai diberi kode dan skor, data dimasukkan ke dalam program komputer yang sesuai.

d. Pembersihan data (*data cleaning*)

Data cleaning adalah memastikan bahwa seluruh data yang telah dimasukkan ke dalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan sebenarnya. Cara yang dapat dilakukan yaitu dengan *possible code cleaning*, *contingency code cleaning* dan modifikasi (melakukan pengkodean kembali data yang asli).

e. Penyajian data (*data output*).

Langkah terakhir dari pengolahan data adalah menyajikan hasil pengolahan data. Bentuk hasil pengolahan data hasil penelitian menggunakan tabel.

Setelah data hasil penelitian disajikan, maka langkah selanjutnya adalah analisis data. Data dalam penelitian ini akan dianalisis menggunakan tiga cara analisis yaitu analisis univariat, analisis bivariat dan analisis multivariat. Berikut adalah uraian dari masing-masing analisis yang akan digunakan.

2. Analisis data

a. Analisis univariat

Analisis univariat berupa analisis persentase, rata-rata hitung, median, modus, standar deviasi, nilai minimal dan maksimal serta confident interval (CI 95%), sesuai dengan skala ukur tiap-tiap variabel penelitian. Teknik ini untuk melihat distribusi frekuensi, proporsi, dan hasil statistik deskriptif (Djarwanto, 2001 & Supriyanto, 2007).

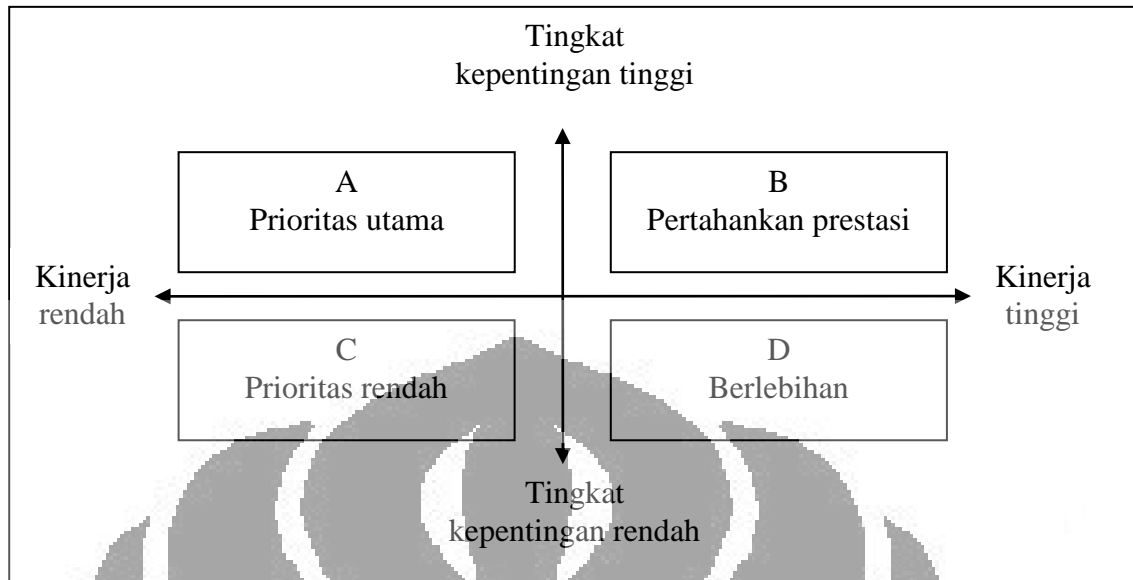
Variabel yang dianalisis adalah karakteristik pasien, karakteristik keluarga dan kepuasan pasien. Karakteristik pasien terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan persepsi terhadap sakit. Karakteristik keluarga terdiri dari kelas perawatan yang dipilih dan penghasilan dalam satu bulan. Sedangkan untuk kepuasan pasien terdiri dari harapan pasien terhadap layanan perawatan dan kenyataan yang diterima dari masing-masing dimensi kepuasan pasien.

Variabel umur, penghasilan dan lama hari rawat dianalisis menggunakan analisis deskriptif yang meliputi mean, median, modus, min-max, dan CI 95%. Variabel jenis kelamin, pendidikan dan pemilihan ruang rawat inap oleh keluarga dianalisis menggunakan analisis deskriptif yaitu distribusi frekuensi dan persentase.

Variabel kepuasan pasien dianalisis menggunakan "*Importance-Performance Analysis*" atau analisis tingkat harapan dan kenyataan yang dikembangkan

dari metode *servqual*. Kepuasan pasien adalah hasil perbandingan skor kinerja (kenyataan) dengan skor harapan (Martilla & James, 1977 dalam Tjiptono, 2005; Supranto, 2006 dan Supriyanto, 2007). Prosedur penentuan posisi dalam diagram kartesius adalah dengan cara:

- 1) Tentukan nilai rata-rata skor kenyataan dari seluruh responden tiap dimensi kepuasan (A)
- 2) Tentukan nilai rata-rata skor harapan dari seluruh responden tiap dimensi kepuasan (E)
- 3) Tentukan nilai rata-rata skor kenyataan dari seluruh dimensi kepuasan pasien (\bar{A})
- 4) Tentukan nilai rata-rata skor harapan dari seluruh dimensi kepuasan pasien (\bar{E})
- 5) Gambarkan diagram kartesius dengan sumbu mendatar adalah A dan sumbu tegak adalah E.
- 6) Tentukan posisi masing-masing dimensi ke dalam diagram.
- 7) Hasil analisis digambarkan dalam "*Importance-Performance Matrix*" sebagai berikut:



Area A menunjukkan pasien merasa tidak puas. Kinerja pelayanan keperawatan diinginkan oleh pasien tetapi pasien tidak memperoleh kepuasan. Rumah sakit perlu meningkatkan kinerja pelayanan keperawatan untuk memenuhi harapan pasien.

Area B menunjukkan pasien merasa puas. Kinerja pelayanan keperawatan diinginkan oleh pasien dan pasien memperoleh kepuasan. Rumah sakit perlu melakukan strategi mempertahankan kinerja pelayanan tersebut.

Area C menunjukkan kinerja pelayanan keperawatan tidak diinginkan pasien dan rumah sakit tidak perlu menyediakan pelayanan keperawatan tersebut. Strategi yang dilakukan adalah pelayanan tersebut dipikirkan untuk ditiadakan.

Area D menunjukkan kinerja pelayanan rumah sakit tidak diinginkan pasien, tetapi pasien memperoleh kepuasan. Rumah sakit harus mengetahui mengapa pasien tidak mengharapkan. Rumah sakit perlu melakukan strategi memberikan prioritas rendah pada pelayanan tersebut atau mempromosikan pentingnya pelayanan tersebut bagi pasien.

b. Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengidentifikasi 1) kesenjangan nilai kepuasan antara harapan dengan kenyataan layanan perawatan yang diterima oleh pasien dan 2) mengetahui perbedaan kepuasan pasien antara kelompok intervensi dengan kepuasan pasien kelompok kontrol. Sebelum dilaksanakan analisis bivariat, sebelumnya dilaksanakan terlebih dahulu uji kesetaraan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Uji kesetaraan dilakukan untuk karakteristik pasien, keluarga dan harapan pasien antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Data selengkapnya dapat dilihat pada tabel 4.5

Tabel 4.5
Analisis Bivariat

No	Variabel	Variabel	Uji statistik
1	Uji kesetaraan		
Karakteristik pasien			
a	Karakteristik umur pasien kelompok kontrol	Karakteristik umur pasien kelompok intervensi	t-test independen
b	Karakteristik jenis kelamin kelompok kontrol	Karakteristik jenis kelamin kelompok intervensi	<i>Chi aquare</i>
c	Karakteristik pendidikan kelompok kontrol	Karakteristik pendidikan kelompok intervensi	<i>One way anova</i>
d	Karakteristik persepsi terhadap sakit kelompok kontrol	Karakteristik persepsi terhadap sakit kelompok intervensi	<i>One way anova</i>
Karakteristik keluarga			
a	Karakteristik kelas perawatan kelompok kontrol	Karakteristik kelas perawatan kelompok intervensi	<i>One way anova</i>
b	Karakteristik penghasilan kelompok kontrol	Karakteristik penghasilan kelompok intervensi	<i>One way anova</i>
Harapan			
a	Harapan kelompok kontrol	Harapan kelompok intervensi	t-test independen
2	Analisis bivariat		
a	Harapan pasien terhadap layanan perawatan kelompok intervensi	Kenyataan terhadap layanan yang diterima kelompok intervensi	t-test dependen
b	Harapan pasien terhadap layanan perawatan kelompok kontrol	Kenyataan terhadap layanan yang diterima kelompok kontrol	t-test dependen
c	Kepuasan pasien kelompok kontrol	Kepuasan pasien kelompok intervensi	t-test independen

c. Analisis multivariat

Berdasarkan definisi operasional, hasil akhir kepuasan pasien akan dibuat menjadi data interval, sehingga untuk mengetahui faktor apa yang paling dominan dari enam faktor yang mungkin meningkatkan kepuasan pada

pasien setelah perawat menerapkan komunikasi terapeutik pada penelitian ini adalah regresi linear ganda (Hastono, 2007).

Terdapat beberapa persyaratan agar data dapat dianalisis dengan menggunakan regresi linear ganda yaitu : 1) asumsi eksistensi, 2) asumsi independensi, 3) asumsi linearitas, 4) asumsi homoscedascity, 5) asumsi normalitas. Dengan menggunakan analisis regresi ganda dapat diprediksi probabilitas kepuasan pasien dan dapat diketahui variabel mana yang paling dominan dari karakteristik individu dan karakteristik keluarga yang mempengaruhi kepuasan pasien terhadap layanan perawat baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol.

Langkah-langkah dalam pemodelan regresi linear ganda yaitu :

- 1) Melakukan analisis bivariat untuk menentukan variabel yang menjadi kandidat model. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut masuk ke dalam model multivariat. Untuk variabel yang p valuenya $> 0,25$ namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat masuk ke dalam model.
- 2) Variabel yang masuk ke dalam model multivariat adalah variabel yang p valuenya $\leq 0,05$. Bila ada variabel yang memiliki p value $> 0,05$, dilakukan pengeluaran dari model satu per satu, dimulai dari variabel yang paling besar. Bila setelah dikeluarkan dari model mengakibatkan koefisien dari variabel yang masih dalam model berubah besar (lebih dari

10%) maka variabel tersebut dimasukkan kembali dalam model karena dianggap sebagai variabel *counfounding*.

- 3) Dalam penentuan variabel independen yang masuk model menggunakan model ENTER
- 4) Melakukan diagnostik regresi linear dengan melakukan pengujian kelima asumsi dan melakukan pengujian adanya kolinearitas
- 5) Interpretasi model



BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil analisis data penelitian dari analisis univariat, bivariat dan multivariat. Penyajian data menggunakan tabel dan interpretasi data.

A. Karakteristik pasien, keluarga dan kepuasan pasien

Penyajian hasil analisis univariat terdiri dari karakteristik pasien, karakteristik keluarga dan kepuasan pasien.

1. Karakteristik pasien

Karakteristik pasien yang dianalisis adalah umur, jenis kelamin, pendidikan dan persepsi pasien terhadap sakit yang diderita. Variabel umur pasien dianalisis menggunakan mean, median, CI 95% dan nilai minimum dan maksimum. Untuk jenis kelamin, pendidikan dan persepsi terhadap sakit dianalisis menggunakan frekuensi dan proporsi.

Tabel 5.1

Karakteristik pasien berdasarkan umur yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Karakteristik	Mean	Median	CI 95%	Min - Max
Umur (tahun)				
Kelompok intervensi	40,06	35	37,34 – 42,79	19 - 67
Kelompok kontrol	39,79	37,50	36,95 – 42,63	17 – 78

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui hasil analisis umur pasien baik pada kelompok kontrol maupun pada kelompok intervensi sama-sama berada pada usia produktif dengan rata-rata umur pasien yang dirawat pada kelompok intervensi adalah 40 tahun, dengan usia termuda adalah 19 tahun dan pasien yang berusia paling tua adalah 67 tahun. Hasil estimasi interval dengan

tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa usia pasien berada diantara 37,34 sampai 42,79 tahun. Sedangkan rata-rata umur pasien pada kelompok kontrol adalah 39 tahun dengan usia pasien yang paling muda adalah 17 tahun dan yang paling tua adalah 78 tahun. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa usia pasien kelompok kontrol berada diantara 36,95 sampai 42,63 tahun

Tabel 5.2
Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin, pendidikan terakhir dan persepsi terhadap sakit yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSU Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Karakteristik		Kelompok				Total	
		Intervensi		Kontrol		n	%
		n	%	n	%		
Jenis kelamin	Laki-laki	38	34.5	47	42.7	85	36,63
	Perempuan	72	65,5	63	57,3	135	61,37
	Total	110	100,0	110	100,0	220	100,0
Pendidikan	SD	55	50,0	48	43,6	103	46,81
	SMP	7	6,4	14	12,7	21	9,55
	SMA	36	32,7	30	27,3	66	30,0
	PT	12	10,9	18	16,4	30	13,64
	Total	110	100,0	110	100,0	220	100,0
Persepsi terhadap sakit	Ringan	10	9,1	9	8,2	19	8,64
	Sedang	90	81,8	79	71,8	169	76,82
	Berat	10	9,1	22	20,0	32	14,54
	Total	110	100,0	110	100,0	220	100,0

Berdasarkan hasil analisis data, proporsi pasien yang dirawat lebih banyak perempuan dibandingkan dengan pasien yang berjenis kelamin laki-laki. Pasien pada kelompok intervensi yang berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 72 orang (65,5%), sedangkan laki-laki hanya 38 orang (34,5%). Pada kelompok kontrol, proporsi pasien yang berjenis kelamin perempuan lebih banyak yang dirawat (57,3%) dibandingkan laki-laki (42,7%).

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui pendidikan terakhir pasien yang dirawat lebih banyak yang berpendidikan SD dibandingkan dengan pendidikan yang lain baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Proporsi pasien pada kelompok intervensi yang berpendidikan SD yaitu sebanyak 55 pasien (50,0%), kemudian SMA sebanyak 36 pasien (32,7%), sedangkan yang berpendidikan tinggi sebanyak 12 responden (10,95) dan terakhir adalah SMP yaitu sebanyak 7 responden (6,4%). Sedangkan proporsi pasien pada kelompok kontrol yang berpendidikan terakhir SD sebanyak 43,6% kemudian berturut-turut diikuti oleh SMA (27,3%), PT (16,4%) dan SMP (12,7%).

Berdasarkan hasil analisis, pada kelompok intervensi yang mempersepsikan sakit sedang yaitu sebanyak 90 responden (81,8%), sedangkan untuk pasien yang merasakan penyakitnya adalah penyakit ringan dan penyakit berat sama besarnya yaitu 10 responden (9,1%). Pada kelompok kontrol, proporsi pasien yang merasa sakit sedang dan membutuhkan pertolongan dari perawat lebih banyak yaitu 79 pasien (71,8%), kemudian sakit berat sebanyak 22 pasien (20%) serta yang merasa sakit ringan dan membutuhkan pertolongan dari perawat sebanyak 9 pasien (8,2%). Hal ini menunjukkan bahwa hampir sebagian besar pasien yang dirawat menyatakan penyakit yang dideritanya termasuk ke dalam penyakit tahap sedang dan membutuhkan banyak bantuan dari perawat.

2. Karakteristik keluarga

Karakteristik keluarga yang dianalisis adalah kelas perawatan yang dipilih keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sakit dan penghasilan keluarga. Variabel kelas perawatan dianalisis menggunakan frekuensi dan proporsi sedangkan untuk penghasilan dianalisis menggunakan mean, median, CI 95% dan nilai minimum dan maksimum.

Tabel 5.3
Karakteristik keluarga berdasarkan kelas perawatan yang dipilih untuk merawat anggota keluarga yang sakit di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Karakteristik	Kelompok				Total		
	Intervensi		Kontrol		n	%	
	n	%	n	%			
Kelas perawatan	Kelas Utama	-	-	15	13.6	15	6,82
	Kelas I	16	14,5	20	18.2	36	16,36
	Kelas II	14	12.7	19	17.3	33	15,0
	Kelas III	80	72,7	56	50.9	136	61,82
	Total	110	100.0	110	100.0	220	100,0

Berdasarkan hasil analisis diketahui hampir sebagian besar pasien lebih banyak yang memilih kelas perawatan III dibandingkan dengan kelas perawatan yang lain. Proporsi pasien pada kelompok intervensi yang memilih kelas perawatan III sebanyak 80 responden (72,7%) kemudian diikuti pemilihan kelas perawatan I sebanyak 16 pasien (14,5%) dan terakhir adalah kelas perawatan II yaitu sebanyak 14 pasien (12,7%). Sedangkan proporsi pasien pada kelompok kontrol yang memilih kelas III untuk mendapatkan perawatan bagi anggota keluarganya yang sakit saat dirawat di RSUD Tasikmalaya yaitu 56 pasien (50,9%) kemudian kelas I ada 20 pasien (18,2%), Kelas II 19 pasien (17,3%) dan Kelas Utama ada 15 pasien (13,6%).

Tabel 5.4
Karakteristik keluarga berdasarkan penghasilan keluarga yang merawat anggota keluarga yang sakit di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Karakteristik	Mean	Median	CI 95%	Min - Max
Penghasilan (Rp)				
Kelompok intervensi	537.727	300.000	433.789 – 641.935	150.000 – 2.000.000
Kelompok kontrol	868.181	575.000	727.686 – 1.008.676	100.000 – 5.000.000

Berdasarkan tabel 5.4 penghasilan rata-rata keluarga pasien pada kelompok intervensi adalah Rp. 537.727 dengan penghasilan keluarga pasien yang paling rendah adalah Rp. 150.000 dan penghasilan keluarga pasien yang paling tinggi adalah Rp. 2.000.000. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa penghasilan keluarga pasien berada diantara Rp. 433.789 sampai dengan Rp. 641.935,-. Sedangkan rata-rata penghasilan keluarga pasien pada kelompok kontrol yang dirawat di RSUD Tasikmalaya adalah Rp. 868.181,- dengan pendapatan minimal keluarga pasien adalah Rp. 100.000,- sedangkan pendapatan maksimal keluarga pasien adalah Rp. 5.000.000,-. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa penghasilan keluarga pasien berada diantara Rp. 727.686 sampai dengan Rp. 1.008.676,-.

3. Kepuasan pasien

Penyajian data kepuasan pasien terdiri dari kepuasan pasien tiap dimensi kepuasan terhadap kemampuan komunikasi terapeutik perawat saat memberikan layanan perawatan, dan keseluruhan dimensi kepuasan dari masing-masing kelompok kontrol dan kelompok intervensi:

a. Kepuasan Pasien Menurut Dimensi Kepuasan

Tabel 5.5
Kepuasan pasien terhadap layanan perawatan menurut dimensi kepuasan di
Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tasikmalaya
Mei - Juni 2008 (n = 110)

Kelompok	Kepuasan Pasien	Mean	SD	Min-Max	CI 95%	
Intervensi	Empati	Harapan	33,25	1,342	29 - 35	32,99 - 33,50
		Kenyataan	32,96	1,298	28 - 35	32,71 - 33,20
		Kepuasan	-0,28	1,877	-5,00 - 4,00	-0,63 - 0,07
	Cepat tanggap	Harapan	33,16	1,337	29 - 35	32,91 - 33,41
		Kenyataan	33,14	1,380	29 - 35	32,88 - 33,40
		Kepuasan	-0,01	1,891	-5,00 - 6,00	-0,37 - -0,33
	Jaminan	Harapan	38,21	1,168	34 - 40	37,99 - 38,43
		Kenyataan	37,65	1,498	34 - 40	37,37 - 37,93
		Kepuasan	-0,56	1,908	-6,00 - 4,00	-0,92 - -0,20
	Keandalan	Harapan	37,78	1,621	32 - 40	37,47 - 38,08
		Kenyataan	37,20	1,521	33 - 40	36,92 - 37,49
		Kepuasan	-0,57	2,130	-6,00 - 4,00	-0,97 - -0,17
	Estetika	Harapan	23,85	1,148	20 - 25	23,63 - 24,07
		Kenyataan	23,31	1,561	19 - 25	23,02 - 23,61
		Kepuasan	-0,53	2,003	-6,00 - 3,00	-0,91 - -0,15
Kontrol	Empati	Harapan	33,65	1,237	30 - 35	33,42 - 33,88
		Kenyataan	31,47	3,061	23 - 35	30,89 - 32,05
		Kepuasan	-2,18	3,214	-11,00 - 4,00	-2,78 - -1,57
	Cepat tanggap	Harapan	33,09	1,391	28 - 35	32,82 - 33,35
		Kenyataan	30,63	3,521	20 - 35	29,97 - 31,30
		Kepuasan	-2,45	3,880	-14,00 - 5,00	-3,87 - -1,72
	Jaminan	Harapan	38,47	1,290	35 - 40	38,22 - 38,71
		Kenyataan	35,40	3,493	24 - 40	34,74 - 36,06
		Kepuasan	-3,06	3,673	-14,00 - 4,00	-3,75 - -2,36
	Keandalan	Harapan	37,95	1,423	34 - 40	37,68 - 38,22
		Kenyataan	35,39	3,359	22 - 40	34,75 - 36,02
		Kepuasan	-2,56	3,757	-17,00 - 5,00	-3,27 - -1,85
	Estetika	Harapan	23,99	0,903	20 - 25	23,82 - 24,16
		Kenyataan	22,29	2,164	17 - 25	21,88 - 22,69
		Kepuasan	-1,70	2,466	-8,00 - 2,00	-2,16 - -1,23
Intervensi	Kepuasan pasien	-1,97	4,154	-12 - 10	-2,76 - -1,19	
Kontrol	Kepuasan pasien	-11,96	9,882	-40 - 5	-13,83 - -10,10	

Berikut akan diuraikan hasil analisis univariat kepuasan pasien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

1) Kelompok intervensi

Kepuasan pasien kelompok intervensi diuraikan berdasarkan masing-masing dimensi kepuasan pasien dengan menganalisis harapan pasien terhadap layanan perawatan dengan kenyataan yang diterima kemudian menganalisis

tingkat kepuasan pasien dengan melihat kesenjangan yang terjadi antara harapan dan kenyataan.

a) Dimensi empati

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi empati adalah 33,25 dengan standar deviasi 1,34. Nilai harapan pasien yang terendah adalah 29 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 35. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 32,99 – 33,50.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 32,96 dengan standar deviasi 1,29. Nilai kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 28 sedangkan nilai kenyataan tertinggi adalah 35. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 32,71 – 33,20.

Kepuasan pasien terhadap dimensi empati dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 0,28 dan standar deviasi 1,87. Kesenjangan nilai kepuasan terendah adalah -5,00 dan tertinggi 4,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa skor kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara -0,63 - 0,07.

b) Dimensi kecepat tanggapan

Rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi kecepat tanggapan adalah 33,16 dengan standar deviasi 1,33. Nilai harapan pasien yang terendah adalah 29 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 35. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 32,91 – 33,41.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 33,14 dengan standar deviasi 1,38. Nilai kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 29 sedangkan nilai kenyataan tertinggi adalah 35. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 32,88 – 33,40.

Kepuasan pasien terhadap dimensi cepat tanggap dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 0,01 dan standar deviasi 1,89. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -5,00 dan tertinggi 6,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara -0,37 - -0,33.

c) Dimensi jaminan

Rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi jaminan adalah 38,21 dengan standar deviasi 1,16. Nilai harapan pasien

yang terendah adalah 34 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 40. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 37,99 – 38,43.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 37,65 dengan standar deviasi 1,49. Nilai kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 34 sedangkan nilai kenyataan tertinggi adalah 40. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 37,37 – 37,93.

Kepuasan pasien terhadap dimensi jaminan dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 0,56 dan standar deviasi 1,90. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -6,00 dan tertinggi 4,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara -0,92 - -0,20.

d) Dimensi keandalan

Rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi keandalan adalah 37,78 dengan standar deviasi 1,62. Nilai harapan pasien yang terendah adalah 32 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 40. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 37,47 – 38,08.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 37,20 dengan standar deviasi 1,52. Nilai kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 33 sedangkan nilai kenyataan tertinggi adalah 40. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 36,92 – 37,49.

Kepuasan pasien terhadap dimensi keandalan dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 0,57 dengan standar deviasi 2,13. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -6,00 dan tertinggi 4,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara -0,97 - -0,17.

e) Dimensi estetika

Rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan adalah 23,85 dengan standar deviasi 1,14. Nilai harapan pasien yang terendah adalah 20 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 25. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 23,63 – 24,07.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 23,31 dengan standar deviasi 1,56. Nilai kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 19 sedangkan nilai

kenyataan tertinggi adalah 25. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 23,02 – 23,61.

Kepuasan pasien terhadap dimensi estetika dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 0,53 dengan standar deviasi 2,00. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -6,00 dan tertinggi 3,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara -0,91 - -0,157.

2) Kelompok kontrol

Kepuasan pasien kelompok kontrol juga diuraikan berdasarkan masing-masing dimensi kepuasan pasien.

a) Dimensi empati

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi empati adalah 33,65 dengan standar deviasi 1,23. Nilai harapan pasien yang terendah adalah 30 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 35. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 33,42 – 33,88.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 31,47 dengan standar deviasi 3,06. Nilai

kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 23 sedangkan nilai kenyataan tertinggi adalah 35. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 30,89 – 32,05.

Kepuasan pasien terhadap dimensi empati dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 2,18 dan standar deviasi 3,21. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -11 dan kepuasan tertinggi 4,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara -2,78 - -1,57.

b) Dimensi kecepattanggapan

Rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi kecepattanggapan adalah 33,09 dengan standar deviasi 1,39. Nilai harapan pasien yang terendah adalah 28 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 35. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 32,82 – 33,35.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 30,63 dengan standar deviasi 3,52. Nilai kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 20 sedangkan nilai kenyataan tertinggi adalah 35. Hasil estimasi pada kepercayaan 95%

diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 29,97 – 31,30.

Kepuasan pasien terhadap dimensi cepat tanggap dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 2,45 dengan standar deviasi 3,88. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -14,00 dan kepuasan tertinggi 5,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara -3,87 - -1,72.

c) Dimensi jaminan

Rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi jaminan adalah 38,47 dengan standar deviasi 1,29. Nilai harapan pasien yang terendah adalah 35 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 40. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 38,22 – 38,71.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 35,40 dengan standar deviasi 3,49. Nilai kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 24 sedangkan nilai kenyataan tertinggi adalah 40. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 34,74 – 36,06.

Kepuasan pasien terhadap dimensi jaminan dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 3,06 dan standar deviasi 3,67. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -14,00 dan tertinggi 4,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara -3,75 - -2,36.

d) Dimensi keandalan

Rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi keandalan adalah 37,95 dengan standar deviasi 1,42. Nilai harapan pasien yang terendah adalah 34 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 40. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 37,68 – 38,22.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 35,39 dengan standar deviasi 3,35. Nilai kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 22 sedangkan nilai kenyataan tertinggi adalah 40. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 34,75 – 36,02.

Kepuasan pasien terhadap dimensi keandalan dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 2,56 dengan standar deviasi 3,75. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -17,00

dan tertinggi 5,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara -3,27 - -1,85.

e) Dimensi estetika

Rata-rata skor harapan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi estetika adalah 23,99 dengan standar deviasi 0,90. Nilai harapan pasien yang terendah adalah 20 sedangkan nilai harapan tertinggi adalah 25. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor harapan pasien terhadap layanan perawatan berada pada rentang 23,82 – 24,16.

Rata-rata skor kenyataan yang diterima oleh pasien terhadap layanan yang diberikan oleh perawat adalah 22,29 dengan standar deviasi 2,16. Nilai kenyataan yang diterima pasien terendah adalah 17 sedangkan nilai kenyataan tertinggi adalah 25. Hasil estimasi pada kepercayaan 95% diyakini skor kenyataan yang diterima pasien terhadap layanan perawatan yang diterima berada pada rentang 21,88 – 22,69.

Kepuasan pasien terhadap dimensi estetika dari kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat mendekati harapan pasien dengan selisih 1,70 dan standar deviasi 2,46. Kesenjangan nilai kepuasan yang terendah -8,00 dan tertinggi 2,00. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien berada diantara - 2,16 - -1,23.

Berdasarkan hasil analisis nilai kepuasan pasien pada tiap dimensi, maka kepuasan pasien yang paling tinggi pada kelompok intervensi adalah pada dimensi kecepattanggapan, sedangkan untuk kelompok kontrol yaitu pada dimensi estetika. Nilai kepuasan pasien yang paling rendah pada kelompok intervensi adalah pada dimensi keandalan, sedangkan untuk kelompok kontrol adalah pada dimensi jaminan.

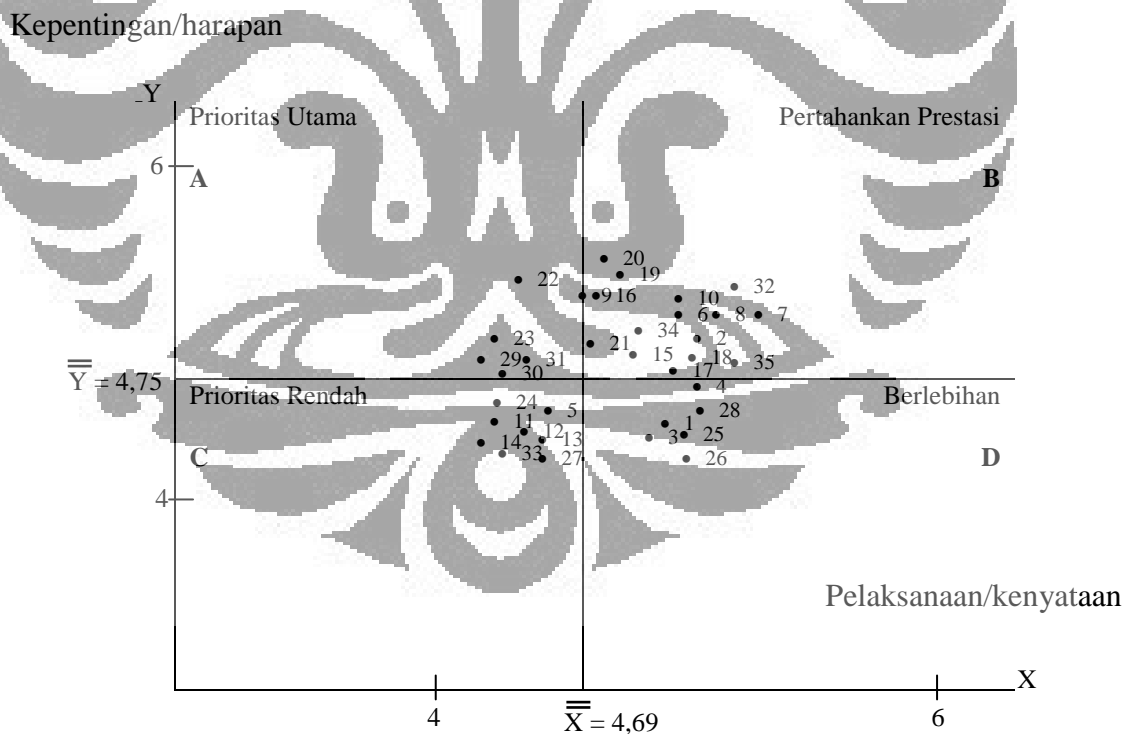
Hasil analisis pada keseluruhan skor kepuasan pasien menunjukkan kepuasan pasien dari kenyataan layanan yang diberikan pada kelompok intervensi mendekati harapan pasien dengan selisih 1,97 dan standar deviasi 4,15. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -12 dan tertinggi 10 dengan hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan berada diantara skor -2,76 - -1,19. Sedangkan kepuasan pasien terhadap kenyataan layanan yang diterima dari perawat pada kelompok kontrol untuk memenuhi harapan pasien masih ada selisih sebesar 11,96 dengan standar deviasi 9,88. Kesenjangan nilai kepuasan terendah -40 dan tertinggi 5 dengan hasil estimasi interval pada tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa kesenjangan nilai kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan berada diantara -13,83 - -10,10.

Sedangkan analisis kepuasan pasien dengan menggunakan *Analysis Performance Important (API)* dan metode *survqual* akan diuraikan pada masing-masing kelompok berikut ini.

1) Kelompok intervensi

Hasil analisis dengan API dan metode survqual adalah sebesar -1,97 (<-1) dengan nilai rata-rata kenyataan 4,69 dan nilai rata-rata harapan 4,75, artinya berdasarkan nilai tersebut dapat diketahui bahwa untuk memenuhi harapan pasien masih ada selisih 0,06 sehingga masih ada aspek-aspek dari pelayanan perawatan yang dirasakan oleh pasien belum sesuai dengan harapan yang diinginkan saat dirawat di RSUD Tasikmalaya. Hasil perhitungan setiap item pernyataan pada masing-masing dimensi kepuasan dapat dimasukkan ke dalam diagram kartesius (diagram 5.1)

Diagram 5.1
Kepuasan Pasien Menurut Persepsi Pasien Terhadap Komunikasi Terapeutik saat memberikan Layanan Perawat di ruang rawat inap dewasa RSU Tasikmalaya, Mei - Juni 2008



a) Prioritas rendah

Hasil analisis dengan menggunakan API didapatkan harapan pasien rendah dan dalam pelaksanaan oleh perawat juga rendah adalah untuk item:

(1) Dimensi empati (item no. 5, 14):

(a) Penjelasan yang diberikan oleh perawat membuat saya menjadi tenang

(b) Tak ada satupun penjelasan dari perawat yang mampu mengurangi perasaan cemas saya akan mahal nya biaya yang harus dibayar di rumah sakit ini

(2) Dimensi cepat tanggap (item no 12, 24, 27):

(a) Perawat cepat datang saat saya memanggilnya

(b) Perawat menjelaskan prosedur dari suatu tindakan keperawatan yang akan saya jalani

(c) Saya segera mendapatkan pelayanan saat saya membutuhkan

(3) Dimensi jaminan (item no 11): Perawat memberikan penjelasan dengan menggunakan kata-kata yang bisa saya mengerti

(4) Dimensi keandalan (item no 13): Perawat memberi penjelasan dengan terburu-buru

(5) Dimensi estetika (item no 33): Jika keluarga saya harus dirawat, saya akan merekomendasikan kepada keluarga saya agar dirawat di rumah sakit ini karena perawat disini ramah

b) Prioritas utama

Kemampuan perawat dalam melaksanakan komunikasi perawat saat sedang memberikan layanan perawatan yang harus segera diperbaiki adalah untuk item pernyataan nomor 22, 23, 29, 30 dan 31. Kemampuan ini harus segera

diperbaiki karena harapan pasien tinggi sedangkan pelaksanaan oleh perawat rendah. Rincian dari masing-masing item tersebut adalah sebagai berikut :

(1) Dimensi empati (item no 23): Perawat memberi kebebasan kepada saya untuk mengambil keputusan

(2) Dimensi jaminan (item no 22): Perawat menjelaskan kepada saya kemana saya harus berobat bila saya sudah pulang ke rumah

(3) Dimensi keandalan (item no 29 dan 30):

(a) Perawat memberi tahu kepada saya siapa yang bisa dihubungi saat saya membutuhkan perawat

(b) Perawat memberitahukan kepada saya tindakan yang selanjutnya akan dilakukan beserta waktu pelaksanaannya

(4) Dimensi estetika (item no 31): Saya tidak nyaman dirawat di rumah sakit ini karena lingkungan dimana saya dirawat tidak tenang

c) Pertahankan prestasi

Pada kuadran ini, perawat mampu memberikan pelayanan yang benar-benar dibutuhkan oleh pasien sehingga kepuasan pasien terhadap pelayanan tinggi yaitu untuk item pernyataan nomor 2, 6, 7, 8, 9 10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 32, 34 dan 35 dengan rincian masing-masing item pernyataan adalah sebagai berikut :

(1) Dimensi empati (item no 8 dan 9):

(a) Perawat menatap wajah saya saat berbicara dengan saya

(b) Saat saya nampak cemas dan takut, perawat menghibur saya

(2) Dimensi kecepattanggapan (item no 2, 6, 34 dan 35):

(a) Saat saya nampak sedih perawat menghibur saya

- (b) Perawat seringkali tidak menanggapi keluhan saya
 - (c) Perawat menjelaskan cara-cara merawat penyakit saya bila pulang ke rumah kepada keluarga saya
 - (d) Penjelasan yang diberikan oleh perawat membantu menangani masalah kesehatan yang saya derita
- (3) Dimensi jaminan (item no 10, 15, 17, 18, 19, 21):
- (a) Perawat menanyakan kesiapan saya sebelum melakukan tindakan keperawatan
 - (b) Perawat memberikan penjelasan tentang gejala apa saya yang harus saya waspadai bila penyakit saya kambuh
 - (c) Perawat menghibur saat saya sedang sedih dengan kondisi kesehatan saya
 - (d) Setiap kali berbicara, perawat nampak sangat menguasai apa yang disampaikan
 - (e) Penjelasan dari perawat membuat saya menjadi lebih tahu tentang status kesehatan saya
 - (f) Perawat menjelaskan cara-cara merawat penyakit yang saya derita bila saya pulang ke rumah
- (4) Dimensi keandalan (item no 7 dan 32):
- (a) Sebelum saya pulang, perawat menjelaskan tentang cara-cara merawat bila saya pulang ke rumah
 - (b) Perawat menjelaskan kepada saya cara yang paling cepat untuk meminta pertolongan saat saya membutuhkan perawat

(5) Dimensi estetika (item no 16 dan 20):

(a) Keramahan dari perawat membuat saya akan kembali lagi ke rumah sakit ini bila saya membutuhkan pertolongan lagi

(b) Perawat menjelaskan tindakan yang dapat mengurangi rasa sakit yang saya derita dengan baik

d) Berlebihan

Pernyataan untuk item nomor 1, 3, 4, 25, 26 dan 28 menurut pasien termasuk ke dalam kategori berlebihan. Kategori ini menunjukkan kemungkinan sumber daya yang dimiliki perawat dibuang-buang karena pelayanan yang tidak penting diberikan secara baik. Hal ini terjadi karena harapan terhadap komunikasi yang dilakukan oleh perawat rendah tetapi pelaksanaan oleh perawat tinggi. Uraian masing-masing item pernyataan adalah sebagai berikut :

(1) Dimensi empati (item no 1 dan 28):

(a) Perawat yang akan merawat saya menyebutkan namanya saat bertemu pertama kali

(b) Perawat mendengarkan keluhan saya sampai saya selesai mengungkapkan apa yang saya rasakan

(2) Dimensi keandalan (item no 3, 4 dan 25):

(a) Perawat mengatakan dengan jujur perkembangan penyakit saya

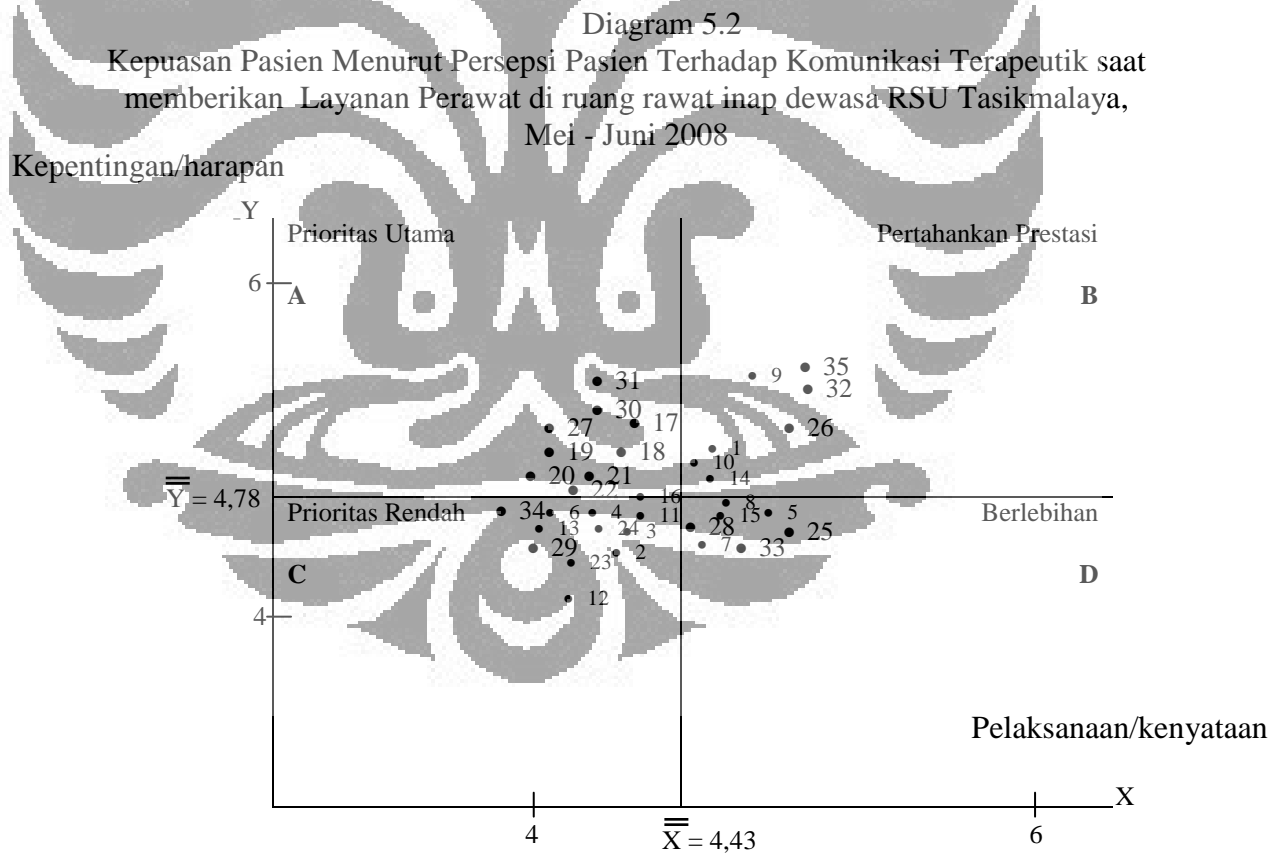
(b) Perawat cepat datang setiap kali saya memanggilnya

(c) Saya yakin perawat yang merawat saya mampu mengkomunikasikan kebutuhan saya kepada tim kesehatan lain yang berwenang

(3) Dimensi estetika (item no 26): Lingkungan dimana saya dirawat selalu terjaga ketenangannya

2) Kelompok kontrol

Hasil analisis dengan API dan metode survqual adalah sebesar $-11,96$ (<-1) dengan nilai rata-rata kenyataan $4,43$ dan nilai rata-rata harapan $4,78$, artinya berdasarkan nilai tersebut dapat disimpulkan bahwa kenyataan layanan yang diterima oleh pasien masih ada selisih $0,35$ sehingga dapat memenuhi harapan pasien. Dengan demikian dapat disimpulkan masih ada aspek-aspek dari pelayanan perawatan yang dirasakan oleh pasien belum sesuai dengan harapan yang diinginkan saat dirawat di RSUD Tasikmalaya. Hasil perhitungan setiap item pernyataan pada masing-masing dimensi kepuasan dapat dimasukkan ke dalam diagram kartesius berikut ini (diagram 5.2).



a) Prioritas rendah

Hasil analisis dengan menggunakan API didapatkan Sebelum pasien rendah dan dalam pelaksanaan oleh perawat juga rendah adalah untuk item pernyataan no 2, 3, 4, 6, 11, 13, 12, 16, 23, 24, 29 dan 34 dengan rincian sebagai berikut:

(1) Dimensi empati (item no 23): Perawat memberi kebebasan kepada saya untuk mengambil keputusan

(2) Dimensi kecepatangapan (item no 2, 6, 12, 24 dan 34):

(a) Saat saya nampak sedih perawat menghibur saya

(b) Perawat seringkali tidak menanggapi keluhan saya

(c) Perawat cepat datang saat saya memanggilnya

(d) Perawat menjelaskan prosedur dari suatu tindakan keperawatan yang akan saya jalani

(e) Perawat menjelaskan cara-cara merawat penyakit saya bila pulang ke rumah kepada keluarga saya

(3) Dimensi jaminan (item no 11): Perawat memberikan penjelasan dengan menggunakan kata-kata yang bisa saya mengerti

(4) Dimensi keandalan (item no 3, 4, 13, dan 29):

(a) Perawat mengatakan dengan jujur perkembangan penyakit saya

(b) Perawat cepat datang setiap kali saya memanggilnya

(c) Perawat memberi penjelasan dengan terburu-buru

(d) Perawat memberi tahu kepada saya siapa yang bisa dihubungi saat saya membutuhkan perawat

(5) Dimensi estetika (item no 16): Keramahan dari perawat membuat saya akan kembali lagi ke rumah sakit ini bila saya membutuhkan pertolongan lagi

b) Prioritas utama

Kemampuan perawat dalam melaksanakan komunikasi perawat saat sedang memberikan layanan perawatan yang harus segera diperbaiki adalah untuk item pernyataan no 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 30 dan 31. Kemampuan ini harus segera diperbaiki karena harapan pasien tinggi sedangkan pelaksanaan oleh perawat rendah. Rincian dari masing-masing item pernyataan adalah sebagai berikut:

(1) Dimensi kecepattanggapan (item no 27): Saya segera mendapatkan pelayanan saat saya membutuhkan

(2) Dimensi jaminan (item no 17, 18, 19, 21, dan 22):

(a) Perawat menghibur saat saya sedang sedih dengan kondisi kesehatan saya

(b) Setiap kali berbicara, perawat nampak sangat menguasai apa yang disampaikan

(c) Penjelasan dari perawat membuat saya menjadi lebih tahu tentang status kesehatan saya

(d) Perawat menjelaskan cara-cara merawat penyakit yang saya derita bila saya pulang ke rumah

(e) Perawat menjelaskan kepada saya kemana saya harus berobat bila saya sudah pulang ke rumah

(3) Dimensi keandalan (item no 30): Perawat memberitahukan kepada saya tindakan yang selanjutnya akan dilakukan beserta waktu pelaksanaannya

(4) Dimensi estetika (item no 20 dan 31):

(a) Perawat menjelaskan tindakan yang dapat mengurangi rasa sakit yang saya derita dengan baik

(b) Saya tidak nyaman dirawat di rumah sakit ini karena lingkungan dimana saya dirawat tidak tenang

c) Pertahankan prestasi

Pada kuadran ini, perawat mampu memberikan pelayanan yang benar-benar dibutuhkan oleh pasien sehingga kepuasan pasien terhadap pelayanan tinggi yaitu untuk item pernyataan no 1, 9, 10, 14, 26, 32, dan 35. rincian masing-masing item pernyataan adalah sebagai berikut:

(1) Dimensi empati (item no 1, 9, dan 14):

(a) Perawat yang akan merawat saya menyebutkan namanya saat bertemu pertama kali

(b) Saat saya nampak cemas dan takut, perawat menghibur saya

(c) Tak ada satupun penjelasan dari perawat yang mampu mengurangi perasaan cemas saya akan mahal nya biaya yang harus dibayar di rumah sakit ini

(2) Dimensi jaminan (item no 10): Perawat menanyakan kesiapan saya sebelum melakukan tindakan keperawatan

(3) Dimensi keandalan (item no 32): Perawat menjelaskan kepada saya cara yang paling cepat untuk meminta pertolongan saat saya membutuhkan perawat

(4) Dimensi estetika (item no 26): Lingkungan dimana saya dirawat selalu terjaga ketenangannya

d) Berlebihan

Pernyataan untuk item no 5, 7, 8, 15, 25, 28, dan 33 menurut pasien termasuk ke dalam kategori berlebihan. Kategori ini menunjukkan kemungkinan sumber daya yang dimiliki perawat dibuang-buang karena pelayanan yang tidak penting diberikan secara baik. Hal ini terjadi karena harapan terhadap komunikasi yang dilakukan perawat rendah tetapi pelaksanaan oleh perawat tinggi. Rincian masing-masing item adalah sebagai berikut:

(1) Dimensi empati (item no 5, 8 dan 28):

(a) Penjelasan yang diberikan oleh perawat membuat saya menjadi tenang

(b) Perawat menatap wajah saya saat berbicara dengan saya

(c) Perawat mendengarkan keluhan saya sampai saya selesai mengungkapkan apa yang saya rasakan

(2) Dimensi jaminan (item no 15): Perawat memberikan penjelasan tentang gejala apa saya yang harus saya waspadai bila penyakit saya kambuh

(3) Dimensi keandalan (item no 7 dan 25):

(a) Sebelum saya pulang, perawat menjelaskan tentang cara-cara merawat bila saya pulang ke rumah

(b) Saya yakin perawat yang merawat saya mampu mengkomunikasikan kebutuhan saya kepada tim kesehatan lain yang berwenang

(4) Dimensi estetika (item no 33): Jika keluarga saya harus dirawat, saya akan merekomendasikan kepada keluarga saya agar dirawat di rumah sakit ini karena perawat di rumah sakit ini ramah

B. Perbandingan kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dan yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik

Sebelum dilaksanakan analisis bivariat, dilakukan terlebih dahulu uji kesetaraan untuk melihat kesetaraan karakteristik pasien dan karakteristik keluarga serta harapan pasien antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

1. Analisis uji kesetaraan

Analisis uji kesetaraan dilakukan pada karakteristik pasien, karakteristik keluarga dan harapan pasien terhadap layanan perawatan. Karakteristik pasien terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan dan persepsi pasien terhadap sakit. Karakteristik keluarga yang dianalisis terdiri dari kelas perawatan yang dipilih dan penghasilan keluarga.

a. Kesetaraan karakteristik pasien

1) Kesetaraan karakteristik umur antara kelompok intervensi dan kontrol

Tabel 5.6
Kesetaraan karakteristik umur pasien antara kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008 (n = 220)

Karakteristik	Kelompok	Mean	SD	(95% CI)	Nilai p
Umur	Intervensi	40,06	14,425	(-4,186) – (3,641)	0,891
	Kontrol	39,79	15,019		

Hasil uji kesetaraan pada karakteristik umur antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol didapatkan nilai mean untuk umur yang hampir sama sehingga dapat disimpulkan tidak ada perbedaan antara rata-rata umur kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p = 0,891$).

2) Kesetaraan karakteristik pendidikan, persepsi terhadap sakit antara kelompok intervensi dan kontrol

Tabel 5.7
Kesetaraan karakteristik pendidikan, persepsi terhadap sakit dan jenis kelamin antara kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Karakteristik		Kelompok				Total		Nilai p
		Intervensi		Kontrol		n	%	
		n	%	n	%	n	%	
Pendidikan	SD	55	50.0	48	43.6	103	46,81	0,210
	SMP	7	6.4	14	12.7	21	9,55	
	SMA	36	32.7	30	27.3	66	30,0	
	PT	12	10.9	18	16.4	30	13,64	
Persepsi terhadap sakit	Ringan	10	9.1	9	8.2	19	8,64	0,072
	Sedang	90	81.8	79	71.8	169	76,82	
	Berat	10	9.1	22	20.0	32	14,54	
Jenis Kelamin	Laki-laki	38	34.5	47	42.7	85	36,63	0,268
	Perempuan	72	65.5	63	57.3	135	61,37	

Hasil analisis uji kesetaraan terhadap pendidikan didapatkan tidak ada perbedaan antara pendidikan terakhir pasien kelompok kontrol dengan

pendidikan terakhir pasien kelompok intervensi (p value = 0,210) dan tidak ada perbedaan persepsi terhadap sakit antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi (p value = 0,072). Hasil analisis uji kesetaraan terhadap jenis kelamin dengan menggunakan *chi square* didapatkan tidak ada perbedaan antara jenis kelamin pasien pada kelompok intervensi dengan jenis kelamin pasien pada kelompok kontrol (p value = 0,268).

b. Kesetaraan untuk karakteristik keluarga

1) Kesetaraan variabel kelas perawatan

Tabel 5.8
Kesetaraan karakteristik kelas perawatan antara kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Karakteristik	Kelompok				Total		Nilai p	
	Intervensi		Kontrol		n	%		
	n	%	n	%				
Kelas Utama	-	-	15	13.6	15	6,82	0,0001	
Perawatan	I	16	14.5	20	18.2	36		16,36
	II	14	12.7	19	17.3	33		15,0
	III	80	72.7	56	50.9	136		61,82

Hasil uji kesetaraan untuk kelas perawatan didapatkan hasil ada perbedaan yang bermakna antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi (p value = 0,0001).

2) Kesetaraan karakteristik penghasilan

Tabel 5.9
Kesetaraan karakteristik penghasilan keluarga pasien antara kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Karakteristik	Kelompok	Mean	SD	(95% CI)	Nilai p
Penghasilan	Intervensi	537.727	551.444	156.425 – 504.483	0,000
	Kontrol	868.181	743.464		

Hasil uji kesetaraan untuk penghasilan didapatkan ada perbedaan rata-rata penghasilan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan karakteristik penghasilan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol ($p\ value = 0,0001$)

c. Kesetaraan harapan pasien terhadap layanan perawatan

Tabel 5.10
Kesetaraan harapan pasien terhadap layanan perawatan antara kelompok intervensi dan kontrol di RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Karakteristik	Kelompok	Mean	SD	(95% CI)	Nilai p
Harapan terhadap empati	Intervensi	33,24	1,34	0,660 – 0,752	0,020
	Kontrol	33,65	1,23		
Harapan terhadap kecepatanggaan	Intervensi	33,16	1,33	0,435 – 0,290	0,693
	Kontrol	33,09	1,39		
Harapan terhadap jaminan	Intervensi	38,21	1,16	0,072 – 0,581	0,127
	Kontrol	38,47	1,29		
Harapan terhadap keandalan	Intervensi	37,78	1,62	-0,232 – 0,578	0,402
	Kontrol	37,95	1,42		
Harapan terhadap estetika	Intervensi	23,85	1,14	-0,138 – 0,411	0,329
	Kontrol	23,95	0,90		

Hasil uji kesetaraan untuk harapan pasien terhadap layanan perawatan didapatkan hasil tidak ada perbedaan karakteristik harapan antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol pada dimensi kecepatanggaan, jaminan, keandalan dan estetika ($p\ value > 0,05$) sedangkan untuk harapan pasien

terhadap empati perawat saat melayani pasien didapatkan hasil ada perbedaan karakteristik antara kelompok intervensi dengan kelompok harapan (p value = 0,020). Harapan pasien pada kelompok intervensi lebih rendah bila dibandingkan dengan harapan pasien pada kelompok kontrol, tetapi bila dilihat dari nilai mean antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol pada nilai harapan terhadap dimensi empati, perbedaan mean tidak sampai mencapai 1 point tetapi hanya sebesar 0,41. Namun bila dilihat dari perhitungan statistik, perbedaan sebesar 0,41 ternyata memberikan hasil nilai harapan yang berbeda pada uji kesetaraan.

Berdasarkan hasil uji kesetaraan diketahui tidak ada perbedaan karakteristik individu pada pasien kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Tidak ada perbedaan karakteristik keluarga antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Sedangkan untuk karakteristik harapan pasien terhadap layanan perawatan didapatkan hasil analisis ada perbedaan karakteristik antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol pada dimensi empati.

2. Kepuasan pasien kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Analisis kepuasan pasien dilakukan untuk menganalisis a) harapan dengan kenyataan layanan yang diterima oleh pasien dari perawat yang dilatih komunikasi terapeutik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol tanpa pelatihan b) analisis perbedaan kepuasan pasien antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol dan c) untuk melihat hubungan karakteristik pasien dan karakteristik keluarga terhadap kepuasan pasien.

- a. Analisis perbedaan harapan dengan kenyataan yang diterima oleh pasien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada tiap dimensi kepuasan.

Penilaian harapan dan kenyataan layanan yang diterima dianalisis menggunakan *t-test paired*, dengan hasil dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11
Analisis perbedaan harapan dengan kenyataan layanan yang diterima oleh pasien pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tasikmalaya, Mei - Juni 2008 (n = 110)

Kelompok	Kepuasan Pasien	Mean	SD	t	P value	
Empati	Harapan	33,25	1,342	1,574	0,000	
	Kenyataan	32,96	1,298			
	Selisih	0,28	1,877			
Cepat tanggap	Harapan	33,16	1,337	0,101	0,000	
	Kenyataan	33,14	1,380			
	Selisih	0,18	1,891			
Intervensi	Jaminan	Harapan	38,21	1,168	3,097	0,000
		Kenyataan	37,65	1,498		
		Selisih	0,56	1,908		
Keandalan	Keandalan	Harapan	37,78	1,621	2,819	0,000
		Kenyataan	37,20	1,521		
		Selisih	0,57	2,13		
Estetika	Estetika	Harapan	23,85	1,148	2,808	0,000
		Kenyataan	23,31	1,561		
		Selisih	0,56	2,003		
Empati	Empati	Harapan	33,65	1,237	7,119	0,118
		Kenyataan	31,47	3,061		
		Selisih	2,18	3,214		
Cepat tanggap	Cepat tanggap	Harapan	33,09	1,391	6,634	0,920
		Kenyataan	30,63	3,521		
		Selisih	2,45	3,880		
Kontrol	Jaminan	Harapan	38,47	1,290	8,748	0,002
		Kenyataan	35,40	3,493		
		Selisih	3,06	3,673		
Keandalan	Keandalan	Harapan	37,95	1,423	7,155	0,006
		Kenyataan	35,39	3,359		
		Selisih	2,56	3,757		
Estetika	Estetika	Harapan	23,99	0,903	7,229	0,006
		Kenyataan	22,29	2,164		
		Selisih	1,70	2,466		
Kepuasan pasien kelompok intervensi	Kepuasan pasien kelompok intervensi	Harapan	166,26	2,860	4,981	0,000
		Kenyataan	164,29	3,030		
		Selisih	1,97	4,154		
Kepuasan pasien kelompok kontrol	Kepuasan pasien kelompok kontrol	Harapan	167,16	2,856	12,698	0,000
		Kenyataan	155,20	8,776		
		Selisih	11,96	9,882		

Rata-rata harapan pasien pada kelompok intervensi terhadap dimensi empati dari layanan perawatan adalah 33,25 sedangkan kenyataan layanan yang diterima sebesar 32,96 dengan selisih 0,28 dan standar deviasi 1,877. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi empati adalah 99,12%. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan kenyataan layanan yang diterima oleh pasien untuk dimensi empati dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan perawatan dan dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien ($p \text{ value} = 0,0001$). Sedangkan untuk kelompok kontrol, rata-rata harapan pasien terhadap dimensi empati adalah 33,65 sedangkan kenyataan sebesar 31,47 dengan selisih 2,18 dan standar deviasi 3,214. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi empati adalah 93,52%. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan kenyataan layanan yang diterima oleh pasien dari perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik tidak ada pengaruh terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan perawatan ($p \text{ value} = 0,118$).

Rata-rata harapan pasien terhadap dimensi kecepattanggapan dari layanan perawatan pada kelompok intervensi adalah 33,16 sedangkan kenyataan layanan yang diterima sebesar 33,14 dengan selisih 0,18 dan standar deviasi 1,891. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi kecepattanggapan adalah 99,93%. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan kenyataan layanan yang diterima oleh pasien untuk

dimensi kecepattanggapan dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan perawatan dan dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien ($p \text{ value} = 0,0001$). Kepuasan pasien kelompok kontrol, rata-rata harapan pasien adalah 33,09 sedangkan kenyataan sebesar 30,63 dengan selisih 2,45 dan standar deviasi 3,880. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi kecepattanggapan adalah 92,81%. Hasil analisis lebih lanjut dapat disimpulkan kenyataan layanan yang diterima oleh pasien dari perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik tidak ada pengaruh terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan perawatan ($p \text{ value} = 0,920$).

Rata-rata harapan pasien terhadap dimensi jaminan dari layanan perawatan pada kelompok intervensi adalah 38,21 sedangkan kenyataan layanan yang diterima sebesar 37,65 dengan selisih 0,56 dan standar deviasi 1,908. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi jaminan adalah 98,53%. Sedangkan rata-rata harapan pasien pada kelompok kontrol adalah 38,47 dengan kenyataan layanan yang diterima sebesar 35,40 dengan selisih 3,06 dan standar deviasi 3,673. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi jaminan adalah 92,02%. Hasil analisis lebih lanjut didapatkan hasil kenyataan layanan yang diterima oleh pasien untuk dimensi jaminan dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan

harapan pasien akan layanan perawatan dan dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien (*p value* < 0,05).

Rata-rata harapan pasien terhadap dimensi keandalan dari layanan perawatan pada kelompok intervensi adalah 37,78 sedangkan kenyataan layanan yang diterima sebesar 37,20 dengan selisih 0,57 dan standar deviasi 2,13. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi keandalan adalah 98,46%. Sedangkan rata-rata harapan pasien pada kelompok kontrol adalah 37,95 dengan kenyataan layanan yang diterima sebesar 35,39 dengan selisih 2,56 dan standar deviasi 3,757. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi keandalan adalah 93,25%. Hasil analisis lebih lanjut didapatkan hasil kenyataan layanan yang diterima oleh pasien untuk dimensi keandalan dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan perawatan dan dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien (*p value* < 0,05).

Rata-rata harapan pasien terhadap dimensi estetika dari layanan perawatan pada kelompok intervensi adalah 23,85 sedangkan kenyataan layanan yang diterima sebesar 23,31 dengan selisih 0,56 dan standar deviasi 2,003. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi estetika adalah 97,73%. Sedangkan rata-rata harapan pasien pada kelompok kontrol adalah 23,99 dengan kenyataan layanan yang diterima sebesar 22,29

dengan selisih 1,70 dan standar deviasi 2,776. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien dari layanan perawatan pada dimensi estetika adalah 92,91%. Hasil analisis lebih lanjut didapatkan hasil kenyataan layanan yang diterima oleh pasien untuk dimensi estetika dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan perawatan dan dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien ($p \text{ value} < 0,05$).

Berdasarkan analisis pada kelima dimensi kepuasan dapat disimpulkan adanya pengaruh yang bermakna antara kenyataan layanan yang diterima oleh pasien dari perawat yang menunjukkan sikap yang memberikan rasa aman, tepat waktu dan ramah dari perawat terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan perawatan yang diinginkan baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol.

Rata-rata harapan pasien akan layanan perawatan yang diinginkan dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah 166,26 sedangkan kenyataan layanan yang diterima oleh pasien adalah sebesar 164,29 dengan selisih 1,97 dan standar deviasi 4,154. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah 98,81%. Hasil analisis didapatkan adanya pengaruh yang signifikan antara kenyataan layanan yang diberikan oleh

perawat saat memberikan layanan perawatan dengan pemenuhan harapan pasien akan layanan yang diinginkan ($p \text{ value} = 0,0001$).

Kepuasan pasien untuk kelompok kontrol didapatkan skor harapan pasien terhadap layanan keperawatan sebesar 167,16 sedangkan skor kenyataan layanan yang diterima dari perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik sebesar 155,20 dengan selisih 11,96 dan standar deviasi 9,882. Tingkat kepuasan yang diperoleh oleh pasien yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah 92,84%. Hasil analisis didapatkan adanya pengaruh yang bermakna signifikan antara kenyataan layanan yang diberikan oleh perawat saat memberikan layanan perawatan dengan pemenuhan harapan pasien akan layanan yang diinginkan ($p \text{ value} = 0,0001$).

Berdasarkan kedua analisis di atas dapat disimpulkan bahwasanya kepuasan pasien dipengaruhi secara bermakna oleh layanan perawat baik pada kelompok intervensi maupun kelompok kontrol dengan nilai kepuasan pasien pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik.

b. Analisis kepuasan pasien kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Perbedaan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan antara kelompok intervensi dan kontrol dianalisis dengan uji beda dua *mean t test independent*, sebagai berikut.

Tabel 5.12
Analisis Perbedaan Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan Pada Kelompok Intervensi dan dan Kontrol di RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008 (n = 110)

Dimensi kepuasan	Kelompok	Mean	SD	t	Nilai p
Empati	Kelompok Intervensi	-0,28	1,87	5,35	0,000
	Kelompok kontrol	-2,18	3,24		
Kecepattanggapan	Kelompok Intervensi	-0,01	1,89	5,92	0,000
	Kelompok kontrol	-2,45	3,88		
Jaminan	Kelompok Intervensi	-0,56	1,90	6,21	0,000
	Kelompok kontrol	-3,06	3,67		
Keandalan	Kelompok Intervensi	-0,57	2,13	4,83	0,000
	Kelompok kontrol	-2,56	3,75		
Estetika	Kelompok Intervensi	-0,53	2,00	3,84	0,000
	Kelompok kontrol	-1,70	2,46		
Kepuasan pasien	Kelompok Intervensi	-1,97	4,154	9,77	0,000
	Kelompok kontrol	-11,96	9,882		

Rata-rata skor kesenjangan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi empati untuk kelompok intervensi adalah masih kurang 0,28 dengan standar deviasi 1,87. Skor rata-rata kesenjangan antara kenyataan terhadap layanan dengan harapan pasien untuk kelompok kontrol masih kurang 2,18 dengan standar deviasi 3,21. Hal ini menunjukkan untuk mencapai kepuasan pasien, perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik harus mencapai skor 0,28 lagi agar dapat memenuhi harapan pasien. Sedangkan untuk perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik membutuhkan skor 2,18 lagi untuk memenuhi harapan pasien.

Hasil uji statistik perbedaan pencapaian kepuasan pasien pada dimensi empati terbukti adanya perbedaan yang signifikan antara kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok kontrol tanpa pelatihan komunikasi terapeutik ($P\ value = 0,0001$). Pencapaian kepuasan pasien untuk dimensi empati pada kelompok intervensi ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan pencapaian kepuasan pasien pada kelompok kontrol. Sehingga dapat disimpulkan bahwasanya dengan diberikannya pelatihan pada perawat bermakna signifikan terhadap peningkatan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya.

Rata-rata skor kesenjangan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi kecepattangan untuk kelompok intervensi adalah masih kurang 0,01 dengan standar deviasi 1,89. Skor rata-rata kesenjangan antara kenyataan terhadap layanan dengan harapan pasien untuk kelompok kontrol masih kurang 2,45 dengan standar deviasi 3,88. Hal ini menunjukkan untuk mencapai kepuasan pasien, perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik harus mencapai skor 0,01 lagi agar dapat memenuhi harapan pasien. Sedangkan untuk perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik membutuhkan skor 2,45 lagi untuk memenuhi harapan pasien.

Hasil uji statistik perbedaan pencapaian kepuasan pasien pada dimensi kecepattanggapan terbukti adanya perbedaan yang signifikan antara kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok kontrol tanpa pelatihan komunikasi terapeutik ($P\text{ value} = 0,0001$). Pencapaian kepuasan pasien untuk dimensi kecepattanggapan pada kelompok intervensi ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan pencapaian kepuasan pasien pada kelompok kontrol. Sehingga dapat disimpulkan bahwasanya dengan diberikannya pelatihan pada perawat bermakna signifikan terhadap peningkatan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya.

Rata-rata skor kesenjangan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi jaminan untuk kelompok intervensi adalah masih kurang 0,56 dengan standar deviasi 1,90. Skor rata-rata kesenjangan antara kenyataan layanan dengan harapan pasien untuk kelompok kontrol masih kurang 3,06 dengan standar deviasi 3,67. Hal ini menunjukkan untuk mencapai kepuasan pasien, perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik harus mencapai skor 0,56 lagi agar dapat memenuhi harapan pasien. Sedangkan untuk perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik membutuhkan skor 3,67 lagi untuk memenuhi harapan pasien.

Hasil uji statistik perbedaan pencapaian kepuasan pasien pada dimensi jaminan terbukti adanya perbedaan yang signifikan antara kepuasan pasien

terhadap layanan perawatan pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok kontrol tanpa pelatihan komunikasi terapeutik (P value = 0,0001). Pencapaian kepuasan pasien untuk dimensi jaminan pada kelompok intervensi ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan pencapaian kepuasan pasien pada kelompok kontrol. Sehingga dapat disimpulkan bahwasanya dengan diberikannya pelatihan pada perawat bermakna signifikan terhadap peningkatan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya.

Rata-rata skor kesenjangan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi keandalan untuk kelompok intervensi adalah masih kurang 0,57 dengan standar deviasi 2,13. Skor rata-rata kesenjangan antara kenyataan layanan dengan harapan pasien untuk kelompok kontrol masih kurang 2,56 dengan standar deviasi 3,75. Hal ini menunjukkan untuk mencapai kepuasan pasien, perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik harus mencapai skor 0,57 lagi agar dapat memenuhi harapan pasien. Sedangkan untuk perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik membutuhkan skor 2,56 lagi untuk memenuhi harapan pasien.

Hasil uji statistik perbedaan pencapaian kepuasan pasien pada dimensi keandalan terbukti adanya perbedaan yang signifikan antara kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien terhadap layanan

perawatan pada kelompok kontrol tanpa pelatihan komunikasi terapeutik (P value = 0,0001). Pencapaian kepuasan pasien untuk dimensi keandalan pada kelompok intervensi ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan pencapaian kepuasan pasien pada kelompok kontrol. Sehingga dapat disimpulkan bahwasanya dengan diberikannya pelatihan pada perawat bermakna signifikan terhadap peningkatan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya.

Rata-rata skor kesenjangan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada dimensi estetika untuk kelompok intervensi adalah masih kurang 0,53 dengan standar deviasi 2,00. Skor rata-rata kesenjangan antara kenyataan layanan dengan harapan pasien untuk kelompok kontrol masih kurang 1,70 dengan standar deviasi 2,46. Hal ini menunjukkan untuk mencapai kepuasan pasien, perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik harus mencapai skor 0,53 lagi agar dapat memenuhi harapan pasien. Sedangkan untuk perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik membutuhkan skor 2,46 lagi untuk memenuhi harapan pasien.

Hasil uji statistik perbedaan pencapaian kepuasan pasien pada dimensi estetika terbukti adanya perbedaan yang signifikan antara kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok kontrol tanpa pelatihan komunikasi terapeutik (P value = 0,0001). Pencapaian kepuasan pasien untuk dimensi estetika pada

kelompok intervensi ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan pencapaian kepuasan pasien pada kelompok kontrol. Sehingga dapat disimpulkan bahwasanya dengan diberikannya pelatihan pada perawat bermakna signifikan terhadap peningkatan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya.

Rata-rata skor kesenjangan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok intervensi adalah masih kurang 1,97 dengan standar deviasi 4,154, sedangkan skor rata-rata kesenjangan antara kenyataan terhadap layanan dengan harapan pasien masih kurang 11,96 dengan standar deviasi 9,882. Hal ini menunjukkan untuk mencapai kepuasan pasien, perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik harus mencapai skor 1,97 lagi agar dapat memenuhi harapan pasien. Sedangkan untuk perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik membutuhkan skor 11,96 lagi untuk memenuhi harapan pasien

Hasil uji statistik perbedaan pencapaian kepuasan terbukti adanya perbedaan yang signifikan antara kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan pada kelompok kontrol tanpa pelatihan komunikasi terapeutik (P value = 0,0001). Pencapaian kepuasan pasien kelompok intervensi ternyata lebih tinggi dibandingkan dengan pencapaian kepuasan pasien pada kelompok kontrol. Sehingga dapat disimpulkan bahwasanya dengan diberikannya pelatihan pada perawat

bermakna signifikan terhadap peningkatan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya.

C. Pengaruh karakteristik pasien dan keluarga dengan kepuasan pasien

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui variabel apa dari karakteristik pasien dan keluarga yang paling mempengaruhi terhadap kepuasan pasien baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol dengan menggunakan analisis regresi linear ganda. Terdapat tiga langkah dalam melakukan analisis multivariat yaitu: 1) seleksi bivariat, 2) pemodelan bivariat dan 3) uji asumsi

1. Seleksi bivariat

Sebelum dilaksanakan analisis multivariat untuk mengetahui pengaruh dari karakteristik pasien dan karakteristik keluarga terhadap kepuasan pasien, maka dilakukan terlebih dahulu analisis bivariat untuk mengetahui hubungan antara karakteristik pasien dan karakteristik keluarga dengan kepuasan pasien.

Karakteristik pasien yang dianalisis adalah umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir dan persepsi pasien terhadap sakit. Sedangkan untuk karakteristik keluarga yang dilihat hubungannya dengan kepuasan pasien adalah kelas perawatan yang dipilih dan penghasilan keluarga yang didapat dalam satu bulan saat merawat anggota keluarganya yang sakit.

Uji yang digunakan untuk menganalisis hubungan umur dengan kepuasan adalah dengan menggunakan *pearson product moment*, jenis kelamin dengan kepuasan menggunakan t-test independent, sedangkan untuk pendidikan terakhir pasien dan

persepsi terhadap sakit menggunakan *one way anova*. Untuk menganalisis kelas perawatan yang dipilih dengan kepuasan pasien menggunakan *one way anova*, sedangkan untuk penghasilan menggunakan *pearson product moment*.

a. Hubungan karakteristik pasien dengan kepuasan pasien

Hasil analisis karakteristik umur pasien dengan kepuasan pasien dianalisis dengan menggunakan *pearson product moment* didapatkan hasil sebagai berikut:

Tabel 5.13
Hubungan umur pasien dengan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya, Mei – Juni 2008

Variabel	r	P value
Umur		
Kelompok intervensi	0,289	0,002
Kelompok kontrol	0,204	0,033

Dari hasil analisis umur responden dengan nilai kepuasan pasien didapatkan hasil pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara umur dengan kepuasan pasien (*p value* = 0,002) dengan pola hubungan yang positif dan kekuatan hubungan yang sedang baik kelompok intervensi ($r = 0,289$), maupun kelompok kontrol ($r = 0,204$). Hal ini menunjukkan kepuasan pasien akan meningkat seiring dengan peningkatan umur pasien.

Tabel 5.14
Analisis perbedaan jenis kelamin pasien dengan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya, Mei – Juni 2008

Kelompok	Jenis kelamin	Mean	SD	SE	P Value
Intervensi	Laki-laki	0,00	2,922	0,474	0,0001
	Perempuan	-3,01	4,343	0,512	
Kontrol	Laki-laki	-6,98	7,246	1,057	0,0001
	Perempuan	-15,68	9,992	1,259	

Berdasarkan hasil analisis didapatkan adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kepuasan pasien baik pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol (p value = 0,0001)

Tabel 5.15
Analisis perbedaan pendidikan terakhir dan persepsi pasien terhadap sakit dengan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Variabel		Mean	SD	95% CI	P value	
Pend terakhir	Kelompok intervensi	SD	0,71	3,573	(-0,26) – (1,67)	0,0001
		SMP	-1,86	1,773	(-3,50) – (-0,22)	
		SMA	-4,36	1,973	(-5,03) – (-3,69)	
		PT	-7,17	3,186	(-9,19) – (-5,14)	
	Kelompok kontrol	SD	-11,08	10,127	(-14,02) – (-8,14)	0,882
		SMP	-12,64	8,599	(-17,61) – (-7,68)	
		SMA	-12,67	10,107	(-16,44) – (-8,89)	
		PT	-12,61	10,387	(-17,78) – (-7,45)	
Persepsi terhadap sakit	Kelompok intervensi	Sakit ringan	4,30	3,268	1,96 – 6,64	0,0001
		Sakit sedang	-2,09	3,341	(-2,79) – (-1,39)	
		Sakit berat	-7,20	3,706	(-9,85) – (-4,55)	
	Kelompok kontrol	Sakit ringan	-11,67	12,903	(-21,59) – (-1,75)	0,917
		Sakit sedang	-12,20	10,052	(-14,45) – (-9,95)	
		Sakit berat	-11,23	8,205	(-14,87) – (-7,59)	

Berdasarkan hasil analisis didapatkan hasil ada hubungan yang signifikan antara latar belakang pendidikan pasien pada kelompok intervensi dengan kepuasan pasien yang dirawat di RSUD Tasikmalaya (P value = 0,001). Hasil analisis lebih lanjut, didapatkan perbedaan yang signifikan antara kepuasan pasien yang berpendidikan SD dengan kepuasan yang berpendidikan SMA dan PT serta perbedaan yang signifikan antara nilai kepuasan responden yang berpendidikan SMP dengan kepuasan pasien yang berpendidikan PT. Sedangkan untuk kepuasan pasien pada pasien kelompok kontrol didapatkan hasil didapatkan tidak ada hubungan antara latar belakang pendidikan dengan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya (P value = 0,882).

Hasil analisis terhadap persepsi pasien terhadap penyakit yang diderita dengan kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat pada kelompok intervensi didapatkan hasil ada hubungan yang signifikan antara persepsi pasien terhadap penyakit yang diderita dan nilai kepuasan pasien saat dirawat di RSUD Tasikmalaya ($p \text{ value} < 0,0001$). Hasil analisis lebih lanjut, diketahui perbedaan yang signifikan adalah antara nilai kepuasan pada pasien yang mempersepsikan sakit ringan dengan nilai kepuasan pada pasien yang mempersepsikan sakit sedang dan yang mempersepsikan sakit berat. Sedangkan kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat pada kelompok kontrol tidak dipengaruhi oleh persepsi pasien terhadap penyakit yang diderita ($p \text{ value} > 0,05$).

b. Hubungan karakteristik keluarga dengan kepuasan pasien

Tabel 5.16

Analisis perbedaan kepuasan pasien berdasarkan kelas perawatan yang dipilih oleh keluarga saat merawat anggota keluarga yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya, Mei - Juni 2008

Variabel		Mean	SD	95% CI	P value	
Kelas perawatan	Kelompok intervensi	I	-5,63	4,588	(-8,07) – (-3,18)	0,0001
		II	-3,14	1,956	(-4,27) – (-2,01)	
		III	1,04	3,918	(-1,91) – (-0,17)	
	Utama	-7,73	9,460	(-12,97) – (-2,40)		
Kelompok kontrol	I	-12,45	8,550	(-16,45) – (-8,45)	0,048	
	II	-16,89	11,170	(-22,28) – (-11,51)		
	III	-11,25	9,527	(-13,80) – (-8,70)		

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *one way anova* diketahui ada hubungan yang signifikan antara kelas perawatan yang dipilih oleh keluarga pasien dengan kepuasan pasien yang dirawat di RSUD Tasikmalaya baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol ($P \text{ value} < 0,05$). Analisis lebih lanjut pada kelompok intervensi membuktikan bahwa

kelompok yang berbeda signifikan adalah kepuasan pasien yang dirawat di kelas I dengan yang dirawat di kelas III. Sedangkan pada kelompok kontrol membuktikan bahwa kelompok yang berbeda signifikan adalah nilai kepuasan pasien yang dirawat di kelas II dengan yang dirawat di kelas Utama

Tabel 5.17
Hubungan penghasilan pasien dengan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya, Mei – Juni 2008

Variabel	r	P value
Penghasilan		
Kelompok intervensi	0,368	0,0001
Kelompok kontrol	0,019	0,844

Dari hasil analisis penghasilan responden dengan kepuasan pasien menggunakan regresi linier sederhana pada kelompok intervensi didapatkan ada hubungan yang signifikan antara penghasilan keluarga dengan kepuasan pasien ($p\text{-value} = 0,0001$) dengan pola hubungan yang positif dan memiliki hubungan yang sedang ($r = 0,368$). Sedangkan pada kelompok kontrol menunjukkan tidak ada hubungan antara penghasilan dengan kepuasan pasien ($p\text{-value} = 0,844$) dengan pola hubungan yang positif ($r = 0,019$). Pola hubungan yang positif pada karakteristik keluarga untuk sub variabel penghasilan ini menunjukkan semakin besar penghasilan yang didapatkan oleh keluarga dalam satu bulan maka nilai kepuasan pasien akan meningkat.

2. Pemodelan bivariat dan uji asumsi

Langkah selanjutnya adalah melakukan uji regresi terhadap variabel yang masuk pemodelan. Variabel yang bisa masuk ke dalam pemodelan bila nilai $p\text{-value}$ kurang dari 0,05.

a. Kelompok intervensi

- 1) Melakukan uji regresi terhadap variabel yang masuk pemodelan. Hasil uji menunjukkan nilai $p = 0,000 < 0,05$, yang berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan signifikan. Pada variabel penghasilan, umur, kelas perawatan dan jenis kelamin memiliki p value lebih dari 0,05. Variabel ini harus dikeluarkan satu persatu dimulai dari variabel dengan nilai p terbesar.
- 2) Melakukan uji regresi dengan mengeluarkan secara berturut-turut variabel penghasilan, umur, kelas perawatan dan jenis kelamin. Pada proses pengeluaran variabel penghasilan dan umur, tidak ada perubahan *coefficient* yang lebih dari 10% sehingga variabel penghasilan dan umur dapat keluar dari pemodelan. Setelah itu pengeluaran variabel kelas perawatan menyebabkan perubahan *coefficient* B lebih dari 10%, sehingga variabel kelas perawatan masuk kembali ke dalam pemodelan dan terakhir mengeluarkan variabel jenis kelamin.
- 3) Melakukan uji asumsi eksistensi, independensi, linearitas, homoscedascity, normalitas, dan diagnostik multicollinearity, dengan hasil semua uji terpenuhi, sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.
- 4) Hasil analisis multivariat terhadap karakteristik pasien dengan kepuasan pasien dengan menggunakan uji regresi linier berganda didapatkan hasil akhir R square 0,589 yang berarti model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan kepuasan pasien sebesar 58,9% dari variabel pendidikan terakhir pasien, persepsi terhadap sakit dan kelas perawatan yang dipilih

memberikan pengaruh terhadap kepuasan pasien terhadap kemampuan komunikasi terapeutik perawat saat memberikan layanan perawatan. Pemodelan/ persamaan garis regresi dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$\text{Kepuasan pasien} = 15,247 - 2,316 \text{ pendidikan terakhir} - 3,318 \text{ persepsi terhadap sakit} - 0,771 \text{ kelas perawatan}$$

Model di atas menunjukkan bahwa kepuasan pasien pada kelompok intervensi dapat diperkirakan menggunakan variabel pendidikan pasien, persepsi pasien terhadap sakit dan kelas perawatan yang dipilih oleh keluarga, dengan ketentuan sebagai berikut:

- 1) Semakin rendah pendidikan pasien, maka nilai kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik akan berkurang 2,316 setelah dikontrol variabel persepsi pasien terhadap sakit dan kelas perawatan
- 2) Semakin berkurang persepsi pasien terhadap sakit maka nilai kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik akan berkurang 3,318 setelah dikontrol oleh variabel pendidikan dan kelas perawatan.

- 3) Semakin tinggi kelas perawatan yang digunakan maka nilai kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik akan berkurang 0,771 setelah dikontrol oleh variabel pendidikan dan persepsi pasien terhadap sakit.
- 4) Variabel yang paling mempengaruhi terhadap kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat yang dilatih komunikasi terapeutik adalah persepsi pasien terhadap sakit ($\beta = 3,318$).

b. Kelompok kontrol

- 1) Dari hasil uji korelasi hanya variabel umur dan jenis kelamin saja yang bisa masuk ke dalam pemodelan, sedangkan untuk variabel pendidikan, persepsi terhadap sakit, kelas perawatan dan penghasilan tidak dapat masuk ke dalam pemodelan karena nilai *p value* > 0,05.
- 2) Melakukan uji regresi terhadap variabel yang masuk pemodelan. Hasil uji menunjukkan nilai $p = 0,000 < 0,05$, yang berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan signifikan. Variabel umur memiliki *p value* lebih dari 0,05. Variabel ini harus dikeluarkan dari pemodelan sehingga hanya jenis kelamin saja yang bias masuk pemodelan multivariat.
- 3) Melakukan uji asumsi eksistensi, independensi, linearitas, homoscedascity, normalitas, dan diagnostik multicollinearity , dengan hasil semua uji terpenuhi, sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

- 4) Hasil analisis multivariat terhadap karakteristik pasien dengan kepuasan pasien dengan menggunakan uji regresi linier berganda didapatkan hasil akhir R square 0,192 yang berarti model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan kepuasan pasien sebesar 19,2% dari variabel jenis kelamin yang memberikan pengaruh terhadap kepuasan pasien terhadap kemampuan komunikasi terapeutik perawat saat memberikan layanan perawatan. Pemodelan/ persamaan garis regresi dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

$$\text{Kepuasan pasien} = 1,725 - 8,704 \text{ jenis kelamin}$$

Model di atas menunjukkan bahwa kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik pada pasien yang berjenis kelamin perempuan akan menurun sebesar 8,704.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang interpretasi dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan. Interpretasi dan diskusi hasil membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tasikmalaya dengan hasil penelitian yang telah dilaksanakan sebelumnya disertai dengan studi kepustakaan yang mendasarinya. Keterbatasan penelitian membahas tentang keterbatasan terhadap penggunaan metodologi penelitian, dan implikasi penelitian membahas tentang pengaruh atau manfaat hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan penelitian berikutnya.

A. Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan

Kepuasan pasien sebagai variabel dependen dalam penelitian ini adalah menilai kesenjangan yang terjadi antara harapan dengan kenyataan yang dirasakan pasien terhadap layanan keperawatan di RSUD Tasikmalaya. Hasil analisis univariat menunjukkan kepuasan pasien terhadap layanan perawatan yang diberikan oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik masih kurang 1,97 lagi untuk memberikan kepuasan bagi pasien dengan tingkat kepuasan 98,81%. Sedangkan rata-rata skor kesenjangan kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik masih kurang 11,96 lagi untuk memberikan kepuasan bagi pasien dengan tingkat kepuasan 92,84%. Hal ini menunjukkan kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan

pelatihan komunikasi terapeutik lebih tinggi dibandingkan dengan kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik.

Hasil analisis dengan menggunakan *analysis performance important* (API), diketahui terdapat satu item yang diharapkan oleh pasien tinggi dan pelaksanaannya oleh perawat juga tinggi yaitu untuk kecepatan perawat menanggapi keluhan pasien. Kemampuan yang dimiliki oleh perawat untuk cepat tanggap terhadap keluhan pasien ini harus dipertahankan karena mampu memberikan kepuasan bagi pasien baik yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik.

Hal lain yang dapat dilihat dari analisis dengan menggunakan API adalah kemampuan yang harus segera diperbaiki oleh perawat. Terdapat lima kemampuan yang diharapkan pasien terhadap kemampuan perawat tinggi tetapi dalam pelaksanaannya dirasakan masih rendah oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, sedangkan untuk perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik yang diharapkan oleh pasien tinggi tetapi dalam pelaksanaannya rendah masih ada 12 kemampuan. Hal ini menunjukkan bahwasanya layanan yang diberikan oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik lebih rendah dibandingkan dengan layanan yang diberikan oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Dengan pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat ternyata mampu meningkatkan kualitas layanan yang

diberikan sehingga harapan pasien dapat terpenuhi dan memberikan kepuasan bagi pasien.

Hasil keseluruhan dari analisis menggunakan API didapatkan adanya perbedaan nilai antara harapan pasien dengan kenyataan yang diterima oleh pasien pada seluruh dimensi (empati, kecepat tanggapan, jaminan, keandalan dan estetika) baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol. Hal ini menunjukkan masih adanya ketidaksesuaian antara harapan pasien terhadap layanan yang diinginkan dari perawat dengan kenyataan yang diterima pasien saat dilayani oleh perawat.

Suatu pelayanan dinilai memuaskan bila pelayanan tersebut dapat memenuhi kebutuhan dan harapan pelanggan. Apabila pelanggan merasa tidak puas terhadap suatu pelayanan yang disediakan, maka pelayanan tersebut dapat dipastikan tidak efektif dan tidak efisien (Sugito, 2005 ¶ 12 <http://hadisugito.fadla.or.id/2005> diperoleh tanggal 2 Desember 2007). Supranto (2001) mengemukakan bahwa jika pelayanan keperawatan yang dirasakan tidak sesuai dengan harapan maka pasien akan merasakan ketidakpuasan terhadap layanan tersebut dan akan menimbulkan keluhan atau klaim dari pasien.

Pendapat yang sama juga dikemukakan oleh Ratnawati (2001) dan Irawan (2006) dimana ketiganya menyatakan bahwa salah satu kesenjangan yang timbul dan dapat mengakibatkan kegagalan atau hambatan dalam memberikan pelayanan adalah adanya kesenjangan antara pelayanan yang dialami dengan yang diharapkan oleh pasien. (*customer gap*). Dan hal ini akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan

keperawatan yang secara langsung dapat mempengaruhi kelangsungan hidup dari rumah sakit tersebut.

Kesenjangan kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik di RSUD Tasikmalaya terjadi karena pelaksanaan komunikasi terapeutik belum optimal. Meskipun pada saat pelatihan komunikasi terapeutik, pengetahuan maupun psikomotor perawat dalam melayani pasien dengan menerapkan komunikasi terapeutik sudah lebih dari 80%, tetapi tidak semua perawat mampu mencapai 100%. Hal inilah yang mungkin menyebabkan harapan pasien terhadap layanan perawatan masih belum dipenuhi secara maksimal oleh perawat saat melayani pasien.

Penyebab yang lain dari kesenjangan antara harapan layanan yang diinginkan dengan kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah ternyata pemahaman perawat akan pentingnya komunikasi terapeutik saat melayani pasien masih kurang. Hal ini terbukti pada penyebaran kuesioner awal untuk mengetahui pemahaman perawat terhadap komunikasi terapeutik didapatkan data pengetahuan yang kurang (60%) dan keterampilan perawat yang masih rendah yaitu 63%. Perawat menganggap bahwasanya komunikasi yang dilaksanakan secara terapeutik jika diterapkan di rumah sakit umum dirasakan tidak efektif. Waktu yang digunakan oleh perawat untuk melayani pasien menjadi lebih lama sedangkan pasien yang harus dilayani banyak. Sehingga pelaksanaan komunikasi hanya dilaksanakan secara sosial dan berdasarkan rutinitas belaka. Perawat saat berkomunikasi terapeutik tidak

memperhatikan dimensi yang dapat menimbulkan kepuasan bagi pasien yang dirawat.

B. Kepuasan Pasien Terhadap Dimensi Pelayanan Keperawatan

Kepuasan pasien pada penelitian ini diukur berdasarkan dimensi kepuasan pasien menurut Parasuraman, et al., (1990) yaitu; kemampuan perawat untuk empati, kecepattanggapan, jaminan, dan keandalan serta satu item kepuasan pasien menurut Tjiptono dan Diana (2000) yaitu kemampuan perawat untuk ramah (estetika).

1. Kepuasan pasien terhadap layanan perawat pada dimensi empati

Hasil analisa univariat untuk kesenjangan antara harapan yang diinginkan dengan kenyataan layanan yang didapatkan pada dimensi empati dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan nilai kesenjangan yang lebih rendah dibandingkan dengan kesenjangan antara harapan yang diinginkan dengan kenyataan layanan yang didapatkan dari perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Menurut persepsi pasien, pelayanan yang diberikan oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik masih kurang 0,28 untuk memenuhi harapan pasien dengan tingkat kepuasan sebesar 99,12%, sedangkan pada perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, untuk dapat memenuhi harapan pasien, maka perawat harus meningkatkan pelayanan sebesar 2,18 dengan tingkat kepuasan 93,52%.

Berdasarkan analisa bivariat didapatkan hasil kenyataan layanan yang diterima oleh pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi

terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan yang diinginkan ($p \text{ value} = 0,0001$). Sedangkan untuk pasien yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan hasil tidak ada pengaruh antara kenyataan layanan yang diterima dengan pemenuhan harapan pasien akan layanan yang diinginkan ($p \text{ value} = 0,118$). Hasil ini menunjukkan bahwasanya dengan pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat mampu memberikan kepuasan bagi pasien.

Haber et.al (1994) mengartikan empati sebagai kemampuan untuk merasakan, memahami dan membagi kerangka referensi pasien, dimulai dengan masalah yang dihadapi pasien (Potter & Perry, 1997). Pada komunikasi perawat dan pasien, kebutuhan terbesar yang dimiliki pasien secara psikologis adalah keinginan untuk dimengerti. Dengan demikian hasil dari penelitian ini sesuai dengan pernyataan dari Kalish (1973 dalam Northouse & Northouse, 1992) menyatakan bahwa ketika profesi kesehatan termasuk perawat mampu bersikap empati terhadap pasien maka pasien akan merasa dipahami, merasa diakui dan nilai-nilai yang dimiliki merasa dihargai.

Layanan perawatan yang harus segera diperbaiki oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, agar pasien merasa puas akan layanan yang diberikan, adalah kemampuan perawat untuk memberikan kebebasan kepada pasien untuk menerima atau menolak tindakan yang akan dilaksanakan. Dengan memberikan kebebasan kepada pasien untuk menerima atau menolak tindakan yang akan dilaksanakan menunjukkan perawat dapat

memahami apa yang dirasakan oleh pasien, mengurangi kecemasan terhadap prosedur tindakan dan memberikan waktu kepada pasien untuk berpikir keuntungan dari tindakan yang dilakukan dan kerugian bila tindakan tidak dilakukan. Dengan menunjukkan empati saat berkomunikasi terapeutik kepada pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa di RSUD Tasikmalaya dirasakan oleh pasien mampu menghargai nilai-nilai yang dimiliki sehingga pasien merasa dipahami dan kebutuhannya untuk dimengerti dapat terpenuhi.

2. Kepuasan pasien terhadap layanan perawat pada dimensi kecepattanggapan

Hasil analisa univariat untuk kesenjangan antara harapan yang diinginkan dengan kenyataan layanan yang didapatkan pada dimensi kecepattanggapan dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan kesenjangan yang lebih rendah dibandingkan dengan kesenjangan antara harapan yang diinginkan dengan kenyataan layanan yang didapatkan dari perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Menurut persepsi pasien, pelayanan yang diberikan oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik masih kurang 0,01 untuk memenuhi harapan pasien dengan tingkat kepuasan 99,93%, sedangkan pada perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, untuk dapat memenuhi harapan pasien, maka perawat harus meningkatkan pelayanan sebesar 2,45 dengan tingkat kepuasan 92,81%.

Berdasarkan analisa bivariat didapatkan hasil kenyataan layanan yang diterima oleh pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan harapan pasien

akan layanan yang diinginkan ($p \text{ value} = 0,0001$). Sedangkan untuk pasien yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan hasil tidak ada pengaruh antara kenyataan layanan yang diterima dengan pemenuhan harapan pasien akan layanan yang diinginkan ($p \text{ value} = 0,920$). Hasil ini menunjukkan bahwasanya dengan pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat mampu memberikan kepuasan bagi pasien

Menurut Parasuraman, et al., (1990) dimensi ketanggapan adalah keinginan perawat membantu pasien dan memberikan pelayanan dengan tanggap terhadap kebutuhan konsumen, cepat memperhatikan dan mengatasi kebutuhan-kebutuhan pasien. Penelitian oleh Suryawati dkk (2006) membuktikan salah satu indikator kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan adalah respon perawat terhadap kebutuhan pasien serta sikap baik saat melakukan tindakan keperawatan. Dengan demikian hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tindakan perawat pada kelompok intervensi telah menunjukkan sikap bersedia dan segera merespon kebutuhan pasien. Hasil ini membuktikan bahwasanya dengan pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat mampu memberikan kepuasan bagi pasien.

Layanan perawatan yang harus dipertahankan agar pasien merasa kebutuhannya cepat ditanggapi oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah kemampuan perawat untuk menghibur pasien saat pasien nampak sedih, segera menanggapi keluhan yang diungkapkan dari pasien, menjelaskan cara-cara merawat penyakit tidak hanya kepada pasien tetapi juga

kepada keluarga saat pasien sudah pulang ke rumah dan penjelasan yang diberikan dapat membantu menangani masalah kesehatan yang diderita oleh pasien. Kemampuan perawat untuk cepat tanggap terhadap keluhan pasien dirasakan oleh pasien dapat membantu menangani masalah kesehatan yang diderita dan pelayanan yang diberikan benar-benar dibutuhkan oleh pasien sehingga kepuasan pasien terhadap pelayanan tinggi.

3. Kepuasan pasien terhadap layanan perawat pada dimensi jaminan

Hasil analisa univariat untuk kesenjangan antara harapan yang diinginkan terhadap layanan perawatan dengan kenyataan layanan yang didapatkan pada dimensi jaminan dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan kesenjangan yang lebih rendah dibandingkan dengan kesenjangan antara harapan yang diinginkan terhadap layanan perawatan dengan kenyataan layanan yang didapatkan dari perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Hasil ini menunjukkan bahwasanya dengan pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat mampu memberikan kepuasan bagi pasien. Menurut persepsi pasien, pelayanan yang diberikan oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik masih kurang 0,56 untuk memenuhi harapan pasien dengan tingkat kepuasan 98,53%, sedangkan pada perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, untuk dapat memenuhi harapan pasien, maka perawat harus meningkatkan pelayanan sebesar 3,06 dengan tingkat kepuasan 92,02%.

Berdasarkan analisa bivariat didapatkan hasil kenyataan layanan yang diterima oleh pasien yang dirawat baik oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan yang diinginkan ($p \text{ value} < 0,05$).

Dimensi jaminan adalah mencakup kemampuan, pengetahuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki pada perawat, bebas dari bahaya, resiko, keragu-raguan, memiliki kompetensi, percaya diri dan menimbulkan keyakinan akan kebenaran (objektif). Dengan demikian hasil penelitian ini sesuai dengan pernyataan bahwa salah satu aspek pelayanan berkualitas di rumah sakit yang dapat meningkatkan kepuasan pasien adalah pemberian rasa aman kepada pasien (Lusa, 2007, Hubungan *quality assurance* dengan kepuasan pasien rumah sakit, ¶ 3, <http://jsofian.wordpress.com/2007/04/17/mengukur-kepuasan-pasien-rumah-sakit/> diperoleh tanggal 28 Desember 2007).

Layanan perawatan yang harus segera diperbaiki oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik pada dimensi jaminan, agar pasien merasa kebutuhan akan rasa aman terpenuhi adalah penjelasan dari perawat tentang kemana pasien dapat berobat bila sudah pulang ke rumah. Pada dasarnya perasaan aman akan didapatkan dari kemampuan dan pengetahuan perawat dalam mengkomunikasikan prosedur tindakan yang akan dilakukan dan selama proses tindakan itu berlangsung secara terapeutik serta kejelasan informasi saat

sudah pulang ke rumah, sehingga mampu menimbulkan kepercayaan pasien kepada perawat.

Layanan perawatan yang harus segera diperbaiki oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik pada dimensi jaminan sehingga pasien merasa kebutuhannya terpenuhi adalah perawat menghibur pasien saat pasien sedih dengan kondisi kesehatannya, penguasaan perawat terhadap materi yang dijelaskan kepada pasien, penjelasan yang diberikan membuat pasien menjadi lebih mengerti, menjelaskan cara-cara merawat pasien saat sudah pulang ke rumah dan penjelasan kemana pasien harus berobat bila sudah pulang ke rumah. Adanya hubungan yang signifikan antara kepuasan pasien terhadap layanan perawatan yang diberikan oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik pada dimensi jaminan adalah karena perawat yang merawat pasien kebanyakan adalah perempuan. Perawat yang perempuan biasanya lebih memperhatikan sisi psikologis pasien sehingga pasien-pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik tetap merasa perawat mampu memberikan rasa aman sehingga kepuasan pasien pada kelompok kontrol sama dengan kepuasan pasien pada kelompok intervensi.

4. Kepuasan pasien terhadap layanan perawat pada dimensi keandalan

Hasil analisa univariat untuk kesenjangan antara harapan yang diinginkan terhadap layanan perawatan dengan kenyataan layanan yang didapatkan pada dimensi keandalan dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi

terapeutik didapatkan kesenjangan yang lebih rendah dibandingkan dengan kesenjangan antara harapan yang diinginkan terhadap layanan perawatan dengan kenyataan layanan yang didapatkan dari perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Hasil ini menunjukkan bahwasanya dengan pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat mampu memberikan kepuasan bagi pasien. Menurut persepsi pasien, pelayanan yang diberikan oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik masih kurang 0,57 untuk memenuhi harapan pasien dengan tingkat kepuasan 98,46%, sedangkan pada perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, untuk dapat memenuhi harapan pasien, maka perawat harus meningkatkan pelayanan sebesar 2,56 dengan tingkat kepuasan 93,25%.

Berdasarkan analisa bivariat didapatkan hasil kenyataan layanan yang diterima oleh pasien yang dirawat baik oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan yang diinginkan ($p\ value < 0,05$).

Menurut Parasuraman, et al, (1990), dimensi keandalan adalah kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan, jujur, aman, tepat waktu dan ketersediaan. Keseluruhan ini berhubungan dengan kepercayaan terhadap pelayanan dalam kaitannya dengan waktu. Jacobalis (1990) juga menjelaskan bahwa salah satu hal yang menyebabkan pasien merasa tidak puas adalah terlambatnya pelayanan oleh perawat.

Layanan perawatan yang dirasakan oleh pasien harus segera diperbaiki oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, agar pasien merasa perawat melayani dengan tepat waktu adalah perawat memberi tahu kepada pasien siapa yang bisa dihubungi oleh pasien saat pasien membutuhkan perawat dan perawat memberitahukan kepada pasien tindakan selanjutnya yang akan dilakukan beserta waktu pelaksanaannya. Sedangkan layanan perawatan yang dirasakan harus segera diperbaiki oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik agar pasien dapat terpenuhi adalah segera memberikan pelayanan perawatan di saat pasien membutuhkan. Dengan kecepatan yang diberikan oleh rumah sakit untuk mengakses pertolongan dari perawat saat pasien membutuhkan pertolongan maka pasien akan merasakan bahwa perawat mampu memenuhi kebutuhannya secara cepat sehingga saat pasien membutuhkan pertolongan dari perawat, bantuan yang diberikan benar-benar tepat pada waktunya.

Dengan demikian tingginya kepuasan pasien pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun pada kelompok kontrol yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik menunjukkan bahwa perawat telah melakukan komunikasi terapeutik sesuai dengan waktu, kebutuhan dan kondisi pasien.

5. Kepuasan pasien terhadap layanan perawat pada dimensi estetika

Hasil analisa univariat untuk kesenjangan antara harapan yang diinginkan terhadap layanan perawatan dengan kenyataan layanan yang didapatkan pada

dimensi keandalan dari perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan kesenjangan yang lebih rendah dibandingkan dengan kesenjangan antara harapan yang diinginkan terhadap layanan perawatan dengan kenyataan layanan yang didapatkan dari perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Hasil ini menunjukkan bahwasanya dengan pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat mampu memberikan kepuasan bagi pasien. Menurut persepsi pasien, pelayanan yang diberikan oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik masih kurang 0,53 untuk memenuhi harapan pasien dengan tingkat kepuasan 97,73%, sedangkan pada perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, untuk dapat memenuhi harapan pasien, maka perawat harus meningkatkan pelayanan sebesar 1,70 dengan tingkat kepuasan 92,91%.

Berdasarkan analisa bivariat didapatkan hasil kenyataan layanan yang diterima oleh pasien yang dirawat baik oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berpengaruh secara bermakna terhadap pemenuhan harapan pasien akan layanan yang diinginkan ($p\text{ value} < 0,05$).

Dimensi estetika berhubungan dengan merupakan daya tarik rumah sakit yang dapat ditangkap oleh panca indera, misalnya: keramahan perawat (Tjiptono dan Diana, 1997). Keramahan erat kaitannya dengan emosi. Emosi mempengaruhi kemampuan untuk menerima pesan dengan sukses. Emosi juga dapat

menyebabkan seseorang salah menginterpretasikan sesuatu atau tidak mendengar pesan yang disampaikan pasien kepada perawat (Potter dan Perry, 1997).

Layanan perawatan yang harus segera diperbaiki oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik agar perawat tertarik untuk datang ke rumah sakit umum daerah Tasikmalaya adalah penyediaan lingkungan yang tenang. Sedangkan untuk perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, layanan yang harus segera diperbaiki agar pasien terpuaskan adalah penjelasan tindakan yang dapat mengurangi rasa sakit dengan baik serta penyediaan lingkungan yang tenang.

Lingkungan yang tenang merupakan lingkungan yang mendukung terhadap proses penyembuhan dari penyakit pasien. Penyediaan lingkungan juga merupakan daya tarik bagi pasien untuk datang kembali dan dirawat di rumah sakit. Saat komunikasi yang terjalin antara perawat dengan pasien dibina dalam suasana yang tenang serta keramahan dari perawat maka pesan yang disampaikan menjadi lebih efektif dibandingkan dengan suasana perawatan yang bising. Keramahan yang ditunjukkan oleh perawat saat menjelaskan cara-cara yang dapat digunakan untuk mengurangi rasa nyeri dapat menimbulkan perasaan aman bagi pasien sehingga pasien dapat menerima penjelasan yang diberikan serta mengikuti arahan yang sudah diberikan oleh perawat. Tingginya tingkat kepuasan pasien baik pada kelompok intervensi maupun pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa perawat telah menunjukkan cara berkomunikasi terapeutik dengan ramah dan sikap yang simpatik.

Berdasarkan hasil analisis bivariat didapatkan skor kepuasan pasien pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kepuasan pasien pada kelompok kontrol dengan kesimpulan adanya pengaruh yang signifikan antara kenyataan layanan yang diberikan terhadap pemenuhan harapan pasien yang diinginkan dari perawat. Skor yang harus dicapai oleh perawat untuk memberikan kepuasan bagi pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik lebih kecil yaitu 1,96 lagi untuk memberikan kepuasan bagi pasien dibandingkan skor yang harus dicapai oleh perawat untuk memberikan kepuasan bagi pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik yaitu masih kurang 11,97 lagi untuk memberikan kepuasan bagi pasien. Hal ini menunjukkan kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik lebih tinggi dibandingkan dengan kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Dalam penelitian ini perawat yang melakukan komunikasi terapeutik pada kelompok intervensi adalah perawat yang telah dilatih dan diberikan pengetahuan tentang materi komunikasi terapeutik dan berkaitan dengan dimensi kepuasan pasien yang meliputi empati, kecepatangapan, jaminan, keandalan dan estetika.

Setelah dilatih perawat dievaluasi tentang kemampuan penguasaan materinya dan harus lulus lebih dari 80%, dengan asumsi bila nilai baik pengetahuan ataupun keterampilan lebih dari 80% maka kemampuan perawat terhadap penguasaan komunikasi terapeutik adalah baik. Hal ini bertujuan agar perawat yang melakukan komunikasi terapeutik pada kelompok intervensi adalah perawat yang benar-benar

memiliki pengetahuan dan kemampuan yang baik, sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien pada kelompok intervensi.

C. Hubungan Karakteristik Pasien Terhadap Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan

Potter dan Perry (1997) menyatakan ada dua variabel yang mempengaruhi keyakinan dan tingkat kesehatan pasien terhadap penggunaan layanan kesehatan yaitu 1) Variabel internal mencakup tahap perkembangan, latar belakang kemampuan menyelesaikan masalah (intelektual), persepsi terhadap kondisi fisik (status kesehatan), faktor emosional dan spiritual dan 2) variabel eksternal terdiri dari bagaimana keluarga menggunakan pelayanan kesehatan, faktor sosioekonomik dan latar belakang budaya. Sedangkan Gibson, Ivancevich dan Donnelly (1996), Jacobalis (1989) dan Wijono (2000) menguraikan faktor yang mempengaruhi perilaku individu yaitu: 1) faktor individual meliputi karakteristik demografi dan sosial ekonomi, kemampuan fisik dan mental, 2) faktor psikologi meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar, pengalaman dan motivasi dan 3) faktor lingkungan meliputi kebudayaan, keluarga, kelas sosial dan jarak pengguna layanan kesehatan terhadap layanan yang tersedia.

1. Umur

Hasil analisa univariat menunjukkan karakteristik pasien menurut usia yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, disimpulkan bahwa rerata umur pasien yang dirawat berada pada rentang umur usia produktif yaitu usia 40 tahun, sedangkan pasien yang dirawat oleh perawat

yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik rerata umur pasien adalah 39 tahun. Hasil uji kesetaraan karakteristik pasien menurut usia didapatkan bahwa usia pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dengan pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah setara ($P\text{ value} > 0,05$). Dari hasil analisis *regresi linier* sederhana yang dilakukan pada karakteristik pasien terhadap kepuasan pasien disimpulkan tidak ada hubungan antara usia pasien terhadap kepuasan pasien baik yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik.

Hasil penelitian tidak sesuai dengan pendapat dari Davis (1994), yang menjelaskan semakin tua usia, harapan terhadap pelayanan semakin rendah, sehingga mereka cenderung lebih mudah puas dibanding mereka yang berusia relatif muda. Prasetyo dan Ihalauw (2005), menjelaskan segmen umur yang berbeda mempunyai selera dan minat yang berbeda pada suatu produk termasuk pelayanan keperawatan.

Prasetyo dan Ihalauw (2005) menjelaskan pasien muda umumnya memiliki harapan lebih tinggi sehingga mereka menuntut pelayanan yang lebih baik untuk mencapai kepuasan, sehingga tingkat kepuasan menjadi rendah apabila segala tuntutan tersebut tidak terpenuhi. Sedangkan pada pasien yang memiliki umur yang lebih tua cenderung memiliki toleransi yang lebih tinggi terhadap hal-hal yang tidak sesuai dengan keinginan, lebih bijaksana dalam melihat suatu

persoalan sehingga apabila kemudian perawat tidak mampu memenuhi harapan pasien yang lebih tua, pasien dapat memahami kondisi yang terjadi pada perawat.

Hasil dari penelitian ini adalah umur dari pasien bukan merupakan variabel yang mempengaruhi terhadap kepuasan pasien. Hal ini disebabkan karena perawat dalam memberikan layanan perawatan telah memperhatikan kemungkinan dari pengaruh umur pasien terhadap kepuasan. Sehingga pada pasien-pasien yang meskipun usianya lebih muda, karena perawat mampu memberikan layanan perawatan sesuai dengan yang diinginkan, maka kepuasan pasien baik pada kelompok umur muda maupun yang berusia tua sama sehingga tidak ada pengaruh umur terhadap kepuasan pasien.

2. Jenis kelamin

Berdasarkan hasil analisa univariat dapat ditarik kesimpulan bahwa pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik lebih banyak pasien yang berjenis kelamin perempuan. Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik setara dengan karakteristik pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Dari hasil analisa multivariat pada pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan hasil tidak ada pengaruh antara jenis kelamin dengan kepuasan pasien sedangkan pada pasien

yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan hasil adanya hubungan jenis kelamin terhadap kepuasan.

Hasil penelitian pada pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik sesuai dengan dengan pernyataan bahwa jenis kelamin laki-laki cenderung lebih mudah merasa puas dibanding wanita (Solpro, 2001, Pengembangan indeks kepuasan pasien, [3http://mikmundip.or.id](http://mikmundip.or.id), diperoleh tanggal 30 Desember 2007). Hal ini terjadi karena laki-laki cenderung melihat produk dari sisi kualitas dan fungsinya, sedangkan perempuan lebih berdasar pertimbangan sosial, psikologis dan penampilan luar produk (Peiss, 1998 dalam Prasetijo & Ihalauw, 2005). Dari hasil penelitian pada pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dapat disimpulkan bahwasanya jenis kelamin bukan merupakan variabel yang mempengaruhi terhadap kepuasan pasien.

Analisa multivariat pada pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik tidak sesuai dengan pernyataan bahwa jenis kelamin laki-laki cenderung lebih mudah merasa puas dibanding wanita (Solpro, 2001, Pengembangan indeks kepuasan pasien, [3http://mikmundip.or.id](http://mikmundip.or.id), diperoleh tanggal 30 Desember 2007). Pada pasien yang oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik lebih berpengaruh dibandingkan dengan kelompok intervensi disebabkan karena data kepuasan pasien yang diambil kebanyakan adalah pasien yang berjenis kelamin perempuan yang dirawat karena proses melahirkan normal. Pada kondisi setelah

bersalin biasanya kondisi psikologis wanita lebih labil dibandingkan pada kondisi sakit biasa sehingga komunikasi perawat yang sudah dilakukan dirasakan masih kurang untuk memahami kebutuhan pasien. Ini menyebabkan nilai kepuasan pada responden yang berjenis kelamin perempuan akan berkurang 8,704 dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki pada kelompok kontrol.

3. Pendidikan terakhir

Variabel ketiga yang berpengaruh terhadap tingkat kepuasan pasien pada pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah pendidikan terakhir dari responden. Dari hasil analisis univariat didapatkan hasil pasien yang dirawat lebih banyak yang berpendidikan SD dibandingkan dengan pendidikan yang lainnya baik pada pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Model regresi linier menjelaskan bahwa setiap penurunan tingkat pendidikan pasien 1 tingkat maka kepuasan pasien terhadap layanan perawatan yang diberikan oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik menurun sebesar 2,316 setelah dikontrol oleh variabel persepsi pasien terhadap sakit dan kelas perawatan yang dipilih keluarga. Hal ini berarti semakin rendah tingkat pendidikan, semakin rendah nilai kepuasan pasien. Sedangkan pada pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan hasil tidak ada hubungan antara pendidikan terakhir pasien dengan kepuasan.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pernyataan dari Northouse dan Northouse (1998) yang menyatakan ada hubungan antara pendidikan dengan tingkat kepuasan pasien. Hasil penelitian ini juga tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anjaswari (2002) yang menjelaskan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepuasan pasien yang berpendidikan SD, SLTP, SLTA dan PT, dimana pasien yang berpendidikan SD memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi. Hal ini sesuai dengan pendapat dari Sulih, dkk (2002) dan Machfoedz, dkk (2005), yang menjelaskan bahwa kemampuan belajar yang baik merupakan faktor yang dapat mempengaruhi proses belajar, dan biasanya dimiliki oleh orang yang berpendidikan tinggi.

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan pernyataan dari Redman (1993, dalam Potter & Perry, 2005) yang menyatakan pendidikan yang lebih tinggi akan memberikan pengetahuan yang lebih besar sehingga menghasilkan pemahaman yang lebih baik. Pada waktu pasien menyadari adanya gangguan terhadap status kesehatannya, mereka cenderung mencari pertolongan secepatnya guna mengatasi masalah yang dihadapi. Stuart dan Laraia (2005) menambahkan pendidikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalahnya.

Perbedaan hasil penelitian ini disebabkan karena pasien yang berpendidikan tinggi memiliki pemahaman yang lebih tinggi, sehingga ketika mereka diberikan penjelasan akan prosedur tindakan yang akan dilaksanakan, mereka dapat mengerti dan merasa kebutuhannya terpenuhi serta merasa puas terhadap

pelayanan yang diberikan. Penyebab yang lain adalah kemungkinan dari bahasa yang digunakan oleh perawat. Saat menjelaskan tindakan atau prosedur yang akan dilaksanakan pada pasien yang berpendidikan rendah, bahasa yang digunakan terlalu rumit atau istilah yang digunakan untuk memberikan penjelasan pada pasien yang berpendidikan lebih rendah disamakan dengan penjelasan yang diberikan kepada pasien yang berpendidikan tinggi sehingga pesan yang diberikan tidak dapat dicerna dengan baik oleh pasien. Pesan yang disampaikan oleh perawat menjadi tidak bisa dilaksanakan dan mengakibatkan munculnya ketidapuasan dari pasien. Sehingga dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pendidikan terakhir pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik merupakan variabel yang mempengaruhi terhadap kepuasan pasien sedangkan pada pasien yang dirawat perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, pendidikan terakhir pasien bukan variabel yang mempengaruhi terhadap kepuasan pasien.

4. Persepsi terhadap sakit

Hasil analisa univariat didapatkan data pasien yang mempersepsikan penyakitnya sebagai penyakit sedang lebih banyak dibandingkan dengan pasien yang mempersepsikan sakit ringan maupun berat baik pada pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapat pelatihan komunikasi terapeutik maupun pada pasien yang dirawat perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik. Penelitian tentang persepsi pasien terhadap sakit yang diderita pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan hasil semakin ringan penyakit yang diderita pasien maka kepuasan

pasien akan berkurang 3,318 setelah dikontrol oleh variabel pendidikan dan kelas perawatan. Variabel ini juga merupakan variabel yang paling mempengaruhi terhadap kepuasan pasien yang dirawat di kelompok intervensi ($\beta = 3,318$). Sedangkan untuk pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan hasil tidak ada hubungan antara persepsi pasien terhadap sakit dengan kepuasan pasien.

Hasil dari penelitian ini tidak sesuai dengan pernyataan dari Potter dan Perry (2005) yang menyatakan bahwa reaksi pasien ditentukan oleh keadaan penyakit dan kegawatan penyakit. Hasil dari penelitian ini juga tidak sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ratnawati (2006) yang mendapatkan adanya hubungan yang signifikan antara berat ringannya penyakit terhadap kepuasan pasien. Dalam hal ini berat ringannya penyakit hubungannya dengan kepuasan pasien tergantung pada kemampuan pasien memenuhi kebutuhan hidupnya sehari-hari (*activity daily living*). Hal ini juga tidak sesuai dengan pendapat Stuart dan Laraia (2005) yang menyatakan bahwa waktu atau lamanya terpapar stresor, yakni terkait sejak kapan, sudah berapa lama, dan berapa kali kejadian (frekwensi), akan memberikan dampak adanya keterlambatan dalam mencapai kemampuan dan kemandirian.

Perbedaan hasil penelitian ini disebabkan karena pasien-pasien yang memiliki penyakit yang dirasakan berat biasanya mengalami ketergantungan terhadap bantuan dari perawat yang tinggi. Karena tingginya ketergantungan itulah maka biasanya perawat membantu pemenuhan kebutuhan sehari-harinya. Sedangkan

pada pasien yang mengalami sakit ringan biasanya pasien membutuhkan sedikit bantuan dari perawat sehingga perawat memotivasi pasien untuk mandiri. Karena perawat yang berusaha memotivasi pasien untuk mandiri itulah yang kemudian dipersepsikan oleh pasien sebagai bentuk menelantarkan pasien. Pasien merasa tidak dipedulikan, tidak segera direspon saat membutuhkan pertolongan, perawat lebih mendahulukan pasien lain dibandingkan dirinya. Hal inilah yang kemudian menyebabkan pasien yang mengalami sakit ringan cenderung lebih rendah nilai kepuasannya dibandingkan dengan pasien yang sakit berat. Sehingga dapat disimpulkan persepsi pasien terhadap sakit saat dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik merupakan variabel yang mempengaruhi terhadap kepuasan pasien, sedangkan pada pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik bukan merupakan variabel yang mempengaruhi kepuasan pasien.

5. Kelas perawatan yang dipilih keluarga

Hasil analisa univariat didapatkan data pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik lebih banyak yang dirawat di kelas III dibandingkan dengan kelas perawatan yang lain. Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa semakin tinggi kelas perawatan yang digunakan maka nilai kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik akan berkurang 0,771 setelah dikontrol oleh variabel persepsi pasien terhadap sakit dan kelas perawatan yang dipilih oleh keluarga untuk merawat anggota keluarganya yang sakit. Sedangkan

pada pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik didapatkan hasil tidak ada hubungan kelas perawatan yang dipilih dengan kepuasan pasien.

Kelas perawatan erat kaitannya dengan penghasilan yang didapatkan oleh keluarga. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Potter dan Perry (2005), yang menjelaskan bahwa pemilihan kelas perawatan berhubungan dengan status ekonomi pasien. Sedangkan Hidayat (2005) menyatakan masalah ekonomi dan keuangan yang tidak sehat seperti tidak adanya pekerjaan, hutang, kebangkrutan, pendapatan lebih kecil dari pengeluaran, berpengaruh besar terhadap tingkat kesehatan seseorang.

Semakin tinggi status ekonomi pasien akan semakin banyak mempunyai kesempatan untuk menggunakan dan mendapatkan fasilitas pelayanan yang lebih baik. Mereka akan memilih kelas perawatan yang memiliki fasilitas yang mampu membuat perasaan nyaman selama dirawat. Hal ini berarti pula mereka memiliki harapan dan tuntutan yang tinggi terhadap pelayanan keperawatan. Sebaliknya pasien yang memiliki status ekonomi rendah pada umumnya memiliki harapan dan tuntutan yang lebih rendah, sehingga mereka akan lebih cepat puas terhadap pelayanan keperawatan. Sehingga dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa kelas perawatan yang dipilih oleh keluarga untuk merawat anggota keluarga yang sakit dan dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik merupakan variabel yang mempengaruhi terhadap kepuasan pasien, sedangkan untuk pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak

mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik, pemilihan kelas perawatan bukan variabel yang mempengaruhi terhadap kepuasan pasien.

6. Penghasilan keluarga

Penghasilan minimum daerah Tasikmalaya yang ditetapkan oleh Pemerintah Kota dan Kabupaten Tasikmalaya pada tahun 2007 adalah sebesar Rp. 500.000,-. Hasil analisa univariat didapatkan data rata-rata penghasilan keluarga untuk pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berada di atas penghasilan minimum masyarakat Tasikmalaya yang ditetapkan oleh pemerintah Tasikmalaya. Analisis dari multivariat penelitian ini didapatkan hasil tidak ada pengaruh dari penghasilan yang didapat oleh keluarga dengan kepuasan pasien.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pernyataan dari Lamri (1997 dalam Irawan, 2006) dalam penelitiannya yang menjelaskan bahwa tingkat kepuasan pasien dipengaruhi oleh penghasilan pasien atau keluarga per bulan. Keluarga yang berpenghasilan tinggi mempunyai kesempatan yang lebih besar untuk mendapatkan pelayanan keperawatan yang berkualitas meskipun dengan biaya yang mahal. Hal ini berarti pula mereka memiliki harapan dan tuntutan yang tinggi terhadap pelayanan keperawatan. Sebaliknya pasien yang memiliki status ekonomi rendah pada umumnya memiliki harapan dan tuntutan yang lebih rendah, sehingga mereka akan lebih cepat puas terhadap pelayanan keperawatan.

Hasil dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa penghasilan keluarga pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya bukan merupakan variabel yang mempengaruhi terhadap kepuasan pasien. Hal ini terbukti dari karakteristik pasien yang dirawat baik oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik berdasarkan penghasilan ternyata penghasilan keluarga berada di atas UMR Kota dan Kabupaten Tasikmalaya.

D. Implikasi Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini akan berpengaruh terhadap pelayanan keperawatan, pengembangan keilmuan serta penelitian selanjutnya.

1. Implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan

Kepuasan pasien merupakan fokus utama dalam industri jasa pelayanan kesehatan terutama di rumah sakit. Respon pasien terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diterima sangat menentukan kelangsungan organisasi yang bergerak di bidang jasa pelayanan kesehatan (Supranto, 2001). Oleh karena itu Deming dalam Wijono (2000) menyatakan bahwa rumah sakit seharusnya tidak semata-mata memuaskan pelanggan atau pasien akan tetapi juga membuat pasien ingin kembali lagi untuk dirawat di rumah sakit yang sama. Hal ini secara langsung menuntut rumah sakit untuk meningkatkan mutu layanan keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh pelatihan komunikasi terapeutik pada kelompok intervensi yang mendapatkan pelatihan dengan kelompok kontrol tanpa pelatihan. Dengan demikian layanan perawatan yang diberikan oleh

perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik dapat meningkatkan kepuasan pasien. Penerapan komunikasi terapeutik yang terbukti dapat meningkatkan kepuasan pasien ini sejalan dengan visi rumah sakit yang ingin menjadikan RSUD Tasikmalaya sebagai rumah sakit rujukan sepiangan timur dan mendukung misi rumah sakit yang ingin memberikan pelayanan yang berkualitas untuk meningkatkan kepuasan pasien.

Kuesioner yang digunakan untuk mengukur kepuasan pasien menggunakan teori kepuasan menurut Parasuraman (1990) dan Tjiptono dan Diana (2000) sehingga kuesioner ini dapat digunakan untuk mengukur kepuasan pasien terhadap layanan perawatan. Pengukuran kepuasan dapat dilakukan sesuai dengan waktu pengukuran kepuasan pasien di RSUD Tasikmalaya yaitu setiap 6 bulan sekali. Dengan menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan oleh peneliti, maka dapat diketahui layanan apa yang dipersepsikan oleh pasien mengalami penurunan kualitas layanan, sehingga bisa diantisipasi terjadinya penurunan kepuasan pasien dengan memberikan pelatihan komunikasi terapeutik pada perawat.

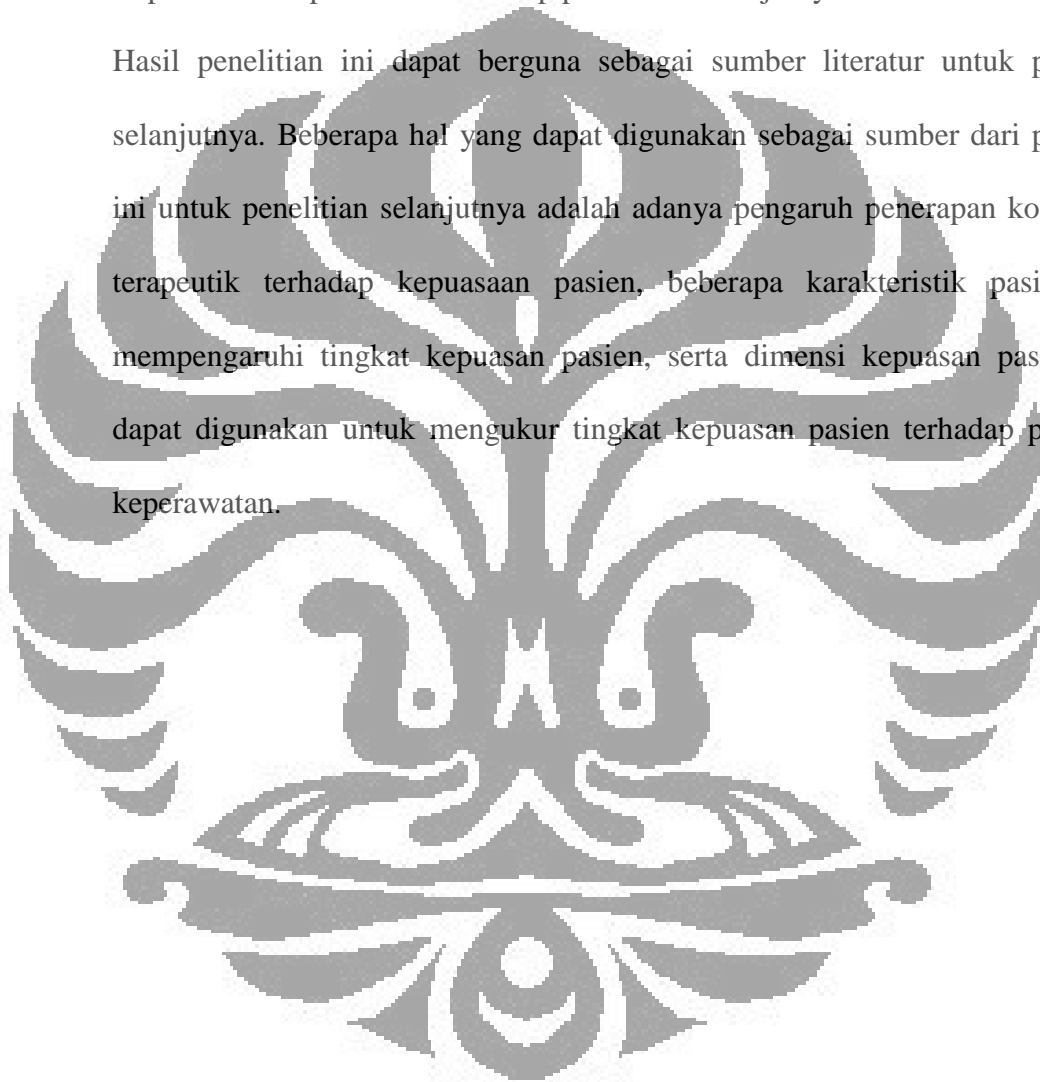
2. Implikasi hasil penelitian terhadap pengembangan keilmuan

Berdasar hasil penelitian yang telah dilakukan, yaitu adanya pengaruh penerapan komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan, maka setiap mahasiswa yang sedang menempuh pendidikan keperawatan diwajibkan untuk lulus mata ajar komunikasi baik kognitif maupun psikomotor. Pada saat mahasiswa akan memasuki dunia kerja, mahasiswa tersebut juga harus

mengikuti uji kompetensi komunikasi terapeutik dan diperbolehkan untuk berinteraksi dengan pasien bila sudah lulus uji kompetensi komunikasi terapeutik.

3. Implikasi hasil penelitian terhadap penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai sumber literatur untuk penelitian selanjutnya. Beberapa hal yang dapat digunakan sebagai sumber dari penelitian ini untuk penelitian selanjutnya adalah adanya pengaruh penerapan komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien, beberapa karakteristik pasien yang mempengaruhi tingkat kepuasan pasien, serta dimensi kepuasan pasien yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasar interpretasi dan diskusi hasil penelitian, maka simpulan akhir dari penelitian ini adalah:

1. Tingkat kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah 98,81% sedangkan tingkat kepuasan pasien yang dilayani oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik sebesar 92,84%.
2. Layanan perawatan yang dirasakan oleh pasien telah mampu memberikan kepuasan baik yang dilayani oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik maupun yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah pada dimensi kecepattanggapan.
3. Kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik lebih tinggi daripada kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat yang tidak mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik.
4. Karakteristik pasien yang berhubungan dengan kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah pendidikan terakhir dan persepsi pasien terhadap sakit.
5. Karakteristik keluarga yang berhubungan dengan kepuasan pasien yang dirawat oleh perawat yang mendapatkan pelatihan komunikasi terapeutik adalah kelas perawatan yang dipilih untuk merawat anggota keluarga yang sakit.

B. Saran

Berdasar kesimpulan dari hasil penelitian tersebut, maka saran-saran yang perlu diperhatikan adalah:

1. Pelayanan Keperawatan

a. Bidang perawatan

- 1) Pengukuran kepuasan pasien yang dilaksanakan oleh RSUD Tasikmalaya setiap 6 bulan sekali dapat menggunakan kuesioner kepuasan yang dikembangkan oleh peneliti, sehingga dapat diidentifikasi kepuasan terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh perawat.
- 2) Sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas layanan perawatan di RSU Tasikmalaya, maka rumah sakit perlu memberikan program pelatihan komunikasi terapeutik secara kontinyu sehingga dapat terus meningkatkan mutu layanan perawatan yang diberikan oleh perawat.

b. Perawat pelaksana

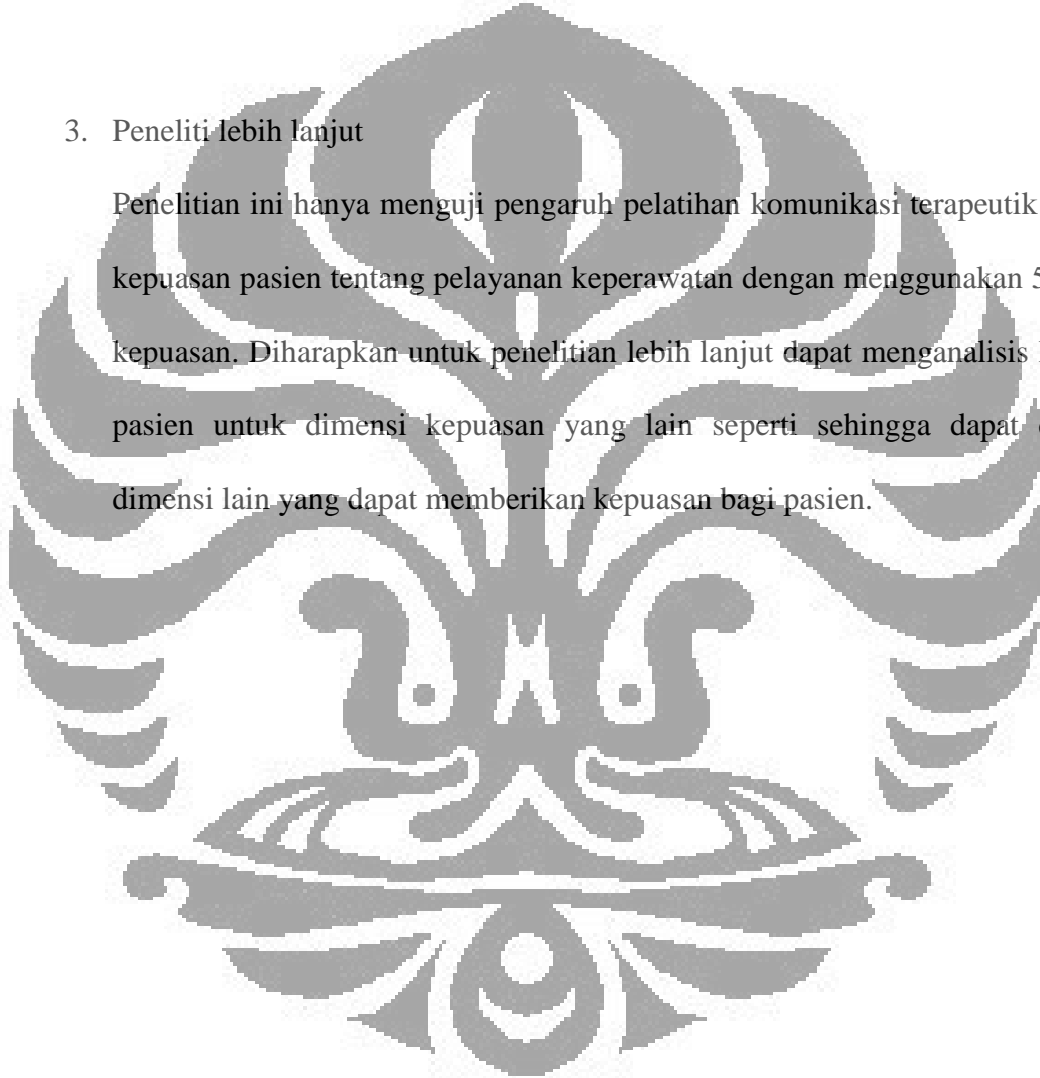
- 1) Penerapan komunikasi terapeutik tidak hanya kepada pasien, tetapi juga kepada keluarga pasien.
- 2) Saat berinteraksi dengan pasien dan keluarga, perawat sebaiknya memberikan kebebasan kepada pasien untuk bertindak, menghibur pasien saat sedang takut dan cemas, menjelaskan kepada pasien dan keluarga kemana harus berobat bila sudah pulang ke rumah, menjelaskan cara yang paling cepat untuk meminta pertolongan saat pasien dan keluarga membutuhkan pertolongan dari perawat dan selalu tersenyum saat sedang memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga.

2. Pendidikan Keperawatan

Setiap mahasiswa yang masih dalam proses belajar di pendidikan keperawatan diwajibkan lulus uji kompetensi untuk komunikasi terapeutik sehingga saat mahasiswa memasuki dunia kerja, mampu melaksanakan layanan perawatan yang sesuai dengan harapan dari pasien.

3. Peneliti lebih lanjut

Penelitian ini hanya menguji pengaruh pelatihan komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien tentang pelayanan keperawatan dengan menggunakan 5 dimensi kepuasan. Diharapkan untuk penelitian lebih lanjut dapat menganalisis kepuasan pasien untuk dimensi kepuasan yang lain seperti sehingga dapat diketahui dimensi lain yang dapat memberikan kepuasan bagi pasien.



DAFTAR PUSTAKA

- Anjaswarni, T (2002). *Analisis tingkat kepuasan klien terhadap perilaku caring perawat di RSUD dr. Saiful Anwar Malang*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Anonim, *Kepuasan pelanggan di rumah sakit, sebuah fenomena* (<http://www.balipost.co.id/BaliPostcetak/2002> diperoleh tanggal 12 Desember 2007)
- Anonim, *Komunikasi*, (<http://id.wikipedia.org/wiki/Komunikasi> diperoleh tanggal 10 Januari 2008)
- Azwar, A. (1994). *Program menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta. Yayasan Penerbitan Ikatan Dokter Indonesia.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta. Pustaka Dinar Harapan
- Arikunto, S. (2000). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Bhakti, W.K. (2002). *Hubungan karakteristik perawat dengan pelaksanaan fase-fase hubungan terapeutik perawat – klien di RSU Sjamsudin*. Jakarta. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Craven, R.F. & Hirnle, C.J. (2000). *Fundamentals of nursing: Human health and function* (3rd ed). Philadelphia. Lippincott
- Darsiwa, E (2006). *Pengaruh pelayanan rumah sakit dan fasilitas terhadap kepuasan pasien di RSUD Tasikmalaya*, Jakarta, STM IMNI.
- Davis, S.L. & Greenly, M.A. (1994). *In integrating patient satisfaction with a quality improvement program*. *Jurnal JONA* Volume 24. Desember 1994.
- Djarwanto. (2001). *Mengenal beberapa uji statistik dalam penelitian*. Yogyakarta: Liberty
- Djohan. (2002). *RS bukan bisnis tak kenal krisis*. Natonal@mail2.factsoft.de diperoleh tanggal 2 Desember 2007

- Effendy, O.V (1986). *Ilmu komunikasi: Teori dan praktek*. Bandung. CV. Remadja Karya.
- Fontaine, K.L. (2003). *Mental health nursing*. (5th ed). New Jersey. Pearson education, Inc.
- Gibson, J.L, Ivancevich, J.M, Donelly, J.H.Jr. (1996). *Organizations* (5th ed). (Djarkarsih, Trans). Bussiness Publication, Inc.
- Gillies, D.A. (1996). *Nursing management: A system approach* (3rd ed). Philadelphia. WB Saunders Company
- Hastono, S.P: (2007). *Basic data analysis for health research*. Depok: FKM-UI.
- Hernaningsih, S. (1999). *Hubungan karakteristik perawat dengan kualitas pelayanan keperawatan di ruang rawat inap RSU Cibabat Bandung*. Program Pascasarjana FKM UI. Tidak diterbitkan
- Hidayat, D. (2007). *Pelayanan kesehatan jiwa integratif*, <http://www.idijakbar.com/prosiding/pelayanankesehatan>, diperoleh 15 Desember 2007.
- Hurlock, E. (1994). *Psikologi perkembangan*. Jakarta. EGC.
- Ilyas, Y. (1999). *Kinerja: Teori penilaian dan penelitian*. Jakarta. Badan penerbit FKM UI.
- Irawan, H. (2003). *Sepuluh prinsip kepuasan pelanggan*. Jakarta. PT Elex Media Komputindo.
- Jacobalis, S. (1989). *Menjaga mutu pelayanan rumah sakit (quality assurance)*. Jakarta. PERSI
- Kamisah. (2002). *Hubungan kualitas pelayanan antenatal dengan kepuasan pasien di puskesmas di wilayah Kota Banda Aceh*. Depok. Program Pascasarjana FKM UI. Tidak diterbitkan
- Keliat, B.A & Helena, N. (2008). *Kumpulan makalah kiat komunikasi terapeutik*. Jakarta. Kelompok keilmuan keperawatan jiwa FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Keliat, B.A. dkk (2005). *Modul Basic course community mental health nursing (CMHN)*. Tidak dipublikasikan

- Kotler, P. (1995). *Manajemen pemasaran*. Jilid ke2. Edisi ke 6. Jakarta. Erlangga.
- Kozier, B. Et al. (1994). *Fundamental of nursing: Concept and procedures*. California. Addison Wesley Publishing Company.
- La Monica, E.L. (1998). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan: pendekatan berdasarkan pengalaman*. Jakarta. EGC.
- Lemeshow, Stanley; David, W.H.Jr.; Janeile, K.: Stephen K. L. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. (Besar sampel dalam penelitian kesehatan). John Wiley & Sons.
- Loundon, D.L & Britta, D. (1988). *Customer behaviour*. (3rd ed). New York. McGraww Hill.
- Lusa, J. S., (2007) *Hubungan quality assurance dengan kepuasan pasien rumah sakit*, (<http://jsofian.wordpress.com/2007/04/17/mengukur-kepuasan-pasien-rumah-sakit/> diperoleh tanggal 28 Desember 2007).
- Malley. (1997). *Ultimate patient satisfaction: designing, implementary or rejuvenating an effective patient satisfaction and TQM program*. USA. HFMA.
- Manurung, S. (2003). *Penerapan komunikasi terapeutik di ruang rawat inap Perjan Rumah Sakit Persahabatan Jakarta*. Jakarta. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak diterbitkan.
- Marquis, B.L & Houston, C.J. (1999). *Management decision making for nurses* (3rd ed). Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Northouse, P.G & Northouse, L.L (1992). *Health communication: Strategies for health professional* (2nd ed). East Norwalk. Conecticut. Applenton & Lange
- Notoatmodjo, S. (1989). *Pengantar pendidikan kesehatan*. Jakarta. FKM UI.
- Notoadmodjo, Soekijo. (2003). *Pengantar pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku*, Yogyakarta: Andi Offset
- Nurjanah, I. (2001) *Hubungan terapeutik perawat dan klien: Kualitas pribadi sebagai sarana*. Yogyakarta. PSIK FK UGM.
- Parasuraman, Zeithamal & Berry (1990). *Delivery quality service: Balancing customer perception and expectation*. New York. The Press.

- Pohan, I (2005). *Manajemen pelayanan kesehatan*. Jakarta. Bumi Aksara.
- Pollit, D.F., Beck, C.T., & Hungler, B.P. (2006). *Essential of nursing research: Methods appraisal, and utilization* (6th ed), Philadelphia: Lippincott. Williams & Walkins.
- Potter, A.P & Perry, G.A (2005) *Fundamental of nursing: Concept, process and practice* (Penerjemah Y. Asih, M. Sumarwati, D. Evriyani, L. Mahmudah, E. Pangabean, Kusrini, S. Kurnianingsih, E. Novieastari) St. Louis. Mosby Year Book.
- Powell, J.H. (1983). *Understanding human adjustment: Normal adaption through life cycle*. Boston. Litle Brown and Company
- Prasetijo, R. & Ihalauw, J. (2005). *Perilaku konsumen*. Yogyakarta. Andi Press.
- Pudjiati.(2002). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan klien terhadap hubungan terapeutik perawat klien di ruang rawat inap RSU Fakultas Kedokteran UKI*. Tesis Program Pascasarjana FIK-UI. Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Purwaningsih, S (2002). *Pengaruh penerapan faktor karatif caring dalam asuhan keperawatan terhadap kinerja perawat pelaksana di RS Persahabatan dan Fatmawati Jakarta*. Jakarta. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan
- Ratnawati, P. (2001). *Mengukur kepuasan masyarakat terhadap pelayanan pendidikan*. Jurnal penelitian. <http://www.depdiknas.go.id/jurnal/43-p.ratnawati.html>. ditelusuri tanggal 13 Januari 2008.
- Robbins, S.P. (1996). *Perilaku Organisasi : konsep, kontroversi, aplikasi* (7th ed). Terjemahan Jakarta. PT Prehalindo
- Robbins, S.P. (1998). *Perilaku organisasi: Konsep, kontroversi dan aplikasi*. Edisi ke 8. Jakarta. PT Prehallindo.
- Rochmani, S. (2003). *Pengaruh penerapan hubungan terapeutik perawat – klien terhadap kemampuan perawat dalam melaksanakan hubungan terapeutik dengan klien dan kepuasan kerja di RSUD Tarakan dan RSUD Koja Jakarta*. Jakarta. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.

- Rohyadi, Y. (2004). *Analisis hubungan antara karakteristik demografi dengan kepuasan pasien tentang pelaksanaan fungsi komunikasi oleh perawat di ruang rawat inap dewasa Rumah Sakit Umum Cibabat*. Jakarta. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak diterbitkan.
- Said, M. (1998). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pasien rawat inap RSI Jakarta Tahun 1998*. Jakarta. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Sabri, Luknis & Sutanto Priyo Hastono. (2006). *Statistik Kesehatan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada
- Setiasih, W. (2006) *Hubungan antara kepuasan kerja perawat dengan kepuasan klien di Rumah Sakit Husada Jakarta*. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Siagian (1999). *Manajemen SDM*. Jakarta. Bumi Aksara.
- Siagian, P.S. (2000). *Manajemen sumber daya manusia* (cetakan ke 8). Jakarta. Bumi Aksara.
- Silalahi, B. (1989). *Prinsip manajemen rumah sakit*. Jakarta. Lembaga Pengembangan Manajemen Indonesia.
- Solpro. (2001) *Pengembangan indeks kepuasan pasien sebagai indikator persepsi pasien terhadap mutu pelayanan rumah sakit Islam Jakarta Timur*. <http://www.mikm-undip.or.id>. Diperoleh tanggal 30 Desember 2007
- Streiber, S.R. & Krowinski, W.J. (1995). *Measuring and managing patients satisfaction*. USA. American hospital Publishing, Inc.
- Stuart, G.W. & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing*. (8th ed). USA. St Mosby Inc.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (1998). *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis. Mosby Year Book.
- Sugito, H. (2005) *Upaya meningkatkan kepuasan pelanggan*. <http://hadisugito.fadla.or.id/2005> ditelusuri tanggal 2 Desember 2007

- Supranto, J. (2001). *Pengukuran tingkat kepuasan pelanggan: Untuk menaikkan pangsa pasar*. Jakarta. PT Asdi Mahasatya
- Supriyanto, S. (2007). *Metodologi Riset*. Surabaya: Program Administrasi & Kebijakan Kesehatan. FKM-Unair
- Suryawati, C., Dharminto, Zahroh, S. (2006). *Penyusunan indikator kepuasan pasien rawat inap rumah sakit di Provinsi Jawa Tengah*. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 09(4), 177-184.
- Susanti, A.C. (2001). *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan komunikasi terapeutik perawat pelaksana dalam asuhan keperawatan di RS Siloam Gleneagles Tahun 2000*. Jakarta. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Swansburg, R.C. (1993). *Introductory management and leadership for clinical nurses* (S. Samba & Staf pengajar Akper Depkes Bandung, Trans). Boston. Jones and Bartlett Publishers.
- Tappen, R.M. et.al (1998). *Essential of nursing leadership and management*. Philadelphia. FA. Davis Company.
- Taylor, Lillis, Le Mone (1989). *Fundamentals of Nursing-the art and Science of nursing care*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia
- Tjiptono, F. & Diana, A. (1996). *Total quality management*. Yogyakarta. Andi Offset
- Tjiptono, F. (2002). *Manajemen jasa* (edisi ke 2) Yogyakarta. Penerbit Andi.
- Wexley, K.N. & Yukl, G.A. (1998). *Perilaku Organisasi dan Psikologi Personal*. Jakarta: Bina Aksara
- Wijono, D. (1997). *Manajemen kepemimpinan dan organisasi kesehatan*. Cetakan pertama. Surabaya. Airlangga University Press.
- Yansuri. (2005). *Hubungan stress kerja dan karakteristik perawat dengan komunikasi perawat – klien di ruang rawat inap RSJ Provinsi Lampung*. Jakarta. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Yasmi. (2002). *Hubungan karakteristik pasien dan fasilitas perawatan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan dan prosedur penerimaan pasien rawat inap di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi*. Jakarta. Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Kepada Yth.

Bapak/Ibu

Di Ruang rawat inap RSUD Tasikmalaya

Saya adalah Mahasiswa Program Pascasarjana di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini saya sedang melakukan penelitian tentang “Pengaruh penerapan komunikasi terapeutik pada perawat terhadap peningkatan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya”.

Penelitian ini dibuat semata-mata untuk peningkatan kualitas pelayanan perawatan di RSUD Tasikmalaya. Sehingga saya mohon kesediaan Bapak/Ibu yang sedang dirawat di RSUD Tasikmalaya untuk menjadi responden dalam penelitian ini dengan mengisi kuisisioner yang telah dibuat. Kuisisioner ini berisi tentang harapan dan kenyataan. Pernyataan tentang harapan adalah apa yang Bapak/Ibu ingin dapatkan saat dirawat di rumah sakit ini. Sedangkan kenyataan adalah keadaan yang sebenarnya yang Bapak/Ibu dapatkan saat sedang dirawat di RSUD Tasikmalaya. Selanjutnya kami mohon Bapak/Ibu untuk mengisi kuisisioner yang saya sediakan dengan kejujuran dan apa adanya. Jawaban yang Bapak/Ibu berikan akan dijamin kerahasiaannya. Demikian atas bantuan dan partisipasinya saya mengucapkan terima kasih.

Tasikmalaya, Maret 2008

Peneliti

Rahayu Iskandar

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONCENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

No Register :

Ruangan :

Alamat Rumah:

Menyatakan bersedia menjadi responden dan mengisi kuesioner dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh penerapan komunikasi terapeutik pada perawat terhadap peningkatan kepuasan pasien yang dirawat di ruang rawat inap dewasa RSUD Tasikmalaya”, yang dilaksanakan pada Bulan Maret – Juni 2008 oleh mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

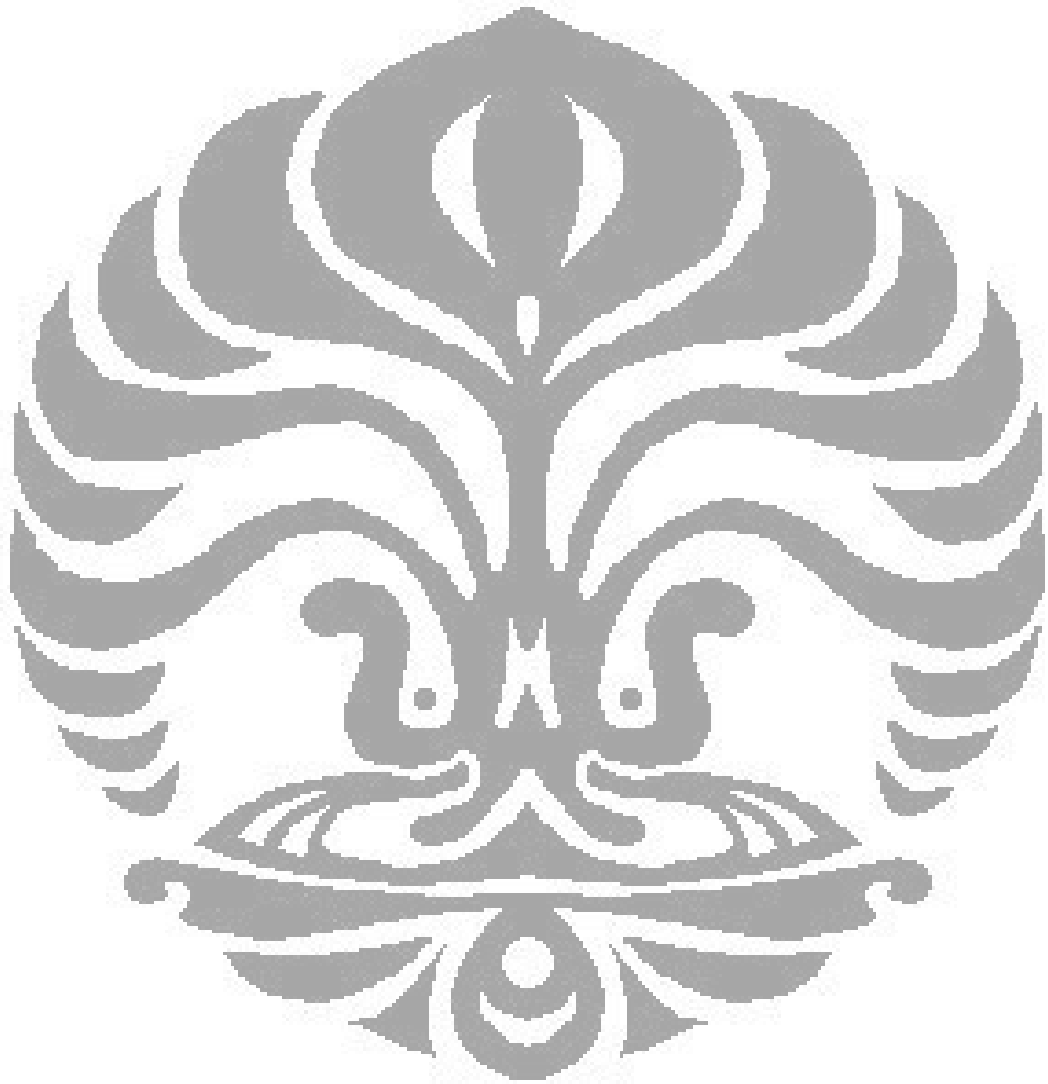
Tasikmalaya, 2008

Peneliti

Yang Menyatakan

(Rahayu Iskandar)

(.....)



KUISONER C

KEPUASAN PASIEN TERHADAP DIMENSI LAYANAN PERAWATAN

Kepada pelanggan yang terhormat, demi peningkatan pelayanan di rumah sakit ini, kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk mengisi kuisisioner ini. Kuisisioner ini disebarakan untuk menilai seberapa besar tingkat kepuasan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari yang dirawat di Rumah Sakit ini terhadap pelayanan yang telah diberikan oleh perawat. Kuisisioner ini berisi tentang harapan. Harapan adalah segala sesuatu yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari ingin dapatkan dari pelayanan yang diberikan saat masuk ke rumah sakit, Oleh karena itu, besar harapan kami agar Bapak/Ibu/Saudara/Saudari berkenan mengisi sesuai dengan pelayanan yang telah anda dapatkan. Sebelumnya kami ucapkan terimakasih.

1. Identitas Responden

- a. Umur : tahun
- b. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
- c. Status kawin : Belum kawin Kawin
 Duda/janda
- d. Pendidikan terakhir : Tidak sekolah SD
 SMP SMA PT
- e. Pekerjaan : PNS Karyawan swasta
 Wiraswasta Petani Buruh
 Tidak bekerja

f. Rata-rata penghasilan yang diperoleh keluarga dalam satu bulan :

Rp.

g. Saat ini dirawat hari ke :

h. Dirawat di kelas : VIP Utama I
 II III

i. Menurut Ibu/Bapak/Saudara/Saudari, penyakit yang anda derita saat ini :

1. Berat, membutuhkan banyak pertolongan dari perawat
2. Sedang, membutuhkan beberapa pertolongan dari perawat
3. Ringan, membutuhkan sedikit pertolongan dari perawat

2. Kuisiener kepuasan pasien

Pilihlah **STS** bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **tak pernah** sama sekali anda ingin dapatkan selama anda dirawat di RSUD ini

TS bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **jarang** anda ingin dapatkan selama anda dirawat di RSUD ini

KS bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **kadang-kadang** anda ingin dapatkan selama anda dirawat di RSUD ini

S bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **sering** anda ingin dapatkan selama anda dirawat di RSUD ini

SS bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **selalu** anda ingin dapatkan selama anda dirawat di RSUD ini

No	Apa yang anda inginkan/rasakan saat anda dirawat?	HARAPAN				
		STS	TS	KS	S	SS
1	Perawat yang akan merawat saya menyebutkan namanya saat bertemu pertama kali					
2	Saat saya nampak sedih perawat menghibur saya					
3	Perawat mengatakan dengan jujur perkembangan penyakit saya					
4	Perawat cepat datang setiap kali saya memanggilnya					
5	Penjelasan yang diberikan oleh perawat membuat saya menjadi tenang					
6	Perawat seringkali tidak menanggapi keluhan saya					
7	Sebelum saya pulang, perawat menjelaskan tentang cara-cara merawat bila saya pulang ke rumah					
8	Perawat menatap wajah saya saat berbicara dengan saya					
9	Saat saya nampak cemas dan takut, perawat menghibur saya					
10	Perawat menanyakan kesiapan saya sebelum melakukan tindakan keperawatan					
11	Perawat memberikan penjelasan dengan menggunakan kata-kata yang bisa saya mengerti					
12	Perawat cepat datang saat saya memanggilnya					
13	Perawat memberi penjelasan dengan terburu-buru					
14	Tak ada satupun penjelasan dari perawat yang mampu mengurangi perasaan cemas saya akan mahal nya biaya yang harus dibayar di rumah sakit ini					

No	Apa yang anda inginkan/rasakan saat anda dirawat?	HARAPAN				
		STS	TS	KS	S	SS
15	Perawat memberikan penjelasan tentang gejala apa saya yang harus saya waspadai bila penyakit saya kambuh					
16	Keramahan dari perawat membuat saya akan kembali lagi ke rumah sakit ini bila saya membutuhkan pertolongan lagi					
17	Perawat menghibur saat saya sedang sedih dengan kondisi kesehatan saya					
18	Setiap kali berbicara, perawat nampak sangat menguasai apa yang disampaikan					
19	Penjelasan dari perawat membuat saya menjadi lebih tahu tentang status kesehatan saya					
20	Perawat menjelaskan tindakan yang dapat mengurangi rasa sakit yang saya derita dengan baik					
21	Perawat menjelaskan cara-cara merawat penyakit yang saya derita bila saya pulang ke rumah					
22	Perawat menjelaskan kepada saya kemana saya harus berobat bila saya sudah pulang ke rumah					
23	Perawat memberi kebebasan kepada saya untuk mengambil keputusan					
24	Perawat menjelaskan prosedur dari suatu tindakan keperawatan yang akan saya jalani					
25	Saya yakin perawat yang merawat saya mampu mengkomunikasikan kebutuhan saya kepada tim kesehatan lain yang berwenang					

No	Apa yang anda inginkan/rasakan saat anda dirawat?	HARAPAN				
		STS	TS	KS	S	SS
26	Lingkungan dimana saya dirawat selalu terjaga ketenangannya					
27	Saya segera mendapatkan pelayanan saat saya membutuhkan					
28	Perawat mendengarkan keluhan saya sampai saya selesai mengungkapkan apa yang saya rasakan					
29	Perawat memberi tahu kepada saya siapa yang bisa dihubungi saat saya membutuhkan perawat					
30	Perawat memberitahukan kepada saya tindakan yang selanjutnya akan dilakukan beserta waktu pelaksanaannya					
31	Saya tidak nyaman dirawat di rumah sakit ini karena lingkungan dimana saya dirawat tidak tenang					
32	Perawat menjelaskan kepada saya cara yang paling cepat untuk meminta pertolongan saat saya membutuhkan perawat					
33	Jika keluarga saya harus dirawat, saya akan merekomendasikan kepada keluarga saya agar dirawat di rumah sakit ini karena perawat di rumah sakit ini ramah					
34	Perawat menjelaskan cara-cara merawat penyakit saya bila pulang ke rumah kepada keluarga saya					
35	Penjelasan yang diberikan oleh perawat membantu menangani masalah kesehatan yang saya derita					

KUISONER C**KEPUASAN PASIEN TERHADAP DIMENSI LAYANAN PERAWATAN**

Kepada pelanggan yang terhormat, demi peningkatan pelayanan di rumah sakit ini, kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk mengisi kuisisioner ini. Kuisisioner ini disebarakan untuk menilai seberapa besar tingkat kepuasan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari yang dirawat di Rumah Sakit ini terhadap pelayanan yang telah diberikan oleh perawat. Kuisisioner ini berisi tentang kenyataan akan bentuk pelayanan yang Bapak/Ibu/Saudara/Saudari dapatkan saat masuk dan dirawat di RSUD Tasikmalaya. Oleh karena itu, besar harapan kami agar Bapak/Ibu/Saudara/Saudari berkenan mengisi sesuai dengan pelayanan yang telah anda dapatkan. Sebelumnya kami ucapkan terimakasih.

1. Identitas Responden

- a. Umur : tahun
- b. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
- c. Status kawin : Belum kawin Kawin
 Duda/janda
- d. Pendidikan terakhir : Tidak sekolah SD
 SMP SMA PT
- e. Pekerjaan : PNS Karyawan swasta
 Wiraswasta Petani Buruh
 Tidak bekerja

f. Rata-rata penghasilan yang diperoleh keluarga dalam satu bulan:

Rp.

g. Saat ini sedang dirawat hari ke:

h. Dirawat di kelas: VIP Utama I

I II

i. Menurut Ibu/Bapak/Saudara/Saudari, penyakit yang anda derita saat ini:

1. Berat, membutuhkan banyak pertolongan dari perawat
2. Sedang, membutuhkan beberapa pertolongan dari perawat
3. Ringan, membutuhkan sedikit pertolongan dari perawat

2. Kuisiener kepuasan pasien

Pilihlah **STS** bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **tak pernah** sama sekali anda rasakan selama anda dirawat di RSUD ini

TS bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **jarang** anda rasakan selama anda dirawat di RSUD ini

KS bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **kadang-kadang** anda rasakan selama anda dirawat di RSUD ini

S bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **sering** anda rasakan selama anda dirawat di RSUD ini

SS bila pernyataan yang tertera pada kuisiener **selalu** anda rasakan selama anda dirawat di RSUD ini

No	Apa yang anda inginkan/rasakan saat anda dirawat?	KENYATAAN				
		STS	TS	KS	S	SS
1	Perawat yang akan merawat saya menyebutkan namanya saat bertemu pertama kali					
2	Saat saya nampak sedih perawat menghibur saya					
3	Perawat mengatakan dengan jujur perkembangan penyakit saya					
4	Perawat cepat datang setiap kali saya memanggilnya					
5	Penjelasan yang diberikan oleh perawat membuat saya menjadi tenang					
6	Perawat tidak menanggapi keluhan yang saya ungkapkan					
7	Sebelum saya pulang, perawat menjelaskan tentang cara-cara merawat bila saya pulang ke rumah					
8	Perawat menatap wajah saya saat berbicara dengan saya					
9	Saat saya nampak cemas dan takut, perawat menghibur saya					
10	Perawat menanyakan kesiapan saya sebelum melakukan tindakan keperawatan					
11	Perawat memberikan penjelasan dengan menggunakan kata-kata yang bisa saya mengerti					
12	Perawat datang walau saya tidak memanggilnya					
13	Perawat memberi penjelasan dengan terburu-buru					
14	Tak satupun penjelasan dari perawat yang mampu mengurangi perasaan cemas saya akan mahalnnya biaya yang harus dibayar di rumah sakit ini					

No	Apa yang anda inginkan/rasakan saat anda dirawat?	KENYATAAN				
		STS	TS	KS	S	SS
15	Perawat memberikan penjelasan tentang gejala apa saya yang harus saya waspadai bila penyakit saya kambuh					
16	Saya akan kembali lagi ke rumah sakit ini bila saya membutuhkan pertolongan lagi					
17	Perawat menghibur saat saya sedang sedih dengan kondisi kesehatan saya					
18	Setiap kali berbicara, perawat nampak sangat menguasai apa yang disampaikan					
19	Setelah mendapatkan penjelasan dari perawat, saya kini menjadi lebih tahu tentang status kesehatan saya					
20	Perawat menjelaskan tindakan yang dapat mengurangi rasa sakit yang saya derita dengan baik					
21	Perawat menjelaskan cara-cara merawat penyakit yang saya derita bila saya pulang ke rumah					
22	Perawat menjelaskan kepada saya kemana saya harus berobat bila saya sudah pulang ke rumah					
23	Perawat memberi kebebasan kepada saya untuk mengambil keputusan					
24	Perawat menjelaskan prosedur dari suatu tindakan keperawatan yang saya jalani					
25	Saya yakin perawat yang merawat saya mampu mengkomunikasikan kebutuhan saya kepada tim kesehatan lain yang berwenang					

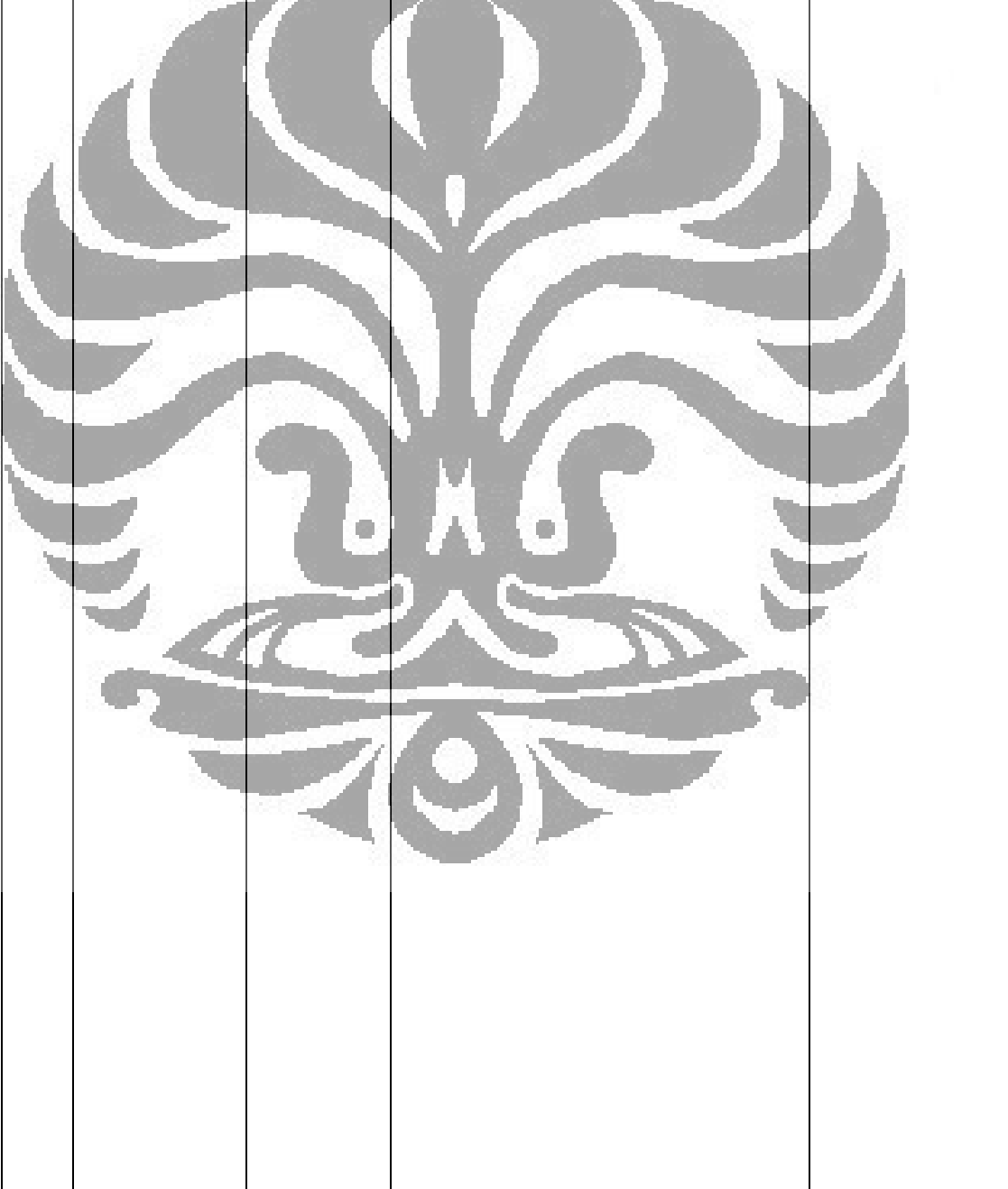
No	Apa yang anda inginkan/rasakan saat anda dirawat?	KENYATAAN				
		STS	TS	KS	S	SS
26	Lingkungan dimana saya dirawat selalu terjaga kebersihannya					
27	Saya segera mendapatkan pelayanan saat saya membutuhkan					
28	Perawat mendengarkan keluhan saya sampai saya selesai mengungkapkan apa yang saya rasakan					
29	Perawat memberi tahu kepada saya siapa yang bisa dihubungi saat saya membutuhkan perawat					
30	Perawat memberitahukan kepada saya tindakan yang selanjutnya akan dilakukan beserta waktu pelaksanaannya					
31	Saya tidak nyaman dirawat di rumah sakit ini karena lingkungan dimana saya dirawat tidak tenang					
32	Perawat menjelaskan kepada saya cara yang paling cepat untuk meminta pertolongan saat saya membutuhkan perawat					
33	Jika keluarga saya harus dirawat, saya akan merekomendasikan kepada keluarga saya agar dirawat di rumah sakit ini karena perawat di rumah sakit ini ramah					
34	Perawat menjelaskan cara-cara merawat penyakit saya bila pulang ke rumah kepada keluarga saya					
35	Penjelasan yang diberikan oleh perawat membantu menangani masalah kesehatan yang saya derita					

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Rahayu Iskandar

NRM : 0606027253

Judul Thesis : Pengaruh Penerapan Komunikasi Terapeutik Pada Perawat Terhadap Peningkatan Kepuasan Pasien Yang Dirawat di Ruang Rawat Inap Dewasa RSUD Tasikmalaya

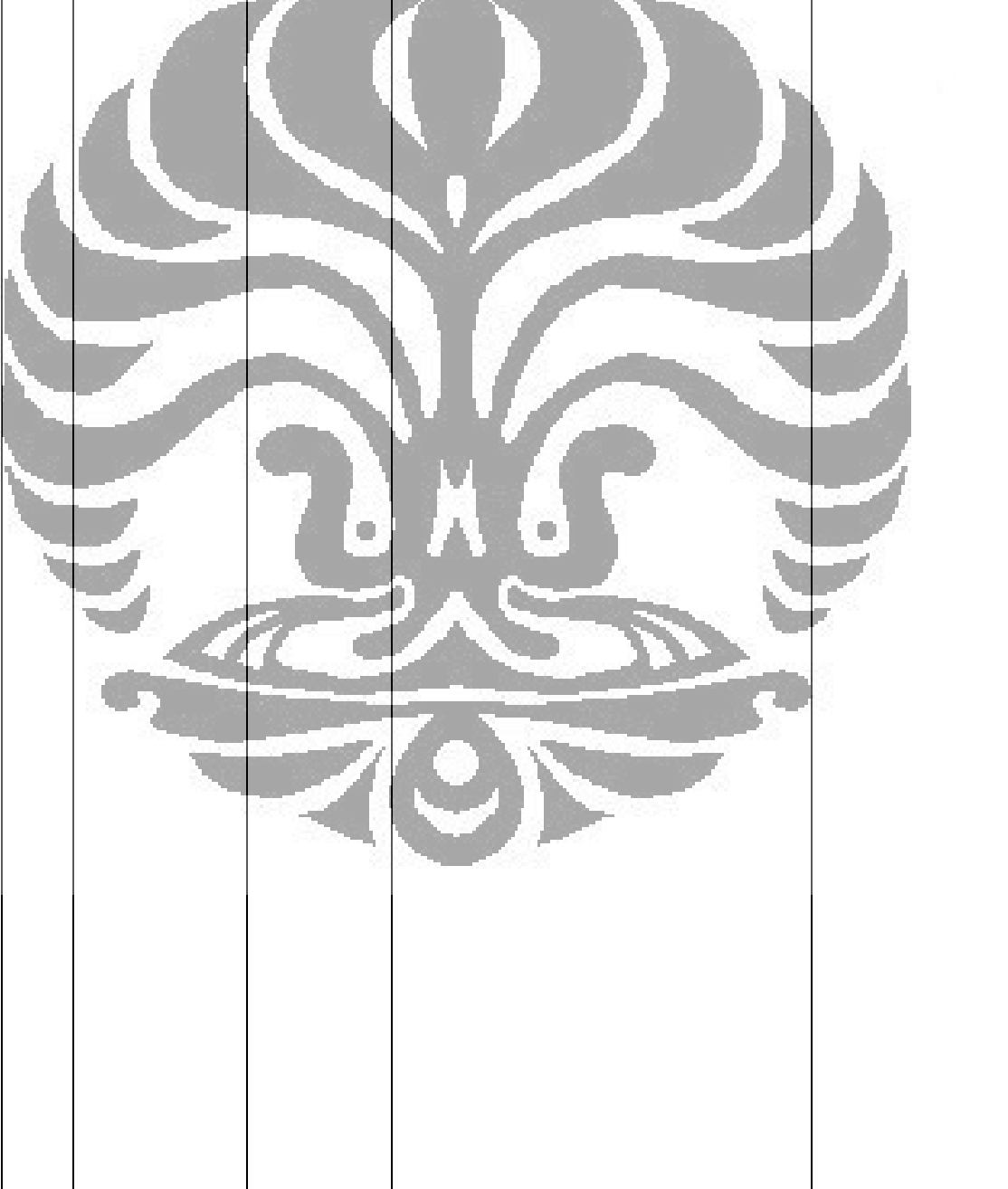
NO	TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	TANDA TANGAN
				

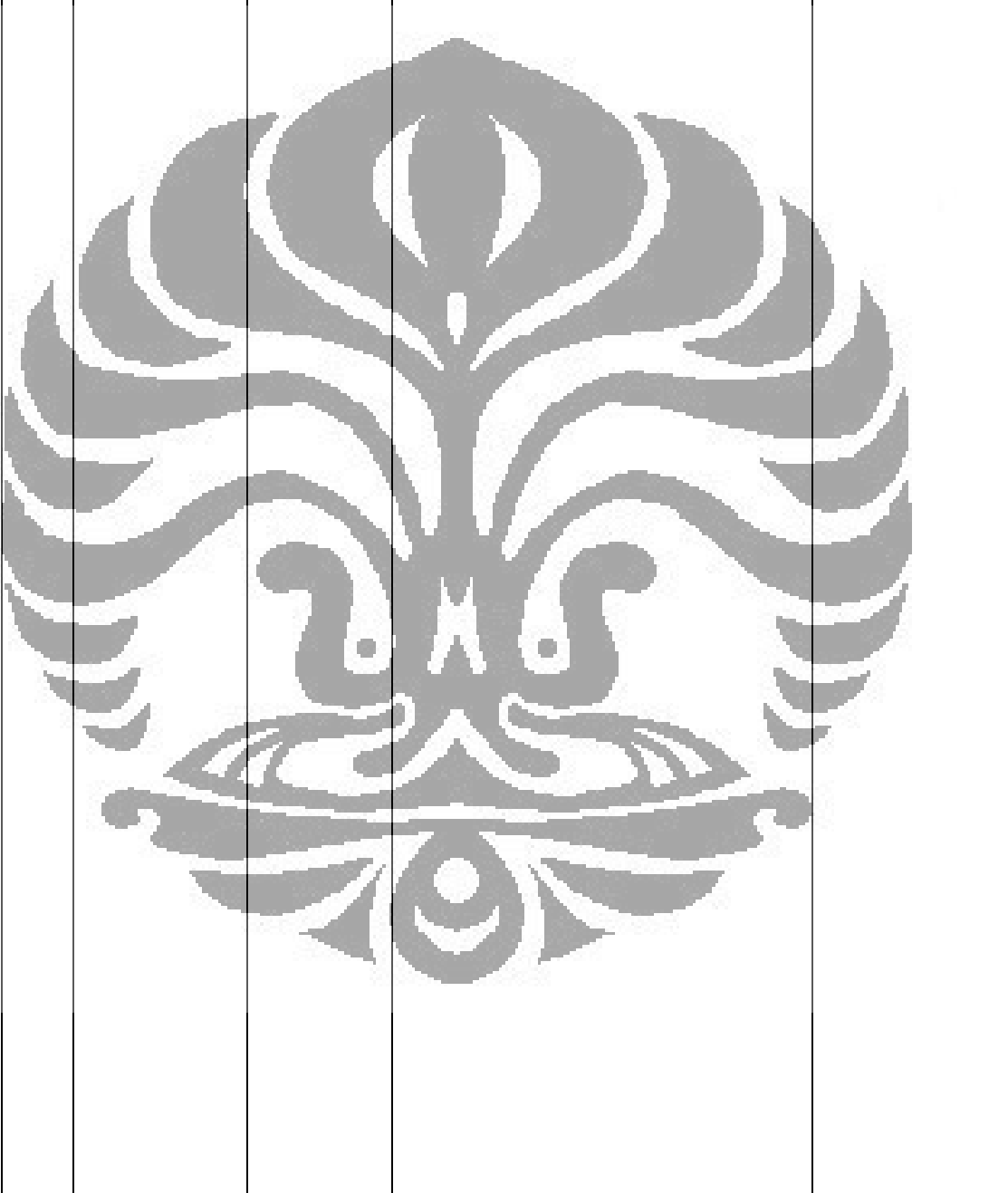
LEMBAR KONSULTASI

Nama : MUNCUL WIYANA

NRM : 0606027190

**Judul Thesis : Pengaruh Pelatihan Komunikasi Dan Supervisi Manajer
Ruangan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang
Rawat Inap Rsd Kabupaten Madiun**

NO	TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	TANDA TANGAN
				

NO	TANGGAL	BAB	URAIAN KONSULTASI	TANDA TANGAN
				



UNIVERSITAS INDONESIA

MODUL PELATIHAN

**UPAYA PERAWAT MENINGKATKAN KEPUASAN PASIEN
MELALUI PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK**

Disusun oleh:
Rahayu Iskandar, S.Kep, Ners

**KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2008**

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat Rahmat-Nya, kegiatan penyusunan modul pelatihan dengan judul “**Upaya perawat meningkatkan kepuasan pasien melalui penerapan komunikasi terapeutik**” dapat diselesaikan. Penulis menyadari tersusunnya modul ini berkat dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc.PhD selaku Ketua Program Pascasarjana sekaligus koordinator Mata Ajar Thesis.
3. DR. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan arahan dalam penyusunan modul ini
4. Teman-teman angkatan Program Pascasarjana Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2006
5. Staf Perpustakaan, Laboratorium komputer yang memberikan akses untuk mendapatkan sumber dalam penulisan.

Penulis menyadari bahwa proposal ini belum sempurna, untuk itu kritik dan saran demi sempurnanya proposal ini sangat kami harapkan.

Demikian, semoga proposal ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Tasikmalaya, Maret 2008

Penulis.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
BAB II PENYELENGGARAAN PELATIHAN	5
A. Tujuan	5
B. Sasaran	5
C. Waktu, tempat dan strategi pelatihan	5
D. Materi pelatihan	7
E. Pelaksana pelatihan	7
F. Narasumber	7
G. Evaluasi	8
BAB III MATERI DAN STRUKTUR PROGRAM	9
BAB IV MODUL DAN MATERI PELATIHAN	10
A. Modul 1 Dinamika kelompok	11
B. Modul 2 Konsep dasar komunikasi terapeutik	13
C. Modul 3 Tahapan komunikasi terapeutik	23
D. Modul 4 Kualitas komunikasi terapeutik	28
E. Modul 5 Aplikasi komunikasi terapeutik dengan contoh kasus	38
F. Modul 6 Role play komunikasi terapeutik	54
G. Modul 7 Bimbingan klinik komunikasi terapeutik	61
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Rahayu Iskandar

Tempat/tanggal lahir : Jakarta, 5 Agustus 1975

Jenis kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Staf dosen di STIKes BTH Tasikmalaya

Alamat rumah : Perum Imbanagara Blok B No. 3 Imbanagara Ciamis

Alamat instansi : Jl. Cilolohan No. 36 Tasikmalaya

Riwayat Pendidikan:

Tahun 2002 lulus S1 Keperawatan di PSIK Universitas Gajah Mada Yogyakarta

Tahun 1996 lulus Diploma III Keperawatan di AKPER BTH Tasikmalaya

Tahun 1993 lulus SMAN 1 Cihaurbeuti Ciamis Jawa Barat

Tahun 1990 lulus SMPN 1 Panumbangan Ciamis Jawa Barat

Tahun 1987 lulus SDN 13 Kebayoran Baru Jakarta Selatan

Riwayat Pekerjaan:

Tahun 2004 – sekarang sebagai staf dosen STIKes BTH Tasikmalaya

Tahun 1997 – 2004 sebagai staf dosen AKPER BTH Tasikmalaya

Tahun 1996 – 1997 sebagai tenaga kontrak Puskesmas Ciawi Tasikmalaya