



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT ANAK
DAN TINGKAT KEPUASAN KELUARGA YANG
ANAKNYA MENJALANI HOSPITALISASI
DI RSUD AL – IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT**

TESIS

**ASIH FATRIANSARI
NPM. 0906594892**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK
JULI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT ANAK
DAN TINGKAT KEPUASAN KELUARGA YANG
ANAKNYA MENJALANI HOSPITALISASI
DI RSUD AL – IHSAN
PROVINSI JAWA BARAT**

TESIS

*Diajukan sebagai salah satu syarat memperoleh gelar
Magister Keperawatan*

**ASIH FATRIANSARI
NPM. 0906594892**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN ANAK
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Asih Fatriansari

NPM : 0906594892

Tanda Tangan : 

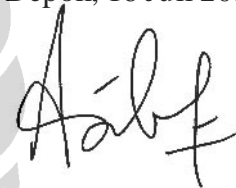
Tanggal : 16 Juli 2012

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya

Depok, 16 Juli 2012



Asih Fatriansari

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Asih Fatriansari
NPM : 0906594892
Program Studi : Magister Keperawatan
JudulTesis : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Anak
Dan Tingkat Kepuasan Keluarga Yang Anaknya
Menjalani Hospitalisasi Di RSUD Al Ihsan Provinsi
Jawa Barat

Telah berhasil dipertahankan di hadapan dewan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Nani Nurhaeni, SKp., MN

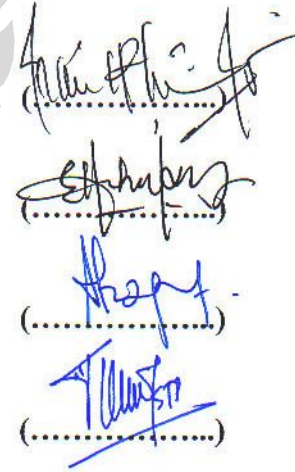
Pembimbing : Elfi Syahreni, M.Kep.,Sp.Kep.An.

Penguji : Nur Agustini ,SKp, M.Si

Penguji : Titi Sulastri, SKp., M.Kes.

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 16 Juli 2012



(.....)
(.....)
(.....)
(.....)

PANITIA SIDANG TESIS

Depok, 16 Juli 2012

Ketua

Nani Nurhaeni, SKp, MN.

Anggota

Elfi Syahreni, SKp, M.Kep.,Sp.Kep.An

Anggota

Nur Agustini, SKp,

Anggota

Titi Sulastri, SKp, MKes

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan tesis ini, dengan judul “Hubungan komunikasi terapeutik perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Magister Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Peneliti menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini tidak lepas dari bimbingan, bantuan, dorongan serta doa dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

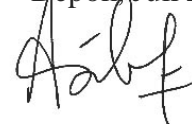
1. Ibu Nani Nurhaeni, SKp., MN., selaku Pembimbing I yang selalu meluangkan waktunya untuk memberikan motivasi, bimbingan, dan arahan kepada peneliti.
2. Ibu Elfi Syahreni, MKep., Sp.Kep.An., selaku Pembimbing II yang selalu memberikan bimbingan dan dapat meluangkan waktunya kepada peneliti.
3. Ibu Dewi Irawaty, MA., PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Astuti Yuni Nursasi, SKp., MN., selaku Ketua Program Studi Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Ibu Nur Agustini, SKp.,MSi., selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan berbagai pertimbangan untuk kebaikan penyusunan tesis ini.
6. Ibu Titi Sulastri, SKp, MKes., selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan berbagai pertimbangan untuk kebaikan penyusunan tesis ini.
7. H. Pandith Arismunandar, dr., MM selaku Direktur RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang telah memberikan ijin kepada peneliti untuk melakukan penelitian di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.
8. Ibu Yani Maryani, S.Kep., Ners., selaku Kepala Bidang Keperawatan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat beserta segenap staf dan Kepala Bidang Diklat

RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat beserta staf yang telah banyak membantu dengan berbagai kemudahan, sehingga penyusunan tesis dapat selesai tepat pada waktunya.

9. Bapak dr. H. Ibrahim Edy Sapada, MKes., selaku Ketua STIK Siti Khadijah Palembang yang selalu memberikan dukungan moril kepada peneliti selama menempuh kuliah ini.
10. Bapak Haris Sofyana, S.Kep., Ners., MKep., selaku guru, pembimbing lapangan dan sahabat peneliti, yang selalu memberi bantuan, dukungan, dan bimbingan selama peneliti menempuh kuliah, khususnya pada saat penyusunan tesis ini.
11. Papa, Ibu, Mas Iwan, Mbak Yanti, dan Rian, selaku keluargaku yang selalu memotivasi dan memberi dukungan moril serta spiritual selama menempuh kuliah ini, serta menjadi penyemangat penulis setiap kali penulis menghadapi kesulitan.
12. Yang tercinta, Papa Afif dan Afif (Suami dan Anak Tercinta), yang selalu dengan penuh kasih, kesabaran, ketulusan dan pengertian untuk selalu mendampingi penulis selama mengikuti pendidikan pada Program Magister Keperawatan FIK UI.
13. Teman-teman seperjuangan dan teman-teman angkatan 2009 – 2010 Magister Keperawatan Kekhususan Anak FIK UI atas bantuan, dukungan, serta motivasi yang diberikan selama menempuh kuliah ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan tesis ini

Depok, Juli 2012



Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Asih Fatriansari
NPM : 0906594892
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Anak
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis karya : Tesis

Demi mengembangkan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Anak dan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al- Ihsan Provinsi Jawa Barat

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 16 Juli 2012

Yang menyatakan



(Asih Fatriansari)

ABSTRAK

Nama : Asih Fatriansari
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Anak Dan Tingkat Kepuasan Keluarga Yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi Di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat

Komunikasi terapeutik perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga merupakan variabel yang menjadi fokus dalam penelitian ini. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi hubungan komunikasi terapeutik perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Provinsi Al Ihsan Jawa Barat. Desain penelitian ini Cross-Sectional. Kelompok sampel dibagi menjadi dua kelompok, yaitu perawat anak dan keluarga, dengan jumlah 23 orang pada tiap kelompoknya. Hasil penelitian didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi terapeutik perawat anak dengan tingkat kepuasan keluarga ($p=0,0005$). Rekomendasi penelitian ini, komunikasi terapeutik disadari perawat anak sebagai suatu metoda dalam peningkatan kepuasan klien anak dan keluarga.

Kata kunci: komunikasi terapeutik perawat anak, tingkat kepuasan keluarga.

ABSTRACT

Name : Asih Fatriansari
Study Program : Master Of Nursing
Tittle : Relationship Between Pediatric Nurse`s Therapeutic Communication And The Family`s Level Of Satisfaction With Hospitalized Child In Al Ihsan Hospital, West Java.

The focus in this study was on the pediatric nurse`s communication and the family`s level of satisfaction. This study aimed to identify the relationship between the pediatric nurse`s therapeutic communication and the level of satisfaction of the family with hospitalized child in Al Ihsan Hospital, West Java. In this cross-sectional study, the sample was divided into two groups consisting 23 participants each. The result found a significant relationship between the pediatric nurse`s therapeutic communication and the family`s level of satisfaction ($p=0,0005$). This study recommends the nurses to increase the awareness of applying therapeutic communication to increase the level of satisfaction of the family and the patient.

Keywords: pediatric nurse`s therapeutic communication, family`s level of satisfaction

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Hospitalisasi pada Anak	8
2.2 Konsep <i>Family Centered Care</i> (FCC)	14
2.3 Konsep Komunikasi Terapeutik Perawat Anak	21
2.4 Konsep Tingkat Kepuasan Keluarga	35
2.5 Aplikasi Teori Keperawatan Model Caring Swanson pada Komunikasi Terapeutik Perawat Anak dengan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	42
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian	45
3.2 Hipotesis Penelitian	46
3.3 Definisi Operasional	47

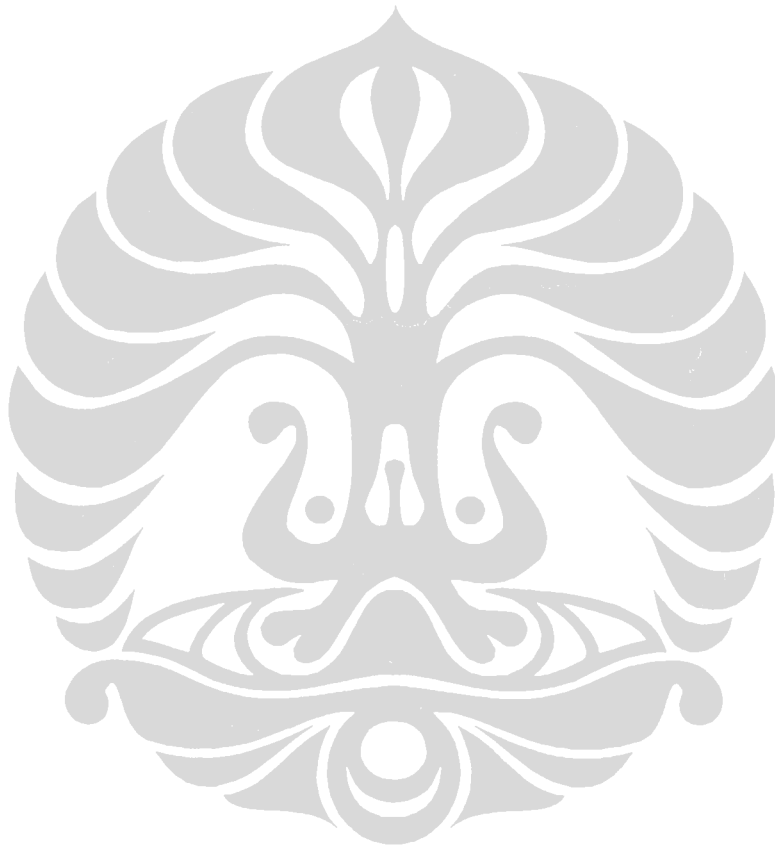
BAB 4	METODE PENELITIAN	
4.1	Desain Penelitian	49
4.2	Populasi dan Sampel	50
4.3	Tempat Penelitian	51
4.4	Waktu Penelitian	51
4.5	Etika Penelitian	52
4.6	Alat Pengumpulan Data	53
4.7	Uji Validitas Dan Reliabilitas	54
4.8	Prosedur Pengumpulan Data	55
4.9	Pengolahan dan Analisis Data	57
BAB 5	HASIL PENELITIAN	
5.1	Karakteristik Perawat Anak	60
5.2	Karakteristik Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	62
5.3	Komunikasi Terapeutik Perawat Anak	64
5.4	Tingkat Kepuasan Keluarga	64
5.5	Karakteristik Perawat Anak Terhadap Komunikasi Terapeutik Perawat Anak	65
5.6	Karakteristik Keluarga Terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	66
5.7	Komunikasi Terapeutik Perawat Anak Terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	71
BAB 6	PEMBAHASAN	
13.1.	Interpretasi dan Hasil Penelitian	72
13.2.	Keterbatasan Penelitian	84
13.3.	Implikasi Hasil Penelitian	85
BAB 7	SIMPULAN DAN SARAN	
7.1	Simpulan	86
7.2	Saran	87

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.6. Kerangka Teori Penelitian	44
Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian	45



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Definisi Operasional	47
Tabel 5.1. Distribusi Karakteristik Perawat Anak Berdasarkan Tingkat Pendidikan Perawat, Lama Bekerja Perawat, dan Pelatihan yang Pernah Diikuti	61
Tabel 5.2. Distribusi Lama Bekerja Perawat Anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat	61
Tabel 5.3. Distribusi Karakteristik Keluarga Berdasarkan Usia Orangtua di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat	62
Tabel 5.4. Distribusi Karakteristik Keluarga Berdasarkan Jenis Kelamin Orangtua, Jumlah Anak, Pendidikan Orangtua, Pekerjaan Orangtua di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat	63
Tabel 5.5. Distribusi Komunikasi Terapeutik Perawat Anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat	64
Tabel 5.6. Distribusi Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat	64
Tabel 5.7. Distribusi Lama Bekerja Perawat Terhadap Komunikasi Terapeutik Perawat Anak	65
Tabel 5.8. Distribusi Usia Orangtua terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	66
Tabel 5.9. Distribusi Jenis Kelamin Orangtua dengan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	67
Tabel 5.10. Distribusi Jumlah Anak dengan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	68
Tabel 5.11. Distribusi Tingkat Pendidikan Orangtua dengan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	69
Tabel 5.12. Distribusi Pekerjaan Orangtua dengan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	70
Tabel 5.13. Distribusi Komunikasi Terapeutik Perawat Anak dengan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	71

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar persetujuan penelitian
- Lampiran 2. Data Karakteristik Responden
- Lampiran 3. Instrumen Angket Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya
Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat
- Lampiran 4. Instrumen Lembar Observasi Komunikasi Terapeutik Perawat Anak
- Lampiran 5. Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 6. Surat Keterangan Ijin Penelitian dari FIK UI
- Lampiran 7. Surat Ijin Penelitian dari RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat



BAB 1

PENDAHULUAN

Dalam bab ini akan dibahas tentang latar belakang, tujuan penelitian, dan manfaat penelitian.

1.1. Latar Belakang

Keadaan sakit dan keharusan untuk menjalani perawatan di rumah sakit, akan mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis seorang anak. Hal ini disebut dengan hospitalisasi. Hospitalisasi merupakan hal yang dapat menyebabkan timbulnya stres bagi anak berkaitan dengan adanya perubahan lingkungan dan status kesehatan yang mereka alami. Wong (2004) menjelaskan bahwa hospitalisasi adalah keadaan krisis pada saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit sehingga harus beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit. Hal yang sama dikemukakan oleh Hockenberry, Wilson dan Winkelstein (2009) bahwa hal utama yang dapat menyebabkan stres dari proses hospitalisasi adalah perpisahan dari orangtua, kehilangan kontrol, serta takut akan cedera tubuh dan nyeri.

Hospitalisasi dapat menimbulkan reaksi yang berbeda pada setiap tahapan tumbuh kembang anak. Theofanidis (2006) menyatakan bahwa kondisi anak yang memburuk harus menjalani hospitalisasi dalam waktu lama, sehingga berdampak pada perkembangan anak. Dibutuhkan peran keluarga, sebagai bagian integral yang tak terpisahkan dari anak, dalam membantu mengatasi dampak hospitalisasi tersebut. Keluarga sebagai pusat pelayanan dalam pendekatan keperawatan anak akan membantu proses pelayanan keperawatan selama hospitalisasi, sehingga perlu dilibatkan secara aktif. Ball dan Bindler (2003) menjelaskan bahwa keluarga perlu diberikan informasi terkait dengan segala sesuatu yang berhubungan dengan proses hospitalisasi, sehingga keluarga dapat memahami bahwa hospitalisasi dapat menimbulkan reaksi yang berbeda pada anak sesuai dengan tahapan tumbuh kembangnya.

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang paling sering berinteraksi dengan klien anak dan keluarga harus dapat menempatkan keluarga sebagai bagian integral dari setiap asuhan keperawatan yang diberikan (American Academy of Pediatrics, 2003). Hal ini sesuai dengan pendekatan perawatan anak yang berfokus pada keluarga atau *family centered care (FCC)*. Keterlibatan keluarga dalam proses perawatan anak selama anak sakit akan membantu meningkatkan kepuasan keluarga terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan sekaligus memandirikan keluarga dalam perawatan anak selanjutnya. Salah satu upaya meningkatkan kepuasan klien anak dan keluarga adalah dengan penerapan komunikasi terapeutik perawat selama masa hospitalisasi klien anak di rumah sakit.

Perawat membutuhkan komunikasi dalam memberikan asuhan keperawatannya. Pada profesi keperawatan menurut Marlindawani (2007), komunikasi menjadi sangat bermakna karena merupakan metoda utama dalam mengimplementasikan proses keperawatan. Definisi komunikasi sendiri menurut Pawito dan Sardjono (1994) adalah suatu proses dimana suatu pesan dipindahkan (lewat suatu saluran) dari suatu sumber kepada penerima dengan maksud mengubah perilaku, perubahan dalam pengetahuan, sikap dan atau perilaku lainnya. Sedangkan komunikasi dalam bidang keperawatan menurut Setianti (2007) merupakan proses untuk menciptakan hubungan antara perawat dan klien, untuk mengenal kebutuhan klien, merencanakan tindakan, serta kerjasama dalam pemenuhan kebutuhan klien.

Perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesi dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi keperawatan dan citra rumah sakit (Yani dalam Marlindawani, 2007), tetapi yang paling penting adalah pengalaman ilmu dalam pemberian pertolongan terhadap sesama manusia. Perawat anak dalam memberikan asuhan keperawatannya tidak terlepas dari komunikasi perawat itu sendiri dengan klien anak dan keluarga yang dapat

mempengaruhi kepuasan klien anak dan keluarga. Kepuasan keluarga klien anak merupakan tingkat penerimaan dan respon keluarga klien anak terhadap pemberian pelayanan keperawatan yang diberikan. Pelayanan keperawatan tersebut dapat berupa komunikasi yang diberikan perawat terhadap kliennya. Suryani (2007) dalam Mappa (2009) menyatakan bahwa jika klien tidak puas, maka kinerja dari perawat dapat terhambat, dikarenakan klien dapat melakukan tindakan-tindakan yang dapat menghambat kerja petugas kesehatan dalam hal ini perawat, klien tidak mau kembali ke instalasi karena ketidakpuasan tersebut dan juga klien merasa sia-sia karena telah mengeluarkan biaya demi kesembuhannya.

Pentingnya komunikasi dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan diungkapkan oleh beberapa peneliti, diantaranya Isriqomah (2003) yang dalam penelitiannya melihat tentang persepsi pasien tentang keterampilan komunikasi terapeutik perawat di Rumah Sakit Islam Aisyiyah Malang, menghasilkan kecenderungan positif dari persepsi pasien tentang keterampilan komunikasi terapeutik perawat. Penelitian lainnya dilakukan oleh Resnani (2002) yaitu tentang pengaruh komunikasi dokter terhadap kepuasan pasien rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. M. Yunus Kota Bengkulu, dengan hasil adanya pengaruh positif komunikasi dokter terhadap kepuasan pasien rawat jalan.

Penelitian terkait lainnya adalah penelitian yang dilakukan oleh Mapa (2009). Dalam penelitiannya, hubungan persepsi pasien tentang komunikasi perawat dengan kepuasan pasien terhadap komunikasi di RSUP Soeradji Tirtonegoro Klaten, menunjukkan adanya hubungan positif antara persepsi pasien tentang komunikasi perawat dengan tingkat kepuasan pasien terhadap komunikasi. Terdapat juga studi pendahuluan terkait cukup signifikannya hubungan komunikasi perawat dengan klien anak dan keluarga. Studi tersebut dilakukan oleh Naviati (2010) bertempat di RSAB Harapan Kita dengan mewawancarai beberapa keluarga klien anak yang menjalani hospitalisasi, yang menghasilkan keluarga menyatakan bahwa komunikasi dan informasi dari

perawat anak adalah salah satu hal yang mampu mengurangi kecemasan keluarga terhadap masalah kesehatan anaknya yang sedang dirawat. Komunikasi perawat anak yang baik yaitu yang menggunakan bahasa yang mudah dipahami dan bersikap empati pada kondisi klien anak dan keluarga merupakan hal yang menurut keluarga sangat membantu mereka dalam memahami hospitalisasi pada anak.

Penelitian terkait hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepuasan klien yang mendapat pelayanan keperawatan dikemukakan oleh Darmawan (2009). Dalam penelitiannya, Darmawan mengungkapkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penerapan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepuasan klien tentang pelayanan keperawatan. Namun dalam penelitian ini yang menjadi tolak ukur hasil penelitian hanya pada persepsi klien tentang komunikasi terapeutik perawat yang dikaitkan dengan tingkat kepuasannya terhadap pelayanan keperawatan, tanpa melihat bagaimana perawat melakukan komunikasi terapeutik itu sendiri dalam memberikan pelayanan keperawatan ke klien.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat rata-rata tingkat kepuasan klien anak selama dilakukan pelayanan kesehatan dan keperawatan anak pada tahun 2010 adalah 80-85%. Walaupun demikian, masih sering dijumpai adanya keluhan dari keluarga tentang pelayanan keperawatan yang masih dianggap kurang. Angka kunjungan klien ke ruang rawat inap anak pada periode 2011 cukup tinggi yaitu sebanyak 2.929 kunjungan (77,66%) untuk ruang perawatan anak dan 1.690 (88,53%) kunjungan untuk ruangan perinatologi. Selain itu, angka klien yang pulang dengan keinginan sendiri di ruang rawat inap anak dan perinatologi sebesar 13,74%. Angka klien pulang dengan keinginan ini sebagian besar terjadi di ruangan perinatologi sebesar 26,77%, sedangkan ruang rawat inap anak 6,22%. Penyebab utama kejadian klien yang pulang dengan keinginan sendiri adalah karena ketidaktahuan klien dan keluarga terhadap kondisi perkembangan kesehatan klien, sehingga menyebabkan mereka lebih banyak

meminta dipulangkan. Selain itu penyebab lainnya adalah kondisi terminal klien, pertimbangan sosial ekonomi serta pertimbangan keterbatasan sarana dan prasarana penunjang yang menyebabkan klien dan keluarga meminta alih rawat. Hal ini mengindikasikan bahwa komunikasi dan kerjasama antara perawat dan keluarga belum terjalin dengan baik sehingga memungkinkan adanya perbedaan persepsi tentang pelayanan keperawatan yang diberikan di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.

Pentingnya komunikasi terapeutik perawat dalam pemberian pelayanan keperawatan profesional dengan tujuan peningkatan kepuasan keluarga sebagai objek dari asuhan keperawatan, dan belum teridentifikasi adanya penelitian yang mengangkat tentang penerapan teknik komunikasi perawat anak yang dihubungkan dengan tingkat kepuasan keluarga dengan anak hospitalisasi, melatarbelakangi peneliti untuk melihat lebih jauh tentang hubungan tersebut. Berangkat dari hal yang melatarbelakangi tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul: “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Anak dan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat”.

1.2. Rumusan Masalah

Keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak, harus ditempatkan oleh perawat anak sebagai bagian integral dari asuhan keperawatan yang diberikannya kepada klien anak. Keterlibatan keluarga dalam proses perawatan anak selama anak sakit akan membantu meningkatkan kepuasannya terhadap pelayanan asuhan keperawatan. Kepuasan keluarga klien anak merupakan tingkat penerimaan dan respon keluarga klien anak terhadap pemberian pelayanan keperawatan yang diberikan. Salah satu upaya meningkatkan kepuasan keluarga klien anak adalah dengan penerapan komunikasi terapeutik perawat selama masa hospitalisasi klien anak di rumah sakit.

Komunikasi terapeutik merupakan salah satu metode dalam mengimplementasikan proses keperawatan. Beberapa hasil penelitian dan pendapat para ahli telah menunjukkan pentingnya komunikasi terapeutik perawat dalam proses pelayanan keperawatan dan upaya peningkatan kepuasan klien dan keluarga, namun pada kenyataannya masih saja ada keluhan dari keluarga terkait pelayanan yang diberikan perawat, utamanya terkait komunikasi yang dilakukan oleh perawat.

Hal tersebut yang mendasari peneliti untuk melakukan penelitian dengan rumusan masalah penelitian sebagai berikut: *“Bagaimana hubungan antara komunikasi terapeutik perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat?”*.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan komunikasi terapeutik perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.3.2. Tujuan Khusus

- 1.3.2.1. Teridentifikasinya karakteristik perawat anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.
- 1.3.2.2. Teridentifikasinya karakteristik keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.
- 1.3.2.3. Teridentifikasinya komunikasi terapeutik perawat anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.
- 1.3.2.4. Teridentifikasinya tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

- 1.3.2.5. Teridentifikasinya faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik perawat anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.
- 1.3.2.6. Teridentifikasinya faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.
- 1.3.2.7. Teridentifikasinya hubungan komunikasi terapeutik perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

1.4. Manfaat

1.4.1. Bagi Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini dapat menjadi landasan pengembangan ilmu keperawatan anak terkait hospitalisasi, keperawatan anak yang berfokus pada keluarga (*family centered care*), dan komunikasi terapeutik perawat anak. Sedangkan bagi pendidikan, penelitian ini dapat dijadikan bahan rujukan bagi penelitian selanjutnya terkait komunikasi terapeutik perawat anak, tingkat kepuasan keluarga, serta proses hospitalisasi pada anak.

1.4.2. Bagi Pelayanan Keperawatan dan Masyarakat

Penelitian ini dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi perawat khususnya terkait komunikasi terapeutik perawat anak dalam meningkatkan angka kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi. Sedangkan bagi institusi pelayanan keperawatan, penelitian ini dapat menjadi salah satu indikator dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan dalam memenuhi standar akreditasi pelayanan rumah sakit, dan dapat dijadikan bahan masukan serta evaluasi bagi institusi pelayanan keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan integratif dan komprehensif kepada klien anak dan keluarga.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan dibahas tentang konsep hospitalisasi pada anak, konsep *family centered care* (FCC), konsep komunikasi terapeutik perawat anak, konsep tingkat kepuasan, dan aplikasi teori keperawatan model caring Swanson.

2.1. Konsep Hospitalisasi pada Anak

2.1.1. Definisi Hospitalisasi

Beberapa ahli telah memaparkan beberapa definisi hospitalisasi, diantaranya Costello (2008) yang mendefinisikan hospitalisasi sebagai sebuah proses masuknya seseorang ke rumah sakit sebagai seorang pasien karena berbagai alasan. Ahli lain berpendapat bahwa hospitalisasi didefinisikan sebagai suatu proses dirawat atau tinggal di rumah sakit yang dapat merupakan pengalaman baru dan seringkali menakutkan bagi seorang anak (Turkington dan Tzeel, 2004). Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa hospitalisasi adalah proses masuk dan dirawatnya seseorang atau anak di rumah sakit dengan berbagai alasan, yang kadang seringkali menakutkan bagi anak karena merupakan suatu pengalaman barunya.

2.1.2. Reaksi Anak terhadap Hospitalisasi

Menurut Hockenberry dan Wilson (2009), hospitalisasi merupakan keadaan krisis yang harus dihadapi anak. Keadaan krisis tersebut diakibatkan oleh stres karena adanya perubahan status kesehatan, prosedur perawatan yang harus dijalani, perubahan lingkungan sehari-hari, dan keterbatasan mekanisme koping terhadap stresor yang dimiliki. Stresor utama anak dengan hospitalisasi antara lain adalah perpisahan, kehilangan kendali, serta cedera tubuh dan nyeri. Stresor-stresor tersebut dapat menimbulkan reaksi yang beragam dari anak. Hockenberry dan Wilson (2009) menjelaskan bahwa reaksi anak terhadap krisis yang dihadapinya sebagai akibat dari proses hospitalisasi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah usia perkembangan anak, pengalaman anak sebelumnya

terhadap penyakit, perpisahan, kemampuan coping yang anak miliki atau dapatkan, keparahan penyakit, dan yang terakhir adalah ketersediaan sistem pendukung.

Berikut akan dipaparkan lebih lanjut mengenai stresor dan reaksi anak terhadap hospitalisasi menurut Hockenberry dan Wilson (2009):

2.1.2.1. Cemas akibat perpisahan

Kecemasan pada anak yang terjadi akibat perpisahan dengan orang tua atau orang yang menyayangi merupakan sebuah mekanisme pertahanan dan karakteristik normal dalam perkembangan anak (Mendez et al., 2008). Kecemasan akibat perpisahan merupakan stres terbesar yang ditimbulkan oleh hospitalisasi selama masa kanak-kanak awal. Frekuensi terjadinya kecemasan akibat perpisahan yang muncul pada anak tanpa disertai tanda-tanda klinik mencapai lebih dari 50% (Kaschani dan Overschel, 1990 dalam Mendez et al., 2008). Kecemasan ini mulai muncul pada saat anak berusia 8 bulan, mencapai puncaknya pada usia 12-24 bulan dan menurun pada saat anak berusia 2-3 tahun (Watkins, 2001). Jika perpisahan itu dapat dihindari, maka anak-anak akan memiliki kemampuan yang besar untuk menghadapi stres lainnya. Perilaku utama yang ditampilkan anak sebagai respon dari kecemasan akibat perpisahan ini terdiri atas tiga fase, yaitu fase protes (*protest*), putus asa (*despair*) dan menolak atau menyesuaikan diri (*denial/ detachment*) (Hockenberry dan Wilson, 2009).

Pada fase protes, anak-anak bereaksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orangtua. Anak menangis dan berteriak memanggil orangtuanya, menolak perhatian dari orang lain, dan sulit dikendalikan. Sedangkan secara khusus pada anak usia *toddler* (1-3 tahun) reaksi yang diperlihatkan antara lain menyerang orang lain secara verbal atau fisik, mencoba kabur atau menahan dengan kuat agar orangtuanya tetap tinggal bersamanya. Selama fase putus asa, tangisan berhenti dan mulai muncul depresi. Anak menjadi kurang aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain. Pada fase ketiga yaitu menolak atau menyesuaikan diri, anak secara sederhana sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan dan kehilangan yang di hadapi. Anak menjadi lebih tertarik pada lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain dan tampak membentuk hubungan baru. Hal tersebut merupakan upaya anak untuk melepaskan diri dari perasaan yang kuat terhadap keinginan akan keberadaan orangtuanya.

2.1.2.2. Kehilangan kontrol

Anak yang mengalami hospitalisasi biasanya mengalami kehilangan kontrol (Rennick et al., 2002, dalam Bowden dan Greenberg, 2008). Tidak seperti cemas akibat perpisahan yang berkurang seiring dengan meningkatnya usia, kontrol diri ini bersifat menetap karena anak berada di luar lingkungan normalnya. Kehilangan kontrol dapat menyebabkan perasaan tidak berdaya sehingga dapat memperdalam kecemasan dan ketakutan (Monaco, 1995). Anak usia *toddler* dan pra sekolah memiliki risiko tertinggi untuk kehilangan kontrol (Bowden dan Greenberg, 2008).

2.1.2.3. Cedera tubuh dan nyeri

Ketakutan terhadap cedera tubuh dan nyeri sering terjadi diantara anak-anak. Konsekuensi rasa takut ini dapat sangat mendalam. Anak-anak yang mengalami lebih banyak rasa takut dan nyeri karena pengobatan akan merasa lebih takut terhadap nyeri di masa dewasa dan cenderung menghindari perawatan medis (Pate et al., 1996 dalam Hockenberry, Wilson dan Winkelstein, 2005).

Selama dilakukan masa perawatan, anak akan mendapatkan berbagai tindakan medis dan keperawatan. Menurut Mitchel dan Whitney (2001), injeksi atau pemberian suntikan merupakan salah satu prosedur *invasive* yang menyebabkan ketidaknyamanan, nyeri dan takut pada anak. Nyeri dan ketidaknyamanan secara fisik yang terjadi pada anak yang mengalami hospitalisasi merupakan salah satu kondisi yang mungkin akan dihadapi selain perpisahan dengan rutinitas dan orangtua, lingkungan yang asing, serta kehilangan kontrol (Pilliteri, 2009). Konsep nyeri dan penyakit yang dimiliki oleh seorang anak akan berbeda tergantung dari tingkat perkembangannya begitu juga dengan responnya terhadap nyeri. Perkembangan kognitif anak menentukan pola pikir dan konsep terhadap sakit dan rasa nyeri. Semakin tinggi perkembangan kognitif anak maka semakin tinggi pula tingkat pemahamannya terhadap penyakit dan nyeri (Hockenberry et al., 2003).

2.1.2.4. Lingkungan yang asing

Studi yang dilakukan oleh Coyne (2006) pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi menemukan bahwa lingkungan yang asing dengan anak dianggap sebagai salah satu stresor di rumah sakit. Anak selama di rumah sakit akan terpapar dengan situasi baru yang menimbulkan rasa tidak aman pada anak. Di rumah sakit, anak akan menemukan berbagai peralatan kesehatan yang tidak ditemui selama di rumah, situasi ruangan yang berbeda dengan ruangan lain di rumah, anak akan bertemu dengan pasien lain, serta petugas kesehatan dari berbagai profesi yang belum dikenal secara baik oleh anak.

2.1.3. Dampak Hospitalisasi

Dampak yang ditimbulkan dari hospitalisasi tidak hanya pada anak, namun juga pada orang tua dan saudara-saudaranya. Bagi anak, dampak yang paling sering terjadi adalah adanya perubahan perilaku. Perubahan tersebut dapat diamati terutama pada saat setelah keluar dari rumah sakit atau setelah rawat inap. Perubahannya antara lain merasa kesepian, tidak mau lepas dari orangtua, menuntut perhatian dari orangtua dan takut perpisahan. Menurut Melnyk (2000), respon yang biasa muncul pada anak akibat hospitalisasi antara lain regresi, cemas karena perpisahan, apatis, takut dan gangguan tidur yang terutama terjadi pada anak yang berusia kurang dari 7 tahun.

Bagi orang tua, dampak dari hospitalisasi pada anak adalah munculnya reaksi cemas. Reaksi kecemasan orangtua terhadap penyakit anak bergantung pada keberagaman faktor-faktor yang mempengaruhinya, antara lain adalah tingkat sosial ekonomi, jumlah anak dalam keluarga, lamanya anak dirawat dan tingkat pendidikan orangtua (Shields, 2001). Selanjutnya menurut Kennedy (2004); Hockenberry dan Wilson (2009), orangtua akan bereaksi dengan

marah, merasa bersalah, kehilangan kontrol dan takut. Orangtua dapat menyalahkan dirinya sendiri atas penyakit yang diderita anaknya atau marah pada orang lain karena beberapa kesalahan.

Takut, cemas dan frustrasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orangtua. Takut dan cemas dapat berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Sering kali kecemasan yang paling besar berkaitan dengan trauma dan nyeri yang terjadi pada anak. Perasaan frustrasi sering berhubungan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan pengobatan, ketidaktahuan tentang peraturan rumah sakit, rasa tidak diterima oleh petugas, prognosis yang tidak jelas atau takut mengajukan pertanyaan (Kristjansdottir, 1991; Miles et al., 1989; Shields, 2001; Hockenberry dan Wilson, 2009).

Setelah orangtua mengalami perasaan takut, cemas dan frustrasi, orangtua akhirnya dapat bereaksi dengan beberapa tingkat depresi. Depresi biasanya terjadi ketika krisis akut sudah berlalu, seperti setelah pemulangan atau pemulihan yang sempurna. Ibu sering mengungkapkan perasaan kelelahan fisik dan mental setelah semua anggota keluarga beradaptasi dengan krisis. Alasan lain untuk cemas dan depresi berkaitan dengan kekhawatiran akan masa depan anak, termasuk dampak negatif dari hospitalisasi dan beban keuangan akibat hospitalisasi (Hockenberry dan Wilson, 2009).

2.1.4. Manfaat Hospitalisasi

Selain berdampak negatif seperti telah dijelaskan sebelumnya, hospitalisasi pada anak juga memiliki manfaat. Manfaat utama yang dapat dirasakan anak berkaitan dengan hospitalisasi adalah penyembuhan dari penyakit, disamping itu hospitalisasi juga dapat memberikan kesempatan kepada anak untuk belajar menghadapi *stress* dan merasa kompeten dengan kemampuan coping yang dimiliki. Lingkungan rumah sakit mampu memfasilitasi anak untuk mengenal pengalaman baru bersosialisasi yang dapat memperluas hubungan interpersonal anak (Hockenberry dan Wilson, 2009).

2.2. Konsep *Family Centered Care* (FCC)

2.2.1. Definisi *Family Centered Care* (FCC)

Family Centered Care atau perawatan yang berpusat pada keluarga didefinisikan sebagai filosofi yang mengakui keluarga sebagai konstanta dalam kehidupan anak. FCC meyakini adanya dukungan individu, menghormati, mendorong dan meningkatkan kekuatan dan kompetensi keluarga (Johnson, Mcgonigel dan Kaufmann, 1989 dalam Wong dan Pery, 1998).

Intervensi keperawatan dengan menggunakan pendekatan FCC menekankan pada pembuatan kebijakan, perencanaan program perawatan, perancangan fasilitas kesehatan, dan interaksi harian antara klien dengan tenaga kesehatan yang melibatkan keluarga. Keluarga diberikan kewenangan untuk terlibat dalam perawatan klien, hal ini berarti keluarga dengan latar belakang pengalaman, keahlian dan kompetensi keluarga memberikan manfaat positif dalam perawatan anak. Memberikan kewenangan kepada keluarga berarti membuka jalan bagi keluarga untuk mengetahui kekuatan, kemampuan keluarga dalam merawat anak.

Esensi utama dari FCC adalah perawat harus memberikan perhatian kepada kebutuhan keluarga dan anak untuk mendapatkan hasil yang maksimal dari perawatan anak.

2.2.2. Filosofi *Family Centered Care* (FCC)

Filosofi FCC menurut Neal et al., yang dikutip oleh Saleeba (2008) adalah kolaborasi antara keluarga, perawat dan staf rumah sakit untuk merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan. Filosofi tersebut merupakan konsep umum yang melandasi pemikiran bahwa keluarga merupakan konstanta yang tetap sepanjang kehidupan anak.

Filosofi dari FCC adalah menghargai keluarga sebagai hal yang terpenting dalam kehidupan anak. Menurut Sidey dan Widas (2005), kerangka dari FCC adalah pertama, pengakuan bahwa keluarga adalah bagian terpenting bagi kehidupan bayi. Kedua, kolaborasi antara perawat dan orang tua. Ketiga, berbagi informasi yang lengkap antara orang tua dan pemberi perawatan. Keempat, mengimplementasikan program dan kebijakan yang komprehensif dan menyediakan dukungan untuk memenuhi kebutuhan keluarga. Kelima, pengakuan terhadap kekuatan keluarga dan menghargai koping keluarga yang berbeda-beda. Keenam, menggabungkan perkembangan dan kebutuhan emosi anak dan keluarganya dalam penyediaan keperawatan. Dan kerangka FCC yang terakhir adalah menjamin desain dari fasilitas kesehatan yang ada fleksibel sesuai dengan kebutuhan yang ada.

2.2.3. Prinsip *Family Centered Care* (FCC)

Prinsip FCC menurut Saleeba (2008) adalah keluarga berasal dari berbagai unsur yang memiliki karakteristik yang berbeda. Peran perawat adalah mengetahui dan memberikan penghargaan terhadap perbedaan sosial, kultur, ekonomi, aspek spiritual dalam kehidupan individu, nilai spiritual dan budaya yang dapat memberikan efek pada persepsi seseorang. Perawat harus berbagi informasi secara jujur dengan anak dan keluarga sebagai cara untuk memperkuat dan mendayagunakan anak dan keluarga dalam meningkatkan derajat kesehatan. Tenaga kesehatan memberikan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga, secara benar dan tidak memihak. Informasi yang diberikan ini harus jujur, lengkap, benar dan akurat.

American Academy of Pediatrics (2003) memaparkan tentang beberapa prinsip dalam FCC. Prinsip pertama adalah menghormati setiap anak dan keluarganya, maksudnya adalah perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak menghormati anak dan keluarga sebagai subjek perawatan. Perawat menghormati bahwa anak dan keluarga memiliki pilihan yang terbaik bagi perawatan mereka. Prinsip kedua adalah menghargai perbedaan suku, budaya, sosial, ekonomi, agama, dan pengalaman tentang sehat sakit yang ada pada anak dan keluarga. Maksudnya adalah perawat menghargai perbedaan suku, budaya, sosial ekonomi, agama dan pengalaman tentang sehat sakit anak dan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan. Pelayanan yang diberikan mengacu standar asuhan keperawatan dan diperlakukan sama pada semua pasien dan keluarga.

Prinsip FCC yang ketiga adalah mengenali dan memperkuat kelebihan yang ada pada anak dan keluarga, maksudnya adalah perawat mengkaji kelebihan keluarga dan membantu mengembangkan kelebihan keluarga dalam proses asuhan keperawatan pada pasien. Prinsip keempat adalah mendukung dan memfasilitasi pilihan anak

dan keluarga dalam memilih pelayanan kesehatannya. Prinsip kelima adalah memberikan kesempatan kepada keluarga dan anak untuk memilih fasilitas kesehatan yang sesuai untuk mereka, menghargai pilihan dan mendukung keluarga. Prinsip keenam adalah menjamin pelayanan yang diperoleh anak dan keluarga sesuai dengan kebutuhan, keyakinan, nilai, dan budaya mereka. Prinsip ketujuh adalah memonitor pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan, nilai, keyakinan dan budaya klien dan keluarga.

Prinsip FCC yang kedelapan adalah berbagi informasi secara jujur dan tidak bias dengan anak dan keluarga. Maksudnya adalah perawat memberikan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga, dengan benar dan tidak memihak; informasi yang diberikan harus lengkap, benar dan akurat. Prinsip FCC berikutnya, yaitu prinsip kesembilan adalah memberikan dan menjamin dukungan formal dan informal untuk anak dan keluarga. Maksudnya adalah perawat memfasilitasi pembentukan support grup untuk anak dan keluarga, melakukan pendampingan kepada keluarga, menyediakan akses informasi *support group* yang tersedia di masyarakat.

Prinsip selanjutnya, prinsip kesepuluh adalah berkolaborasi dengan anak dan keluarga dalam penyusunan dan pengembangan program perawatan anak diberbagai tingkat pelayanan kesehatan. Maksudnya adalah perawat melibatkan keluarga dalam perencanaan program perawatan anak, meminta pendapat dan ide keluarga untuk pengembangan program yang akan dilakukan. Prinsip yang terakhir adalah mendorong anak dan keluarga untuk menemukan kelebihan dan kekuatan yang dimiliki, membangun rasa percaya diri, dan membuat pilihan dalam menentukan pelayanan kesehatan anak. Maksudnya adalah perawat berupaya meningkatkan rasa percaya diri keluarga dengan memberikan pengetahuan yang keluarga butuhkan dalam perawatan anak.

Berikutnya adalah terkait dengan konsep inti dari FCC. Berdasarkan Hockenberry (2009) terdapat 4 (empat) konsep inti dari FCC meliputi martabat dan kehormatan, berbagi informasi, partisipasi, dan kolaborasi. Dalam konsep martabat dan kehormatan ini dimaksudkan bahwa praktisi keperawatan dapat mendengarkan dan menghormati pandangan dan pilihan klien; dan menjadikan pengetahuan, nilai, kepercayaan dan latar belakang budaya klien dan keluarga sebagai dasar dalam pembuatan rencana dan intervensi keperawatan.

Konsep inti FCC yang kedua mengenai berbagi informasi, dimaksudkan bahwa praktisi keperawatan berkomunikasi dan memberitahukan informasi yang berguna bagi pasien dan keluarga dengan benar dan tidak memihak kepada pasien dan keluarga. Klien dan keluarga menerima informasi setiap waktu, lengkap, akurat agar dapat berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan.

Kemudian selanjutnya adalah konsep partisipasi. Praktisi keperawatan menciptakan suasana yang dapat membuat klien dan keluarga termotivasi berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan sesuai dengan kesepakatan yang telah mereka buat. Dan yang terakhir adalah konsep kolaborasi. Pada konsep ini praktisi keperawatan menjadikan klien dan keluarga juga termasuk ke dalam komponen dasar kolaborasi. Perawat berkolaborasi dengan pasien dan keluarga dalam pengambilan kebijakan dan pengembangan program, implementasi, dan evaluasi, desain fasilitas kesehatan dan pendidikan profesional terutama dalam pemberian perawatan.

2.2.4. Manfaat Penerapan *Family Centered Care* (FCC)

Penerapan FCC menurut Saleeba (2008) bermanfaat untuk meningkatkan kerjasama yang optimal pada keluarga dalam pengambilan keputusan berdasarkan informasi dari keluarga sehingga proses kolaborasi dan hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga semakin menguat dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak.

Perawat selalu mempunyai pemahaman yang lebih baik terhadap kemampuan dan kekuatan keluarga sehingga mampu memberikan perawatan yang baik untuk anak dan keluarga. Bersama keluarga, perawat dan tenaga kesehatan lainnya memberikan kekuatan yang optimal pada perawatan anak. Manfaat penerapan FCC menurut *American Academic of Paediatric* (2003) antara lain pertama menguatkan hubungan tenaga kesehatan dengan keluarga dalam meningkatkan kesehatan dan perkembangan setiap anak. Kedua adalah meningkatkan pengambilan keputusan klinis berdasarkan informasi yang lebih baik dan proses kolaborasi. Ketiga adalah membuat dan mengembangkan tindak lanjut rencana perawatan yang berkolaborasi dengan keluarga. Keempat adalah meningkatkan pemahaman tentang kekuatan yang dimiliki keluarga dan kapasitas pemberi pelayanan. Kelima adalah penggunaan sumber-sumber pelayanan kesehatan dan waktu tenaga profesional lebih efisien dan efektif (mengoptimalkan manajemen perawatan di rumah, mengurangi kunjungan ke unit gawat darurat atau rumah sakit jika tidak perlu, lebih efektif dalam menggunakan cara pencegahan).

Manfaat keenam adalah mengembangkan komunikasi antara anggota tim kesehatan. Ketujuh adalah persaingan pemasaran pelayanan kesehatan kompetitif. Kedelapan adalah meningkatkan lingkungan pembelajaran untuk spesialis anak dan tenaga profesi lainnya dalam pelatihan-pelatihan. Kesembilan adalah menciptakan lingkungan yang meningkatkan kepuasan profesional. Dan yang terakhir adalah mempertinggi kepuasan anak dan keluarga atas pelayanan kesehatan yang diterima.

2.2.5. Konsep Keluarga dalam *Family Centered Care* (FCC)

Keluarga menurut *Family Centered Care Organization* (2007) adalah dua orang atau lebih yang mempunyai hubungan secara biologis, legal dan emosional. Dalam pendekatan FCC, keluarga adalah tingkat kedekatan keluarga dalam keterlibatannya terhadap pelayanan kesehatan. Dalam FCC, keluarga diharapkan membuat keputusan terkait dengan pasien dan pemberi pelayanan kesehatan. Konsep keluarga menurut Anonim (2007) menjadi konsep yang sangat penting didalam pemeliharaan kesehatan. Hal ini disebabkan oleh pertama, orang tua merupakan orang yang paling mengetahui hal yang terbaik untuk anak. Kedua, orang tua mempertahankan kenyamanan anak lebih baik dari siapapun.

Salah satu aspek terpenting dari perawatan adalah penekanannya pada unit keluarga (Friedman, 1998). Berikut beberapa alasan mengapa keluarga harus diajak kerjasama dalam perawatan antara lain disfungsi dalam satu anggota keluarga akan mempengaruhi yang lain, ada hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatannya, melalui perawatan bersama dengan keluarga yang berfokus pada peningkatan, perawatan diri, pendidikan kesehatan dan konseling keluarga dapat mengurangi risiko yang diciptakan oleh pola hidup dan bahaya lingkungan, melalui perawatan bersama dengan keluarga, upaya menemukan masalah, dan keluarga merupakan sistem pendukung yang vital bagi individu.

2.3. Konsep Komunikasi Terapeutik Perawat Anak

2.3.1. Komunikasi Terapeutik Perawat

2.3.1.1. Definisi

Komunikasi dalam bidang keperawatan merupakan proses untuk menciptakan hubungan antara perawat dan klien, dengan tujuan untuk mengenal kebutuhan klien dan menentukan rencana tindakan serta kerjasama dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Komunikasi dalam bidang keperawatan ini lebih dikenal sebagai komunikasi terapeutik. Istilah tersebut dipakai untuk dijadikan pembeda dengan komunikasi jenis lainnya, selain itu komunikasi ini lebih mengarah pada tujuan untuk penyembuhan klien.

Definisi komunikasi terapeutik sendiri menurut Purwanto dalam Setianti (2007) merupakan bentuk keterampilan dasar untuk melakukan wawancara dan penyuluhan dalam artian wawancara digunakan pada saat perawat melakukan pengkajian, dan penyuluhan kesehatan dan perencanaan perawatan.

Sedangkan menurut Arwani (2002), komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang bertujuan untuk menumbuhkan rasa percaya diri seseorang terhadap penyampaian pesan, sehingga terbina hubungan yang saling percaya.

Dari penjelasan di atas, peneliti menyimpulkan definisi dari komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik merupakan bentuk komunikasi yang terjadi antara perawat dan klien dan keluarga selama proses perawatan klien dengan tujuan akhir penyembuhan klien.

2.3.1.2. Tujuan Komunikasi Terapeutik Perawat

Tujuan komunikasi terapeutik perawat secara lebih rinci dipaparkan oleh Purwanto (1994), diantaranya; untuk membantu klien dalam memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran guna mempertahankan kekuatan egonya. Tujuan berikutnya adalah untuk membantu mengambil tindakan yang efektif untuk mengubah situasi yang ada. Dan tujuan yang terakhir adalah untuk mengulang keraguan, membantu dalam pengambilan tindakan yang efektif, serta mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya.

Setianti (2007) selanjutnya memaparkan kendala-kendala yang sering dihadapi perawat dalam memenuhi tujuan dari komunikasi terapeutik ini. Hambatan pertama adalah dari tingkah laku perawat. Dirumah sakit pemerintah maupun swasta, perawat memegang peranan penting; tingkah laku; gerak-gerik perawat selalu dinilai oleh masyarakat. Bahkan sering juga surat kabar memuat berita-berita tentang perawat rumah sakit bertindak yang tidak sebenarnya dan dipandang

oleh klien bahwa perawat adalah seseorang yang kurang ramah.

Hambatan kedua adalah perawatan yang berorientasi rumah sakit. Maksudnya adalah pelaksanaan perawatan difokuskan pada penyakit yang diderita klien saja, sedangkan aspek psikososial klien kurang diperhatikan. Padahal jika merujuk dari tujuan pelaksanaan perawatan yang sebenarnya adalah memandang klien sebagai manusia seutuhnya, meliputi bio, psiko, sosial dan spiritual. Bio meliputi kebutuhan dasar seperti makan, minum, oksigen, dan perkembangan keturunan. Psiko meliputi masalah kejiwaan klien. Sosial meliputi kebiasaan, budaya, dan adat istiadat klien sebagai bagian dari masyarakat. Dan yang terakhir spiritual, yaitu aspek yang berkaitan dengan keyakinan klien terhadap Tuhannya.

Hambatan lainnya adalah perawat kurang tanggap terhadap kebutuhan, keluhan-keluhan, serta kurang memperhatikan apa yang dirasakan oleh klien/ keluarga, sehingga hal ini dapat menghambat hubungan baik antara perawat dan klien/ keluarga.

2.3.1.3. Fungsi Komunikasi Terapeutik Perawat

Fungsi komunikasi terapeutik menganjurkan kerjasama antara perawat dan klien. Perawat berusaha mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan (Purwanto, 1994). Proses komunikasi yang baik dapat memberikan pengertian tingkah laku klien dan membantu klien dalam rangka mengatasi persoalan yang dihadapi pada tahap perawatan. Sedangkan pada tahap preventif, fungsi komunikasi terapeutik adalah mencegah adanya tindakan yang negatif terhadap pertahanan diri klien.

2.3.1.4. Perbedaan Komunikasi Terapeutik dengan Komunikasi Sosial

Menurut Purwanto (1994), perbedaan komunikasi terapeutik dan komunikasi sosial antara lain dipaparkan berikut. Komunikasi terapeutik: terjadi antar perawat dengan klien atau anggota tim kesehatan lainnya; komunikasi ini umumnya lebih akrab karena mempunyai tujuan, berfokus kepada klien yang membutuhkan bantuan; perawat secara aktif mendengarkan dan memberi respon kepada klien dengan cara menunjukkan sikap mau menerima dan mau memahami sehingga dapat mendorong klien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya. Selain itu membantu klien untuk melihat dan memperhatikan apa yang tidak disadari sebelumnya.

Komunikasi sosial adalah terjadi setiap hari antara orang per orang baik dalam pergaulan maupun lingkungan kerja; komunikasi bersifat dangkal karena tidak mempunyai tujuan; lebih banyak terjadi dalam pekerjaan, aktivitas sosial dan lain-lain; pembicara tidak mempunyai fokus tertentu tetapi lebih mengarah kebersamaan dan rasa senang; dapat direncanakan tetapi dapat juga tidak direncanakan.

2.3.1.5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Proses Komunikasi Terapeutik

Menurut Potter dan Perry (1994), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi isi pesan dan sikap penyampaian pesan sehingga komunikasi menjadi kompleks. Faktor-faktor tersebut diantaranya perkembangan, persepsi, nilai, latar belakang sosial budaya, emosi, pengetahuan, peran, dan tatanan interaksi.

Faktor pertama adalah faktor perkembangan. Lingkungan yang diciptakan oleh orang tua mempengaruhi kemampuan anak untuk berkomunikasi. Perawat menggunakan teknik khusus ketika berkomunikasi pada anak sesuai dengan berbagai tahap perkembangannya. Oleh karena itu, agar dapat berkomunikasi secara efektif dengan anak, perawat harus mengerti pengaruh perkembangan bahasa dan proses berpikir yang mempengaruhi cara dan sikap anak dalam berkomunikasi.

Faktor kedua adalah persepsi. Persepsi adalah pandangan personal terhadap suatu kejadian. Persepsi dibentuk oleh harapan dan pengalaman. Perbedaan persepsi menghambat komunikasi. Faktor ketiga adalah sistem nilai. Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Berusaha mengetahui dan mengklarifikasi nilai adalah penting dalam membuat keputusan dan interaksi. Jangan sampai perawat dipengaruhi oleh nilai personalnya dalam hubungan profesional.

Faktor keempat adalah latar belakang sosial budaya. Seringkali ketika memberi asuhan keperawatan kepada klien, perawat menggunakan bahasa dan gaya komunikasi yang berbeda. Gaya komunikasi sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga membatasi cara bertindak dan berkomunikasi.

Faktor kelima adalah emosi. Emosi adalah perasaan subyektif tentang suatu peristiwa. Cara seseorang berhubungan dan berkomunikasi dengan orang lain dipengaruhi oleh keadaan emosinya. Emosi mempengaruhi kemampuan salah tafsir atau tidak mendengarkan pesan yang disampaikan. Perawat dapat mengkaji emosi klien dengan mengobservasi klien ketika berinteraksi dengan keluarga, dokter atau perawat lain. Perawat juga perlu mengevaluasi emosinya, karena sangat sulit untuk menyembunyikan emosi, sementara klien sangat perseptik terhadap emosi yang terpindahkan melalui komunikasi interpersonal.

Faktor keenam adalah pengetahuan. Komunikasi sulit dilakukan jika orang yang berkomunikasi memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Perawat mengkaji tingkat pengetahuan klien dengan memperhatikan respon klien terhadap pernyataan yang diajukan. Setelah pengkajian, perawat menggunakan istilah dan kalimat yang dimengerti oleh klien sehingga dapat menarik perhatian dan minatnya.

Faktor ketujuh adalah faktor peran. Cara berkomunikasi sesuai dengan peran dan hubungan orang yang berkomunikasi. Gaya perawat berkomunikasi dengan klien akan berbeda dengan caranya berbicara dengan dokter dan perawat lain. Perawat perlu menyadari perannya saat berhubungan dengan klien ketika memberikan asuhan keperawatan. Perawat menyebut nama klien untuk menunjukkan rasa hormatnya dan tidak menggunakan humor jika baru mengenal klien.

Faktor terakhir adalah tatanan interaksi. Komunikasi interpersonal akan lebih efektif jika dilakukan dalam suatu lingkungan yang menunjang, karena bising, kurang keleluasaan pribadi dan ruang yang sempit dapat menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Perawat perlu memilih tatanan yang memadai ketika berkomunikasi dengan klien.

2.3.1.6. Tahap-Tahap Komunikasi Terapeutik

Terdapat empat tahap atau fase dalam komunikasi terapeutik menurut Stuart dan Sundeen (1998), antara lain:

1. Tahap Pre-interaksi merupakan tahap dimana perawat belum bertemu dengan pasien. Tugas perawat dalam tahap ini adalah menggali perasaan, fantasi dan rasa takut dalam diri sendiri; menganalisis kekuatan dan keterbatasan profesional diri sendiri; mengumpulkan data tentang klien jika memungkinkan; dan merencanakan untuk pertemuan pertama dengan klien.
2. Tahap orientasi merupakan tahap dimana perawat pertama kali bertemu dengan klien. Tugas perawat dalam tahap ini meliputi: menetapkan alasan klien untuk mencari bantuan; membina rasa percaya, penerimaan dan komunikasi terbuka; menggali pikiran, perasaan dan tindakan-tindakan klien; mengidentifikasi masalah klien; menetapkan tujuan dengan klien; dan, merumuskan bersama kontrak yang bersifat saling menguntungkan dengan mencakup nama, peran, tanggung jawab, harapan, tujuan, tepat pertemuan, waktu pertemuan, kondisi untuk terminasi dan kerahasiaan.
3. Tahap kerja merupakan tahap dimana perawat memulai kegiatan. Tugas perawat pada tahap ini adalah menggali stresor yang relevan; meningkatkan pengembangan penghayatan dan penggunaan mekanisme koping klien yang konstruktif; serta membahas dan atasi perilaku resisten.

4. Tahap terminasi merupakan tahap dimana perawat akan menghentikan interaksi dengan klien, tahap ini bisa merupakan tahap perpisahan atau terminasi sementara ataupun perpisahan atau terminasi akhir. Tugas perawat pada tahap ini adalah: membina realitas tentang perpisahan; meninjau kemampuan terapi dan pencapaian tujuan-tujuan; serta menggali secara timbal balik perasaan penolakan, kesedihan dan kemarahan serta perilaku yang terkait lainnya.

2.3.1.7. Teknik Komunikasi Perawat

Berdasarkan referensi dari dari Shives (1994), Stuart dan Sundeen (1998), berikut akan dipaparkan mengenai teknik-teknik komunikasi terapeutik perawat, diantaranya:

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian

Perawat berusaha mendengarkan klien dan menyampaikan pesan verbal dan non-verbal, untuk menunjukkan bahwa perawat perhatian akan kebutuhan dan masalah klien. Mendengarkan dengan penuh perhatian merupakan upaya untuk mengerti seluruh pesan verbal dan non-verbal yang sedang dikomunikasikan.

2. Menunjukkan penerimaan

Menerima disini bukan berarti menyetujui. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau tidak setuju. Perawat tidak harus selalu menerima semua perilaku klien. Perawat sebaiknya menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggelengkan kepala seakan tidak percaya.

3. Menanyakan pertanyaan berkaitan

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapat informasi yang spesifik mengenai klien. Paling baik jika pertanyaan dikaitkan dengan topik yang sedang dibicarakan dan dengan menggunakan kata-kata dalam konteks budaya klien. Hal yang harus diperhatikan, pertanyaan diajukan secara berurutan.

4. Mengulang ucapan klien dengan kata-kata sendiri

Dengan mengulang kembali ucapan klien, perawat memberikan umpan balik, sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan mengharapkan komunikasi berlanjut.

5. Klarifikasi

Apabila terjadi kesalahpahaman, perawat dapat menghentikan percakapan untuk mengklarifikasi dengan menyamakan persepsi. Agar pesan dapat sampai dengan benar, perawat perlu memberikan contoh yang konkrit dan mudah dimengerti klien.

6. Memfokuskan

Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi pembicaraan, sehingga lebih spesifik dan dimengerti. Perawat tidak seharusnya menghentikan pembicaraan ketika klien menyampaikan masalahnya, kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi baru.

7. Menyampaikan hasil observasi

Menyampaikan apa yang telah diamati perawat dari pesan verbal dan non-verbal klien, dapat dijadikan sebagai umpan balik terhadap apa yang telah dikemukakan oleh klien. Hal ini sering membuat klien dapat berkomunikasi dengan jelas, tanpa harus bertambah dengan memfokuskan dan mengklarifikasi pesan yang telah disampaikan.

8. Menawarkan informasi

Tambahan informasi ini memungkinkan penghayatan yang lebih mendalam bagi klien terhadap keadaanya. Memberikan tambahan informasi berarti memberikan pendidikan kesehatan bagi klien. Selain itu, akan menambah rasa percaya klien terhadap perawat. Perawat tidak boleh memberikan nasehat kepada klien ketika menawarkan informasi, tetapi memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan terkait keadaanya.

9. Diam

Diam memberikan perawat dan klien waktu untuk mengorganisir pikirannya. Penggunaan metoda diam memerlukan keterampilan dan ketepatan waktu, jika tidak maka akan menimbulkan perasaan kurang nyaman. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri, mengorganisir pikirannya, dan memproses informasi. Diam terutama berguna bagi klien ketika harus mengambil keputusan.

10. Meringkas

Meringkas adalah pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat. Meringkas pembicaraan dapat membantu perawat dalam mengulasng aspek penting dalam interaksinya, sehingga dapat melanjutkan pembcaran dengan topik yang berkaitan.

11. Memberikan penghargaan

Penghargaan yang diberikan jangan sampai membuat klien terbebani, dalam artian klien kemudian akan berusaha keras untuk mendapatkan penghargaan tersebut dan melakukan segala cara dalam mendapatkannya.

12. Menawarkan diri

Teknik ini harus dilakukan tanpa pamrih, karena mungkin klien belum siap untuk berkomunikasi secara verbal dengan orang lain atau klien tidak mampu membuat dirinya dimengerti.

13. Memberi kesempatan pada klien untuk memulai pembicaraan

Biarkan klien merasa ragu-ragu dan tidak pasti tentang perannya, perawat dapat menstimulasinya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan.

14. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan

Teknik ini bertujuan untuk mengarahkan hampir selalu pembicaraan, yang mengindikasikan bahwa klien sedang mengikuti apa yang dibicarakan dan tertarik untuk melanjutkan pembicaraan. Perawat harus berusaha untuk menafsirkan daripada mengarahkan diskusi/ pembicaraan.

15. Menempatkan kejadian secara teratur akan membantu perawat-klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif

Kelanjutan dari suatu kejadian akan membantu perawat-klien untuk melihatnya dalam suatu perspektif.

Kelanjutan dari suatu kejadian dapat membantu perawat-klien untuk melihat kejadian berikutnya sebagai akibat dari kejadian sebelumnya. Perawat akan dapat menentukan pola kesukaran interpersonal dan memberikan data tentang pengalaman yang memuaskan dan berarti bagi klien guna memenuhi kebutuhannya.

16. Menganjurkan klien untuk menguraikan persepsinya
Klien harus bebas menguraikan persepsinya kepada perawat. Waspada timbulnya gejala ansietas ketika klien menceritakan pengalamannya.
17. Refleksi
Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya.

2.3.1.8. Komunikasi Terapeutik dalam Proses Keperawatan

Komunikasi memegang peranan penting pada setiap proses keperawatan, yaitu:

1. Pengkajian: menentukan kemampuan seseorang dalam proses informasi; mengevaluasi data tentang status mental klien untuk menentukan batas intervensi; mengevaluasi kemampuan klien dalam berkomunikasi secara verbal; mengobservasi apa yang terjadi pada klien tersebut saat ini; mengidentifikasi tingkat perkembangan klien sehingga interaksi yang diharapkan bisa realistis; menentukan apakah klien memperlihatkan sikap verbal dan non verbal yang sesuai; serta, mengkaji tingkat kecemasan klien sehingga dapat mengantisipasi intervensi yang dibutuhkan.
2. Rencana tujuan: membantu klien untuk memenuhi kebutuhan sendiri; membantu klien agar dapat menerima pengalaman yang pernah dirasakan; meningkatkan harga diri klien; memberikan dukungan karena adanya perubahan lingkungan; serta perawat dan klien sepakat untuk berkomunikasi secara terbuka.

3. Implementasi: memperkenalkan diri kepada klien; mulai interaksi dengan klien; membantu klien untuk dapat menggambarkan pengalaman yang pribadinya; menganjurkan kepada klien untuk dapat mengungkapkan perasaan kebutuhannya; menggunakan komunikasi untuk meningkatkan harga diri klien.
4. Evaluasi hasil yang diharapkan: klien dapat mengembangkan kemampuan dalam mengkaji dan memenuhi kebutuhan sendiri; komunikasi menjadi lebih jelas, lebih terbuka dan berfokus pada masalah; serta, membantu menciptakan lingkungan yang dapat mengurangi tingkat kecemasan.

2.3.1.9. Peran Perawat Anak

Menurut Ball dan Blinder (2003) fokus peran perawat dalam merawat klien dan keluarga adalah memberikan informasi dan membangun kepercayaan, meningkatkan keterlibatan orang tua, memfasilitasi kebutuhan fisik dan emosional, memfasilitasi hubungan positif orang tua dan staf rumah sakit dalam berkomunikasi dan menjaga sistem dukungan keluarga.

Senada dengan hal di atas, Miles (1999) menggambarkan peran perawat dalam memberikan dukungan kepada klien dan orang tua terangkum dalam empat dimensi dukungan perawat, yaitu pertama dukungan informasi yang meliputi informasi tentang penyakit anak, pengobatan, perkembangan prognosis penyakit anak, perawatan anak, perilaku anak, respon emosional anak dan peran orangtua pada anak hospitalisasi, kedua dukungan emosional meliputi mendengarkan, memberikan perhatian, mempercayai perkataan orang tua, memperlihatkan perilaku *caring* dan

membantu koping orang tua dan ketiga dukungan penilaian yaitu meningkatkan, mendukung peran orang tua, memberikan penegasan dan umpan balik dari respon orang tua serta memberikan dukungan sosial. Dukungan instrumental meliputi dukungan waktu, tenaga dan modifikasi lingkungan yang tergambar dalam asuhan keperawatan fisik dan psikososial pada klien dan orang tua.

2.4. Konsep Tingkat Kepuasan Keluarga

2.4.1. Definisi Kepuasan

Kepuasan didefinisikan menurut Wexley dan Yukl (1997) adalah kepuasan seseorang berarti terpenuhinya kebutuhan yang diinginkan yang diperoleh dari pengalaman melakukan sesuatu, pekerjaan, atau memperoleh perlakuan tertentu dan memperoleh sesuatu sesuai kebutuhan yang diinginkan. Pendapat lain juga mengungkapkan tentang definisi kepuasan (Anonim, 2003) bahwa kepuasan dipakai untuk menganalisis atau mengevaluasi hasil, membandingkan kebutuhan yang diinginkan atau yang ditetapkan individu dengan kebutuhan yang diperoleh.

Rangkuti (2000) juga mendefinisikan kepuasan sebagai perasaan senang/ kecewa seseorang sebagai hasil perbandingan antara prestasi/ produk yang dirasakan atau diharapkan. Penilaian terhadap kepuasan dilakukan setelah seseorang mendapatkan atau menggunakan suatu layanan yang dibandingkan dengan apa yang diharapkannya.

Dari beberapa pendapat terkait definisi kepuasan di atas, jika kemudian dihubungkan dengan konsep keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi, maka dapat disimpulkan bahwa definisi tingkat kepuasan adalah tingkat penerimaan dan respon keluarga terhadap pemberian pelayanan keperawatan yang diberikan.

2.4.2. Kepuasan Keluarga

Kepuasan klien dan keluarga dalam menilai mutu atau pelayanan yang baik, dan merupakan pengukuran penting yang mendasar bagi mutu pelayanan. Hal ini karena memberikan informasi terhadap suksesnya pemberi pelayanan bermutu dengan nilai dan harapan klien dan keluarga yang mempunyai wewenang sendiri untuk menetapkan standar mutu pelayanan yang dikehendaki (Hafizurrachman, 2004).

Kepuasan klien dan keluarga dapat diartikan sebagai suatu sikap konsumen yakni beberapa derajat kesukaan atau ketidaksukaanya terhadap pelayanan yang pernah dirasakan, oleh karena itu perilaku konsumen dapat juga diartikan sebagai model perilaku pembeli (Ilyas, 1999). Kepuasan klien dan keluarga merupakan evaluasi purna beli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan klien. Dengan demikian kepuasan timbul apabila evaluasi yang diharapkan menunjukkan bahwa alternatif yang diambil lebih rendah dari harapan (Kusumapraja, 1997).

Kepuasan klien dan keluarga akan terpenuhi apabila proses penyampaian jasa dari pembeli jasa kepada pasien sesuai dengan apa yang dipersepsikan pelanggan. Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor subyektifitas yang dapat membuat perbedaan persepsi atau kesenjangan antara pelanggan dan pemberi jasa, ada lima kesenjangan dalam kualitas jasa (Hafizurrachman, 2004): kesenjangan antara persepsi manajemen tentang harapan konsumen dan spesifikasi kualitas jasa; kesenjangan antara harapan konsumen dan persepsi manajemen; kesenjangan antara spesifikasi jasa dan jasa yang disajikan; kesenjangan antara penyampaian jasa aktual dan komunikasi eksternal kepada konsumen; dan kesenjangan antara jasa yang diharapkan dan jasa aktual yang diterima konsumen.

2.4.3. Dimensi Kepuasan Klien dan Keluarga

Dimensi kepuasan yang dirasakan seseorang sangat bervariasi sekali. Menurut Azwar (1996) terdapat beberapa hal dalam dimensi kepuasan klien dan keluarga, antara lain:

2.4.3.1. Kepuasan yang mengacu hanya pada penerapan standar kode etik profesi.

Pelayanan kesehatan dikatakan memenuhi kebutuhan kepuasan pasien apabila pelayanan yang diberikan mengikuti standar serta kode etik yang disepakati dalam suatu profesi, atau dengan kata lain yaitu bila suatu pelayanan kesehatan yang diberikan telah mengacu pada standar yang telah ditetapkan oleh profesi yang berkompeten serta tidak menyimpang dari kode etik yang berlaku bagi profesi tersebut. Ukuran-ukuran yang digunakan untuk menilai pemikiran seseorang terhadap kepuasan yang diperolehnya mencakup hubungan petugas-klien dan keluarga (*relationship*), kenyamanan pelayanan (*amenities*), kebebasan melakukan pilihan (*choice*), pengetahuan dan kompetensi teknis (*scientific knowledge and technical skill*), efektifitas pelayanan (*effectiveness*) dan keamanan tindakan (*safety*).

2.4.3.2. Kepuasan yang mengacu pada semua persyaratan pelayanan kesehatan

Persyaratan suatu pelayanan kesehatan dinyatakan sebagai pelayanan yang bermutu dan dapat memberikan kepuasan pada penerima jasa apabila pelaksanaan pelayanan yang diajukan atau ditetapkan, yang didalamnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai ketersediaan pelayanan kesehatan (*available*), kewajaran pelayanan kesehatan (*appropriate*), kesinambungan pelayanan kesehatan (*continue*), penerimaan pelayanan kesehatan (*acceptable*), ketercapaian pelayanan kesehatan (*accessible*), keterjangkauan pelayanan kesehatan (*affordable*), efisiensi

pelayanan kesehatan (*efficient*) dan mutu pelayanan kesehatan (*quality*).

Untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang memenuhi semua persyaratan pelayanan tidak semudah yang diperkirakan, sehingga untuk mengatasi hal ini diterapkan prinsip kepuasan yang terkombinasi secara selektif dan efektif, dalam arti penerapan dimensi kepuasan kelompok pertama dilakukan secara optimal, sedangkan beberapa dimensi kelompok kedua dilakukan secara selektif yaitu yang sesuai dengan kebutuhan serta kemampuan (Azwar, 1996).

2.4.4. Mengukur Tingkat Kepuasan

Untuk mengetahui tingkat kepuasan yang dirasakan pelanggan atau penerima pelayanan maka perlu dilakukan pengukuran. Menurut Supranto (2001), pengukuran tingkat kepuasan dimulai dari penentuan pelanggan, kemudian dimonitor dari tingkat kualitas yang diinginkan dan akhirnya merumuskan strategi. Lebih lanjut juga dikemukakan bahwa harapan pelanggan dapat terbentuk dari pengalaman masa lalu, komentar dari kerabat serta janji dan informasi dari penyedia jasa dan pesaing. Kepuasan pelanggan dapat digambarkan dengan suatu sikap pelanggan, berupa derajat kesukaan (kepuasan) dan ketidaksukaan (ketidakpuasan) pelanggan terhadap pelayanan yang pernah dirasakan sebelumnya.

Menurut Kotler (2007), ada beberapa macam metode dalam pengukuran kepuasan pelanggan :

1. Sistem keluhan dan saran

Organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer oriented*) memberikan kesempatan yang luas kepada para pelangganya untuk menyampaikan keluhan dan saran. Misalnya dengan menyediakan kotak saran, kartu komentar, dan hubungan telepon langsung dengan pelanggan.

2. *Ghost shopping*

Mempekerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap sebagai pembeli potensial, kemudian melaporkan temuannya mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka.

3. *Lost customer analysis*

Perusahaan seyogyanya menghubungi para pelanggan yang telah berhenti membeli agar dapat memahami mengapa hal itu terjadi.

4. Survei kepuasan pelanggan

Penelitian survey dapat melalui pos, telepon dan wawancara langsung. Responden juga dapat diminta untuk mengurutkan berbagai elemen penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik perusahaan dalam masing-masing elemen. Melalui survey perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya.

Tingkat kepuasan dapat diukur dengan beberapa metode di atas. Data yang diperoleh dari hasil pengukuran tiap-tiap metode mempunyai hasil yang berbeda. Pada penelitian yang menggunakan metode survey kepuasan pelanggan, data/ informasi yang diperoleh menggunakan metode ini lebih fokus pada apa yang ingin diteliti sehingga hasilnya pun akan lebih valid.

2.4.5. Manfaat Pengukuran Kepuasan

Menurut Gerson (2004), manfaat utama dari program pengukuran adalah tersedianya umpan balik yang segera, berarti dan obyektif. Dengan hasil pengukuran orang biasa melihat bagaimana mereka melakukan pekerjaannya, membandingkannya dengan standar kerja dan memutuskan apa yang harus dilakukan untuk melakukan perbaikan berdasarkan pengukuran tersebut. Ada beberapa manfaat dari pengukuran kepuasan antara lain sebagai berikut: pengukuran menyebabkan seseorang memiliki rasa berhasil dan berprestasi, yang kemudian diterjemahkan menjadi pelayanan yang prima kepada pelanggan; pengukuran biasa dijadikan dasar menentukan standar kinerja dan standar prestasi yang harus dicapai, yang mengarahkan mereka menuju mutu yang semakin baik dan kepuasan pelanggan yang semakin meningkat; pengukuran memotivasi orang untuk melakukan dan mencapai tingkat produktivitas yang lebih tinggi.

2.4.6. Klasifikasi Kepuasan

Menurut Nursalam (2003), untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dapat diklasifikasikan dalam beberapa tingkatan, sebagai berikut: sangat tidak memuaskan (1), tidak memuaskan (2), cukup memuaskan (3), memuaskan (4), sangat memuaskan (5). Pasien akan merasa sangat tidak puas apabila hasil pelayanan yang diberikan oleh perawat/ didapatkan klien jauh dibawah harapannya, jika hasil pelayanan yang diberikan oleh perawat belum memenuhi harapan klien maka klien akan merasa tidak puas terhadap pelayanan yang diterima klien. Pelayanan akan cukup memuaskan jika pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi sebagian harapan klien. Pelayanan akan memuaskan apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi harapan rata-rata klien, sedangkan klien akan merasa sangat puas apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat melebihi apa yang diharapkan klien.

2.4.7. Karakteristik Keluarga dalam Tingkat Kepuasan Keluarga

Kepuasan tidak hanya dipengaruhi oleh faktor dari pihak pemberi pelayanan saja, tetapi juga dipengaruhi faktor dari dalam diri klien. Faktor dari dalam mencakup tentang karakteristik klien dan keluarga. Karakteristik menurut Anjaryani (2009) adalah ciri khusus yang mempunyai sifat khas sesuai dengan perwatakan tertentu. Ciri khusus ini dapat berupa fisik seperti pekerjaan, pemilikan dan pendapatan, maupun non fisik seperti pengalaman dan kebutuhan yang dapat beraneka ragam.

Abramson dalam Anjaryani (2009) menyatakan bahwa jenis kelamin, umur, paritas, etnis, agama, status perkawinan, status sosial meliputi pendidikan, pekerjaan, pendapatan, kepadatan rumah, tempat tinggal yang meliputi desa-kota dan morbiditas merupakan variabel-variabel universal yang harus diperhitungkan untuk diikutsertakan dalam suatu penelitian meskipun tidak secara otomatis digunakan sebagai variabel penelitian. Jumlah variabel sebanyak yang diperlukan dan sesedikit mungkin.

Sedang Bennet dalam Anjaryani (2009) menyatakan bahwa umur, jenis kelamin, status perkawinan, jumlah keluarga, pendidikan, pekerjaan serta pendapatan berkaitan dengan kebutuhan pencarian pelayanan kesehatan. Kebutuhan terkait dengan hal yang nyata seperti penggunaan fasilitas, persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan dan hubungan antara klien dan petugas pelayanan kesehatan. Tingkat pendidikan dapat digunakan untuk mengidentifikasi status sosioekonomi. Pendidikan mempengaruhi apa yang akan dilakukan yang tercermin dari pengetahuan, sikap dan perilaku. Pendidikan yang rendah berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang rendah. Angka kesakitan sangat berbeda jumlahnya pada pendidikan rendah dan pekerjaan yang tidak memadai. Hampir semua penyakit teridentifikasi diantara populasi dengan tingkat pendidikan rendah,

dan bila dibandingkan dengan pendidikan tinggi perbedaan itu tampak nyata. Pendidikan dan sosioekonomi menentukan tingkat kesehatan seseorang. Pendidikan dapat memperbaiki perilaku kesehatan serta membantu mencegah penyakit. Uang dapat digunakan untuk membeli pelayanan kesehatan dan perbaikan lingkungan. Pendidikan, kekayaan dan status sosial berhubungan dengan kesakitan dan kematian khususnya pada mayoritas warga pedesaan yang miskin.

Muchlas dalam Anjaryani (2009) menyatakan bahwa pekerjaan mempengaruhi komunitas dimana mereka bergaul. Istri yang tidak bekerja dengan pendidikan rendah biasanya lebih mempertahankan nilai-nilai tradisional. Sikap mereka terhadap kesehatan pribadi, kepercayaan mengenal nilai medis semuanya diperoleh dari orangtua.

2.5. Aplikasi Teori Keperawatan Model *Caring* Swanson pada Komunikasi Perawat Anak dengan Tingkat Kepuasan Keluarga

Teori *caring* dari Kristen M. Swanson menyediakan kerangka kerja untuk menemukan kebutuhan fisik dan psikologis anak yang berada dalam tatanan klinik. Menurut Swanson (1999) dalam Tomey dan Alligood (2006), komponen umum dan mendasar dari suatu keperawatan yang baik adalah merawat (*caring*) seluruh aspek yang dimiliki oleh klien yang terdiri atas biopsikososial dan spiritual untuk mencapai kesejahteraan. *Caring* itu sendiri didefinisikan oleh Swanson sebagai suatu cara pemeliharaan atau pengasuhan orang lain yang dilakukan oleh seseorang dengan penuh komitmen dan tanggung jawab.

Swanson menjelaskan bahwa dalam pelaksanaan *caring*, perawat melaksanakan *caring* kepada kliennya sebagai sebuah rangkaian proses-proses bertahap yang diciptakan oleh sikap filosofis perawat sendiri (*maintaining belief*), mengetahui (*knowing*), penyampaian pesan verbal dan

non verbal kepada klien (*being with*), tindakan terapeutik (*doing for and enabling*) dan konsekuensi dari *caring* (*intended client outcome*).

Tahapan *caring* yang dijelaskan oleh Swanson (1991) dalam Tomey dan Alligood (2006) selanjutnya teridentifikasi sebagai 4 konsep utama yang dibahas dalam teori ini, yaitu:

2.5.1. *Maintaining belief* (Mempertahankan Keyakinan)

Mempertahankan kepercayaan orang lain untuk tetap melanjutkan kehidupan, menghadapi masa depan dengan penuh makna dan harga diri yang tinggi, mempertahankan harapan, rasa optimis dan realistis, membantu menemukan makna dan selalu bersedia membantu dalam situasi apapun.

2.5.2. *Knowing* (Mengetahui)

Berusaha untuk mengetahui dan memahami makna kejadian dalam kehidupan orang lain, menghindari asumsi, memfokuskan pada klien yang dirawat, mencari petunjuk, serta mengkaji hal-hal yang terkait dengan kliennya.

2.5.3. *Being With* (Kesediaan atau Kebersamaan)

Kebersamaan berarti perawat berada secara emosional dengan kliennya. Hal tersebut meliputi keberadaan bersama klien, mengkomunikasikan keberadaannya, dan berbagai rasa tanpa menyusahkan kliennya.

2.5.4. *Doing For* (Melakukan)

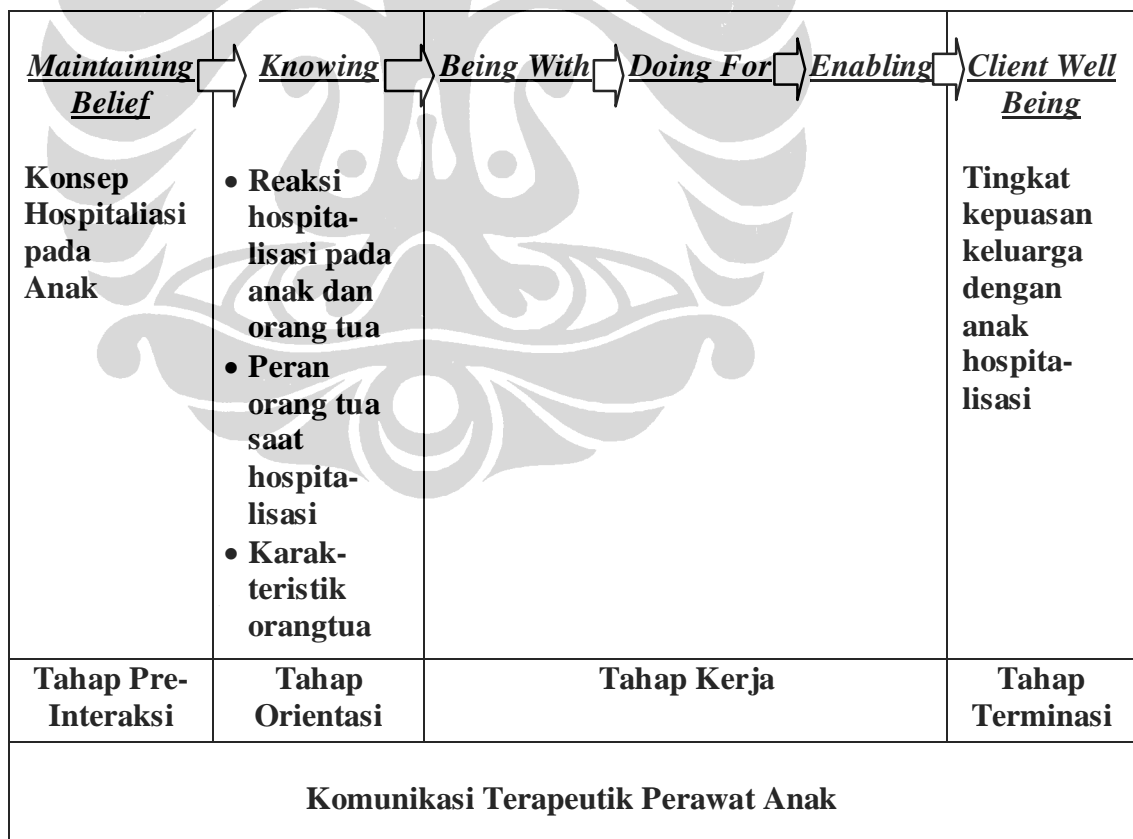
Doing for diartikan sebagai melakukan sesuatu untuk orang lain dalam hal ini adalah klien sesuai dengan kemampuan perawat, termasuk pemenuhan kebutuhan dasar, kenyamanan, melakukan sesuatu secara terampil dan kompeten serta melindungi klien dengan selalu mempertahankan harga dirinya.

2.5.5. *Enabling* (Memberdayakan)

Enabling adalah memberdayakan kliennya dalam melewati transisi kehidupan dan kejadian baru dengan memfokuskan pada makna kejadian tersebut, memberikan informasi, menjelaskan, mendukung memvalidasi perasaan, mencari alternatif, berfikir fokus dan memberi umpan balik.

Kerangka teori dalam penelitian ini merupakan kerangka yang didapatkan dari aplikasi teori *Caring* oleh Swanson yang kemudian peneliti tuangkan dalam bentuk bagan di bawah ini.

Bagan 2.5.
Kerangka Teori *Caring* Swanson dalam Komunikasi Terapeutik Perawat Anak dengan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi



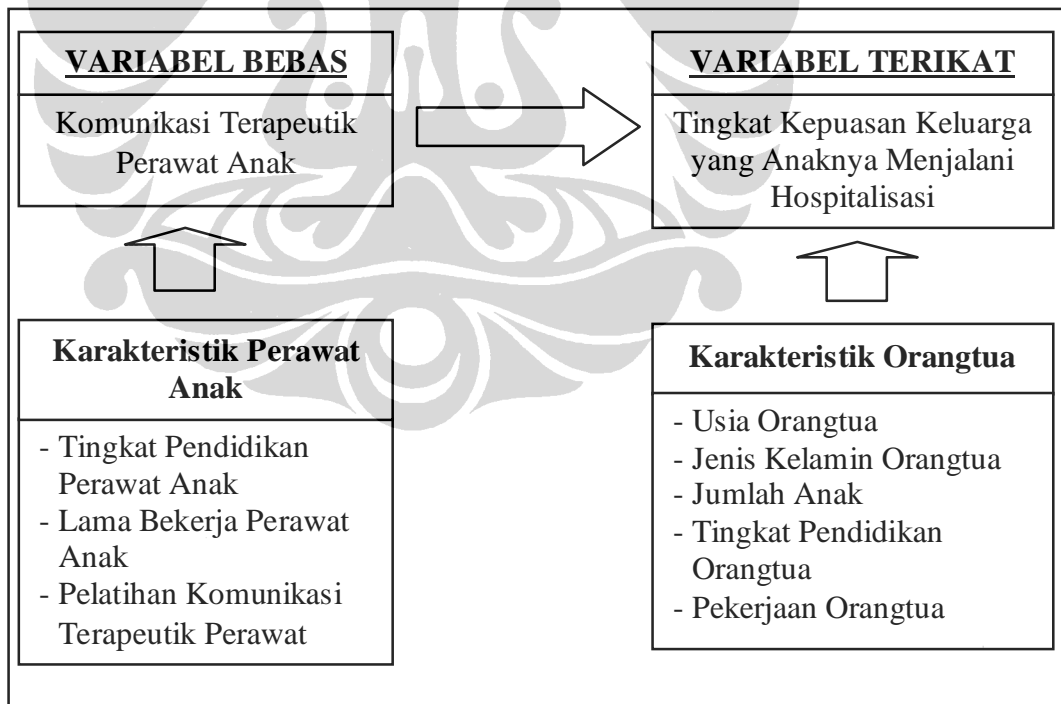
BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Pada bab ini peneliti akan membahas tentang kerangka konsep, hipotesis dan definisi operasional penelitian. Desain penelitian ini menggunakan *cross sectional* dengan metode deskriptif korelasional untuk mencari hubungan antara komunikasi perawat anak sebagai variabel bebas dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat sebagai variabel terikat.

3.1. Kerangka Konsep Penelitian

Bagan 3.1
Kerangka konsep penelitian



3.2. Hipotesis Penelitian

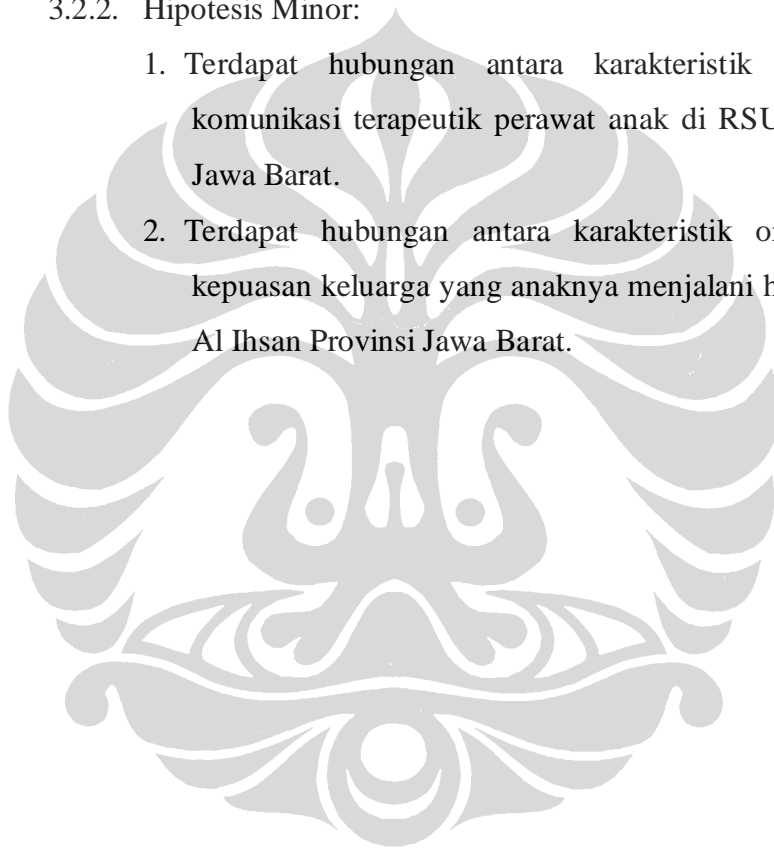
Berdasarkan rumusan tujuan dalam penelitian ini, maka hipotesis dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.2.1. Hipotesis Mayor:

Terdapat hubungan antara komunikasi terapeutik perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.

3.2.2. Hipotesis Minor:

1. Terdapat hubungan antara karakteristik perawat anak dan komunikasi terapeutik perawat anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.
2. Terdapat hubungan antara karakteristik orangtua dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.



3.3. Definisi Operasional

Definisi operasional dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut:

Tabel 3.3
Definisi Operasional Penelitian

VARIABEL	DEFINISI	CARA UKUR	ALAT UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
Variabel Bebas					
Komunikasi Terapeutik Perawat Anak	Komunikasi yang terjadi antara perawat dan klien anak/ keluarga selama proses perawatan klien anak dengan tujuan akhir penyembuhan	Mengisi Checklist	Lembar Observasi Komunikasi Terapeutik Perawat Anak menggunakan skala Likert, dengan alternatif jawaban: • Tidak Baik = 1 • Kurang Baik = 2 • Baik = 3 • Sangat Baik = 4	Skor komunikasi terapeutik perawat yang dinyatakan dalam angka • Positif: \geq mean (88) • Negatif: $<$ mean (88)	Ordinal
Variabel Terikat					
Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi	Tingkat penerimaan dan respon keluarga terhadap pemberian pelayanan keperawatan yang diberikan selama anak menjalani hospitalisasi	Mengisi Checklist	Angket tingkat kepuasan menggunakan skala Likert, dengan alternatif jawaban: • Tidak puas = 1 • Kurang puas = 2 • Puas = 3 • Sangat puas = 4	Skor tingkat kepuasan dinyatakan dalam angka: • Puas: \geq mean (86) • Tidak puas: $<$ mean (86)	Ordinal
Karakteristik Perawat Anak					
Tingkat Pendidikan Perawat Anak	Tingkat sekolah formal pendidikan keperawatan terakhir, lulus yang telah ditempuh perawat anak	Peneliti mengisi lembar observasi	Satu item pertanyaan dalam lembar observasi	• SPK • D III • S1	Ordinal
Lama Bekerja Perawat Anak	Waktu yang telah ditempuh perawat dalam bekerja di RS	Peneliti mengisi lembar observasi	Satu item pertanyaan dalam lembar observasi	Jumlah waktu dalam tahun	Interval

Pelatihan Komunikasi Terapeutik Perawat	Pelatihan khusus komunikasi terapeutik yang diikuti oleh perawat anak	Peneliti mengisi lembar observasi	Satu item pertanyaan dalam lembar observasi	1. Tidak pernah 2. Pernah	Ordinal
Karakteristik Orangtua					
Usia orang tua	Lama hidup orang tua yang dihitung sejak lahir sampai dengan ulang tahun terakhir	Peneliti mengisi formulir data umum karakteristik responden	Satu item pertanyaan dalam formulir data umum karakteristik responden tentang usia orang tua	Jumlah waktu dalam tahun	Interval
Jumlah anak	Banyaknya anak kandung yang dimiliki	Peneliti mengisi formulir data umum karakteristik responden	Satu item pertanyaan dalam formulir data umum karakteristik responden tentang jumlah anak yang dimiliki	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = > 3	Ordinal
Jenis kelamin orangtua	Kondisi perbedaan gender orangtua (pendamping utama anak saat hospitalisasi)	Peneliti mengisi formulir data umum karakteristik responden	Satu item pertanyaan dalam formulir data umum karakteristik responden tentang jenis kelamin orangtua	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
Pendidikan orangtua	Tingkat sekolah formal terakhir lulus yang telah ditempuh orangtua (pendamping utama anak saat hospitalisasi)	Peneliti mengisi formulir data umum karakteristik responden	Satu item pertanyaan dalam formulir data umum karakteristik responden tentang tingkat pendidikan orangtua	<ul style="list-style-type: none"> • SD • SMP • SMA • PT 	Ordinal
Pekerjaan orangtua	Profesi yang dikerjakan setiap hari untuk menafkahi keluarga	Peneliti mengisi formulir data umum karakteristik responden	Satu item pertanyaan dalam formulir data umum karakteristik responden tentang pekerjaan orangtua	1. Tidak Tetap 2. Tetap	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Pada bab 4 ini akan diuraikan desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisis hasil penelitian.

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode analitik korelasional. Penelitian ini ingin mengetahui hubungan antara komunikasi terapeutik perawat anak dengan tingkat kepuasan keluarga selama hospitalisasi di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat.

Pendekatan yang dilakukan adalah *cross sectional* karena pengukuran diarahkan untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat anak (variabel bebas) dan tingkat kepuasan keluarga (variabel terikat) dilakukan secara simultan pada saat bersamaan untuk melihat adanya hubungan atau tidak diantara keduanya (Pollit & Beck, 2006). Penelitian ini menilai pengaruh antara variabel bebas dan variabel terikat dengan melakukan pengukuran sesaat (Sastroasmoro & Ismael, 2008).

4.2. Populasi Dan Sampel

4.2.1. Populasi dan Sampel

4.2.1.1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan unit analisis yang karakteristiknya akan diduga (Luknis & Sutanto, 2006). Populasi dari penelitian ini adalah perawat anak dan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat ruang perawatan anak Lukmanul Hakim.

4.2.2.2. Sampel

Nursalam (2005) mendefinisikan sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari dua kelompok, yaitu kelompok perawat anak yang melakukan komunikasi terapeutik dan kelompok keluarga (orangtua) yang diukur tingkat kepuasannya.

Sampel perawat adalah total sampel, yaitu semua perawat yang ada di ruang perawatan anak RSUD AL Ihsan sebanyak 23 perawat.

Sampel keluarga adalah orangtua yang anaknya dirawat dan menjalani kontak langsung atau berkomunikasi dengan salah satu perawat di ruang anak masuk dalam kriteria inklusi sebagai berikut:

1. Orangtua yang memiliki anak yang telah di rawat selama 1-3 hari.
2. Orangtua sebagai pendamping utama anak selama dirawat atau keluarga yang sering mengunjungi klien selama dirawat.
3. Orangtua setuju untuk menjadi responden dalam penelitian ini.
4. Orangtua mampu baca dan tulis.

4.2.2.3. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah proses menyeleksi proporsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2001). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling* yaitu teknik pemilihan dengan menggunakan seluruh anggota populasi perawat sebagai sampel (Nursalam, 2005). Pada sampel kelompok keluarga, disesuaikan dengan total jumlah perawat, yaitu 23 orang, dengan pertimbangan bahwa sampel kelompok keluarga ini adalah keluarga yang telah berinteraksi dengan salah satu perawat yang telah diobservasi komunikasi terapeutiknya dengan klien anak dan keluarga.

4.3. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat Ruang Anak Lukmanul Hakim. Pemilihan lokasi penelitian dilakukan berdasarkan pertimbangan bahwa rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit rujukan milik pemerintah kedua di Provinsi Jawa Barat setelah RSUP Hasan Sadikin Bandung dan memiliki BOR ruang anak (ruangan Lukmanul Hakim) sebesar 75%.

4.4. Waktu penelitian

Proses penelitian dilaksanakan selama tiga bulan, yaitu pada periode Mei – Juli 2012.

4.5. Etika Penelitian

Penelitian ini sangat memperhatikan etika dalam penelitian karena penelitian dalam bidang keperawatan berhubungan dengan manusia secara langsung. Etika yang perlu diperhatikan menurut Alimul (2003) adalah:

4.5.1. *Informed Consent* (persetujuan)

Peneliti akan memberikan penjelasan kepada responden tentang seluruh rangkaian penelitian dan bentuk keterlibatan responden, mencakup tujuan, manfaat, keuntungan dan kerugian responden selama mengikuti program penelitian. Setelah responden mengetahui seluruh rangkaian kegiatan penelitian, maka responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden penelitian. Beberapa calon responden yang menolak, tidak dijadikan responden penelitian, sedangkan yang bersedia menjadi responden menandatangani lembar persetujuan responden.

4.5.2. *Anonymity* (tanpa nama)

Peneliti akan merahasiakan identitas responden selama proses penelitian, dengan hanya mencantumkan inisial atau kode dari setiap pada lembar ukur penelitian. Data-data responden hanya akan digunakan untuk kepentingan ilmiah penelitian. Semua data yang diperoleh diolah dan dimasukkan kedalam perangkat komputer sudah dalam bentuk pengkodean, sehingga pembaca tidak akan mengetahui identitas responden penelitian.

4.5.3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Peneliti akan menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

4.6. Alat Pengumpulan Data

Instrumen penelitian yang digunakan oleh peneliti terdiri dari 3 bagian.

4.6.1. Lampiran 1 merupakan lembar persetujuan responden, yang digunakan sbagai formulir resmi persetujuan calon responden untuk dilibatkan dalam penelitian ini sebagai responden.

4.6.2. Lampiran 2 merupakan formulir yang berisikan biodata responden sebagai orangtua dari anak yang menjalani hospitalisasi, digunakan untuk memperoleh data terkait karakteristik keluarga. Terdiri dari data: nama/ inisial, usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, jumlah anak, dan alat tempat tinggal. Lampiran 1 diisi oleh peneliti berdasarkan informasi dari responden

4.6.3. Lampiran 3 merupakan formulir data khusus angket tingkat kepuasan responden keluarga yang dirancang berdasarkan hasil penelusuran literatur dan modifikasi dari angket tingkat kepuasan yang telah terstandar dan digunakan oleh semua Rumah Sakit Umum Daerah di Indonesia. Lampiran 3 ini diisi oleh keluarga dalam hal ini lebih ditekankan kepada orangtua dari anak yang menjalani hospitalisasi.

4.6.4. Lampiran 4 merupakan formulir data khusus komunikasi terapeutik perawat anak yang dirancang berdasarkan penelusuran literatur dan bimbingan dari pakar. Formulir ini digunakan untuk mengetahui penerapan komunikasi terapeutik perawat anak serta data karakteristik responden perawat anak di RSUD AL Ihsan Provinsi Jawa Barat. Formulir ini merupakan lembar observasi yang diisi oleh peneliti.

(instrumen selengkapnya terlampir)

4.7. Uji Validitas dan Reliabilitas

Dalam penelitian harus diperhatikan validitas dan reliabilitas instrumen penelitian yang digunakan. Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang akan diukur. Sedangkan reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan (Notoatmodjo, 2003). Validitas merupakan ciri instrumen pengukuran yang sangat penting. Terdapat 3 pendekatan utama untuk menilai validitas menurut Dempsey dan Dempsey (2006) yaitu: validitas isi (*content validity*), validitas konsep (*construct validity*), dan validitas standar terkait (*criterion related validity*).

4.7.1. Uji validitas dan reliabilitas lembar observasi komunikasi terapeutik perawat anak

Instrumen angket komunikasi terapeutik perawat anak mengadaptasi format yang digunakan dalam penelitian yang dilakukan oleh Fatriansari (2006). Angket dimodifikasi ke dalam bentuk pengukuran dengan menggunakan skala Likert, yang kemudian diukur oleh peneliti melalui observasi terhadap komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat. Pengujian validitas instrumen pada penelitian ini yaitu dengan uji validitas isi.

Validitas isi sebuah instrumen pengukuran adalah sampai sejauh mana instrumen tersebut dapat mewakili faktor yang diteliti. Setiap area isi harus dipastikan, dan perilaku yang *representative* harus diidentifikasi. Beberapa pakar di lapangan yang menguasai topik tersebut kemudian diminta untuk menguji setiap poin dan menilai seberapa jauh poin dan instrumen secara keseluruhan mewakili area isi yang sudah ditetapkan (Dempsey & Dempsey, 2006). Uji validitas isi dilakukan dengan konsultasi kepada para pakar bidang keperawatan anak dan komunikasi terapeutik perawat berkenaan dengan isi dan kedalaman pertanyaan yang pada hal ini dilakukan kepada pembimbing.

4.7.2. Uji validitas dan reliabilitas instrumen angket tingkat kepuasan.

Angket tingkat kepuasan pasien diadaptasi dari format tingkat kepuasan Depkes RI yang digunakan sebagai lembar penilaian akreditasi rumah sakit dengan beberapa perubahan sesuai dengan kebutuhan penelitian. Karena angket ini sudah dianggap terstandar maka tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

4.8. Prosedur Pengumpulan Data.

Prosedur penelitian yang ditempuh dalam rangkaian penelitian ini adalah:

4.8.1. Prosedur Administrasi

Ijin penelitian dari FIK UI terbit setelah presentasi proposal penelitian dan keluarnya surat keterangan lolos kaji etik penelitian pada tanggal 28 Juni 2012. Kemudian dilanjutkan dengan pendekatan dan pemberitahuan awal kepada Wakil Direktur Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Bidang Pendidikan dan Latihan serta Kepala Ruangan Anak Lukmanul Hakim RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat.

Pengajuan permohonan ijin penelitian ditujukan kepada direktur RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat dengan tembusan disampaikan kepada Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bidang Pendidikan dan Latihan. Setelah keluar ijin penelitian, peneliti meminta ijin kepada Kepala Ruangan Anak untuk dapat tinggal sementara di ruangan anak selama proses pengambilan data, karena peneliti akan mengikuti keseluruhan perawat dalam tiap shiftnya sampai keseluruhan jumlah responden perawat dapat diobservasi komunikasi terapeutiknya oleh peneliti. Tahap berikutnya, kemudian peneliti memilih responden keluarga yang sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan dan mengadakan kontrak waktu untuk menjelaskan tujuan penelitian, meminta kesediaan dan persetujuan calon responden untuk dijadikan responden dalam penelitian ini.

4.8.2. Prosedur Teknis

Prosedur teknis dalam penelitian ini meliputi:

1. Peneliti menjelaskan prosedur pengumpulan data dari responden perawat dan keluarga kepada Kepala Ruangan Anak Lukmanul Hakim. Khususnya terkait prosedur pengumpulan data kelompok responden perawat, hanya Kepala Ruangan yang mengetahui bahwa responden perawat akan diobservasi komunikasi terapeutiknya selama perawat berinteraksi dengan klien anak dan keluarga.
2. Peneliti menentukan responden perawat anak yang ada di ruangan anak Lukmanul Hakim sebanyak 23 perawat sebagai responden untuk diukur komunikasi terapeutiknya.
3. Peneliti memberitahukan kepada setiap perawat untuk diikuti oleh peneliti ketika perawat akan berinteraksi dengan klien anak atau keluarga.
4. Peneliti mengobservasi komunikasi terapeutik perawat dengan mengikuti perawat ketika perawat berinteraksi dengan keluarga. Interaksi yang diikuti oleh peneliti antara lain: ketika perawat melakukan penerimaan klien anak baru dan ketika perawat melakukan tindakan keperawatan ataupun kolaboratif.
5. Peneliti tidak memberitahukan kepada perawat bahwa peneliti sedang mengobservasi komunikasi terapeutik yang dilakukannya terhadap keluarga dan klien anak, supaya perawat dapat melakukan komunikasi terapeutiknya dalam *setting natural*. Perawat hanya tahu bahwa peneliti sedang melakukan penelitian terhadap klien anak dan keluarga.
6. Peneliti melakukan observasi komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan lembar observasi pada lampiran 4. Setiap selesai melakukan observasi, peneliti langsung mendokumentasikannya ke dalam lembar observasi komunikasi terapeutik perawat.

7. Setelah proses pendokumentasian observasi komunikasi terapeutik perawat anak selesai, peneliti memilih calon responden keluarga yang sesuai dengan kriteria inklusi yaitu keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di ruang perawatan anak Lukmanul Hakim RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat, dan dirawat langsung oleh perawat anak di ruang Lukmanul Hakim.
8. Peneliti mendatangi calon responden keluarga, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.
9. Peneliti menjelaskan tahapan penelitian setelah calon responden keluarga menyetujui menjadi responden dalam penelitian.
10. Responden keluarga menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
11. Peneliti mengukur tingkat kepuasan dengan meminta orangtua mengisi instrumen lampiran 3. Peneliti melakukan pendampingan pada saat responden keluarga melakukan pengisian instrumen.
12. Peneliti meneliti kelengkapan dan kejelasan isi kuesioner yang sudah diisi oleh responden

4.9. Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1. Pengolahan data

Setelah semua data kedua kelompok terkumpul, data selanjutnya diolah dengan menggunakan perangkat komputer melalui tahapan *coding*, *editing*, *clearing* dan *tabulating*. Setelah semua data terkumpul, peneliti akan melakukan pengolahan data dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. *Editing*

Setelah data dikumpulkan, maka dilakukan koreksi terhadap kelengkapan data dengan meneliti kembali kelengkapan pengisian, keterbacaan, kejelasan jawaban, menghilangkan keragu-raguan data, relevansi jawaban dan keseragaman satuan data.

2. *Coding*

Mengklarifikasikan jawaban responden menurut macamnya dengan cara menandai masing-masing jawaban dengan skor jawaban.

3. *Tabulating*

Mengelompokkan data ke dalam bentuk tabel tertentu menurut sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian, kemudian dimasukkan dalam tabel.

4. *Clearing*

Peneliti mengoreksi data bila ditemukan penomoran yang salah atau huruf-huruf yang kurang jelas untuk menyingkirkan kesalahan.

4.9.2. Analisis Data

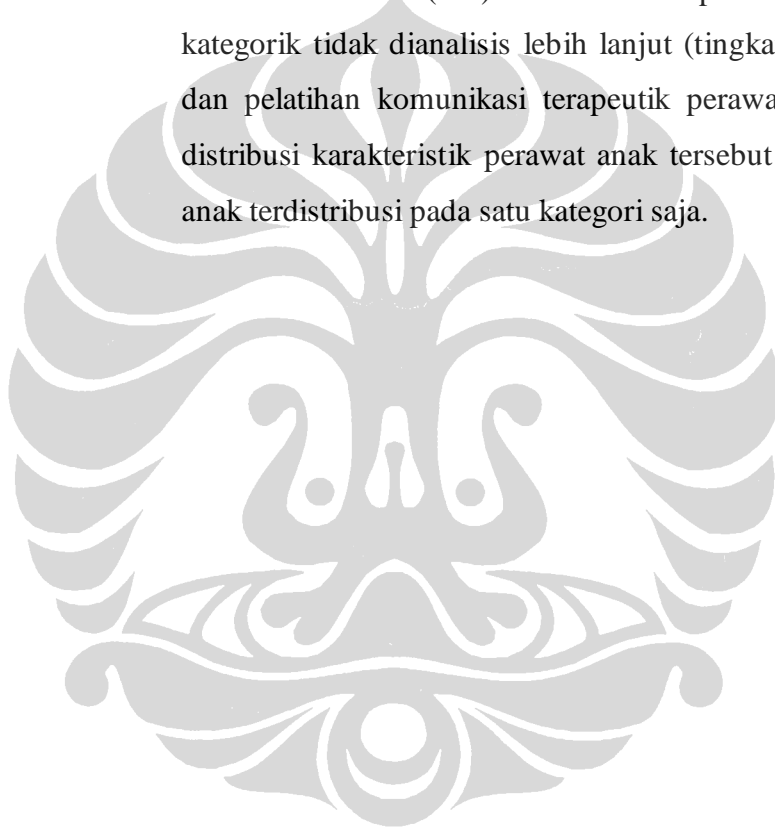
1. Analisis univariat

Tujuan analisis univariat adalah untuk menjelaskan atau mendeskriptifkan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis data yang termasuk dalam data kategorik disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase. Data yang termasuk dalam analisis ini adalah data umum karakteristik orangtua, data umum karakteristik perawat anak, data komunikasi terapeutik perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi.

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat yaitu analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang berhubungan atau berkorelasi (Hastono, 2007). Analisis yang dilakukan, untuk melihat hubungan antar variabel. Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah uji korelasi *Chi-Square*, dan Uji *t-independent*. Uji *t-independent* digunakan untuk melihat hubungan antara variabel lama bekerja perawat dengan komunikasi terapeutik perawat anak, dan variabel usia orangtua dengan tingkat kepuasan orangtua yang anaknya menjalani hospitalisasi.

Uji *Chi-Square* digunakan untuk melihat hubungan komunikasi terapeutik perawat anak dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi, karakteristik orangtua (yang masuk dalam data kategorik) dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi, dengan melihat nilai uji *Fisher's Exact Test*, dengan parameter terdapat korelasi, jika nilai: $p < 0,05$. Uji ini dihitung pada CI 95% dan $\alpha = 0,05$. Selanjutnya untuk melihat kekuatan hubungannya atau perbedaannya digunakan nilai *Odds Ratio* (OR). Karakteristik perawat anak berupa data kategorik tidak dianalisis lebih lanjut (tingkat pendidikan perawat dan pelatihan komunikasi terapeutik perawat), karena dari hasil distribusi karakteristik perawat anak tersebut keseluruhan perawat anak terdistribusi pada satu kategori saja.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Dalam bab ini akan diuraikan hasil penelitian hubungan komunikasi terapeutik perawat anak dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat. Data diambil pada tanggal 30 Juni sampai dengan 5 Juli 2012 terhadap 23 responden perawat anak dan 23 responden keluarga. Responden dalam penelitian ini dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu responden perawat anak yang diobservasi komunikasi terapeutiknya sejumlah 23 orang (yang merupakan keseluruhan jumlah perawat ruangan anak), dan responden keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi sejumlah 23 orangtua anak yang telah berinteraksi dengan perawat anak.

Hasil penelitian diuraikan dalam bentuk karakteristik keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi, karakteristik perawat anak, komunikasi terapeutik perawat anak, dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi.

5.1. Karakteristik Perawat Anak

Karakteristik perawat anak dalam penelitian ini meliputi tingkat pendidikan perawat anak, lama bekerja perawat anak, dan pelatihan yang pernah diikuti oleh perawat anak terkait komunikasi terapeutik. Distribusi karakteristik perawat anak disajikan dalam bentuk tabel di bawah ini:

Tabel 5.1
Distribusi Karakteristik Responden Perawat Anak
Berdasarkan Tingkat Pendidikan Perawat Anak dan Pelatihan Perawat
Anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat
(n=23)

Variabel	n	Persentase (%)
Tingkat Pendidikan Perawat Anak		
SPK	0	0
D III Keperawatan	23	100
S1-Keperawatan	0	0
Pelatihan Perawat Anak		
Tidak pernah	23	100
Pernah	0	0

Berdasarkan tabel 5.1, seluruh perawat anak (100%) mempunyai tingkat pendidikan D III Keperawatan dan tidak pernah mengikuti pelatihan komunikasi terapeutik perawat.

Tabel 5.2
Distribusi Karakteristik Perawat Anak berdasarkan
Lama Bekerja Perawat Anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat
(n=23)

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Minimal – Maksimal	95% CI
Lama Bekerja Perawat	3,52	4,209	0 – 15	1,70 – 5,34

Berdasarkan tabel 5.2. didapatkan bahwa rata-rata lama bekerja perawat anak adalah 3,52 tahun (95% CI: 1,70 – 5,34), dengan standar deviasi 4,209. Dengan lama bekerja antara 0 tahun sampai 15 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata lama bekerja perawat anak adalah 1,70 tahun sampai dengan 5,34 tahun.

5.2. Karakteristik Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Karakteristik keluarga dalam penelitian ini meliputi usia orangtua, jenis kelamin orangtua, jumlah anak, pendidikan orangtua, dan pekerjaan orangtua.

Tabel 5.3
Distribusi Karakteristik Responden Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi berdasarkan Usia Orangtua di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat (n=23)

Variabel	Mean	Standar Deviasi	Minimal – Maksimal	95% CI
Usia Orang tua	30,26	5,833	19 - 43	27,74 – 32,78

Berdasarkan tabel 5.2. didapatkan bahwa rata-rata usia orangtua adalah 30,26 tahun (95% CI: 27,74 – 32,78) dengan standar deviasi 5,833. Dengan usia orangtua termuda adalah 19 tahun dan tertua 43 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini rata-rata usia orangtua adalah 27,74 tahun sampai dengan 32,78 tahun.

Tabel 5.4
 Distribusi Karakteristik Responden Keluarga Berdasarkan Jenis Kelamin
 Orangtua, Jumlah Anak, Pendidikan Orangtua, Pekerjaan Orangtua
 di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat
 (n=23)

Variabel	n	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki	10	43,5
Perempuan	13	56,5
Jumlah Anak		
1	9	39,1
2	9	39,1
3	4	17,4
4	1	4,3
Pendidikan Orangtua		
SD	3	13,0
SMP	9	39,1
SMA	8	34,8
PT	3	13,0
Pekerjaan Orangtua		
Tetap	12	52,2
Tidak tetap	11	47,8

Berdasarkan tabel 5.1, didapatkan bahwa sebagian besar orangtua berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 13 orang (56,6%). Berdasarkan jumlah anak, terdapat 1 orangtua (4,3%) yang memiliki 4 anak, dan orangtua yang memiliki anak 1 – 2 orang terdistribusi merata, sejumlah 9 orang (39,1%). Berdasarkan pendidikan orangtua, distribusi merata pada pendidikan SD dan PT, yaitu sejumlah 3 orang (13,0%). Berdasarkan pekerjaan orangtua, terdapat orangtua dengan pekerjaan tetap sebanyak 12 orang (52,2%) dan pekerjaan tidak tetap sebanyak 11 orang (47,8%).

5.3. Komunikasi Terapeutik Perawat Anak

Komunikasi terapeutik perawat anak diobservasi penerapannya pada seluruh perawat ketika mereka berinteraksi dengan klien anak dan keluarga, yang dikelompokkan dalam komunikasi terapeutik positif dan komunikasi terapeutik negatif.

Tabel 5.5
Distribusi Komunikasi Terapeutik Perawat Anak
Di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat
(n=23)

Variabel	n	Persentase (%)
Komunikasi Terapeutik Perawat Anak		
Negatif	9	39,1
Positif	14	60,9

Berdasarkan tabel 5.2, terlihat bahwa sebagian besar komunikasi terapeutik perawat anak adalah positif, yaitu sebanyak 14 orang (60,9%).

5.4. Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Tabel 5.6
Distribusi Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi
Di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat
(n=23)

Variabel	n	Persentase (%)
Tingkat Kepuasan Keluarga		
Puas	12	52,2
Tidak Puas	11	47,8

Berdasarkan tabel 5.3 dapat dilihat bahwa terdapat 12 orang (52,2%) dengan tingkat kepuasan keluarga baik, dan selebihnya 11 orang (47,8%) dengan tingkat kepuasan tidak baik.

5.5. Karakteristik Perawat Anak Terhadap Komunikasi Terapeutik Perawat Anak

Tabel 5.7
Distribusi Lama Bekerja Perawat Terhadap Komunikasi Terapeutik Perawat Anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat (n=23)

Komunikasi Terapeutik Perawat Anak	n	Mean	SD	SE	P Value
Negatif	9	1,44	1,509	0,503	0,026
Positif	14	4,86	4,865	1,300	

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan bahwa rata-rata lama bekerja perawat yang komunikasi terapeutiknya negatif adalah 1,44 tahun dengan standar deviasi 1,509, sedangkan perawat yang komunikasinya positif mempunyai rata-rata lama bekerja 4,86 tahun dengan standar deviasi 4,865. Hasil uji statistik didapatkan bahwa nilai $p = 0,026$, berarti pada alpha 5% terlihat ada perbedaan yang bermakna antara rata-rata lama bekerja perawat dengan komunikasi terapeutik perawat anak.

Karakteristik perawat anak yang lain, yaitu tingkat pendidikan perawat dan pelatihan komunikasi terapeutik perawat, tidak dapat dianalisa keterkaitannya dengan komunikasi terapeutik perawat anak, karena hasil distribusi menunjukkan bahwa keseluruhan perawat anak mempunyai tingkat pendidikan yang sama, yaitu D III Keperawatan, dan tidak pernah mengikuti pelatihan komunikasi terapeutik perawat.

5.6. Karakteristik Keluarga terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

5.6.1. Usia Orangtua terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Tabel 5.8
Distribusi Usia Orangtua Terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat (n=23)

Tingkat Kepuasan Keluarga	n	Mean	SD	SE	P Value
Tidak Baik	11	28,73	5,729	1,727	0,236
Baik	12	31,67	5,805	1,676	

Berdasarkan tabel 5.7 didapatkan bahwa rata-rata usia orangtua yang tingkat kepuasannya tidak baik adalah 28,73 tahun dengan standar deviasi 5,729, sedangkan tingkat kepuasan keluarga yang baik berada pada rata-rata usia orangtua 31,67 tahun dengan standar deviasi 5,805. Hasil uji statistika mendapatkan $p = 0,236$ berarti pada alpha 5% terlihat bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata usia orangtua dengan tingkat kepuasan yang baik dan tidak baik.

5.6.2. Jenis Kelamin Orangtua terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Tabel 5.9
Distribusi Jenis Kelamin Orangtua Terhadap
Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya
Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al Ihsan
Provinsi Jawa Barat
(n=23)

Variabel	Tingkat Kepuasan Keluarga				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Tidak Baik					
	n	%	n	%	n	%		
Jenis Kelamin Orangtua								
Laki-laki	5	50	5	50	10	100	1,167	
Perempuan	6	46,2	7	53,8	13	100	0,224-6,081	1,000

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa terdapat 7 orangtua (53,8%) berjenis kelamin perempuan mempunyai tingkat kepuasan tidak baik. Sedangkan pada orangtua dengan jenis kelamin laki-laki mempunyai distribusi yang merata pada tingkat kepuasan baik dan tidak baik, yaitu masing 5 orang (50%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara jenis kelamin orangtua dengan tingkat kepuasan keluarga ($p = 1,000$).

5.6.3. Jumlah Anak terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Tabel. 5.10
Distribusi Jumlah Anak Terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat (n = 23)

Variabel	Tingkat Kepuasan Keluarga				Total		P Value
	Baik		Tidak Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Jumlah Anak							
1 – 2	9	50	9	50	18	100	1,000
3 – 4	3	40	2	60	5	100	

Berdasarkan tabel 5.9. didapatkan karakteristik orangtua dengan jumlah anak antara 1 sampai 2 anak terdistribusi merata pada 9 orangtua (50%) pada kepuasan baik dan tidak baik. Hasil uji statistika menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara jumlah anak dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi ($p = 1,000$).

5.6.4. Tingkat Pendidikan Orangtua terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Tabel 5.11
Distribusi Tingkat Pendidikan Orangtua Terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat (n = 23)

Variabel	Tingkat Kepuasan Keluarga				Total		P Value
	Baik		Tidak Baik		n	%	
	n	%	n	%			
Tingkat Pendidikan Orangtua	5	58,3	6	41,7	11	100	0,648
SD - SMP	7	54,5	5	45,5	12	100	
SMA - PT							

Berdasarkan tabel 5.10, didapatkan bahwa terdapat 7 orangtua (54,5%) dengan pendidikan SMA – PT mempunyai tingkat kepuasan baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan orangtua dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi ($p = 0,648$).

5.6.5. Pekerjaan Orangtua terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Tabel 5.12
Distribusi Pekerjaan Orangtua Terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat (n=23)

Variabel	Tingkat Kepuasan Keluarga				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Tidak Baik					
	n	%	n	%	n	%		
Pekerjaan Orangtua								
Tetap	7	58,3	5	41,7	12	100	0,595	
Tidak Tetap	5	45,5	6	54,5	11	100	0,114-3,102	0,842

Berdasarkan tabel 5.11, didapatkan bahwa terdapat 7 orangtua (58,3%) dengan pekerjaan tetap mempunyai tingkat kepuasan yang baik. Hasil uji statistika menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan orangtua dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat ($p = 0,842$).

5.7. Komunikasi Terapeutik Perawat Anak Terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Tabel 5.13
Distribusi Komunikasi Terapeutik Perawat Anak Terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat (n=23)

Variabel	Tingkat Kepuasan Keluarga				Total		OR (95% CI)	P Value
	Baik		Tidak Baik					
	n	%	n	%	n	%		
Komunikasi Terapeutik Perawat Anak								
Positif	12	85,7	2	14,3	14	100	7,000	0,0005
Negatif	0	,0	9	100	9	100	1,9 – 25,3	

Hasil analisis pada tabel 5.4 menggambarkan bahwa terdapat 12 orangtua (85,7%) yang baik tingkat kepuasannya dengan positifnya penerapan komunikasi terapeutik perawat anak. Sedangkan pada keluarga yang tingkat kepuasannya tidak baik dengan komunikasi terapeutik perawat anak yang negatif didapatkan sebanyak 9 orang (100%). Hasil uji statistik menunjukkan terdapat perbedaan tingkat kepuasan keluarga yang signifikan antara perawat anak yang komunikasi terapeutiknya positif dan negatif ($p = 0,0005$). Dari hasil analisis diperoleh nilai *Odds Ratio*(OR) sebesar 7,000, yang bermakna bahwa komunikasi terapeutik perawat anak yang negatif beresiko memberikan tingkat kepuasan keluarga tidak baik sebanyak 7,000 kali lebih besar daripada perawat anak yang berkomunikasi terapeutik positif.

BAB 6

PEMBAHASAN

Pembahasan dalam penelitian ini menguraikan interpretasi hasil penelitian, keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian. Interpretasi hasil penelitian berupa uraian dan analisis hasil ditinjau dari berbagai sudut pandang, penelitian sebelumnya ataupun konsep dan teori terkait. Keterbatasan penelitian membahas beberapa hal yang terjadi selama penelitian dan tidak dapat dikendalikan oleh peneliti, sehingga berpengaruh terhadap hasil penelitian. Implikasi hasil penelitian merupakan kajian tentang berbagai pengaruh hasil penelitian terhadap pengembangan keilmuan keperawatan.

6.1. Interpretasi Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan tujuan umum untuk mengetahui hubungan antara komunikasi terapeutik perawat anak dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat. Sebanyak 23 orang perawat anak telah diobservasi komunikasi terapeutiknya, dan 23 orang keluarga (orangtua) diukur tingkat kepuasannya setelah keluarga berinteraksi dengan perawat. Kelompok perawat diobservasi komunikasi terapeutiknya ketika perawat berinteraksi dengan keluarga klien anak, dimulai pada tahap orientasi, kemudian tahap kerja, dan berakhir pada tahap terminasi (terminasi sementara). Observasi diukur dengan menggunakan lembar observasi komunikasi terapeutik perawat anak yang juga mencatat data terkait karakteristik perawat anak. Sedangkan kelompok keluarga dicatat karakteristiknya dan diukur tingkat kepuasannya setelah adanya interaksi dengan perawat. Karakteristik perawat anak yang dicatat meliputi: tingkat pendidikan perawat anak, lama bekerja perawat anak, dan pelatihan yang pernah diikuti perawat anak terkait komunikasi terapeutik. Karakteristik keluarga yang dicatat meliputi: usia, jenis kelamin, jumlah anak, pendidikan orangtua, dan pekerjaan orangtua. Sedangkan

tingkat kepuasan keluarga diukur dengan menggunakan angket tingkat kepuasan keluarga. Komunikasi terapeutik perawat anak adalah komunikasi yang terjadi antara perawat anak dengan klien anak dan keluarganya selama proses perawatan klien anak dengan tujuan akhir penyembuhan klien anak. Tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi adalah tingkat penerimaan keluarga terhadap pemberian pelayanan keperawatan selama anak menjalani hospitalisasi. Hasil observasi dan interpretasi variabel tersebut diuraikan sebagai berikut:

6.1.1. Karakteristik Perawat Anak

Dalam penelitian ini dihasilkan bahwa karakteristik perawat anak terdistribusi merata dan menyeluruh (100%) pada tingkat pendidikan D III Keperawatan dan tidak pernahnya perawat mengikuti pelatihan terkait komunikasi terapeutik, dengan rata-rata lama bekerja perawat adalah 1,7 tahun sampai 5,34 tahun. Pemahaman akan karakteristik suatu subjek dari penelitian dianggap penting, karena peneliti dapat mengidentifikasi gambaran ciri khusus dengan sifat khas suatu subjek penelitiannya, yang kemudian dapat membantu peneliti dalam memenuhi tujuan dari penelitiannya sesuai dengan subjek penelitian.

Karakteristik perawat anak diidentifikasi oleh peneliti, dalam rangka memberikan gambaran terkait perawat anak sebagai salah satu responden dalam penelitian ini. Responden perawat yang diidentifikasi karakteristiknya digunakan untuk melihat penerapan komunikasi terapeutik perawat anak pada masing-masing responden. Oleh karena itu, hasil gambaran karakteristik perawat ini kemudian akan dikaitkan dengan hasil dari penerapan komunikasi terapeutik perawat anak.

6.1.2. Karakteristik Keluarga

Keluarga sebagai responden dalam penelitian ini telah diidentifikasi karakteristiknya dengan hasil penelitian bahwa didapatkan rata-rata usia orangtua berada pada rentang 28 tahun (dari hasil pembulatan 27,74) sampai dengan 33 tahun (dari hasil pembulatan 32,78), sebagian besar berjenis kelamin perempuan (56,6%) dengan jumlah anak merata (39,1%) pada 1 sampai 2 anak, dan tingkat pendidikan yang merata (13%) pada tingkat pendidikan SD dan PT, serta orangtua yang sebagian besar (52,2%) mempunyai pekerjaan tetap.

Dari keseluruhan aspek karakteristik yang telah teridentifikasi dalam penelitian ini kemudian dianalisa masing-masingnya yang dihubungkan dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi. Hal ini ditujukan untuk mengidentifikasi adakah aspek dalam karakteristik keluarga yang dapat dijadikan sebagai faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan keluarga. Seperti dijelaskan oleh Anjaryani (2009) bahwa karakteristik adalah ciri khusus yang mempunyai sifat khas sesuai dengan perwatakan tertentu.

6.1.3. Komunikasi Terapeutik Perawat Anak di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat

Komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat anak pada penelitian ini menghasilkan kecenderungan bahwa sebagian besar perawat, yaitu 60,9%, positif melakukan komunikasi terapeutik. Positif merupakan kategori hasil ukur dalam penelitian ini untuk mengelompokkan hasil skor data observasi komunikasi terapeutik perawat anak, dengan kriteria skor positif jika skor komunikasi lebih dari mean (88).

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti, yaitu dengan melakukan wawancara dengan staf bidang keperawatan RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat, menghasilkan bahwa di RSUD Al Ihsan sendiri belum menetapkan standar prosedur khusus komunikasi terapeutik perawat, namun dalam rangka meningkatkan keterampilan dan kesadaran perawat untuk menerapkan komunikasi terapeutik pada proses keperawatan, RSUD Al Ihsan mempunyai kebijakan khusus yaitu dengan mengukur tingkat kepuasan klien dan keluarga secara periodik setiap bulannya. Pada angket tingkat kepuasan tersebut, RSUD Al Ihsan memasukkan beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik perawat. Seluruh item pertanyaan dalam angket tersebut telah disosialisasikan kepada seluruh perawat, dengan tujuan untuk memberikan panduan secara tidak langsung kepada perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang baik, khususnya menerapkan komunikasi terapeutik.

Oleh karena itu, dapat disimpulkan sementara – karena penerapan komunikasi terapeutik perawat anak lebih lanjut akan dianalisa dengan menghubungkannya pada aspek dalam karakteristik perawat anak – dari hasil penelitian terkait penerapan komunikasi terapeutik perawat anak di RSUD Al Ihsan, bahwa adanya kecenderungan sebagian besar perawat anak telah menerapkan komunikasi terapeutik yang baik merupakan hasil pola yang sengaja dibentuk oleh rumah sakit kepada perawatnya melalui kebijakan rumah sakit yang menetapkan secara periodik (setiap bulannya) pengukuran tingkat kepuasan klien dan keluarga dengan memasukkan aspek komunikasi terapeutik perawat ke dalam item penilaiannya. Namun masih ditemukan adanya perawat anak yang belum menerapkan komunikasi terapeutiknya, dapat ditinjau lebih lanjut keterkaitannya dengan aspek lain, seperti karakteristik perawat anak itu sendiri.

6.1.4. Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat

Tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi dalam penelitian ini didapatkan bahwa sebagian besar keluarga menyatakan puas (52,2%) akan pelayanan keperawatan yang didapatkannya selama anak menjalani hospitalisasi. Indikator puas dalam penelitian merupakan kategori dalam hasil ukur penelitian dengan melihat skor tingkat kepuasan lebih besar atau sama dengan mean skor tingkat kepuasan (86).

Pengukuran tingkat kepuasan keluarga dapat dijadikan indikator baik atau tidaknya proses pelayanan keperawatan yang telah diberikan oleh penyelenggara pelayanan keperawatan. Sesuai dengan hasil telusur literatur (Gerson, 2004; dan Nursalam 2003) yang telah dilakukan oleh peneliti, bahwa pengukuran tingkat kepuasan mempunyai manfaat antara lain sebagai berikut: pengukuran menyebabkan seseorang memiliki rasa berhasil dan berprestasi, yang kemudian diterjemahkan menjadi pelayanan yang prima kepada pelanggan; pengukuran biasa dijadikan dasar menentukan standar kinerja dan standar prestasi yang harus dicapai, yang mengarahkan mereka menuju mutu yang semakin baik dan kepuasan pelanggan yang semakin meningkat; pengukuran memotivasi orang untuk melakukan dan mencapai tingkat produktivitas yang lebih tinggi.

6.1.5. Hubungan Karakteristik Perawat Anak dan Komunikasi Terapeutik Perawat Anak

Dari hasil analisa dalam penelitian ini, didapatkan bahwa karakteristik perawat anak berupa lama bekerja perawat mempunyai hubungan yang bermakna dengan komunikasi terapeutik perawat anak ($p = 0,026$). Sedangkan karakteristik yang lain, yaitu tingkat pendidikan perawat dan pelatihan komunikasi terapeutik perawat anak, tidak dapat dianalisa lebih lanjut untuk melihat hubungannya dengan komunikasi terapeutik perawat karena data yang dihasilkan konstan.

Potter dan Perry (1994) mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik perawat, diantaranya adalah faktor perkembangan, persepsi, nilai, latar belakang sosial budaya, emosi, pengetahuan, peran, dan tatanan interaksi. Merujuk dari hal tersebut dan dikaitkan dengan hasil penelitian, bahwa lama bekerja perawat teridentifikasi mempunyai hubungan yang bermakna dengan komunikasi terapeutik, maka dapat dinyatakan bahwa pengalaman seseorang dapat mempengaruhi keterampilannya, dalam hal ini adalah keterampilan komunikasi terapeutik.

Potter dan Perry (1994) menyatakan bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik perawat, sedangkan dalam penelitian ini pengetahuan – yang dalam hal ini diidentifikasi dari tingkat pendidikan perawat – ternyata tidak dapat dijadikan faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik. Hal ini kemudian peneliti kaitkan dengan adanya keseragaman data tingkat pendidikan perawat, yang kemudian menghasilkan data yang konstan dan tidak dapat dianalisa lebih lanjut untuk melihat keterkaitannya dengan komunikasi terapeutik perawat.

Sama halnya dengan tingkat pendidikan perawat yang menghasilkan data yang konstan, data mengenai pelatihan komunikasi terapeutik perawat pun menghasilkan data yang konstan, karena adanya distribusi yang terkonsentrasi pada satu kategori hasil ukur, yaitu kategori tidak pernah. Hal ini menyebabkan faktor pelatihan juga tidak dapat dianalisa lebih lanjut untuk melihat keterkaitannya dengan komunikasi terapeutik perawat anak.

Dari paparan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa lama bekerja perawat secara uji statistik mempunyai hubungan yang bermakna terhadap komunikasi terapeutik, sedangkan tingkat pendidikan dan pelatihan komunikasi terapeutik tidak dapat diketahui keterkaitannya dengan komunikasi terapeutik. Lama bekerja perawat dapat dijadikan salah satu faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik perawat anak. Hal ini mengindikasikan bahwa pengalaman perawat anak dengan merujuk dari lamanya perawat bekerja di suatu unit pelayanan keperawatan dapat mempengaruhi keterampilannya dalam berinteraksi dengan klien anak/ keluarga dan kecakapannya dalam berkomunikasi secara terapeutik dengan klien anak/ keluarga.

6.1.6. Hubungan Karakteristik Keluarga dan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Dari hasil penelitian dan uji statistik yang telah dilakukan terhadap seluruh aspek dalam karakteristik keluarga, didapatkan bahwa seluruh aspek tersebut tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan tingkat kepuasan keluarga (p usia orangtua = 0,236; p jenis kelamin orangtua = 1,000; p jumlah anak = 1,000; p pendidikan orangtua = 0,648; dan p pekerjaan orangtua = 0,842). Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Lestari, et. al, (2010) yang juga menghasilkan tidak adanya hubungan yang bermakna antara karakteristik responden klien dengan

tingkat kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan. Faktor-faktor dalam karakteristik responden yang diidentifikasi oleh Lestari, et.al, dalam penelitiannya juga sama dengan yang telah diidentifikasi oleh peneliti, yaitu usia, jenis kelamin, jumlah anak, tingkat pendidikan, dan pekerjaan.

Penelitian lain yang menghasilkan bahwa karakteristik responden tidak mempunyai hubungan bermakna dengan tingkat kepuasan, juga dilakukan oleh Anjaryani (2009). Dalam penelitiannya, Anjaryani mengidentifikasi karakteristik responden untuk dilihat keterkaitannya dengan tingkat kepuasan, dengan dasar bahwa karakteristik merupakan ciri khusus yang melekat pada seseorang yang mungkin akan mempengaruhi persepsi seseorang. Namun dalam penelitiannya pun menghasilkan bahwa keseluruhan karakteristik responden yang telah teridentifikasi tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan tingkat kepuasan. Karakteristik responden yang teridentifikasi dalam penelitian Anjaryani, sedikit berbeda dengan penelitian ini. Anjaryani mengidentifikasi karakteristik responden berupa usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, dan status pernikahan.

Supranto (2007) menyatakan bahwa pengukuran tingkat kepuasan dimulai dari pelanggan, kemudian dimonitor dari tingkat kualitas yang diinginkan. Lebih lanjut Supranto mengemukakan bahwa harapan pelanggan dapat terbentuk dari pengalaman masa lalu, komentar dari kerabat, serta janji dan informasi dari penyedia jasa dan pesaing. Sedangkan menurut Kotler (2007), pengukuran kepuasan pelanggan dapat dilakukan dengan menilai beberapa aspek, diantaranya dari sistem keluhan dan saran, *ghost shopping*, *lost costumer loyalty*, dan survei kepuasan pelanggan.

Merujuk dari referensi, hasil penelitian terdahulu dan keterkaitannya dengan hasil penelitian yang telah dilakukan peneliti, maka dapat dinyatakan bahwa sebenarnya karakteristik klien atau keluarga tidak cukup bermakna untuk dinyatakan sebagai faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepuasan. Karakteristik keluarga hanya dapat diidentifikasi untuk melihat kekhasannya sebagai suatu ciri khusus yang melekat pada diri seseorang.

6.1.7. Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Anak dan Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi

Dalam penelitian ini didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi dengan nilai $p = 0,000$. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Darmawan (2009) yang meneliti keterkaitan antara komunikasi terapeutik perawat dan tingkat kepuasan klien, yang mendapatkan adanya hubungan yang bermakna antara komunikasi terapeutik perawat anak dengan tingkat kepuasan klien tentang pelayanan keperawatan. Darmawan dalam penelitiannya hanya mengukur hasil dari sudut pandang klien saja, tanpa melihat bagaimana perawat melakukan komunikasi terapeutiknya. Sehingga yang menjadi tolak ukur dalam hasil penelitian Darmawan hanya pada persepsi klien berupa tingkat kepuasan terhadap komunikasi terapeutik perawat.

Hong, et. al (2008) yang meneliti tentang kepuasan klien yang dihubungkan dengan komunikasi perawat dalam manajemen nyeri di unit pediatrik, juga menghasilkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi perawat dengan tingkat kepuasan klien terkait manajemen nyeri klien ($p = 0,05$). Dalam penelitiannya, Hong, et.al, berfokus pada intensitas perawat dalam berinteraksi dan berkomunikasi

dengan klien dalam proses distraksi terhadap nyeri klien anak. Hal ini berbeda dengan fokus dalam penelitian ini, karena dalam penelitian ini peneliti tidak menyoroti pada keadaan khusus klien anak, tapi pada proses interaksi; sebagai metode dalam penerapan komunikasi terapeutik perawat; yang terjadi antara perawat dan klien anak atau keluarga dengan tujuan untuk menilai tingkat kepuasan keluarga.

Penelitian lain terkait pentingnya komunikasi untuk meningkatkan kepuasan klien yang dilakukan oleh Salehi, et. al (2010), menghasilkan hal senada, bahwa ada hubungan yang bermakna antara komunikasi perawat dengan tingkat kepuasan klien. Hasil penelitian Salehi, et.al, merekomendasikan kepada perawat untuk lebih meningkatkan interaksinya, termasuk didalamnya intensitas komunikasi terapeutik perawat dengan klien, karena hal tersebut dapat dijadikan sebagai usaha dalam meningkatkan kepuasan klien. Hal ini sesuai dengan metoda yang digunakan peneliti dalam melihat keterkaitan antara komunikasi terapeutik perawat dan tingkat kepuasan keluarga, yaitu mengobservasi komunikasi terapeutik perawat anak dengan mengikuti interaksi yang terjadi antara perawat dan klien anak serta keluarga, dan kemudian menilai tingkat kepuasan keluarga setelah keluarga berinteraksi dengan perawat anak.

Dari hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti terhadap perawat anak dalam interaksinya dengan klien anak dan keluarga, menunjukkan bahwa komunikasi tidak dapat dilepaskan dalam proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat terhadap klien dan keluarga. Hal ini sesuai dengan Marlindawani (2007) bahwa komunikasi menjadi sangat bermakna karena merupakan metoda utama dalam mengimplementasikan proses keperawatan, khususnya pada klien anak dan keluarga. Yani dalam Marlindawani (2007) juga menyatakan bahwa perawat yang memiliki

keterampilan berkomunikasi secara terapeutik tidak saja akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, namun juga dapat mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesi dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra profesi keperawatan dan citra rumah sakit. Pentingnya komunikasi dalam proses pemberian pelayanan, utamanya pelayanan keperawatan juga diungkapkan oleh Isriqomah (2003) dalam penelitiannya, yang menghasilkan kecendrungan positif antara persepsi klien dengan keterampilan komunikasi terapeutik perawat.

Komunikasi terapeutik perawat sebagai bagian integral dari proses pelayanan keperawatan dipandang dapat berkontribusi dalam mempengaruhi kepuasan klien dan keluarga. Hal ini sesuai dengan hasil dalam penelitian ini, bahwa terdapat hubungan yang bermakna (signifikan) antara penerapan komunikasi terapeutik dengan tingkat kepuasan keluarga. Dari 23 responden keluarga yang diukur tingkat kepuasannya setelah berinteraksi dengan 23 responden perawat anak, didapatkan sebagian besar orangtua (85,7%) puas dengan adanya komunikasi terapeutik perawat anak yang positif. Tingkat kepuasan keluarga merupakan tingkat penerimaan dan respon keluarga terhadap pemberian pelayanan keperawatan yang diberikan. Sugiarto, et. al (2010) dalam penelitiannya untuk mengetahui hubungan pelayanan keperawatan terhadap tingkat kepuasan pasien, mengungkapkan hasil bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan terhadap tingkat kepuasan klien. Salah satu kemampuan perawat yang diteliti oleh Sugiarto,et.al, adalah kemampuan perawat dalam berkomunikasi dengan kliennya.

Sadelli (2003) juga mengungkapkan hal senada dengan Sugiarto, et. al, dalam penelitiannya untuk menganalisa tingkat kepuasan pasien terhadap peran perawat dan penyediaan fasilitas di ruang rawat inap, menghasilkan bahwa pasien puas dengan variabel konsultan, lingkungan fisik, perawatan/ obat-obatan, dan pelayanan makanan/ minuman yang berhubungan dengan kepuasan. Sadelli mengungkapkan bahwa variabel perawatan/ obat-obatan merupakan variabel yang paling signifikan hubungannya dengan kepuasan pasien. Mappa (2009) dalam penelitiannya juga mengungkapkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan positif antara persepsi pasien tentang komunikasi perawat dengan tingkat kepuasan pasien terhadap komunikasi.

Dari hasil penelitian dan paparan di atas, dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik perawat anak mempunyai dampak yang cukup signifikan dalam mempengaruhi tingkat kepuasan keluarga. Hal ini mengimplikasikan bahwa perawat anak, disesuaikan dengan teori keperawatan *caring* Swanson, dalam melaksanakan proses keperawatannya (*caring*) kepada klien anak dan keluarga harus dapat menempatkan komunikasi terapeutik perawat anak sebagai bagian integral dari asuhan keperawatan yang diberikannya. Perawat anak dituntut untuk dapat menciptakan filosofis dari komunikasi terapeutik (*maintaining belief*) pada tahap pre-interaksi, kemudian mengetahui fungsi dan manfaat dari komunikasi terapeutik (*knowing*) dalam rangka memahami kondisi dan keluhan dari klien anak dan keluarga pada tahap orientasi, penyampaian pesan verbal dan non-verbal kepada klien (*being with*) dengan menggunakan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada fase kerja. Melakukan tindakan terapeutik (*doing for and enabling*) dengan menerapkan komunikasi terapeutik juga pada fase kerjanya. Dan yang terakhir adalah menilai konsekuensi dari asuhan keperawatan (*intended client outcome*) dengan komunikasi terapeutik sebagai bagian

integralnya yaitu tingkat kepuasan keluarga, khususnya keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi.

6.2. Keterbatasan Penelitian

1. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah cara pengambilan data yang menggunakan teknik observasi untuk melihat komunikasi terapeutik perawat anak dilakukan oleh peneliti sendiri dan tidak menggunakan enumerator, membutuhkan waktu yang cukup lama dan objektivitas yang tinggi dari peneliti.
2. Teknik observasi yang dilakukan peneliti dalam mengumpulkan data terkait komunikasi terapeutik perawat anak, dilakukan langsung pada saat perawat berinteraksi dengan klien anak dan keluarganya. Namun perawat tidak mengetahui bahwa peneliti sedang mengobservasi komunikasi terapeutik yang dilakukannya terhadap klien anak dan keluarga. Hal ini menciptakan suasana yang kurang nyaman bagi perawat karena harus diikuti oleh peneliti. Perawat tidak diberi informasi tentang hal yang peneliti observasi, dikarenakan peneliti ingin mengetahui bagaimana perawat berkomunikasi terapeutik dengan klien anak dan keluarga, dalam kondisi naturalnya.
3. Alat pengumpulan data berupa angket tingkat kepuasan keluarga yang digunakan peneliti diadaptasi dari angket yang telah terstandar oleh Depkes RI dan digunakan sebagai lembar penilaian akreditasi rumah sakit dengan modifikasi sesuai dengan kebutuhan penelitian, tanpa melalui uji validitas dan reliabilitas, menimbulkan kerancuan bagi pembaca lainnya.

6.3. Implikasi Hasil Penelitian

Implikasi hasil penelitian ini dua area pokok dalam sebuah penelitian, yaitu implikasi terhadap pelayanan keperawatan dan implikasi terhadap keilmuan keperawatan.

6.3.1. Implikasi Terhadap Pelayanan Keperawatan

Hasil dari penelitian ini yang menyatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik perawat anak dan tingkat kepuasan keluarga. Hal ini mengindikasikan bahwa perawat anak harus dapat memahami dan menerapkan komunikasi terapeutik sebagai bagian integral dari asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat anak kepada klien anak dan keluarga, khususnya dalam rangka meningkatkan kepuasan klien anak dan keluarga.

Bagi institusi pelayanan keperawatan, hasil dari penelitian ini diharapkan dapat dijadikan salah satu indikator dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan dalam memenuhi standar akreditasi pelayanan rumah sakit, dan dapat dijadikan bahan masukan serta evaluasi bagi institusi pelayanan keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan intergratif dan komprehensif kepada klien anak dan keluarga.

6.3.2. Implikasi terhadap Keilmuan Keperawatan

Adanya hubungan yang bermakna antara komunikasi terapeutik perawat anak dengan tingkat kepuasan keluarga sebagai hasil dalam penelitian ini, dapat menjadi data dasar penelitian lanjutan yang berfokus pada komunikasi terapeutik perawat anak, hospitalisasi pada anak, dan adanya keterlibatan keluarga dalam asuhan keperawatan anak. Sedangkan bagi pendidikan, penelitian ini dapat dijadikan bahan rujukan terkait komunikasi terapeutik perawat anak, tingkat kepuasan keluarga, serta proses hospitalisasi pada anak.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1. Simpulan

1. Karakteristik perawat anak dalam penelitian ini adalah seluruh perawat memiliki tingkat pendidikan D III Keperawatan, dan tidak pernah mengikuti pelatihan terkait komunikasi terapeutik. Berdasarkan lama bekerja perawat anak, didapatkan rata-rata perawat bekerja selama 1,7 tahun sampai 5,34 tahun.
2. Karakteristik keluarga dalam penelitian ini adalah didapatkan rata-rata usia orangtua berada pada rentang 28 tahun sampai dengan 33 tahun, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, dengan jumlah anak merata pada 1 sampai 2 anak, dan tingkat pendidikan yang merata pada tingkat pendidikan SD dan PT, serta orangtua yang sebagian besar mempunyai pekerjaan tetap.
3. Komunikasi terapeutik perawat anak dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat telah menerapkan komunikasi terapeutiknya.
4. Tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar keluarga puas akan pelayanan keperawatan.
5. Faktor-faktor dalam karakteristik perawat yang menunjukkan adanya pengaruh terhadap komunikasi terapeutik perawat anak hanya pada lama bekerja perawat, sedangkan faktor lain tidak dapat dianalisa karena menghasilkan data yang konstan.
6. Keseluruhan faktor yang telah diidentifikasi dalam karakteristik keluarga tidak mempunyai pengaruh yang bermakna terhadap tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi.
7. Berdasarkan hubungan komunikasi terapeutik perawat anak dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi, dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi terapeutik

perawat anak dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi.

7.2. Saran

7.2.1. Bagi Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian ini yang menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara komunikasi terapeutik perawat anak dengan tingkat kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi, diharapkan dapat dijadikan landasan pengembangan ilmu keperawatan anak terkait hospitalisasi, keperawatan anak yang berfokus pada keluarga (*family centered care*), dan komunikasi terapeutik perawat anak. Sedangkan bagi pendidikan, penelitian ini dapat dijadikan bahan rujukan bagi penelitian selanjutnya terkait komunikasi terapeutik perawat anak, tingkat kepuasan keluarga, serta proses hospitalisasi pada anak.

7.2.2. Bagi Pelayanan Keperawatan dan Masyarakat

Hasil dari penelitian ini dapat menjadi tambahan pengetahuan bagi perawat khususnya terkait komunikasi terapeutik perawat anak dalam meningkatkan angka kepuasan keluarga yang anaknya menjalani hospitalisasi. Sedangkan bagi institusi pelayanan keperawatan, penelitian ini dapat menjadi salah satu indikator dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan dalam memenuhi standar akreditasi pelayanan rumah sakit, dan dapat dijadikan bahan masukan serta evaluasi bagi institusi pelayanan keperawatan dalam memberikan pelayanan keperawatan integratif dan komprehensif kepada klien anak dan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- American Academy of Paediatric. (2003). *Family centered care and the pediatrician's role*. *Pediatrics*, 112(3), 691-696.
- American Academy of Paediatric. (2003). *Patient and family centered collaborative care an orthopaedic model*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Medical Center.
- Ammentorp, et. al. (2007). Effects of communication course for clinician on parents' perception of care-a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Services*. Nordic College of Caring Services.
- Anjaryani, W., D. (2009). *Kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan perawat di RSUD Tugurejo Semarang*. Thesis. Semarang: Program Studi Promosi Kesehatan Kajian Sumber Daya Manusia Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.
- Anonim. (2007). *Family centered care*. <http://www.familycenteredcare.org>. Diambil 15 Mei 2012.
- Arikunto (2003). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Arwani (2002). *Hubungan terapeutik keperawatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Ball, W. J. & Bindler, C., R. (2003). *Pediatric nursing caring for children*. New Jersey: Pearson.
- Bowden, V.R., & Greenberg, C.S. (2008). *Pediatric nursing procedures*. (2nd edition). St Louis: Lippincott Williams & Wilkins. Diperoleh dari <http://www.google.com/books>: 15 Mei 2012.
- Costello, A.M. (2008). *Hospitalization*. Diperoleh dari: <http://www.answers.com/topic/hospitalization>. 15 Mei 2012.
- Coyne, I. (2006). Children experiences of hospitalization. *Journal of Child Health Care*, 10 (4).326-336.

- Darmawan, I. (2009). *Hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan kepuasan klien dalam mendapatkan pelayanan keperawatan di instalasi gawat darurat RSUD Dr. Soedarso Pontianak Kalimantan Barat*. Semarang: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- Ellis, R.B., et al (2000). *Komunikasi interpersonal dalam teori dan praktik keperawatan (interpersonal communication in nursing theory and practice)*. Jakarta: EGC.
- Gerson, R.F. (2004). *Mengukur kepuasan pelanggan*. Jakarta: PPM.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D., Winkelstein, M.L., & Kline, N.E. (2003). *Wong's nursing care of infants and children (7th edition)*. St. Louis: Mosby.
- Hockenberry, M.J., Wilson D., & Winkelstein, M. L. (2005). *Wong's essentials of pediatric nursing. (7th edition)*. St. Louis: Elsevier Mosby.
- Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essential pediatric nursing. (8th ed)*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Hockenberry, M.J. (2004). *Wong's clinical manual of pediatric nursing. (6th edition)*. St. Louis: Mosby Year Inc.
- Hong, et. al., (2008). Parental satisfaction with nurses` communication and pain management in a pediatric unit. *Pediatric Nursing*, 34 (4).
- Isriqomah, N. (2003). *Persepsi pasien tentang komunikasi terapeutik perawat di rumah sakit islam Aisyiyah Malang*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Keliat, B.A (1996). *Hubungan terapeutik perawat-klien*. Jakarta: EGC.
- Kennedy, C., et. al., (2004). Behavioural, emotional and family functioning of hospitalized children in China and Hong Kong. *International Nursing Review*, 51.34-46.
- Maisels & Kring. (2005). A simple approach to improving patient satisfaction. *Clinical Pediatrics*, (November/ December 2005).
- Manurung, S (2003). *Hubungan karakteristik individu dan organisasi dengan penerapan komunikasi terapeutik di ruang rawat inap perjan rs persahabatan jakarta*. Jakarta: FIK-UI. <http://www.ask.com>
Diambil 15 Mei 2012.

- Mappa, A., R. (2009). *Hubungan persepsi pasien tentang komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien terhadap komunikasi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Marlindawani (2007). *Komunikasi dalam keperawatan*. USU Digital Library. <http://www.yahoo.com>. Diambil 15 Mei 2012.
- Melnyk, B.M. (2000). Intervention studies involving parents of hospitalized young children: An analysis of the past and future recommendations, *Journal of pediatric nursing*, 15 (1), 4-13.
- Mendez, X., et., al. (2008). Psychometric properties and diagnostic ability of the separation anxiety scale for children (SASC). *European child and adolescent psychiatry*, 17 (6), 365-372.
- Monaco, J.E. (1995). Coping with your child's hospitalization. *Pediatrics for Parents*. Diperoleh dari: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0816/is_n5_v16/ai_18094529/. 15 Mei 2012
- Muscari, M.E. (2005). *Panduan belajar keperawatan pediatrik*. (Alfrina Hany. Penerjemah). Jakarta: EGC.
- Naviati, E. (2011). *Hubungan dukungan perawat dengan tingkat kecemasan orang tua yang anaknya dirawat di ruang perawatan penyakit dalam RSAB Harapan Kita Jakarta*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, S (2003). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Nurjanah, I (2001). *Komunikasi keperawatan (dasar-dasar komunikasi bagi perawat)*. Yogyakarta: Mocomedia.
- Nursalam (2005). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Nursalam dan Pariani, S., (2001). *Pendekatan praktis metodologi riset keperawatan*. Jakarta: CV. Sagung Seto
- Pawito, dan C Sardjono. (1994). *Teori-teori komunikasi*. Buku Pegangan Kuliah Fisipol Komunikasi Massa S1 Semester IV. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Perry, A.G., & Potter, P.A. (2004). *Clinical nursing skills techniques*. (4th Ed). St Louis: Mosby.

- Potter, P.A & Perry, A.G. (1994). *Fundamental of nursing concepts, process and practice*. 3rd edition. St.Louis: Mosby Year Book.
- Purwanto, H. (1995). *Pengantar statistik keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Purwanto, H. (1999). *Komunikasi untuk perawat*. Jakarta: EGC.
- Resnani. (2002). *Pengaruh komunikasi dokter terhadap kepuasan pasien rawat jalan di RSUD Dr. M. Yunus Kota Bengkulu*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rogers. (1974). *Komunikasi interpersonal dalam keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Rumah Sakit Umum Daerah Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. (2010). *Profil Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Al Ihsan Provinsi Jawa Barat*, Bandung: Al Ihsan Center Press.
- Sadeli. (2003). Analisis tingkat kepuasan pasien terhadap peran perawat dan pengadaan fasilitas di ruang rawat inap RSUD Gunung Jati Kota Cirebon. *Thesis*. Digilib UI.
- Saleeba, A. (2008). *The importance of family centered care in pediatric nursing, family*. <http://www.aap.org/profed/ID.pdf>
Diakses 15 Mei 2012.
- Salehi, et. al., (2010). *The importance of communication for patient satisfaction*. Department of Industrial and Systems Engineering, Human Systems Engineering Lab, Mississippi State University.
- Setianti, Y. (2007). Komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien. *Makalah Ilmiah*. Fakultas Ilmu Komunikasi Universitas Padjajaran.
- Shields, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effect of the hospitalization on children and parents. *International Nursing Review*, 48, 29-37.
- Shives, L.R (1990). *Basic concepts of psychiatric–mental health nursing*. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Soegiarto, et. al., (2010). Hubungan pelayanan keperawatan terhadap tingkat kepuasan pasien di runag marwah RSI PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal. *Proseding Seminar Nasional Keperawatan PPNI Jawa Tengah*. Jawa Tengah.
- Soetjiningsih.(2002). *Tumbuh kembang anak*. Jakarta: EGC.
- Supartini, Y. (2004). *Konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.

- Stuart, G.W dan Sundeen, S.J (1995). *Prinsip dan praktis dari perawatan psikiatri*. Jakarta: EGC.
- Syaputra, R (2005). *Pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat pada pasien depresi di ruangan merak rumah sakit jiwa daerah provinsi sumatera selatan tahun 2005*. Palembang: PSIK-STIKES BINA HUSADA.
- Stuart, G.W dan Sundeen, S.J (1998). *Keperawatan jiwa (pocket guide to psychiatric nursing)*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Theofanidis. (2006). Chronic illness in childhood : psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Issue 2 Health Science Journal*. http://www.hsj.gr/volume1/issue2/issue02_rev01.pdf. Diambil 15 Mei 2012.
- Tommeay, A.M., & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theorists and their work*. (6th edition). St. Louis: Mosby.
- Trisyani, Y (2002). *Komunikasi dan peranan perawat dalam advokasi pasien*. Palembang: Seminar Keperawatan (21 Desember 2002).
- Turkington, T., & Tzeel, A. (2004). *The encyclopedia of children's health and wellness*. (Volume 1). New York: Facts on File Inc.
- Watkins, C.E. (2001). *Separation anxiety in young children*, <http://www.healthyplace.com/anxiety-panic/main/separation-anxiety-in-young-children/menu-id-69/> Diambil: 15 Mei 2012
- Wong, D.L. (2004). *Pedoman klinis: keperawatan pediatric*. Edisi 4. (Alih bahasa: Ester. M). Jakarta: EGC.
- Wong & Hockenberry. (2003). *Nursing care Of Infant and Children*. 7 ed. St. Louise, London, Philadelphia, Sydney, Toronto: Mosby An Affilite Of Elsevier Science

Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertandatangan di bawah ini saya:

Nama :
Umur :
Pendidikan Formal Terakhir :
Alamat :
Telp :

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang berjudul "Hubungan Komunikasi Perawat Anak terhadap Tingkat Kepuasan Keluarga yang Anaknya Menjalani Hospitalisasi di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat".

Adapun bentuk kesediaan saya ini adalah bersedia untuk diukur tingkat kepuasannya selama anak menjalani perawatan di RSUD Al Ihsan provinsi Jawa Barat.

Keikutsertaan saya ini sukarela tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, Juni 2012

Mengetahui

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(Asih Fatriansari)

(.....)

Lampiran 2

DATA UMUM KARAKTERISTIK RESPONDEN

BIODATA RESPONDEN

Nama/ Inisial :

Usia :

Jenis Kelamin :

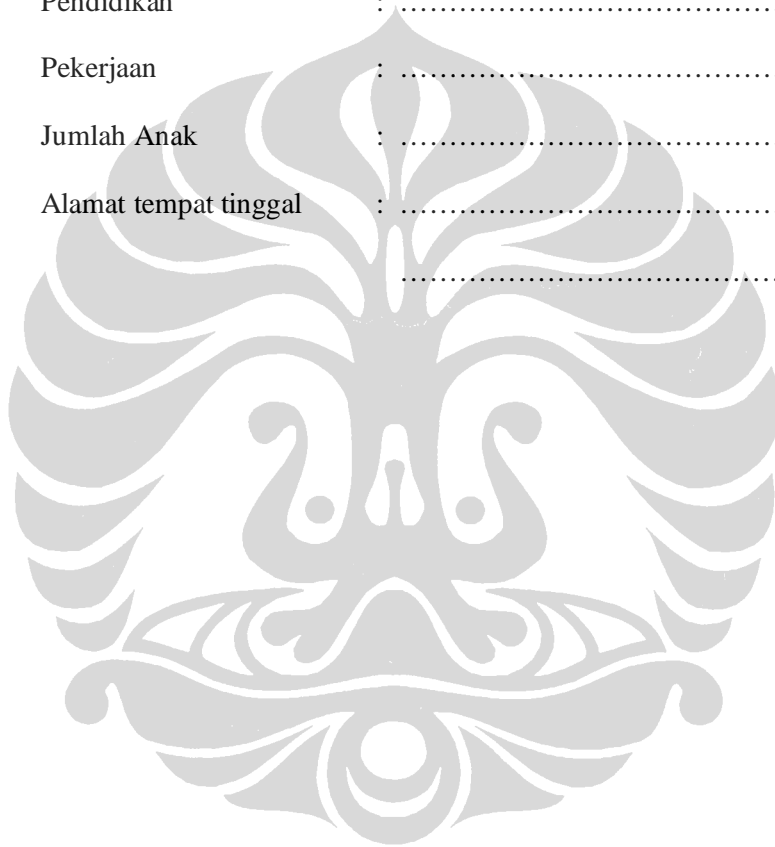
Pendidikan :

Pekerjaan :

Jumlah Anak :

Alamat tempat tinggal :

.....



Lampiran 3

KUESIONER

TINGKAT KEPUASAN KELUARGA TERHADAP PELAYANAN KEPERAWATAN

PETUNJUK PENGISIAN

1. Setiap butir pernyataan mohon dibaca dengan teliti.
2. Alternatif jawaban yang dipilih sesuai dengan kondisi yang sebenarnya, dengan cara memberikan tanda *checklist* (✓) yang terdapat pada setiap kolom pernyataan dengan ketentuan : Untuk jawaban **SP (Sangat Puas)**, **P (Puas)**, **KP (Kurang Puas)** dan **TP (Tidak Puas)** adalah jawaban terhadap pelayanan keperawatan menurut **pengalaman** yang diterima.

NO	PERNYATAAN	TINGKAT KEPUASAN YANG DIRASAKAN			
		SP	P	KP	TP
1	Pada saat pertama kali bertemu dengan saya dan anak saya, perawat memperkenalkan diri dengan ramah				
2	Selama anak saya dirawat, perawat menyapa kami dengan panggilan yang kami senangi				
3	Perawat memperhatikan dengan baik saat saya menyampaikan keluhan tentang masalah kesehatan anak saya.				
4	Ketika saya menyampaikan keluhan anak saya, perawat menanggapi dengan baik.				
5	Perawat memperhatikan respon anak saya dalam setiap tindakan.				
6	Selama anak saya dirawat, perawat memperhatikan kebersihan ruangan rawat.				
7	Selama anak saya dirawat, perawat memperhatikan kerapihan ruangan rawat.				
8	Selama anak saya dirawat, perawat memperhatikan kenyamanan ruangan rawat.				
9	Perawat membantu saya dalam mengatasi masalah kesehatan anak saya.				
10	Selama dirawat, perawat bersikap sabar dalam mengatasi keluhan yang saya sampaikan terkait masalah kesehatan anak saya.				
11	Saat menemui anak saya, perawat menanyakan apa yang anak saya rasakan				

NO	PERNYATAAN	TINGKAT KEPUASAN YANG DIRASAKAN			
		SP	P	KP	TP
12	Perawat memberikan motivasi kepada saya dan anak saya untuk tidak putus harapan dalam menjalani perawatan.				
13	Perawat memenuhi kebutuhan anak saya sesuai dengan keterbatasan kemampuan anak saya (misalnya makan, minum, mandi, ganti pakaian, dan sebagainya) dengan baik.				
14	Perawat terlihat percaya diri, bersemangat dan meyakinkan setiap kali berbicara dengan saya dan anak saya.				
15	Pada saat berbicara dengan saya, bahasa yang digunakan perawat jelas, mudah dipahami.				
16	Perawat terlihat ramah, murah senyum dan sopan.				
17	Sebelum melakukan tindakan, perawat menginformasikan dengan jelas tentang alasan, tujuan, cara dan efek samping dari tindakannya.				
18	Apabila anak saya tidak patuh dalam pengobatan dan asuhan keperawatan, perawat mengingatkan atau menegur anak saya dengan sopan.				
19	Apabila saya melakukan sesuatu yang membantu kesembuhan anak saya, perawat memberikan pujian dengan tulus.				
20	Perawat terampil dalam melakukan tindakan keperawatan.				
21	Perawat mampu menangani masalah kesehatan yang anak saya alami dengan cepat				
22	Tindakan yang diberikan perawat, tepat sesuai dengan kebutuhan anak saya.				
23	Perawat telaten dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada anak saya.				
24	Perawat memberikan petunjuk dan alternatif tindakan saya selaku orangtua anak.				
25	Pada saat anak saya membutuhkan perawat, saya tidak perlu menunggu lama.				
26	Ketika membuat perjanjian, perawat datang tepat waktu.				
27	Pada saat perawat melakukan tindakan terhadap anak saya (misalnya : memasang infus) membutuhkan waktu yang lama.				

NO	PERNYATAAN	TINGKAT KEPUASAN YANG DIRASAKAN			
		SP	P	KP	TP
28	Peralatan yang dibutuhkan anak saya (misalnya pakaian, handuk, pispot, waskom) mudah untuk didapat				
29	Perawat mengajarkan cara perawatan/tindakan (misalnya cara mengatasi nyeri, cara merawat luka, cara batuk yang efektif, dll) kepada saya selaku orangtua anak				
30	Setiap hari, perawat menanyakan keadaan atau keluhan yang anak saya rasakan.				
31	Begitu anak saya sampai di ruang perawatan, perawat segera melayani anak saya.				
32	Perawat cepat tanggap melayani kebutuhan anak saya.				
33	Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada anak saya, perawat terlihat sungguh-sungguh.				
34	Pada saat anak saya membutuhkan bantuan, perawat terlihat sigap.				
35	Perawat melibatkan anak saya dan saya selaku orangtua anak dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.				
36	Perawat memberikan kesempatan kepada saya dalam pengambilan keputusan untuk suatu tindakan yang akan dilakukan pada anak saya.				
37	Selama dirawat, perawat melibatkan saya selaku orangtua anak dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang anak saya hadapi				
38	Perawat menghargai saya dalam setiap pengambilan keputusan mengenai kesehatan anak saya				

NO	PERNYATAAN	TINGKAT KEPUASAN YANG DIRASAKAN			
		SP	P	KP	TP
39	Jika anak saya dijadikan model dalam praktik keperawatan, perawat meminta persetujuan saya selaku orangtua anak				
40	Selama anak saya dirawat, perawat memperhatikan nilai-nilai dan kepercayaan yang kami yakini				
41	Ketika melakukan tindakan (misalnya : menolong ketika BAB, BAK, pasang cateter, dan lain-lain) perawat memperhatikan keadaan lingkungan (menutup pintu, menutup gorden/memakai sampiran)				
42	Apabila ada masalah yang anak saya rasakan pada satu shift dan belum dapat diselesaikan, ditindaklanjuti pada shift berikutnya.				
43	Perawat melayani anak saya sesuai kebutuhan dan harapan yang menunjang terhadap kesehatan anak saya				
44	Apabila ada permasalahan di luar keperawatan yang anak saya rasakan, perawat melakukan koordinasi dengan bagian lain (seperti dokter, gizi, fisioterapis, dll)				

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI
KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT ANAK

Nama/ Inisial Perawat :
Latar Belakang Pendidikan :
Pelatihan yang pernah diikuti :
Jabatan :

NO	PERNYATAAN	KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT ANAK			
		SB	B	KB	TB
FASE PRE INTERAKSI (Tidak di observasi)					
FASE ORIENTASI					
1.	Mengucapkan salam				
2.	Memperkenalkan diri				
3.	Menanyakan nama dan panggilan yang disukai klien				
4.	Menjelaskan peran perawat dan klien				
5.	Menjelaskan kerahasiaan				
6.	Menjelaskan interaksi/tindakan yang akan dilakukan				
7.	Menjelaskan tujuan interaksi/tindakan yang akan dilakukan				
8.	Menjelaskan lamanya waktu yang dibutuhkan untuk melakukan interaksi/tindakan				
9.	Menyepakati tindakan/interaksi yang akan dilakukan				
10.	Mengatur posisi dan menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi klien dan perawat (berhadapan, menjaga privasi, jarak 45-120 cm)				
11.	Menunjukkan sikap empati, tenang dan bersahabat				
12.	Menanyakan aktifitas yang biasa dilakukan				
13.	Memberikan respon yang sesuai				
FASE KERJA					
14.	Melakukan tindakan sesuai SOP				
15.	Menggunakan teknik komunikasi yang tepat				
16.	Mendorong klien lebih terbuka dalam mengungkapkan pikiran dan permasalahan				
17.	Menanggapi pembicaraan klien secara positif				
18.	Menyimpulkan permasalahan klien dan tindakan yang telah dilakukan				
TERMINASI					
19.	Mengingat waktu interaksi				
20.	Melakukan evaluasi terhadap interaksi yang telah dilakukan				
21.	Membuat rencana tindak lanjut				
22.	Menyepakati kontrak baru				
21.	Mengucapkan salam dengan ramah, sopan dan bersahabat				