

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KUALITAS  
PELAYANAN PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP KELAS III  
RSUD I.A. MOEIS SAMARINDA**

**SKRIPSI**



**DISUSUN OLEH:**

**JUITA MELDA**

**NIM: B1737415601**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

**2018**

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KUALITAS  
PELAYANAN PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP KELAS III  
RSUD I.A. MOEIS SAMARINDA**

**SKRIPSI**

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA**

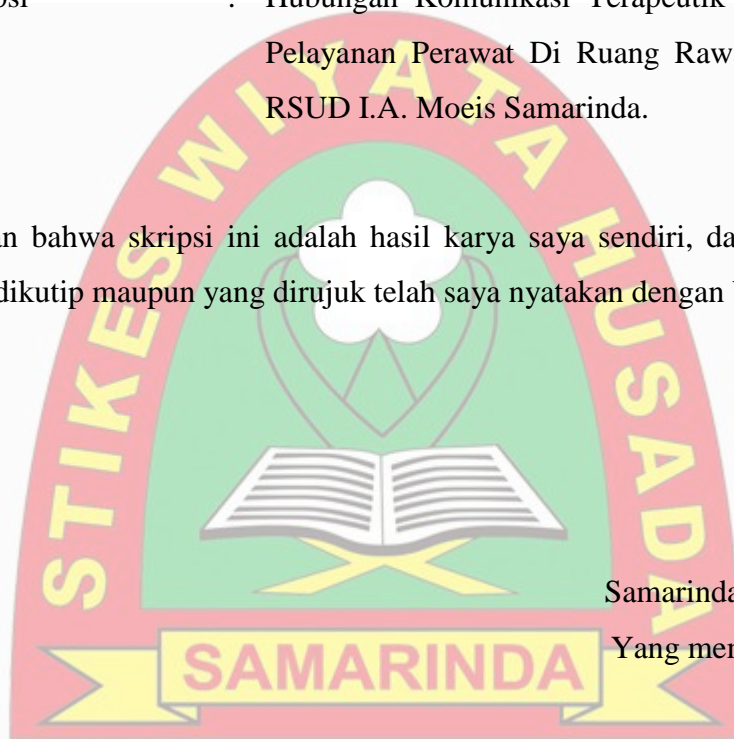
**2019**

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Juita Melda  
Nim : B1737415601  
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan  
Judul Skripsi : Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda.

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, 24 Januari 2019  
Yang membuat pernyataan,

Juita Melda

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Kasih, berkat rahmat dan petunjuk-Nya saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk dapat menyelesaikan tepat waktu. Oleh karena itu perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep. selaku ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda dan Pembimbing I yang sudah meluangkan banyak waktu di sela-sela kesibukannya untuk mengarahkan dan memberikan masukan kepada saya selama proses penyusunan proposal dan skripsi.
3. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep selaku ketua Program Studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns. Zainuddin Saleh, S.Kep., M.Kep. selaku pembimbing II yang juga sudah banyak meluangkan waktunya untuk membimbing dan memotivasi saya selama penyusunan proposal dan skripsi.
5. Seluruh staf pengajar dan karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
6. Direktur RSUD I.A. Moeis Samarinda yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan kegiatan penelitian di RSUD I.A. Moeis Samarinda.
7. Kepada kedua orang tua saya yang sudah banyak mendidik saya, memberikan dukungan, lantunan doa-doa yang tak pernah terhitung untuk kesuksesan dan keberhasilan saya selama ini. Untuk Suami dan anak-anak saya yang turut ambil

andil dalam memberikan dukungan dan menjadi motivator dalam menyelesaikan tugas akhir ini, serta doa dalam kehidupan saya.

8. Untuk teman-teman saya yang rasanya tak cukup adil untuk saya sebutkan namanya satu-satu dalam tulisan ini. Kalian semua sudah memberikan banyak energi positif kepada saya.

Dan semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian Skripsi ini, semoga Tuhan Yang Maha Kasih berkenan membalas semua kebaikan kita dan penulis menyadari bahwa tulisan ini masih cukup jauh dari kata sempurna, oleh karena itu segala kritik dan saran yang membangun kami harapkan dapat menjadikan kesempurnaan untuk skripsi atau tulisan peneliti selanjutnya.

Samarinda, 24 Januari 2019

Peneliti



## LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

---

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Juita Melda

NIM : B1737415601

Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada STIKES Wiyata Husada Samarinda atas karya ilmiah saya yang berjudul :

**Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, STIKES Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 24 Januari 2019

Yang menyatakan

( Juita Melda )

**ABSTRAK**  
**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KUALITAS**  
**PELAYANAN PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP KELAS III**  
**RSUD I.A. MOEIS SAMARINDA**

Juita Melda<sup>1</sup>, Edy Mulyono<sup>2</sup>, Zainuddin Saleh<sup>3</sup>

**Latar Belakang :** Dampak dari tidak diterapkannya komunikasi terapeutik adalah komunikasi percakapan perawat-pasien cenderung pendek dan minimnya eksplorasi keyakinan dan kecemasan pasien, misalnya kurang memfokuskan kondisi pasien dan menjawab pertanyaan pasien yang berkaitan dengan prognosis dan tindakan.

**Tujuan :** Untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat.

**Metode:** Jenis penelitian menggunakan deskriptif kasus survei dengan pendekatan rancangan penelitian *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 149 responden dengan teknik *consecutive sampling*. Analisa data menggunakan uji statistik *chi-square*, Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner di masing-masing variabel.

**Hasil :** diperoleh nilai *p value* 0.004, dengan demikian *p value* (0,004) lebih kecil dari pada alpha 0,05 maka  $H_0$  ditolak. Artinya bahwa ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat.

**simpulan :** hasil penelitian menunjukkan ada hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat.

**Kata kunci : komunikasi terapeutik, kualitas pelayanan perawat**

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Praktisi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Provinsi Kalimantan Timur

## ABSTRACT

### THE CORRELATION BETWEEN THERAPEUTIC COMMUNICATION AND THE QUALITY OF THE NURSE SERVICES AT CLASS III INPATIENT ROOMS OF RSUD I.A. MOEIS SAMARINDA

Juita Melda<sup>1</sup>, Edy Mulyono<sup>2</sup>, Zainuddin Saleh<sup>3</sup>

**Background:** The impact of not implementing the therapeutic communication would result in the tendency of shorter nurse- patients' conversation and the minimum confidence exploration as well as patients' anxiety. An instance for this would be the nurse not adequately being focused on the patient's condition as well as in answering patient's questions concerning the prognosis and treatment.

**Purpose:** To find out the correlation between therapeutic communication and the quality of nurse services.

**Method:** This research was a descriptive survey case with a cross-sectional approach. The sample of this research included 149 respondents who were selected by using a consecutive sampling technique. The data were obtained by using questionnaires for each variable and analysed by using Chi-Square statistical test.

**Findings:** The  $p$  value obtained was 0.004, which means that it was smaller than the alpha of 0.05, hence  $H_0$  was rejected. This could be interpreted as there was a relationship between therapeutic communication and the quality of nurse services.

**Conclusion:** The research findings showed that there was a correlation between therapeutic communication and the quality of nurse services.

**Keywords:** Therapeutic communication, the quality of nurse services

<sup>1</sup> Student at the Nursing Study Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda,

<sup>2</sup> Lecturer at Nursing Study Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup> Practitioner at RSUD Abdul Wahab Sjahranie, East Kalimantan Province

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR SKEMA .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Manfaat Penelitian .....	6
E. Penelitian Terkait .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
A. Telaah Pustaka .....	9
1. Konsep Variabel Independen .....	9
2. Konsep Variabel Dependen .....	24
B. Kerangka Teori Penelitian .....	41
C. Kerangka Konsep Penelitian .....	41
D. Hipotesis Penelitian .....	42

<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>44</b>
A. Jenis Dan Rancangan Penelitian .....	44
B. Populasi Dan Sampel Penelitian .....	44
C. Variabel Penelitian .....	46
D. Definisi Operasional .....	47
E. Tempat Dan Waktu Penelitian .....	48
F. Instrument Penelitian .....	48
G. Uji Validitas Dan Reliabilitas.....	50
H. Prosedur Pengumpulan Data .....	52
I. Pengolahan Data .....	53
J. Analisa Data .....	54
K. Etika Penelitian .....	55
L. Alur Penelitian .....	57
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>58</b>
A. Hasil Penelitian .....	58
B. Pembahasan .....	64
C. Keterbatasan Penelitian .....	74
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>75</b>
A. Simpulan .....	75
B. Saran .....	75
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>77</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>80</b>
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional .....	47
Tabel 3.2	Kisi-Kisi Instrument Komunikasi Terapeutik.....	49
Tabel 3.3	Kisi-Kisi Instrument Kualitas Pelayanan Perawat .....	50
Tabel 4.1	Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin.....	60
Tabel 4.2	Distribusi Responden Menurut Umur .....	60
Tabel 4.3	Distribusi Responden Menurut Tingkat Pendidikan.....	61
Tabel 4.4	Distribusi Responden Menurut Pekerjaan .....	61
Tabel 4.5	Distribusi Responden Berdsarkan Kategori Komunikasi Terapeutik .....	62
Tabel 4.6	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Kualitas Pelayanan Perawat .....	62
Tabel 4.7	Hubungan Komunikasin Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat .....	63



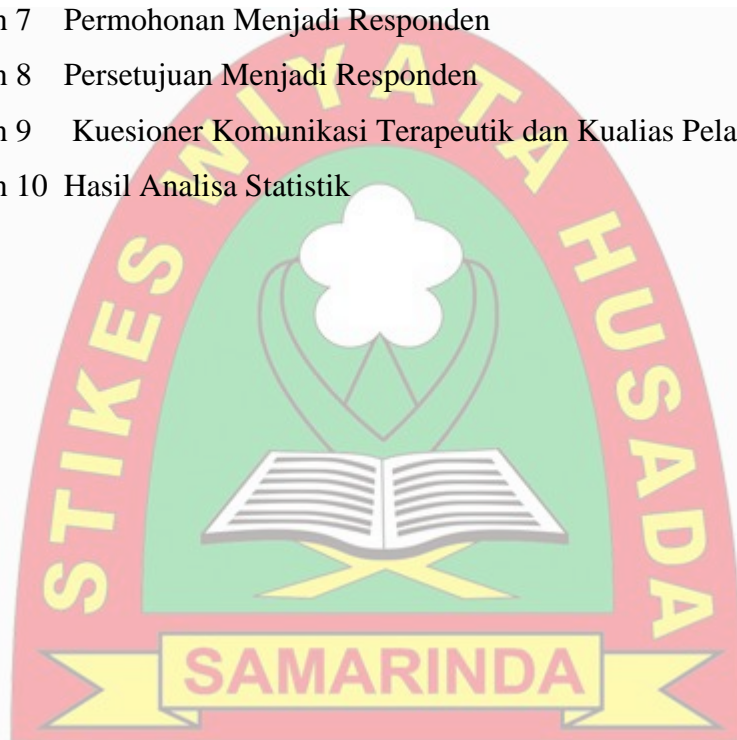
## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Penilaian Pelanggan Terhadap Kualitas Layanan .....	26
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian .....	41
Skema 2.3 Kerangka Konsep Penelitian .....	42
Skema 3.1 Alur Penelitian .....	57



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Timeline Penelitian
- Lampiran 2 Surat Permohonan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 3 Surat Persetujuan Izin Studi Pendahuluan
- Lampiran 4 Surat Permohonan Izin Penelitian
- Lampiran 5 Surat Persetujuan Izin Penelitian
- Lampiran 6 Tabel Penentuan Jumlah Sampel Isaac dan Michael Dari Populasi Tertentu Dengan Taraf Kesalahan 1%, 5% dan 10%
- Lampiran 7 Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 8 Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 9 Kuesioner Komunikasi Terapeutik dan Kualias Pelayanan Perawat
- Lampiran 10 Hasil Analisa Statistik



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Rumah sakit mempunyai fungsi penyelenggaraan pelayanan kesehatan salah satunya yaitu pelayanan keperawatan. Penyelenggaraan pelayanan keperawatan, jenis pelayanan keperawatan yang diberikan dan manajemen sebagai pengelola pelayanan (Permenkes, 2013). Tenaga keperawatan atau perawat adalah seseorang yang telah lulus dari pendidikan perawat baik di luar maupun di dalam negeri yang telah diakui oleh pemerintah sesuai dengan perundang-undangan dan memiliki bukti yang tertulis berupa surat tanda registrasi (Permenkes, 2010).

Perawat merupakan tenaga yang paling lama kontak dengan klien dibanding dengan tenaga-tenaga yang lain terutama pada ruang rawat inap. Pelayanan keperawatan merupakan bagian dari sistem pelayanan rawat inap di rumah sakit. Dalam pelayanan keperawatan, perawat dituntut untuk menerapkan komunikasi yang terapeutik kepada klien. Perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra rumah sakit (Hastuti, *at el* 2011).

Ketidakpuasan terhadap pelayanan komunikasi terapeutik di rumah sakit pemerintah dan swasta untuk rawat jalan dan rawat inap semakin meningkat. Kepuasan pelayanan komunikasi terapeutik di rumah sakit pemerintah secara umum lebih rendah dibandingkan dengan rumah sakit swasta. Menurut laporan data sensus Kemenkes tahun 2015 pelayanan kesehatan untuk rawat inap yang banyak dimanfaatkan rumah sakit pemerintah adalah (37,1%) dan rumah sakit swasta (34,3%) sisanya adalah rumah sakit bersalin dan puskesmas. Rata-rata klien rawat inap di rumah sakit rujukan propinsi adalah 20.653 dan 35.292

rumah sakit rujukan nasional. Pelayanan keperawatan masih sering mendapatkan keluhan dari masyarakat, terutama sikap dan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Tidak jarang terjadi konflik antara perawat dengan klien sebagai akibat dari komunikasi yang tidak jelas atau tidak komunikatif sehingga menimbulkan kekecewaan dan ketidakpuasan serta kepercayaan yang rendah dari klien. Hal ini sesuai dengan teori pencapaian tujuan menurut Nursalam (2012) bahwa komunikasi mendukung penetapan bersama antara perawat dan klien.

Masalah dari komunikasi terapeutik berdasarkan laporan Hilligos 2012, bahwa kejadian malpraktek ditemukan 32% akibat kesalahan komunikasi dalam menimbulkan kesalahan pemberian obat, kesalahan pahaman tentang rencana keperawatan, kehilangan persepsi akibat kekurangan komunikasi terapeutik. Laporan *World Health Organization* (WHO 2016) terdapat 11 % 25.000-30.000 terdapat kesalahan akibat komunikasi pada saat pelaksanaan keperawatan. Pelayanan keperawatan dapat dicapai dengan mengoptimalkan peran dan fungsi perawat yang dapat mewujudkan melalui komunikasi yang efektif antara perawat dan klien saat pelaksanaan keperawatan. Komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahapan, yaitu: fase pre interaksi, fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi (Ridhyalla Afnuhazi, 2015).

Penelitian ini terdiri atas beberapa peneliti yang telah melakukan penelitian sebelumnya. Penelitian yang dilakukan Paula (2004) di Inggris menyatakan bahwa perawatan pasien secara langsung dipengaruhi oleh sikap komunikasi, proses dan hasil dari komunikasi terapeutik diperhatikan disetiap klinik spesialisasi. Pendekatan yang berpusat pada pasien untuk komunikasi jarang dipelajari atau diperhatikan dalam situasi gawat di setiap klinik spesialisasi. Dalam praktek klinik dievaluasi perilaku yang efektif dan terapeutik, dokter memiliki potensi untuk menunjukkan manfaat yang penting dalam hal meningkatkan kepuasan pasien, meningkatkan komunikasi dan pasien akan merasa lebih baik. Ada banyak tantangan yang saat ini dihadapi mereka yang bekerja di Perawatan Darurat. Komunikasi terapeutik memiliki potensi tidak

hanya untuk meningkatkan perawatan pasien tetapi juga untuk memberikan penghasilan tambahan staf klinis karena perilaku komunikasinya yang secara langsung meningkatkan pengetahuan pasien.

Penelitian Brooks (2018) di Australia menyatakan bahwa kurangnya bimbingan pada komunikasi antar budaya yang berkaitan dengan interaksi antara dokter, pasien dan keluarga. Tujuan komunikasi antar budaya dalam perawatan kesehatan untuk mempelajari konsep komunikasi antar budaya dan mengetahui keterkaitan praktek klinis dan kesenjangan pengetahuan terkait dengan komunikasi antar budaya dalam perawatan kesehatan. Kegunaan utama dari komunikasi antar budaya memahami budaya sendiri, komunikasi yang terbuka dan strategi untuk berkolaborasi dengan pasien dan keluarga untuk perawatan pasien yang optimal. Kesadaran akan keyakinan, nilai, sikap dan praktek budaya sendiri diketahui sebagai langkah yang penting sebelum belajar tentang budaya lain. Kesadaran ini menjadi mudah menyesuaikan diri terhadap perbedaan budaya individu dan tergantung pada pemahaman dan perilaku tenaga kesehatan. Strategi untuk berkolaborasi dengan pasien dan keluarga untuk perawatan pasien termasuk interaksi dokter yang saling menghormati dan mendukung dengan keluarga yang memungkinkan pendekatan kolaboratif untuk perawatan.

RSUD I.A Moeis Samarinda merupakan rumah sakit umum daerah type C. RSUD I.A Moeis Samarinda ini berdiri pada tahun 2007 dan berkembang pesat, baik dari segi infrastruktur maupun pelayanan. Dapat dilihat dari upayanya untuk menjadi Rumah Sakit rujukan yang paling diminati oleh masyarakat Samarinda seberang maupun Samarinda kota dan juga upaya perbaikan dari setiap pelayanan.

Masyarakat di kabupaten Samarinda khususnya dan masyarakat luas pada umumnya sebagai pelanggan eksternal sangat mendambakan pelayanan yang berkualitas. Pelayanan berkualitas ini dapat dilihat dari aspek kehandalan, tangibles, daya tanggap, jaminan dan dari aspek empati. Dari kelima aspek tersebut masih ada yang belum sesuai dengan keinginan pasien yang ditandai dengan adanya keluhan-keluhan dari pasien maupun dari keluarga pasien. Oleh

karena itu perlu diadakan penelitian lebih mengenai kualitas pelayanan yang diberikan khususnya pelayanan keperawatan yang merupakan salah satu unsur yang esensial dalam pelayanan kesehatan.

Hasil observasi peneliti di RSUD I.A. Moeis Samarinda pada tanggal 12 Oktober 2018 ditemukan bahwa pada fase pre interaksi, perawat tidak mempersiapkan diri seperti halnya mengumpulkan data tentang klien sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi. Ketika pertama kali bertemu dengan klien, perawat jarang sekali tersenyum, memberi salam dan memperkenalkan diri dengan klien yang merupakan langkah awal dalam membina hubungan saling percaya. Dalam memberikan pelayanan keperawatan perawat sibuk dengan tindakannya sendiri dan terkesan terburu-buru, perawat juga tidak memberikan kesempatan kepada klien untuk menyampaikan masalah yang dialami. Setelah selesai melakukan tindakan keperawatan secara menyeluruh, perawat langsung meninggalkan klien tanpa menanyakan perasaan klien setelah melakukan tindakan tertentu dan tidak membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya.

Hasil studi pendahuluan jumlah perawat di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda berjumlah 30 orang dan memiliki fasilitas tempat tidur pasien sebanyak 65 tempat tidur, dari data beberapa klien mengatakan bahwa keadaan ruang rawat inap yang kurang bersih terutama pada bagian kamar mandi. Klien mengatakan setiap tindakan pemberian injeksi melalui intra vena perawat tidak menanyakan nama klien tetapi memanggil nama klien, perawat juga jarang menjelaskan fungsi injeksi yang akan diberikan. Namun ada pula klien yang mengeluhkan atas perawatan yang diberikan, ketidakpuasan klien muncul ketika kehabisan cairan infus khususnya sewaktu jam *hand over* terkadang mereka kurang cepat sehingga perawat *shif* berikutnya yang mengganti cairan infus klien. Saat dilakukan tindakan injeksi klien mengatakan nyeri pada daerah infus dan menjelaskan bahwa sebelumnya sudah melaporkan kepada perawat tetapi tidak mendapatkan tindakan segera. Klien merasa perawat kurang memperhatikan klien yang membutuhkan perhatian, seperti halnya ketika klien yang akan dilakukuan tindakan operasi merasa takut akan tindakan ini

tetapi tidak mendapatkan perasaan nyaman dari perawat yang dapat mengurangi atau menghilangkan ketakutan klien.

Dampak dari tidak diterapkannya komunikasi terapeutik adalah komunikasi percakapan perawat-klien cenderung pendek dan minimnya eksplorasi keyakinan dan kecemasan klien, misalnya kurang memfokuskan kondisi klien dan menjawab pertanyaan klien yang berkaitan dengan prognosis dan tindakan. Perawat sering menggunakan pertanyaan yang hanya membutuhkan jawaban “ya” dan “tidak” atau memberikan pertanyaan yang menyorakan suatu respon tertentu. Komunikasi seperti itu membatasi kesempatan klien untuk memperluas percakapan atau menyatakan permasalahan klien sendiri (Shanley, A 2010).

Berdasarkan penelitian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut mengenai hubungan komunikasi terapeutik terhadap kualitas pelayanan keperawat khususnya klien di kelas III yang sering mengeluhkan tentang pelayanan keperawatan.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan prevalensi diatas komunikasi terapeutik merupakan alat yang ampuh dan keterampilan keperawatan yang penting dapat mempengaruhi hal lain serta mencapai hasil kesehatan positif. Semua tingkah laku merupakan komunikasi (verbal dan nonverbal) dan semua komunikasi mempengaruhi tingkah laku sehingga komunikasi pada dasarnya dapat merupakan suatu alat untuk memfasilitasi hubungan terapeutik. Namun setelah dilakukan penelitian lebih lanjut ditemukan bahwa masih ada perawat dalam melakukan tindakan keperawatan tidak menggunakan komunikasi terapeutik sehingga tidak terjalin hubungan rasa percaya dengan klien. Sehingga kejadian ini mendorong peneliti untuk mengetahui apakah komunikasi terapeutik berhubungan dengan kualitas pelayanan perawat di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD. I. A Moeis Samarinda Tahun 2018?

### C. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan latar belakang dan masalah yang telah diuraikan, maka tujuan penelitian ini adalah :

#### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD. I.A. Moeis Samarinda Tahun 2018.

#### 2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk :

- a. Mengetahui gambaran pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda Tahun 2018.
- b. Mengidentifikasi kualitas pelayanan perawat di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda Tahun 2018.
- c. Menganalisis hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda Tahun 2018.

### D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat kepada:

#### 1. Perawat

Sebagai masukan bagi perawat dalam meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik.

#### 2. Instansi Pelayanan

Sebagai informasi bagi pimpinan dan staf dalam pengembangan RSUD I.A. Moeis Samarinda khususnya dalam pelaksanaan Komunikasi Terapeutik.

#### 3. Institusi Pendidikan/Keilmuan

- a. Hasil penelitian ini merupakan masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda.

- b. Sebagai referensi di perpustakaan dapat digunakan oleh peneliti yang mempunyai peminatan di bidang pengelolaan sumber daya manusia berkaitan mengenali hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda.

### **E. Penelitian Terkait**

1. Penelitian yang dilakukan oleh Paula (2004) yang berjudul “Komunikasi Terapeutik: Cara Yang Dapat Meningkatkan Kualitas Perawat Darurat”. Penelitian ini menyatakan bahwa perawatan pasien secara langsung dipengaruhi oleh sikap komunikasi, proses dan hasil dari komunikasi terapeutik diperhatikan disetiap klinik spesialisasi. Pendekatan yang berpusat pada pasien untuk komunikasi jarang dipelajari atau diperhatikan dalam situasi gawat di setiap klinik spesialisasi. Dalam praktek klinik dievaluasi perilaku yang efektif dan terapeutik, dokter memiliki potensi untuk menunjukkan manfaat yang penting dalam hal meningkatkan kepuasan pasien, meningkatkan komunikasi dan pasien akan merasa lebih baik. Ada banyak tantangan yang saat ini dihadapi mereka yang bekerja di Perawatan Darurat. Komunikasi terapeutik memiliki potensi tidak hanya untuk meningkatkan perawatan pasien tetapi juga untuk memberikan penghasilan tambahan staf klinis karena perilaku komunikasinya yang secara langsung meningkatkan pengetahuan pasien. Perbedaan dengan penelitian ini adalah judul penelitian, variabel penelitian, populasi dan sampel penelitian. Penelitian diatas menekankan pada kepuasan pasien yang diukur berdasarkan pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh dokter, sedangkan penelitian ini menekankan pada pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat ditinjau dari aspek kualitas pelayanan perawat.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Carolyn (2016) yang berjudul “Praktek Di Klinik Jiwa: Komunikasi Terapeutik”. Penelitian ini membahas praktek dalam membantu pasien jiwa yang dapat mendorong calon perawat untuk menggunakan komunikasi terapeutik. Metode : sebuah eksperimen semu, satu

kelompok, desain tes awal menggunakan praktek selama orientasi di klinik jiwa; data dianalisis menggunakan tes t dependen. Sampel: ukuran sampel kenyamanan terdiri dari 28 mahasiswa keperawatan *prelicensure* yang terdaftar dalam keperawatan jiwa dan praktek klinik. Hasil: ada peningkatan yang signifikan ( $p < 1/4,000$ ) dalam kepercayaan diri calon perawat dengan keterampilan komunikasi dan pengetahuan mereka setelah pengalaman praktek kesehatan jiwa. Kesimpulan: meskipun penelitian lebih lanjut diperlukan, dalam praktek jiwa calon perawat perlu mempelajari komunikasi terapeutik, mengikuti praktek klinik dan menyelesaikan pendidikan keperawatan sarjana. Perbedaan dengan penelitian ini adalah judul penelitian, populasi dan sampel penelitian, jumlah sampel, dan tempat penelitian. Penelitian diatas menekankan pada simulasi klinis kesehatan jiwa: komunikasi terapeutik, sedangkan penelitian ini menekankan pada pelaksanaan komunikasi terapeutik oleh perawat ditinjau dari aspek kualitas pelayanan perawat.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **1. Komunikasi**

Kata komunikasi berasal dari bahasa latin *coomunicare* yang berarti berpartisipasi atau memberitahukan. Dengan demikian, kata komunikasi menurut kamus bahasa mengacu pada suatu upaya yang bertujuan untuk mencapai kebersamaan. Menurut *Webster New Collogiate Dictionary* dijelaskan bahwa komunikasi adalah suatu proses pertukaran informasi diantara individu melalui sistem lambang-lambang, tanda-tanda atau tingkah laku (Taufik M dan Juliane, 2011). Komunikasi adalah proses interpersonal yang melibatkan perubahan verbal dan nonverbal dari informasi dan ide. Komunikasi mengacu tidak hanya pada isi tetapi juga pada perasaan dan emosi dimana individu menyampaikan hubungan (Melsa. S, 2014).

Komunikasi adalah pertukaran informasi antara dua atau lebih manusia, atau dengan kata lain pertukaran ide dan pikiran (Tamsuri. A, 2015). Menurut Duldtt Bettey dalam Nurhasanah (2013) komunikasi merupakan sebuah proses penyesuaian dan adaptasi dinamis antara dua orang atau lebih dalam sebuah interaksi tatap muka dan terjadi pertukaran ide, makna, perasaan, dan perhatian. Maka dapat disimpulkan komunikasi merupakan kegiatan yang melibatkan dua orang atau lebih, suatu bentuk pembagian ide, pikiran dengan menggunakan lambang dan bertujuan terjadi perubahan pada orang lain.

##### **a. Pengertian Komunikasi Terapeutik**

Komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai komunikasi yang direncanakan secara sadar dimana kegiatan dan tujuan dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Potter & Perry, 2010). Komunikasi terapeutik

termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien. Persoalan mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan kedalam komunikasi pribadi di antara perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan (Sunaryo, 2014).

Keberadaan komunikasi terapeutik memiliki peranan penting dalam membantu seorang klien memecahkan masalah yang dihadapi. Menurut Damaiyanti (2010) terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan, sehingga terapeutik juga dapat diartikan sebagai segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan.

Komunikasi terapeutik bukan pekerjaan yang bisa dikesampingkan, namun harus direncanakan, disengaja, dan merupakan tindakan profesional. Pada waktu perawat berkomunikasi terapeutik untuk pertama kali, proses komunikasi mungkin akan terlihat canggung, semu, dan seperti dibuat-buat. Namun, hal ini akan lebih membantu untuk mempersepsikan masing-masing hubungan pasien karena adanya kesempatan untuk mencapai hubungan antara manusia yang positif sehingga akan mempermudah pencapaian tujuan keperawatan

#### **b. Dimensi Komunikasi Terapeutik**

Menurut Damaiyanti (2010), Dimensi yang harus dimiliki perawat untuk melakukan komunikasi terapeutik adalah :

##### **1. Kesejatian**

Kesejatian adalah pengiriman pesan pada orang lain tentang gambaran diri kita yang sebenarnya. Perawat menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai kesadaran mengenai perasaan pasien, perawat tidak menolak segala bentuk perasaan yang dimiliki pasien.

## 2. Empati

Empati adalah kemampuan menempatkan diri kita pada diri orang lain dan bahwa kita telah memahami bagaimana perasaan orang lain tersebut dan apa yang menyebabkan reaksi mereka tanpa emosi kita larut dalam emosi orang lain.

## 3. Respek atau Hormat

Respek mempunyai pengertian perilaku yang menunjukkan kepedulian atau perhatian, rasa suka dan menghargai pasien. Perawat menghargai pasien sebagai orang yang bernilai dan menerima pasien tanpa syarat.

## 4. Konkret

Perawat menggunakan gaya yang spesifik dan bukan abstrak pada saat mendiskusikan dengan pasien mengenai perasaan, pengalaman dan tingkah lakunya. Fungsi dari dimensi ini adalah dapat mempertahankan respon perawat terhadap perasaan pasien, menjelaskan dengan akurat tentang masalah dan mendorong pasien memikirkan masalah yang spesifik.

Selain dimensi yang ada untuk komunikasi terapeutik, terdapat tiga hal yang mendasar dan memberi ciri-ciri dari komunikasi terapeutik yaitu keikhlasan, empati (*empathy*), dan kehangatan (*warmth*) ( dalam Taufik dan Juliane, 2011).

### 1. Keikhlasan

Memberikan bantuan kepada klien, harus dapat menyadari tentang nilai, sikap, dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan klien. Apa yang dipikirkan serta dirasakan tentang individu dan dengan siapa dia berinteraksi selalu dikomunikasikan pada individu, baik secara verbal maupun nonverbal. Mampu menunjukkan keikhlasan yang tinggi maka memiliki kesadaran mengenai sikap yang dipunyai terhadap klien sehingga mampu belajar berkomunikasi secara tepat.

## 2. Empati (*Empathy*)

Suatu perasaan “pemahaman “ dan “penerimaan” terhadap perasaan yang dialami klien dan mampu dalam merasakan “dunia pribadi klien”. Jujur, sensitif, dan tidak dibuat-buat (objektif) karena didasari dengan yang dialami oleh orang lain. Empati lebih cenderung bergantung pada pengalaman serta orang yang terlibat komunikasi. Berusaha keras untuk mengetahui secara pasti pada apa yang sedang dipikirkan dan dialami klien.

## 3. Kehangatan (*Warmth*)

Ada hubungan saling membantu (*helping relationship*) dibuat untuk memberikan kesempatan klien dalam mengeluarkan “unek-unek” (perasaan dari nilai-nilai) secara bebas. Dengan kehangatan, mendorong klien untuk mengeksperikan ide-ide dan menuangkan dalam suatu bentuk perbuatan tanpa rasa takut. Suasana yang hangat tanpa adanya ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan perawat terhadap klien sehingga dapat mengeksperikan perasaan secara lebih mendalam.

Dari pembahasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa dimensi dan karakteristik dalam komunikasi terapeutik memiliki kesamaan yaitu:

### 1. Kesejatian

Perawat menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien sama dengan penjabaran definisi pada karakteristik yaitu keikhlasan.

### 2. Empati

Kemampuan menempatkan diri kita pada diri orang lain sama dengan merasakan “dunia pribadi pasien”, definisi empati pada karakteristik berusaha keras untuk mengetahui secara pasti apa yang sedang dipikirkan dan dialami klien sama dengan penjelasan kesejatian (dimensi) yaitu perawat yang mampu menunjukkan keikhlasan

mempunyai kesadaran mengenai sikap yang dimiliki klien dan perawat tidak menolak segala bentuk perasaan yang dimiliki klien.

3. Respek atau hormat

Menunjukkan kepedulian atau perhatian dapat dimaksudkan kehangatan (karakteristik). Perawat menghargai pasien sebagai orang yang bernilai dan menerima pasien tanpa syarat, penjelasan empati pada poin penerimaan.

4. Konkret

Perawat mendiskusikan dengan klien mengenai perasaan dan akurat tentang masalah dalam mendorong klien memikirkan masalah yang spesifik sama dengan penjelasan makna kehangatan (karakteristik).

Oleh karena itu, karakteristik mendapat peran penting dalam mendukung dimensi yang harus dimiliki perawat dalam menangani pasien.

**c. Tujuan Komunikasi Terapeutik**

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

Menurut Purwanto (1994) dalam Damaiyanti (2010) tujuan dari komunikasi terapeutik :

- a. Membantu pasien memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan
- b. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya
- c. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri.

Sedangkan menurut Stuart Sundeen juga Lindberg, Hunter dan Kruszweki (dalam Taufik dan Juliane,2011), tujuan komunikasi terapeutik yang diarahkan kepada pertumbuhan klien meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Realisasi diri, penerimaan diri dan rasa hormat terhadap diri sendiri.
2. Identitas diri yang jelas dan rasa integritas diri yang tinggi.
3. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang intim, saling tergantung dan intim dengan kapasitas untuk mencintai dan dicintai.
4. Peningkatan fungsi dan kemampuan memenuhi kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistis.

Tujuan komunikasi terapeutik yaitu dapat membina hubungan saling percaya, meningkatkan hubungan interpersonal, mencapai tujuan personal yang realitas.

**d. Fungsi Komunikasi Terapeutik**

Menurut Ridhyalla Afnuhazi (2015) fungsi komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerjasama antar perawat dan klien melalui hubungan perawat dan klien. Perawat berusaha mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan. 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 kegunaannya adalah mencegah adanya tindakan yang negative terhadap pertahanan diri klien.

Fungsi komunikasi terapeutik adalah menciptakan hubungan kerjasama antara perawat dan klien dalam proses membantu klien mengatasi persoalan mengenai masalah kesehatan.

#### e. Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Menurut Ridhyalla Afnuhazi (2015) ada beberapa prinsip dasar yang harus dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang terapeutik:

1. Hubungan perawat dengan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan.
2. Perawat harus menghargai keunikan klien. Tiap individu mempunyai karakter yang berbeda.
3. Semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan. Komunikasi yang menciptakan hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternatif pemecahan masalah.

#### f. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Menurut Ridhyalla Afnuhazi (2015) karakteristik pribadi perawat sangat menentukan keberhasilan komunikasi dalam asuhan keperawatan karena instrument yang digunakan oleh perawat pada saat berkomunikasi dengan klien adalah dirinya sendiri, karakteristik perawat yang dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik:

##### 1. Kejujuran

Kejujuran merupakan modal utama agar dapat melakukan komunikasi yang bernilai terapeutik, tanpa kejujuran mustahil dapat membina hubungan saling percaya. Klien hanya akan terbuka dan jujur dalam memberikan informasi yang benar hanya bila yakin bahwa perawat dapat dipercaya.

##### 2. Tidak membingungkan dan cukup ekspresif

Berkomunikasi hendaknya perawat menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti oleh klien. Komunikasi non verbal harus mendukung komunikasi verbal yang disampaikan, ketidaksesuaian dapat menyebabkan klien menjadi bingung.

### 3. Konsep positif

Bersikap positif dapat ditunjukkan dengan sikap yang hangat, penuh perhatian dan penghargaan terhadap klien.

### 4. Empati bukan simpati

Sikap empati sangat diperlukan dalam asuhan keperawatan, karena sikap ini perawat akan mampu merasakan dan memikirkan permasalahan klien seperti yang dirasakan dan dipikirkan oleh klien.

Empati seorang perawat dapat memberikan alternatif pemecahan masalah bagi klien karena meskipun dia turut merasakan permasalahan yang dirasakan klien, tetapi tidak larut dalam masalah tersebut. Sikap simpati membuat perawat tidak mampu melihat permasalahan secara objektif karena dia terlibat secara emosional dan terlarut didalamnya.

### 5. Mampu melihat permasalahan klien dari kacamata klien

Perawat memberikan asuhan keperawatan harus berorientasi pada klien. Untuk itu agar dapat membantu memecahkan masalah klien dan perawat harus memandang permasalahan dari sudut pandang klien. Perawat harus menggunakan teknik aktif berbicara dan kesabaran dalam mendengarkan ungkapan klien. Jika perawat menyimpulkan secara tergesa-gesa dengan tidak menyimak secara keseluruhan ungkapan klien maka bisa berakibat fatal, karena dapat saja diagnosa yang dirumuskan perawat tidak sesuai dengan masalah klien dan akibatnya tindakan yang diberikan tidak dapat membantu klien.

### 6. Menerima klien apa adanya

Jika seseorang diterima secara tulus, seseorang akan merasa nyaman dan aman dalam menjalin hubungan intim terapeutik.

### 7. Sensitif terhadap perasaan klien

Tanpa kemampuan ini hubungan yang terapeutik sulit terjalin dengan baik, karena jika perawat tidak sensitif maka perawat bisa melakukan pelanggaran batas, privasi, dan menyinggung perasaan klien.

8. Tidak mudah terpengaruh oleh masa lalu klien ataupun diri perawat sendiri

Seseorang yang selalu menyesali tentang apa yang telah terjadi pada masa lalunya tidak akan mampu berbuat yang terbaik hari ini. Sangat sulit bagi perawat untuk membantu klien, jika kita sendiri memiliki segudang masalah dan ketidakpuasan dalam hidupnya.

Karakteristik perawat untuk berhubungan secara terapeutik yaitu kejujuran, kalimat yang digunakan tidak membingungkan, berpikir positif, bersikap empati, memberikan asuhan keperawatan berorientasi kepada klien, menerima klien apa adanya, bersikap peduli (*caring*).

#### **g. Prinsip Komunikasi Terapeutik**

Menurut Ridhyalla Afnuhazi (2015) prinsip komunikasi terapeutik:

1. perawat harus mengenal dirinya sendiri (menghayati, memahami diri serta nilai yang dianut).
2. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, percaya dan menghargai.
3. Perawat harus memahami, menghayati nilai-nilai yang dianut klien.
4. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan klien, baik fisik maupun mental.
5. Perawat harus mampu menciptakan suasana yang memungkinkan klien memiliki motivasi.
6. Perawat harus menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi.
7. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistennya.
8. Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya.
9. Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
10. Mampu berperan sebagai *role model*.

11. Berpegang pada etika profesi.

12. Bertanggung jawab, baik pada diri sendiri dan orang lain.

#### **h. Fase Hubungan Komunikasi Terapeutik**

Menurut Ridhyalla Afnuhazi (2015) komunikasi terapeutik mempunyai tujuan dan fungsi sebagai terapi bagi klien, karena itu pelaksanaan komunikasi terapeutik harus direncanakan dan terstruktur dengan baik. Komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahapan, yaitu:

##### 1. Fase Pre Interaksi

Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan klien.

Tugas perawat pada fase ini, yaitu :

- a. secara tertulis mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasannya.
- b. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi klien.
- c. Mengumpulkan data tentang klien, sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi.
- d. Membuat rencanakan pertemuan, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan klien

##### 2. Fase Orientasi

Fase ini dimulai pada saat bertemu pertama kali dengan klien. Saat pertama kali bertemu dengan klien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan klien dan merupakan langkah awal dalam membina hubungan saling percaya.

Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu klien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya.

Tugas-tugas perawat pada tahap ini adalah:

- a. Membina hubungan saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka. Untuk membina hubungan saling percaya perawat

harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji dan menghargai klien.

- b. Merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak yang harus disetujui bersama dengan klien yaitu tempat, waktu dan topic pertemuan.
- c. Mengenali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah klien.
- d. Merumuskan tujuan dengan klien.

Hal yang perlu diperhatikan pada fase ini antara lain : memberikan salam terapeutik disertai mengulurkan tangan, jabatan tangan, memperkenalkan diri perawat, menyepakati kontrak, melengkapi kontrak, evaluasi dan validasi, menyepakati masalah.

### 3. Fase Kerja

Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Tahap ini perawat bersama klien mengatasi masalah yang dihadapi klien.

Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan. Teknik komunikasi terapeutik yang sering digunakan perawat antara lain mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyimpulkan.

### 4. fase Terminasi

Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terlena dan berada pada tingkat optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat klien akan pulang.

Perawat dan klien meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan.

Tahap terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dibagi menjadi 2, yaitu:

- a. Terminasi sementara: masih ada pertemuan lanjutan
- b. Terminasi akhir.

Terminasi terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh. Tugas perawat pada fase ini:

- 1) Mengevaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan, evaluasi ini disebut evaluasi objektif.
- 2) Melakukan evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi atau setelah melakukan tindakan tertentu.
- 3) Menyetujui tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan.
- 4) Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya, kontrak yang perlu disepakati adalah topik, waktu dan tempat pertemuan.

#### **i. Sikap Perawat dalam Komunikasi Terapeutik**

Menurut Ridhyalla Afnuhazi (2015) sikap perawat dalam komunikasi terapeutik:

1. Berhadapan artinya saya siap untuk anda.
2. Pertahankan kontak mata pada level yang sama artinya menghargai klien tetap ingin berkomunikasi.
3. Membungkuk kearah klien artinya menunjukkan keinginan untuk menyatakan/mendengarkan sesuatu.
4. Mempertahankan sikap terbuka (tidak melipat tangan) menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi.
5. Tetap rileks.
6. Dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan reaksi dalam berespon pada klien.

#### **j. Teknik Komunikasi Terapeutik**

Menurut Taufik dan Juliane (2011) teknik komunikasi terapeutik terdiri dari:

1. Mendengarkan

Mendengarkan merupakan dasar dalam komunikasi yang akan mengetahui perasaan klien. Mendengarkan adalah proses aktif dan penerimaan informasi serta reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima. Untuk memberi kesempatan lebih banyak pada klien untuk bicara, maka perawat harus menjadi pendengar yang baik. Suryani (2011) menjelaskan bahwa mendengarkan orang lain dengan penuh perhatian akan menunjukkan pada

orang lain bahwa apa yang dikatakannya adalah penting dan dia adalah orang yang penting.

2. Bertanya

Bertanya (*question*) merupakan tehnik yang dapat mendorong klien untuk mengungkapkan perasaan dan pikirannya.

3. Penerimaan

Penerimaan adalah mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai, penerimaan bukan berarti persetujuan. Menunjukkan penerimaan berarti kesediaan mendengar tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Dikarenakan hal tersebut, perawat harus sadar terhadap ekspresi nonverbal. Bagi perawat perlu menghindari memutar mata ke atas, menggelengkan kepala, mengerutkan atau memandang dengan muka masam pada saat berinteraksi dengan klien.

4. Mengulang

Merupakan tehnik yang dilaksanakan dengan cara mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien, yang berguna untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat untuk mengikuti pembicaraan. Teknik ini bernilai terapeutik ditandai dengan perawat mendengar dan melakukan validasi, mendukung klien dan memberikan respon terhadap apa yang baru saja dikatakan oleh klien.

5. Klarifikasi

Klarifikasi adalah menjelaskan kembali ide atau pikiran yang tidak jelas atau meminta klien untuk menjelaskan arti dari ungkapannya. Klarifikasi merupakan tehnik yang digunakan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien malu mengemukakan informasi dan perawat mencoba memahami situasi yang digambarkan klien.

6. Refleksi

Refleksi adalah mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan, dan isi pembicaraan kepada klien. Hal ini digunakan untuk memvalidasikan

pengertian perawat tentang apa yang diucapkan klien dan menekankan empati, minat dan penghargaan terhadap klien.

7. Memfokuskan

Memfokuskan bertujuan memberi kesempatan kepada klien untuk membahas masalah inti dan mengarahkan komunikasi klien pada pencapaian tujuan. Cara ini dengan memilih topik yang penting atau yang telah dipilih dengan menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yang lebih spesifik, lebih jelas dan berfokus pada realitas.

8. Diam

Diam dilakukan dengan tujuan untuk mengorganisir pemikiran, memproses informasi, menunjukkan bahwa perawat bersedia untuk menunggu respon. Diam tidak dilakukan dalam waktu yang lama karena akan mengakibatkan klien menjadi khawatir.

9. Informasi

Menyediakan tambahan informasi dengan tujuan untuk mendapatkan respon lebih lanjut. Beberapa keuntungan dari menawarkan informasi adalah akan memfasilitasi komunikasi, mendorong pendidikan kesehatan dan memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan, kurangnya pemberian informasi yang dilakukan saat klien membutuhkan akan mengakibatkan klien tidak percaya. Hal yang tidak boleh dilakukan adalah menasehati klien pada saat memberikan informasi.

10. Menyimpulkan

Menyimpulkan adalah teknik komunikasi yang membantu klien mengeksplorasi point penting dari interaksi perawat-klien. Teknik ini membantu perawat dan klien untuk memiliki pikiran dan ide yang sama saat mengakhiri pertemuan. Point utama dari *summerizing* adalah peninjauan kembali komunikasi yang telah dilakukan.

11. Mengubah Cara Pandang

Teknik ini digunakan untuk memberikan cara pandang lain sehingga klien tidak melihat sesuatu masalah dari aspek negatifnya saja. Teknik ini sangat

bermanfaat terutama ketika klien memandang sesuatu masalah dari sisi negatifnya saja. Seorang perawat kadang memberikan tanggapan yang kurang tepat ketika klien mengungkapkan masalah *Reframing* akan membuat klien mampu melihat apa yang dialaminya dari sisi positif sehingga memungkinkan klien untuk membuat perencanaan yang lebih baik dalam mengatasi masalah yang di hadapinya

#### 12. Eksplorasi

Teknik ini bertujuan untuk mencari atau menggali lebih dalam masalah yang dialami klien supaya masalah tersebut bisa diatasi. Tehnik ini bermanfaat pada tahap kerja untuk mendapatkan gambaran yang detail tentang masalah yang dialami klien.

#### 13. Membagi persepsi

Merupakan teknik komunikasi dengan cara meminta pendapat klien tentang hal-hal yang dirasakan dan dipikirkan. Teknik ini digunakan ketika perawat merasakan atau melihat ada perbedaan antara respon verbal dan respon non verbal klien.

#### 14. Identifikasi “Tema”

Perawat harus tanggap terhadap cerita yang disampaikan klien dan harus mampu menangkap tema dari seluruh pembicaraan tersebut. Gunanya untuk meningkatkan pengertian dan menggali masalah yang penting. Teknik ini sangat bermanfaat pada tahap awal kerja untuk memfokuskan pembicaraan pada awal masalah yang benar-benar dirasakan klien.

#### 15. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan

Teknik ini menganjurkan klien untuk mengarahkan seluruh pembicaraan yang mengindikasikan bahwa klien sedang mengikuti apa yang sedang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya.

#### 16. Humor

Humor bisa mempunyai beberapa fungsi dalam hubungan terapeutik. Sullivan dan Deane menyatakan bahwa humor merangsang produksi *catecholamines* dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat,

meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi ansietas, memfasilitasi relaksasi pernapasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidak mampuannya untuk berkomunikasi dengan klien.

#### 17. Memberikan Pujian

Memberikan pujian (*reinforcement*) merupakan keuntungan psikologis yang didapatkan klien ketika berinteraksi dengan perawat. *Reinforcement* berguna untuk meningkatkan harga diri dan menguatkan perilaku klien. *Reinforcement* bisa diungkapkan dengan kata-kata ataupun melalui isyarat non verbal.

## 2. Kualitas Pelayanan Keperawatan

### 1. Pengertian Kualitas Pelayanan Keperawatan

Mutu atau kualitas merupakan tingkat baik buruknya sesuatu (Moeliono dkk, 1997 dalam buku Wanarto, 2013). Dengan demikian, jika suatu obyek dalam keadaan baik maka dapat dikatakan bermutu tinggi, sebaliknya jika obyek tersebut dalam keadaan buruk maka dapat dikatakan bermutu rendah.

Pengertian dari pelayanan kesehatan bisa kita temukan dari beberapa referensi, satu pengertian pelayanan kesehatan yang sering digunakan adalah yang disampaikan oleh Levey dan Loomba (1973), menurutnya pelayanan kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat (Arief dan Dewi, 2017).

Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang-Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan

meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat, Arief dan Dewi (2017).

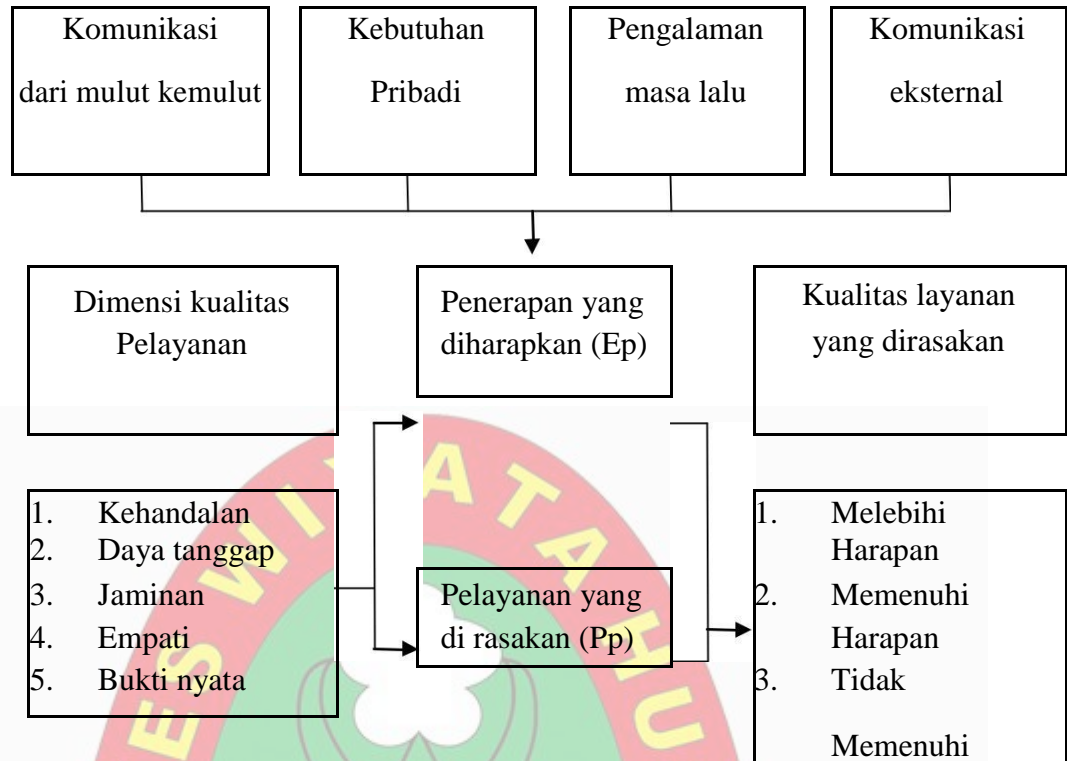
Upaya untuk dapat melakukan penilaian mutu dengan berbagai pendekatan yang ada, diperlukan suatu data kinerja yang akurat dan relevan sehingga dapat membantu pihak rumah sakit dalam melakukan perubahan. Ketersediaan sumber data merupakan syarat utama keberhasilan pengukuran mutu.

Masukan dari berbagai proses spesifik diatas berasal dari persepsi subyektif konsumen kemudian diolah menjadi suatu pengukuran yang objektif dan berhubungan dengan kebutuhan konsumen.

Berikut ini disampaikan beberapa definisi lain tentang mutu yang senada dengan pengertian menurut kamus sebagaimana dijelaskan di atas menurut Tjiptono (2005) dalam buku Wanarto (2013) yaitu:

- a. Kesesuaian dengan persyaratan/tuntutan,
- b. Kecocokan untuk pemakaian,
- c. Perbaikan/penyempurnaan berkelanjutan
- d. Bebas dari kerusakan/cacat,
- e. Pemenuhan kebutuhan pelanggan sejak awal dan setiap saat,
- f. Melakukan segala sesuatu secara benar sejak awal,

Sesuatu yang bisa membahagiakan pelanggan menurut Parasuraman (2001: 162) dalam buku Nursalam (2014) bahwa konsep kualitas layanan yang diharapkan dan dirasakan ditentukan oleh kualitas layanan. Kualitas layanan tersebut terdiri atas daya tanggap, jaminan, bukti fisik, empati dan keandalan. Selain itu, pelayanan yang diharapkan sangat dipengaruhi oleh berbagai persepsi komunikasi dari mulut ke mulut, kebutuhan pribadi, pengalaman masa lalu dan komunikasi eksternal. Persepsi inilah yang meengaruhi pelayanan yang diharapkan ( $E_p = Expectation$ ) dan pelayanan yang dirasakan ( $P_p = Perception$ ) yang membentuk adanya konsep kualitas layanan. Lebih jelasnya dapat ditunjukkan pada gambar di bawah ini:



Skema 2.1 Penilaian Pelanggan terhadap kualitas layanan (Parasuraman, 2001)

Konsep kualitas layanan dari harapan yang diharapkan seperti dikemukakan di atas, ditentukan oleh empat faktor yang saling terkait dalam memberikan suatu persepsi yang jelas dari harapan pelanggan dalam mendapatkan pelayanan. Keempat faktor tersebut antara lain sebagai berikut.

- Komunikasi dari mulut ke mulut (*word of mouth communication*), faktor ini sangat menentukan dalam pembentukan harapan pelanggan atas suatu jasa/pelayanan. Pemilihan untuk mengkonsumsi suatu jasa/pelayanan yang bermutu dalam banyak kasus dipengaruhi oleh informasi dari mulut ke mulut yang diperoleh dari pelanggan yang telah mengkonsumsi jasa tersebut sebelumnya.

Promosi merupakan salah satu faktor penentu keberhasilan suatu program pemasaran. Betapapun berkualitasnya suatu produk ataupun jasa, bila konsumen belum pernah mendengarnya dan tidak yakin bahwa

produk tersebut dapat berguna, maka konsumen tidak akan pernah membeli produk tersebut. Salah satu alat promosi yang paling ampuh adalah dengan sistem WOM (*Word of Mouth*) (Trarintya, 2011). WOM merupakan sebuah komunikasi informal di antara seorang pembicara yang tidak komersial dengan orang yang menerima informasi mengenai sebuah merek, produk, perusahaan atau jasa. WOM dapat diartikan sebagai aktivitas komunikasi dalam pemasaran yang mengindikasikan seberapa mungkin pelanggan akan bercerita kepada orang lain tentang pengalamannya dalam proses pembelian atau mengkonsumsi suatu produk atau jasa. Pengalaman pelanggan tersebut dapat berupa pengalaman positif atau pengalaman negatif.

Sebenarnya hubungan dari mulut ke mulut berbentuk U, apabila seseorang puas maka ia akan menyebarkan berita positif dari mulut ke mulut, tapi apabila mengeluh tidak puas maka ia akan menyebarkan berita negatif dari mulut ke mulut. Pengalaman yang kurang memuaskan pada pelanggan dapat memunculkan berbagai respons kepada perusahaan. Perusahaan dapat menanggapi respons tersebut dengan berbagai cara yang dinamis. Peluang meningkatnya aktivitas WOM tersebut dapat memberikan pengaruh yang hebat.

Usaha WOM, memuaskan pelanggan adalah hal yang sangat wajib. Dalam sebuah studi oleh *US Office of Consumer Affairs* (Kantor Urusan Pelanggan Amerika Serikat) menunjukkan bahwa WOM memberikan efek yang signifikan terhadap penilaian pelanggan. Dalam studi tersebut disebutkan bahwa secara rata-rata, satu pelanggan tidak puas akan mengakibatkan sembilan calon pelanggan lain yang akan menyebabkan ketidakpuasan. Sementara itu pelanggan yang puas hanya akan mengabarkan kepada lima calon pelanggan lain.

- b. Kebutuhan pribadi (*personal need*), yaitu harapan pelanggan bervariasi tergantung pada karakteristik dan keadaan individu yang mempengaruhi kebutuhan pribadinya.

- c. Pengalaman masa lalu (*past experience*), yaitu pengalaman pelanggan merasakan suatu pelayanan jasa tertentu di masa lalu yang mempengaruhi tingkat harapannya untuk memperoleh pelayanan jasa yang sama di masa kini dan yang akan datang.
- d. Komunikasi eksternal (*company's external communication*) yaitu komunikasi eksternal yang digunakan oleh organisasi jasa sebagai pemberi pelayanan melalui berbagai bentuk upaya promosi juga memegang peranan dalam pembentukan harapan pelanggan.

Berdasarkan pengertian di atas terdapat tiga tingkat konsep kualitas layanan yaitu:

- a. Bermutu (*quality surprise*), bila kenyataan pelayanan yang diterima melebihi pelayanan yang diharapkan pelanggan.
- b. Memuaskan (*satisfactory quality*), bila kenyataan pelayanan yang diterima sama dengan pelayanan yang diharapkan pelanggan.
- c. Tidak bermutu (*unacceptable quality*), bila ternyata kenyataan pelayanan yang diterima lebih rendah dari yang diharapkan pelanggan.

Kualitas pelayanan keperawatan adalah kualitas yang berkaitan dengan pemberian perawatan yang harus tersedia, dapat diterima, menyeluruh, berkelanjutan dan di dokumentasikan (Heather, 1962 dalam Budiastuti, 2002). Kualitas perawatan adalah aplikasi pengetahuan medis yang tepat bagi perawatan pasien sambil menyeimbangkan resiko-resiko yang melekat pada intervensi keperawatan dan keuntungan yang diharapkan dari intervensi keperawatan (Gillies, 1989).

Pelayanan keperawatan dikatakan berkualitas apabila pelayanan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar yang ditetapkan, untuk mengukur seberapa baik mutu pelayanan keperawatan yang diberikan diperlukan suatu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan (Depkes, 2008).

Dari batasan-batasan mengenai pengertian tersebut di atas, maka dapat disimpulkan pengertian kualitas pelayanan keperawatan adalah pelayanan

keperawatan yang dilakukan perawat sesuai dengan standar profesi yang ditetapkan berdasarkan indikator pelayanan keperawatan yang menunjukkan tingkat kemampuan pelayanan keperawatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri setiap pasien.

Kualitas pelayanan keperawatan yang baik berarti pasien mendapat layanan yang cepat, diagnosis dan terapi yang tepat, keramah tamahan yang cukup, pelayanan administrasi yang cepat dan biaya yang terjangkau. Dengan demikian pelayanan yang diberikan adalah untuk memenuhi keinginan pelanggan (Sedarmayanti, 2000).

## 2. Dimensi Kualitas Pelayanan Keperawatan

Inti dari konsep kualitas layanan adalah menunjukkan segala bentuk aktualisasi kegiatan pelayanan yang memuaskan orang-orang yang menerima pelayanan sesuai dengan daya tanggap (*responsiveness*), menumbuhkan adanya jaminan (*assurance*), menunjukkan bukti fisik (*tangible*) yang dapat dilihatnya, menurut empati (*empathy*) dari orang-orang yang memberikan pelayanan sesuai dengan keandalannya (*reliability*) menjalankan tugas pelayanan yang diberikan secara konsekuen untuk memuaskan yang menerima pelayanan.

Aspek-aspek kualitas pelayanan keperawatan menurut Parasuraman, Berry dan Zeithaml dalam Yamit (2002) dan berbagai penelitian terhadap beberapa jenis jasa yang telah dilakukan berhasil mengidentifikasi lima kualitas karakteristik yang digunakan oleh pelanggan dalam mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yaitu *Reliability* (Kehandalan), *Assurance* (Jaminan), *Tangibles* (Bukti Nyata), *Emphaty* (Empati), *Responsiveness* (Ketanggapan).

Lebih jelasnya dapat diuraikan mengenai bentuk-bentuk aplikasi kualitas layanan keperawatan dengan menerapkan konsep “RATER” yang dikemukakan oleh Parasuraman (2001:32) dalam buku Nursalam (2014) sebagai berikut:

### a. Daya tanggap (*responsiveness*).

Setiap pegawai dalam memberikan bentuk-bentuk pelayanan, mengutamakan aspek pelayanan yang sangat meengaruhi perilaku orang

yang mendapat pelayanan, sehingga diperlukan kemampuan daya tanggap dari pegawai untuk melayani masyarakat sesuai dengan tingkat penyerapan, pengertian, ketidaksesuaian atas berbagai hal bentuk pelayanan yang tidak diketahuinya. Hal ini memerlukan adanya penjelasan yang bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk agar menyikapi segala bentuk-bentuk prosedur dan mekanisme kerja yang berlaku dalam suatu organisasi, sehingga bentuk pelayanan mendapat respons positif (Parasuraman, 2001:52).

Tuntutan pelayanan yang menyikapi berbagai keluhan dari bentuk-bentuk pelayanan yang diberikan menjadi suatu respek positif dari daya tanggap pemberi pelayanan dan yang menerima pelayanan. Seyogyanya pihak yang memberikan pelayanan apabila menemukan orang yang dilayani kurang mengerti atas berbagai syarat prosedur atau mekanisme, maka perlu diberikan suatu pengertian dan pemahaman yang jelas secara bijaksana, berwibawa dan memberikan berbagai alternatif kemudahan untuk mengikuti syarat pelayanan yang benar, sehingga kesan dari orang yang mendapat pelayanan memahami atau tanggap terhadap keinginan orang yang dilayani.

Pada prinsipnya, inti dari bentuk pelayanan yang diterapkan dalam suatu instansi atau aktivitas pelayanan kerja yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan tingkat ketanggapan atas permasalahan pelayanan yang diberikan. Kurangnya ketanggapan tersebut dari orang yang menerima pelayanan, karena bentuk pelayanan tersebut baru dihadapi pertama kali, sehingga memerlukan banyak informasi mengenai syarat dan prosedur pelayanan yang cepat, mudah dan lancar. Sehingga pihak pegawai atau pemberi pelayanan seyogyanya menuntun orang yang dilayani sesuai dengan penjelasan-penjelasan yang mendetail, singkat dan jelas yang tidak menimbulkan berbagai pertanyaan atau hal-hal yang menimbulkan keluhan kesah dari orang yang mendapat pelayanan. Apabila hal ini dilakukan dengan baik, berarti pegawai tersebut memiliki kemampuan daya tanggap terhadap pelayanan yang diberikan sehingga pelayanan menjadi optimal

sesuai dengan tingkat kecepatan, kemudahan dan kelancaran dari suatu pelayanan yang ditangani oleh pegawai (Parasuraman, 2001).

Suatu organisasi sangat menyadari pentingnya kualitas layanan daya tanggap atas pelayanan yang diberikan. Setiap orang yang mendapat pelayanan sangat membutuhkan penjelasan atas pelayanan yang diberikan agar pelayanan tersebut jelas dan dimengerti. Untuk mewujudkan dan merealisasikan hal tersebut, maka kualitas layanan daya tanggap mempunyai peranan penting atas pemenuhan berbagai penjelasan dalam kegiatan pelayanan kepada masyarakat. Apabila pelayanan daya tanggap diberikan dengan baik dengan penjelasan yang bijaksana, penjelasan yang mendetail, penjelasan yang membina, penjelasan yang mengarahkan dan yang bersifat membujuk, apabila hal tersebut secara jelas dimengerti oleh individu yang mendapat pelayanan maka secara langsung pelayanan daya tanggap dianggap berhasil dan ini menjadi suatu bentuk keberhasilan prestasi kerja.

Kualitas layanan daya tanggap adalah suatu bentuk pelayanan dalam memberikan penjelasan agar orang yang diberi pelayanan tanggap dan menanggapi pelayanan yang diterima, sehingga diperlukan adanya unsur kualitas layanan daya tanggap sebagai berikut:

- 1) Memberikan penjelasan secara bijaksana sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang dihadapinya. Penjelasan bijaksana tersebut mengantar individu yang mendapat pelayanan mampu mengerti dan menyetujui segala bentuk pelayanan yang diterima.
- 2) Memberikan penjelasan yang mendetail yaitu bentuk penjelasan yang substantif dengan persoalan pelayanan yang dihadapi, yang bersifat jelas, transparan, singkat dan dapat dipertanggungjawabkan.
- 3) Memberikan pembinaan atas bentuk-bentuk pelayanan yang dianggap masih kurang atau belum sesuai dengan syarat-syarat atau prosedur pelayanan yang ditunjukkan.

- 4) Mengarahkan setiap bentuk pelayanan dari individu yang dilayani untuk menyiapkan, melaksanakan dan mengikuti berbagai ketentuan pelayanan yang harus dipenuhi.
- 5) Membujuk orang yang dilayani apabila menghadapi suatu permasalahan yang dianggap bertentangan, berlawanan atau tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

Uraian-uraian di atas menjadi suatu interpretasi yang banyak dikembangkan dalam suatu organisasi kerja yang memberikan kualitas layanan yang sesuai dengan daya tanggap atas berbagai pelayanan yang ditunjukkan. Inti dari pelayanan daya tanggap dalam suatu organisasi berupa pemberian berbagai penjelasan dengan bijaksana, mendetail, membina, mengarahkan dan membujuk. Apabila hal ini dapat diimplementasikan dengan baik, dengan sendirinya kualitas layanan daya tanggap akan menjadi cermin prestasi kerja pegawai yang ditunjukkan dalam pelayanannya.

b. Jaminan (*Assurance*)

Setiap bentuk pelayanan memerlukan adanya kepastian atas pelayanan yang diberikan. Bentuk kepastian dari suatu pelayanan sangat ditentukan oleh jaminan dari pegawai yang memberikan pelayanan, sehingga orang yang menerima pelayanan merasa puas dan yakin bahwa segala bentuk urusan pelayanan yang dilakukan atas tuntas dan selesai sesuai dengan kecepatan, ketepatan, kemudahan, kelancaran dan kualitas layanan yang diberikan (Parasuraman, 2001).

Jaminan atas pelayanan yang diberikan oleh pegawai sangat ditentukan oleh *performance* atau kinerja pelayanan, sehingga diyakini bahwa pegawai tersebut mampu memberikan pelayanan yang andal, mandiri dan profesional yang berdampak pada kepuasan pelayanan yang diterima. Selain dari *performance* tersebut, jaminan dari suatu pelayanan juga ditentukan dari adanya komitmen organisasi yang kuat, yang menganjurkan agar setiap pegawai memberikan pelayanan secara serius dan sungguh-sungguh untuk memuaskan orang yang dilayani. Bentuk jaminan yang lain yaitu jaminan

terhadap pegawai yang memiliki perilaku kepribadian (*personality behavior*) yang baik dalam memberikan pelayanan, tentu akan berbeda pegawai yang memiliki watak atau karakter yang kurang baik dalam memberikan pelayanan.

Inti dari bentuk pelayanan yang meyakinkan pada dasarnya bertumpu kepada kepuasan pelayanan yang ditunjukkan oleh setiap pegawai, komitmen organisasi yang menunjukkan pemberian pelayanan yang baik dan perilaku dari pegawai dalam memberikan pelayanan. Sehingga dampak yang ditimbulkan dari segala aktivitas pelayanan tersebut diyakini oleh orang-orang yang menerima pelayanan akan dilayani dengan baik sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang dapat diyakini sesuai dengan kepastian pelayanan.

Melihat kenyataan kebanyakan organisasi modern dewasa ini dihadapkan oleh adanya berbagai bentuk penjaminan yang dapat meyakinkan atas berbagai bentuk pelayanan yang dapat diberikan oleh suatu organisasi sesuai dengan prestasi kerja yang ditunjukkannya. Suatu organisasi sangat membutuhkan adanya kepercayaan memberikan pelayanan kepada orang-orang yang dilayaninya. Untuk memperoleh suatu pelayanan yang meyakinkan, maka setiap pegawai berupaya untuk menunjukkan kualitas layanan yang meyakinkan sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang memuaskan yang diberikan, bentuk-bentuk pelayanan yang sesuai dengan komitmen organisasi yang ditunjukkan dan memberikan kepastian pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan. Suatu organisasi kerja sangat memerlukan adanya kepercayaan yang diyakini sesuai dengan kenyataan bahwa organisasi tersebut mampu memberikan kualitas layanan yang dapat dijamin sesuai dengan:

- 1) Mampu memberikan kepuasan dalam pelayanan yaitu setiap pegawai akan memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah, lancar dan berkualitas, dan hal tersebut menjadi bentuk konkret yang memuaskan orang yang mendapat pelayanan;

- 2) Mampu menunjukkan komitmen kerja yang tinggi sesuai dengan bentuk-bentuk integritas kerja, etos kerja dan budaya kerja yang sesuai dengan aplikasi dari visi, misi suatu organisasi dalam memberikan pelayanan;
- 3) Mampu memberikan kepastian atas pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan, agar orang yang mendapat pelayanan yakin sesuai dengan perilaku yang dilihatnya.

Uraian ini menjadi suatu penilaian bagi suatu organisasi dalam menunjukkan kualitas layanan asuransi (meyakinkan) kepada setiap orang yang diberi pelayanan sesuai dengan bentuk-bentuk kepuasan pelayanan yang dapat diberikan, memberikan pelayanan yang sesuai dengan komitmen kerja yang ditunjukkan dengan perilaku yang menarik, meyakinkan dan dapat dipercaya, sehingga segala bentuk kualitas layanan yang ditunjukkan dapat dipercaya dan menjadi aktualisasi pencerminan prestasi kerja yang dapat dicapai atas pelayanan kerja.

c. Bukti Fisik (*Tangible*).

Pengertian bukti fisik dalam kualitas layanan adalah bentuk aktualisasi nyata secara fisik dapat terlihat atau digunakan oleh pegawai sesuai dengan penggunaan dan pemanfaatannya yang dapat dirasakan membantu pelayanan yang diterima oleh orang yang menginginkan pelayanan, sehingga puas atas pelayanan yang dirasakan, yang sekaligus menunjukkan prestasi kerja atas pemberian pelayanan yang diberikan (Parasuraman, 2001).

Berarti dalam memberikan pelayanan, setiap orang yang menginginkan pelayanan dapat merasakan pentingnya bukti fisik yang ditunjukkan oleh pengembang pelayanan, sehingga pelayanan yang diberikan memberikan kepuasan. Bentuk pelayanan bukti fisik biasanya berupa sarana dan prasarana pelayanan yang tersedia, teknologi pelayanan yang digunakan, *performance* pemberi pelayanan yang sesuai dengan karakteristik pelayanan yang diberikan dalam menunjukkan prestasi kerja yang dapat diberikan dalam bentuk pelayanan fisik yang dapat dilihat. Bentuk-bentuk pelayanan

fisik yang ditunjukkan sebagai kualitas layanan dalam rangka meningkatkan prestasi kerja, merupakan salah satu pertimbangan dalam manajemen organisasi.

Arisutha (2005) menyatakan prestasi kerja yang ditunjukkan oleh individu sumberdaya manusia, menjadi penilaian dalam mengaplikasikan aktivitas kerjanya yang dapat dinilai dari bentuk pelayanan fisik yang ditunjukkan. Biasanya bentuk pelayanan fisik tersebut berupa kemampuan menggunakan dan memanfaatkan segala fasilitas alat dan perlengkapan di dalam memberikan pelayanan, sesuai dengan kemampuan penguasaan teknologi yang ditunjukkan secara fisik dan bentuk tampilan dari pemberi pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan. Dalam banyak organisasi, kualitas layanan fisik terkadang menjadi hal penting dan utama, karena orang yang mendapat pelayanan dapat menilai dan merasakan kondisi fisik yang dilihat secara langsung dari pemberi pelayanan baik menggunakan, mengoperasikan dan menyikapi kondisi fisik suatu pelayanan.

Tidak dapat dipungkiri bahwa dalam suatu organisasi modern dan maju, pertimbangan dari para pengembang pelayanan, senantiasa mengutamakan bentuk kualitas kondisi fisik yang dapat memberikan apresiasi terhadap orang yang memberi pelayanan.

Nursalam (2011) menyatakan bahwa kualitas layanan berupa kondisi fisik merupakan bentuk kualitas layanan nyata yang memberikan adanya apresiasi dan membentuk imej positif bagi setiap individu yang dilayaninya dan menjadi suatu penilaian dalam menentukan kemampuan dari pengembang pelayanan tersebut memanfaatkan segala kemampuannya untuk dilihat secara fisik, baik dalam menggunakan alat dan perlengkapan pelayanan, kemampuan menginovasi dan mengadopsi teknologi, dan menunjukkan suatu *performance* tampilan yang cakap, berwibawa dan memiliki integritas yang tinggi sebagai suatu wujud dari prestasi kerja yang ditunjukkan kepada orang yang mendapat pelayanan.

Selanjutnya tinjauan Gibson, Ivancevich, Donnelly (2003) yang melihat dinamika dunia kerja dewasa ini yang mengedepankan pemenuhan kebutuhan pelayanan masyarakat maka identifikasi kualitas layanan fisik mempunyai peranan penting dalam memperlihatkan kondisi-kondisi fisik pelayanan tersebut. Identifikasi kualitas layanan fisik (*tangible*) dapat tercermin dari aplikasi lingkungan kerja berikut.

- 1) Kemampuan menunjukkan prestasi kerja pelayanan dalam menggunakan alat dan perlengkapan kerja secara efisien dan efektif.
- 2) Kemampuan menunjukkan penguasaan teknologi dalam berbagai akses data dan inventarisasi otomatisasi kerja sesuai dengan dinamika dan perkembangan dunia kerja yang dihadapinya.
- 3) Kemampuan menunjukkan integritas diri sesuai dengan penampilan yang menunjukkan kecakapan, kewibawaan dan dedikasi kerja.

Uraian ini secara umum memberikan suatu indikator yang jelas bahwa kualitas layanan sangat ditentukan menurut kondisi fisik pelayanan, yang inti pelayanannya yaitu kemampuan dalam menggunakan alat dan perlengkapan kerja yang dapat dilihat secara fisik, mampu menunjukkan kemampuan secara fisik dalam berbagai penguasaan teknologi kerja dan menunjukkan penampilan yang sesuai dengan kecakapan, kewibawaan dan dedikasi kerja.

d. Empati (*Empathy*).

Setiap kegiatan atau aktivitas pelayanan memerlukan adanya pemahaman dan pengertian dalam kebersamaan asumsi atau kepentingan terhadap suatu hal yang berkaitan dengan pelayanan. Pelayanan akan berjalan dengan lancar dan berkualitas apabila setiap pihak yang berkepentingan dengan pelayanan memiliki adanya rasa empati (*empathy*) dalam menyelesaikan atau mengurus atau memiliki komitmen yang sama terhadap pelayanan (Parasuraman, 2001).

Empati dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan dengan pelayanan untuk mengembangkan dan melakukan

aktivitas pelayanan sesuai dengan tingkat pengertian dan pemahaman dari masing-masing pihak tersebut. Pihak yang memberi pelayanan harus memiliki empati memahami masalah dari pihak yang ingin dilayani. Pihak yang dilayani seyogyanya memahami keterbatasan dan kemampuan orang yang melayani, sehingga keterpaduan antara pihak yang melayani dan mendapat pelayanan memiliki perasaan yang sama.

Artinya setiap bentuk pelayanan yang diberikan kepada orang yang dilayani diperlukan adanya empati terhadap berbagai masalah yang dihadapi orang yang membutuhkan pelayanan. Pihak yang menginginkan pelayanan membutuhkan adanya rasa kepedulian atas segala bentuk pengurusan pelayanan, dengan merasakan dan memahami kebutuhan tuntutan pelayanan yang cepat, mengerti berbagai bentuk perubahan pelayanan yang menyebabkan adanya keluhan dari bentuk pelayanan yang harus dihindari, sehingga pelayanan tersebut berjalan sesuai dengan aktivitas yang diinginkan oleh pemberi pelayanan dan yang membutuhkan pelayanan.

Berarti empati dalam suatu organisasi kerja menjadi sangat penting dalam memberikan suatu kualitas layanan sesuai prestasi kerja yang ditunjukkan oleh seorang pegawai. Empati tersebut mempunyai inti yaitu mampu memahami orang yang dilayani dengan penuh perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan adanya keterlibatan dalam berbagai permasalahan yang dihadapi orang yang dilayani. Bentuk kualitas layanan dari empati orang-orang pemberi pelayanan terhadap yang mendapatkan pelayanan harus diwujudkan dalam lima hal berikut:

- 1) Mampu memberikan perhatian terhadap berbagai bentuk pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani merasa menjadi orang yang penting.
- 2) Mampu memberikan keseriusan atas aktivitas kerja pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani mempunyai kesan bahwa pemberi pelayanan menyikapi pelayanan yang diinginkan.

- 3) Mampu menunjukkan rasa simpatik atas pelayanan yang diberikan, sehingga yang dilayani merasa memiliki wibawa atas pelayanan yang dilakukan.
- 4) Mampu menunjukkan pengertian yang mendalam atas berbagai hal yang diungkapkan, sehingga yang dilayani menjadi lega dalam menghadapi bentuk-bentuk pelayanan yang dirasakan.
- 5) Mampu menunjukkan keterlibatannya dalam memberikan pelayanan atas berbagai hal yang dilakukan, sehingga yang dilayani menjadi tertolong menghadapi berbagai bentuk kesulitan pelayanan.

Bentuk-bentuk pelayanan ini menjadi suatu yang banyak dikembangkan oleh para pengembang organisasi, khususnya bagi pengembang pelayanan modern, yang bertujuan memberikan kualitas layanan yang sesuai dengan dimensi empati atas berbagai bentuk-bentuk permasalahan pelayanan yang dihadapi oleh yang membutuhkan pelayanan. Sehingga dengan dimensi empati ini, seorang pegawai menunjukkan kualitas layanan sesuai dengan prestasi kerja yang ditunjukkan.

e. Keandalan (*Reliability*).

Setiap pelayanan memerlukan bentuk pelayanan yang andal artinya dalam memberikan pelayanan setiap pegawai diharapkan memiliki kemampuan dalam pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan dan profesionalisme kerja yang tinggi, sehingga aktivitas kerja yang dikerjakan menghasilkan bentuk pelayanan yang memuaskan, tanpa ada keluhan dan kesan yang berlebihan atas pelayanan yang diterima oleh masyarakat (Parasuraman, 2001).

Tuntutan keandalan pegawai dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah dan lancar menjadi syarat penilaian bagi orang yang dilayani dalam memperlihatkan aktualisasi kerja pegawai dalam memahami lingkup dan uraian kerja yang menjadi perhatian dan fokus dari setiap pegawai dalam memberikan pelayanannya.

Inti pelayanan keandalan adalah setiap pegawai memiliki kemampuan yang andal, mengetahui mengenai seluk beluk prosedur kerja, mekanisme kerja, memperbaiki berbagai kekurangan atau penyimpangan yang tidak sesuai dengan prosedur kerja dan mampu menunjukkan, mengarahkan dan memberikan arahan yang benar kepada setiap bentuk pelayanan yang belum dimengerti oleh masyarakat, sehingga memberi dampak positif atas pelayanan tersebut yaitu pegawai memahami, menguasai, andal, mandiri dan profesional atas uraian kerja yang ditekuninya (Parasuraman, Zeithamal, Berry, 1985 dalam Parasuraman, 2001).

Kaitan dimensi pelayanan *reliability* (keandalan) merupakan suatu yang sangat penting dalam dinamika kerja suatu organisasi. Keandalan merupakan bentuk ciri khas atau karakteristik dari pegawai yang memiliki prestasi kerja tinggi. Keandalan dalam pemberian pelayanan dapat terlihat dari keandalan memberikan pelayanan sesuai dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki, keandalan dalam terampil menguasai bidang kerja yang diterapkan, keandalan dalam penguasaan bidang kerja sesuai pengalaman kerja yang ditunjukkan dan keandalan menggunakan teknologi kerja.

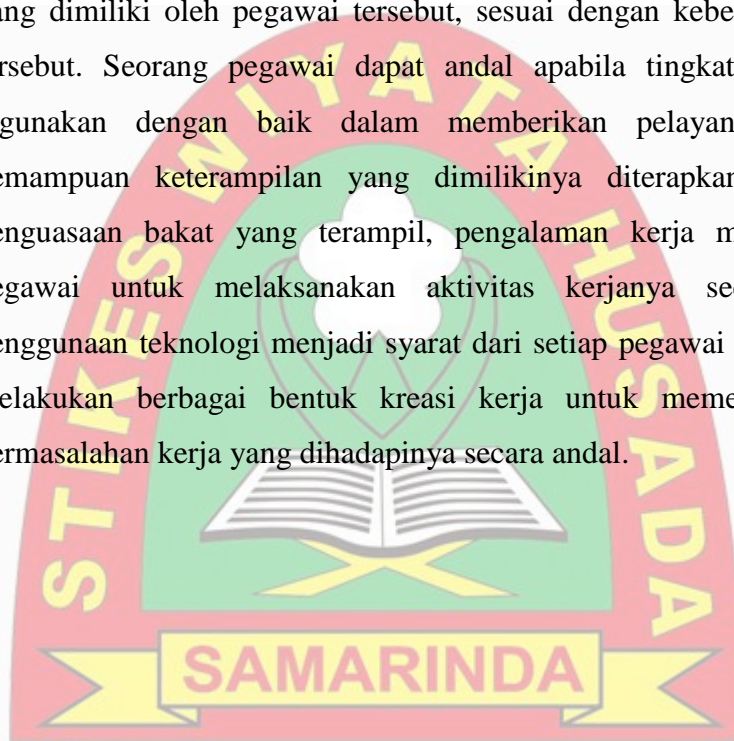
Keandalan dari suatu individu organisasi dalam memberikan pelayanan sangat diperlukan untuk menghadapi gerak dinamika kerja yang terus bergulir menuntut kualitas layanan yang tinggi sesuai keandalan individu pegawai. Keandalan dari seorang pegawai yang berprestasi dapat dilihat dari berikut:

- 1) Keandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan tingkat pengetahuan terhadap uraian kerjanya.
- 2) Keandalan dalam memberikan pelayanan yang terampil sesuai dengan tingkat keterampilan kerja yang dimilikinya dalam menjalankan aktivitas pelayanan yang efisien dan efektif.
- 3) Keandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan pengalaman kerja yang dimilikinya, sehingga penguasaan tentang uraian

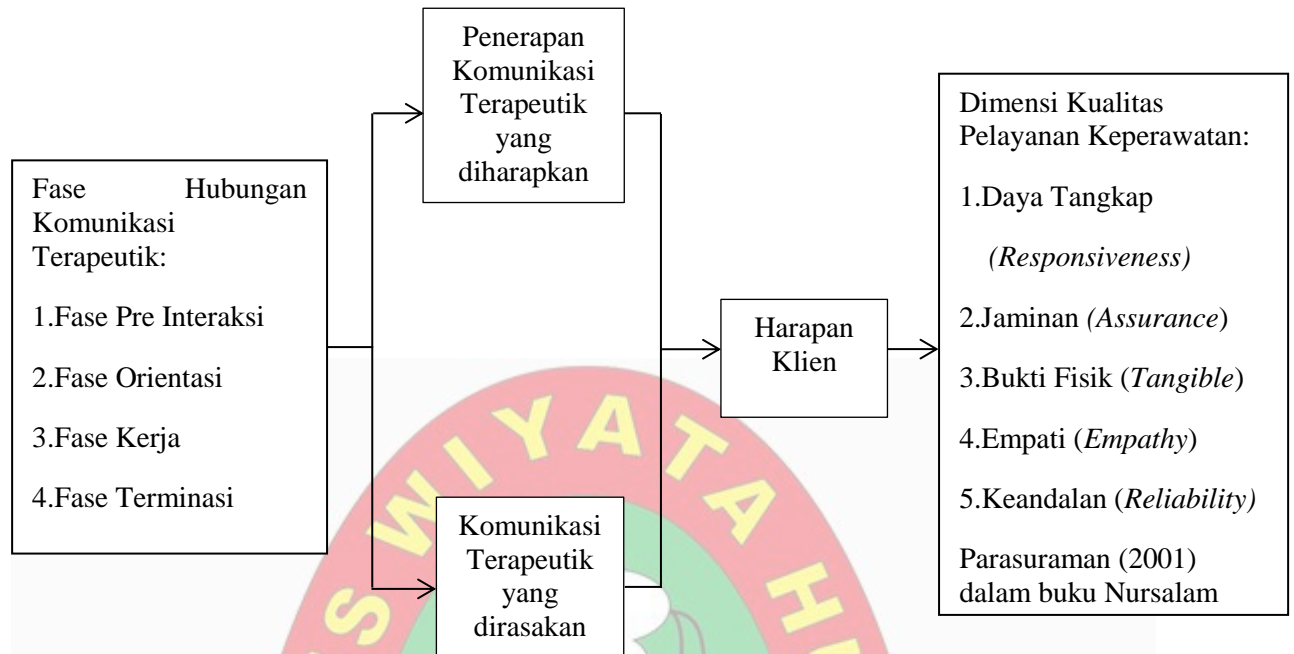
kerja dapat dilakukan secara cepat, tepat, mudah dan berkualitas sesuai pengalamannya.

- 4) Keandalan dalam mengaplikasikan penguasaan teknologi untuk memperoleh pelayanan yang akurat dan memuaskan sesuai hasil output penggunaan teknologi yang ditunjukkan.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka dapat dipahami bahwa kualitas layanan dari keandalan dalam suatu organisasi dapat ditunjukkan keandalan pemberi pelayanan sesuai dengan bentuk-bentuk karakteristik yang dimiliki oleh pegawai tersebut, sesuai dengan keberadaan organisasi tersebut. Seorang pegawai dapat andal apabila tingkat pengetahuannya digunakan dengan baik dalam memberikan pelayanan yang andal, kemampuan keterampilan yang dimilikinya diterapkan sesuai dengan penguasaan bakat yang terampil, pengalaman kerja mendukung setiap pegawai untuk melaksanakan aktivitas kerjanya secara andal dan penggunaan teknologi menjadi syarat dari setiap pegawai yang andal untuk melakukan berbagai bentuk kreasi kerja untuk memecahkan berbagai permasalahan kerja yang dihadapinya secara andal.



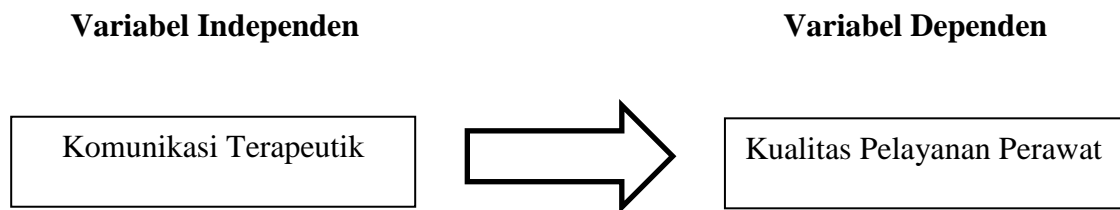
## B. Kerangka Teori Penelitian



Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian

## C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang dilakukan (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan teori-teori dan penjelasan yang telah dikemukakan sebelumnya maka dibentuklah kerangka konseptual yang menunjukkan gambaran hubungan antara variabel Independent (X) terhadap variabel Dependen (Y), yaitu: hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat di Instalasi Rawat Inap Kelas III RSUD. I.A. Moeis Samarinda.



Skema 2.3 Kerangka konsep Penelitian

Kualitas pelayanan perawat adalah aspek penting yang dilihat sebagai bagian dari rumah sakit seperti bersedia mendengarkan keluhan pasien, mengenal pasien dengan baik, pendengar yang baik dan mampu menyelesaikan atau mengingat masalah pasien yang memerlukan komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien. Melakukan komunikasi terapeutik membantu pasien dan perawat dalam berhubungan, tidak hanya dalam berinteraksi tetapi juga proses penyembuhan pasien tidak hanya fisik tapi juga mental. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien. Komunikasi interpersonal antara perawat dan pasien karena adanya saling membutuhkan dan mengutamakan saling pengertian yang direncanakan secara sadar dengan menggunakan ungkapan-ungkapan atau isyarat tertentu dan bertujuan untuk kesembuhan pasien.

Oleh karena itu dalam menilai kualitas pelayanan perawat dengan memberikan komunikasi terapeutik maka pelayanan yang diberikan perawat akan dipandang baik untuk pasien.

#### **D. Hipotesis Penelitian**

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2011), karena hipotesis berisi pernyataan tentang ada atau tidaknya hubungan dua variabel yaitu variabel bebas (*independen*) dan variabel terikat (*dependen*). Variabel bebas merupakan variabel

pengaruh sedangkan variabel terikat merupakan variabel terpengaruh. Hipotesis merupakan proposisi keilmuan yang dilandasi oleh kerangka konseptual penelitian dan merupakan jawaban sementara yang dihadapi serta dapat di uji kebenarannya berdasarkan fakta empiris (Nursalam, 2011).

Untuk mengetahui hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat, maka hipotesis yang ditegakkan dalam penelitian ini ada hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian deskriptif kasus survei yang bertujuan untuk menggali bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi, dengan pendekatan rancangan penelitian *Cross-Sectional* dimana data variabel bebas dan terikat diambil dalam waktu yang bersamaan (Dharma, 2011). Pada penelitian ini komunikasi terapeutik sebagai variabel bebas dan kualitas pelayanan perawat sebagai variabel terikat dilihat dan diukur dalam waktu bersamaan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda.

#### **B. Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono, 2013). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap kelas III di RSUD I.A. Moeis Samarinda, jumlah pasien rawat inap mencapai rata-rata 303 pasien setiap bulannya.

##### **2. Sampel Penelitian**

Menurut Sugiyono (2013) sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Bila populasi besar, dan peneliti tidak mungkin mempelajari semua yang ada pada populasinya,

misalnya karena keterbatasan dana, tenaga dan waktu, maka peneliti dapat menggunakan sampel yang diambil dari populasi itu. Apa yang dipelajari dari sampel itu kesimpulannya akan dapat diberlakukan untuk populasi. Untuk itu sampel yang diambil dari populasi harus betul-betul *representative* atau mewakili. Agar sampel yang diambil dalam penelitian ini dapat mewakili populasi, maka dalam penelitian ini ditentukan dengan rumus Isaac & Michael (Arikunto,2014) yaitu dengan rumus pengambilan sampel pada populasi yang belum diketahui.

$$S = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2 (N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

S = Jumlah sample

N = Jumlah populasi

$\lambda^2$  = Chi Kuadrat, dengan dk = 1, tarif kesalahan 1%, 5% dan 10%

d = 0,05

P = Q = 0,5

Dari rumus tersebut didapatkan jumlah sampel keseluruhan yang akan diambil sebesar 149 orang.

### 3. Teknik Pengambilan Sampling

Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian adalah *Non-probability* atau setiap orang tidak memiliki peluang yang sama untuk menjadi responden dengan cara *consecutive sampling*, dimana pemilihan sampel dengan menetapkan subyek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Sastroasmoro & Ismail, 1995 ; Nursalam, 2008). Adapun teknik pengambilan sampel yang diperoleh di ruangan

rawat inap kelas III RSUD. I. A Moeis Samarinda yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut :

- a. Kriteria inklusi adalah syarat-syarat seseorang bisa masuk dalam penelitian (Dahlan, 2014). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:
  - 1) Bersedia menjadi responden.
  - 2) Pasien tidak dalam perawatan intensif.
  - 3) Pasien yang dirawat minimal 2 hari perawatan.
  - 4) Pasien berada di instalasi rawat inap kelas III di RSUD I.A. Moeis Samarinda.
- b. Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri-ciri anggota populasi yang tidak bias dijadikan sampel penelitian (Dahlan, 2014). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:
  - 1) Pasien yang baru dirawat selama satu hari.
  - 2) Pasien yang tidak bisa diajak komunikasi.
  - 3) Pasien yang tidak bisa membaca dan menulis.

### C. Variabel Penelitian

Menurut Dharma (2011), variabel adalah karakteristik yang melekat pada populasi, bervariasi antara satu dengan yang lain dan diteliti dalam suatu penelitian, kemudian ditarik kesimpulannya.

#### 1. Variabel Independen

*Variabel independen* atau variabel bebas yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variable terkait (Sugiyono, 2013). Dalam penelitian ini variable bebasnya adalah komunikasi terapeutik.

#### 2. Variabel Dependen

*Variabel dependen* atau variabel terikat adalah variable yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variable bebas (sugiyono, 2013). Variabel terikat dari penelitian ini adalah kualitas pelayanan perawat.

#### D. Definisi Operasional

Definisi Operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang dapat diamati (diukur), memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat di ulang lagi oleh orang lain (Nursalam, 2017).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	definisi operasional	Alat ukur	hasil ukur	skala
1.	Independen Komunikasi Terapeutik	Proses interaksi antara perawat dan klien dalam memberikan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk proses penyembuhan pasien	Kuesioner dengan menggunakan Skala Likert, yang terdiri dari 4 pilihan jawaban : 1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Tidak Setuju (TS) 4. Sangat Tidak Setuju (STS)	Hasil skoring dikategorikan berdasarkan metode <i>cut of point</i> : 1. Baik : jika skor $\geq$ median yaitu 70,00 2. Kurang Baik : jika skor $<$ median yaitu 70,00	Ordinal
2.	Dependen Kualitas Pelayanan Perawat	Tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien sesuai dengan keinginan dan harapan klien itu sendiri.	Kuesioner dengan menggunakan Skala Likert, yang terdiri dari 4 jawaban : 1. Sangat Setuju (SS) 2. Setuju (S) 3. Tidak Setuju (TD) 4. Sangat Tidak Setuju (STS)	Hasil skoring dikategorikan berdasarkan metode <i>cut of point</i> : 1. Baik : jika skor $\geq$ mean yaitu 65,54 2. Kurang Baik : jika skor $<$ mean yaitu 65,54	Ordinal

## E. Tempat Dan Waktu Penelitian

### 1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD I.A. Moeis Samarinda yang lokasinya berada di jalan H.A.M.H. Rifaddin Kota Samarinda Provinsi Kalimantan Timur.

### 2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan selama 2 bulan, mulai bulan November hingga bulan Desember 2018.

## F. Instrument Penelitian

Instrument penelitian adalah alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoadmojo, 2012). Menurut Sugiyono (2013) kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Kuesioner cocok digunakan bila jumlah responden cukup besar dan tersebar di wilayah yang luas. Kuesioner merupakan daftar pertanyaan mengenai variabel yang diteliti dalam penelitian ini yang akan diisi oleh responden di RSUD I.A. Moeis Samarinda. Kuesioner yang akan digunakan peneliti dalam penelitian ini antara lain:

1. Kuesioner A merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengetahui karakteristik responden meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan dan lama dirawat di rumah sakit.
2. Kuesioner B merupakan kuesioner yang mengukur komunikasi terapeutik untuk masing-masing pertanyaan tentang pelayanan dengan menggunakan *Likert Scale*. Responden diminta pendapatnya mengenai pernah atau tidak pernah terhadap sesuatu hal, pendapat ini dinyatakan dalam berbagai tingkat (1-4). Model skala disusun dengan pernyataan *favorable* dan

*unfavorable* dimana setiap pernyataan mempunyai empat pilihan jawaban yaitu :

Pemberian skor untuk pernyataan *favorable* yaitu :

- a) Tidak Pernah : 1
- b) Kadang-Kadang : 2
- c) Sering : 3
- d) Selalu : 4

Sedangkan untuk penilaian pernyataan *unfavorable* yaitu :

- a) Tidak Pernah : 4
- b) Kadang-Kadang : 3
- c) Sering : 2
- d) Selalu : 1

No	Atribut Variabel ( Pelayanan )	Distribusi Pernyataan		Jumlah
		favorable	Unfavorable	
1.	Fase Orientasi	1-14	-	14
2.	Fase Kerja	15-19	-	5
3.	Fase Terminasi	20,21,22,24	23	5
	<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>24</b>

Tabel 3.2 Kisi-kisi instrument komunikasi terapeutik

3. Kuesioner C merupakan kuesioner yang mengukur kualitas pelayanan perawat untuk masing-masing pertanyaan tentang pelayanan dengan menggunakan *Likert Scale*. Responden diminta pendapatnya mengenai setuju atau tidak setuju terhadap sesuatu hal, pendapat ini dinyatakan dalam berbagai tingkat persetujuan (1-4) terhadap pernyataan yang disusun oleh peneliti (Nursalam, 2015). Model skala ini disusun dengan pernyataan *favorable* dan *unfavorable* dimana setiap pernyataan mempunyai empat pilihan jawaban yaitu:

Pemberian skor untuk pernyataan *favorable* yaitu :

- a) Sangat Setuju : 1
- b) Setuju : 2
- c) Tidak Setuju : 3
- d) Sangat Tidak Setuju : 4

Sedangkan untuk penilaian pernyataan *unfavorable* yaitu :

- a) Sangat Setuju : 4
- b) Setuju : 3
- c) Tidak Setuju : 2
- d) Sangat Tidak Setuju : 1

No	Atribut Variabel ( Pelayanan )	Distribusi Pernyataan		Jumlah
		favorable	Unfavorable	
1.	Keandalan	1,2,4	3,5,6	6
2.	Jaminan	7,8,10	9,11	5
3.	Bukti Fisik	12,13,14,15	16,17	6
4.	Empati	18,21	19,20,22	5
5.	Daya Tanggap	23,24,25,28	26,27,29	7
<b>Total</b>		<b>16</b>	<b>13</b>	<b>29</b>

Table 3.3 Kisi-kisi instrument kualitas pelayanan perawat

## G. Uji Validitas Dan Reliabilitas

### 1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesalihan suatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau yang salih mempunyai validitas tinggi. Sebaliknya instrumen yang kurang valid berarti memiliki validitas rendah (Arikunto,2014). Setiap item pertanyaan dinyatakan valid jika standar validitas *Person Product Moment* item total *correlation* dari nilai r table, dengan  $df = N-2$ ,  $30-2=28$  sehingga didapatkan nilai konstanta adalah 0,374.

Dalam menghitung koefisien dengan skor totalnya untuk mengetahui validitas suatu alat ukur maka digunakan teknik korelasi *Person Product Moment*, yang rumusnya sebagai berikut :

$$R \text{ hitung} = \frac{n(\sum XY) - (\sum X) \cdot (\sum Y)}{\sqrt{\{n \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2\} \cdot \{\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Dimana :

r hitung = koefisien korelasi

X = variable bebas

Y = variable terikat

N = jumlah responden

Uji validitas dilakukan di RSUD I.A. Moeis Samarinda di ruang rawat inap Karang Mumus (kelas I dan II), jumlah responden 30 sampel. Sebelum dilakukan penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dengan menggunakan komputersasi didapatkan bahwa kuesioner valid yang berarti kuesioner dapat menjadi sumber informasi.

## 2. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas adalah suatu indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrument tersebut sudah baik. Uji Reliabilitas dilakukan untuk melihat apakah alat ukur yang digunakan (kuesioner) menunjukkan konsistensi dalam mengukur gejala yang sama ukurannya (Sugiyono, 2013). Untuk mengukur reliabilitas instrument dengan skala *Likert* menggunakan rumus *Cronbach Alpha* :

$$r = \frac{k}{(k-1)} \left\{ r = \frac{\sum \sigma b^2}{\sigma 1^2} \right\}$$

Keterangan :

r : reliabilitas instrumen (nilai alpha)

k : banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma b^2$  : jumlah varians butir

$\sigma 1^2$  : varians total

instrument dikatakan reliabel bila nilai r lebih besar dari nilai r tabel dan dikatakan reliabel jika nilai Alpha > 0,6.

- 1) Hasil uji reliabilitas pada kuesioner komunikasi terapeutik dengan nilai (r=0,374) didapatkan nilai dengan rumus *Cronbach Alpha* adalah 0,965. Nilai *Cronbach Alpha*  $\geq$  konstanta 0,6 maka kuesioner dinyatakan *reliabel*.
- 2) Hasil uji reliabilitas pada kuesioner kualitas pelayanan perawat dengan nilai (r=0,374) didapatkan nilai dengan rumus *Cronbach Alpha* adalah 0,975. Nilai *Cronbach Alpha*  $\geq$  konstanta 0,6 maka kuesioner dinyatakan *reliabel*.

#### H. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam pengumpulan data peneliti menggunakan beberapa metode secara berurutan yaitu:

1. Menyerahkan surat permohonan izin penelitian kepada Direktur RSUD I.A. Moeis Samarainda.
2. Melakukan pendekatan ke ruang rawat inap kelas III melalui kepala ruangan, wakil kepala ruangan dan perawat.
3. Memperkenalkan diri dan menjelaskan tujuan serta prosedur penelitian yang akan dilakukan kepada responden. Kemudian responden diberikan seperangkat instrument penelitian yang terdiri dari formulir permohonan

kepada responden, formulir persetujuan menjadi responden dan formulir kuesioner.

4. Mengumpulkan data dan memeriksa jawaban responden, apabila ada hal yang belum terjawab atau tidak sesuai dengan maksud pernyataan secara lisan, kemudian responden mengisi jawabannya. Data yang sudah terkumpul dikelompokkan sesuai variabel penelitian dan selanjutnya dilakukan perhitungan.
5. Alat pengumpul data sebelum digunakan dalam penelitian, terlebih dahulu dilakukan uji validitas dan reliabilitas.

### **I. Pengolahan Data**

Pengolahan data dengan cara manual melalui beberapa tahap, sebagai berikut:

#### *a. Editing*

*Editing* dilakukan untuk mengetahui apakah data sudah diisi dengan benar sesuai dengan petunjuk pengisian.

#### *b. Coding*

Peneliti akan mengklarifikasikan jawaban-jawaban dengan menggunakan skala likert yaitu jawaban dengan angka 1 sampai 4 bila pertanyaan berbentuk *favorable* dan 4 sampai 1 bila pertanyaan berbentuk *unfavorable*, angka 1 digunakan untuk nilai terendah dan angka 4 digunakan untuk nilai tertinggi. Peneliti menggunakan angka 1 sampai 149 sebagai pengganti dari identitas responden.

#### *c. Tabulating*

Setelah dilakukan *editing* serta *coding*, data tersebut akan dimasukkan ke dalam tabel-tabel sesuai dengan masing-masing variabel, kemudian hasil jawaban-jawaban respon yang sudah berbentuk angka tersebut diolah dengan menggunakan program SPSS.

## J. Analisa Data

### a. Uji Normalitas Data

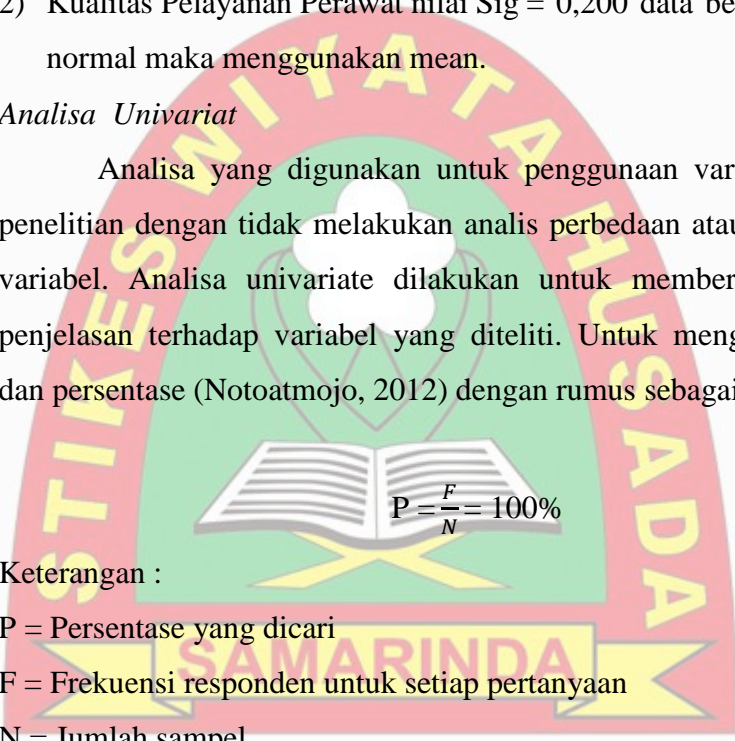
Dilakukan dengan menggunakan uji *one sample Kolmogrov-Smirnov*, karena penelitian ini memiliki > 50 responden. Uji ini bertujuan menguji apakah sebaran data yang ada berdistribusi normal atau tidak.

Penelitian ini didapatkan Uji *Kolmogrov-Smirnov* untuk :

- 1) Komunikasi Terapeutik nilai Sig = 0,017 data berdistribusi secara tidak normal maka menggunakan median.
- 2) Kualitas Pelayanan Perawat nilai Sig = 0,200 data berdistribusi secara normal maka menggunakan mean.

### b. Analisa Univariat

Analisa yang digunakan untuk penggunaan variabel dan subjek penelitian dengan tidak melakukan analisis perbedaan atau hubungan antar variabel. Analisa univariate dilakukan untuk memberi gambaran dan penjelasan terhadap variabel yang diteliti. Untuk mengetahui frekuensi dan persentase (Notoatmojo, 2012) dengan rumus sebagai berikut:



$$P = \frac{F}{N} = 100\%$$

Keterangan :

P = Persentase yang dicari

F = Frekuensi responden untuk setiap pertanyaan

N = Jumlah sampel

### c. Analisa Bivariat

Analisa data yang dilakukan pada dua variabel yang diduga mempunyai hubungan atau korelasi (Notoatmojo, 2012). Data yang berkaitan dengan variabel terikat yaitu komunikasi terapeutik yang dihubungkan dengan variabel bebas kualitas pelayanan perawat di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda dianalisa dengan uji *Chi-Square* dengan derajat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  artinya apabila  $p <$

0,05 maka  $H_0$  ditolak yang berarti ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat.

Pembuktian dengan uji *Chi-Square* dengan sistem pengelolaan data SPSS melalui rumus :

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Keterangan:

$\chi^2$  = nilai *chi square*

$f_o$  = frekuensi yang diobservasi

$f_e$  = frekuensi yang diharapkan

Syarat – syarat uji *Chi Square* :

- a) Skala kategorik dengan kategorik
- b) Tidak ada cell dengan nilai frekuensi kenyataan atau disebut juga *Actual count* ( $f_o$ ) sebesar 0 (Nol).
- c) Apabila bentuk tabel kontingensi 2x2, maka tidak boleh ada 1 cell saja yang memiliki frekuensi harapan atau disebut *expected count* (“ $f_h$ ”) kurang dari 5.
- d) Apabila bentuk tabel lebih dari 2x2, misal 2x3, maka jumlah cell dengan frekuensi harapan yang kurang dari 5 tidak boleh lebih dari 20%.

## K. Etika Penelitian

Etika penelitian adalah sekumpulan prinsip dan nilai yang merupakan peraturan tidak tertulis yang harus ditaati oleh peneliti. Etika penelitian bertujuan untuk menjamin kerahasiaan identitas serta melindungi dan menghormati hak responden untuk menerima atau menolak diajak bekerjasama. Sebelum melakukan penelitian, peneliti terlebih dahulu mengajukan surat permohonan izin penelitian dari STIKES Wiyata Husada

Samarinda untuk diajukan ke direktur RSUD I.A. Moeis Samarinda dan telah mendapat persetujuan.

Hal-hal yang perlu ditekankan pada penelitian ini meliputi:

1. Lembar Persetujuan Penelitian (*Informed Consent*)

Subjek peneliti telah diberikan informasi yang penuh dan lengkap mengenai tujuan studi, prosedur, dan pengumpulan data. *Informed consent* penelitian dilaksanakan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang akan terjadi saat pengumpulan data. Jika responden bersedia diteliti maka dianjurkan menandatangani lembar persetujuan tersebut, sedangkan jika responden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak-hak responden. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari kegiatan penelitian serta memberikan lembar *informed consent* kepada pasien.

2. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

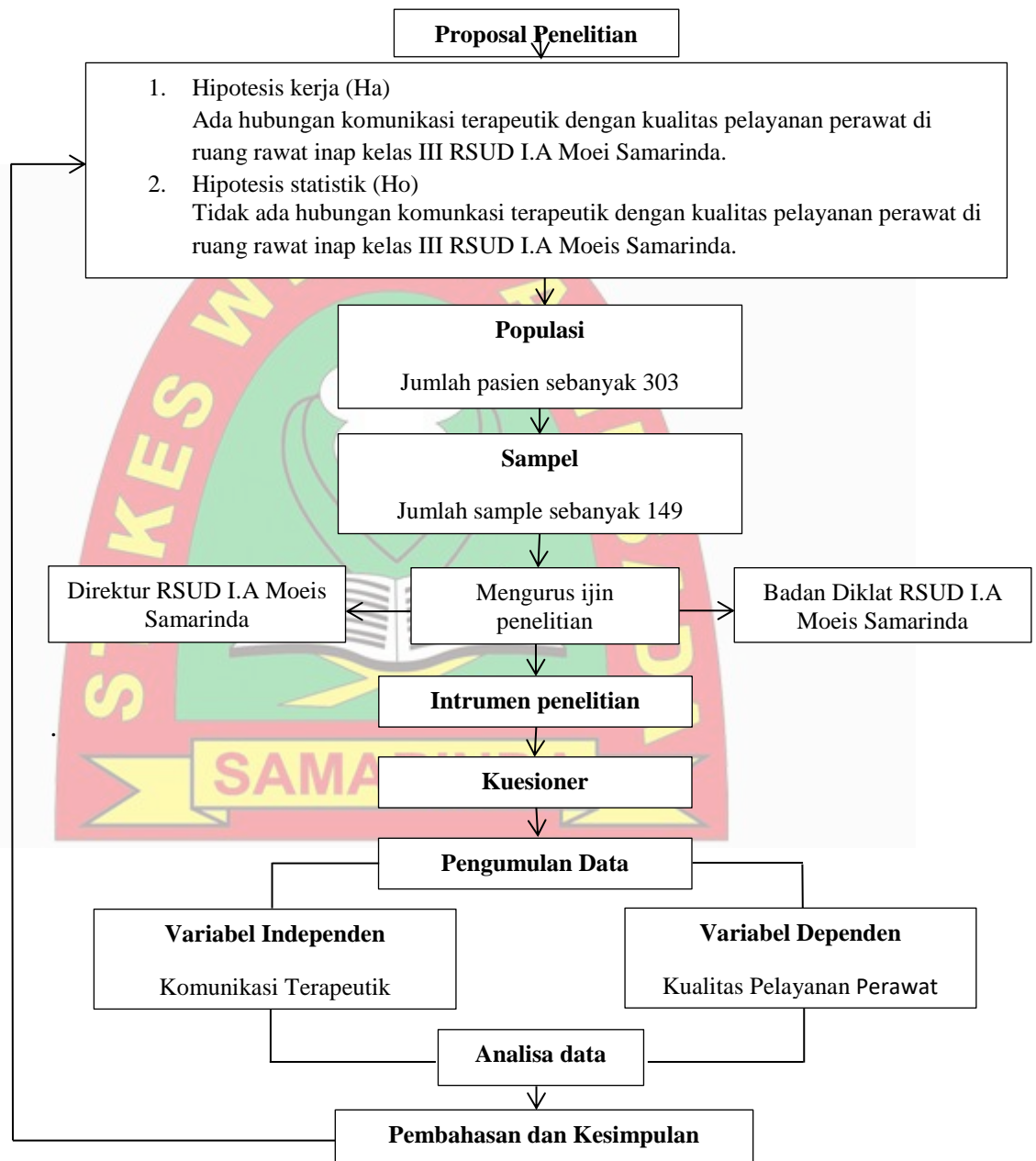
Kerahasiaan merupakan suatu pertanyaan jaminan bahwa informasi apapun yang berkaitan dengan responden tidak dilaporkan dengan cara apapun dan tidak mungkin diakses oleh orang lain selain tim peneliti. Semua informasi yang telah dikumpulkan dari subyek dijamin kerahasiaannya, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil riset. Peneliti menjamin bahwa informasi apapun yang didapatkan dari responden tidak dilaporkan dengan cara apapun. Peneliti menjaga kerahasiaan dengan cara tidak menampilkan informasi tentang identitas responden baik nama maupun alamat. Peneliti memberikan kode yang merupakan inisial sebagai pengganti identitas responden.

3. *Self Determination*

Peneliti meminta calon responden untuk diikutkan sebagai responden peneliti dengan cara sukarela.

## L. Alur Penelitian

Berikut merupakan gambaran alur penelitian yang di mulai dari persiapan dalam menentukan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan, tahapan-tahapannya hingga akhirnya akan mendapatkan hasil akhir yang di tuju dari peneliti.



Skema 3.1 Alur Penelitian

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan diuraikan mengenai fakta berdasarkan hasil penelitian, yang akan dikaitkan dengan konsep teori dan pendapat atau pandangan peneliti terhadap fakta dan teori yang ada.

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Gambaran Tempat Penelitian**

Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis adalah sebuah rumah sakit milik pemerintah, khususnya pemerintah provinsi Kalimantan Timur yang berlokasi di jalan HAMM Rifadin, Harapan Baru Kota Samarinda. Nama rumah sakit ini diambil dari nama Gubernur Kalimantan Timur definitif pertama yakni Inche Abdoel Moeis.

Rumah sakit ini berlabel Tipe C, dan mempunyai tujuh dokter spesialis, dua dokter gigi, dan 12 dokter umum. Adapun tipe C adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kedokteran spesialis terbatas yang menampung pelayanan rujukan dari puskesmas. RSUD I.A. Moeis memiliki lima jenis ruang rawat inap, sepuluh kamar VIP dan kelas I. Lalu, kelas II empat kamar, Kelas III lima kamar, dan Kelas IIIB 70 tempat tidur di dalam bangsal besar.

Adapun Visi, Misi dan Tujuan Rumah Sakit dari RSUD I.A. Moeis Samarinda sebagai berikut:

##### **a. Visi RSUD I.A. Moeis Samarinda**

Visi merupakan sesuatu yang diinginkan rumah sakit di masa yang akan datang. Visi yang efektif adalah visi yang dapat memunculkan inspirasi dimana hal itu dihubungkan dengan keinginan rumah sakit untuk mencapai sesuatu yang terbaik. Visi RSUD I.A. Moeis Samarinda adalah: Menjadi Rumah Sakit yang Unggul Pilihan Masyarakat.

b. Misi RSUD I.A. Moeis Samarinda

- 1) Mengembangkan kompetensi sumber daya manusia Rumah Sakit dalam pengembangan *knowledge, skill, dan attitude*.
- 2) Memberikan pelayanan yang berstandar mutu dan dikemas santun yang berdampak kepada peningkatan kesejahteraan karyawan.
- 3) Mengembangkan bangunan RS yang menarik, nyaman, dan berfungsi secara optimal untuk mendukung visi Samarinda.
- 4) Menyediakan peralatan medis yang canggih dan mutahir sesuai ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran agar mempunyai daya saing sehingga dapat meningkatkan kelas RS menjadi kelas B.
- 5) Mengembangkan perangkat manajemen yang inovatif dan responsive yang mampu menjawab tantangan RS dimasa akan datang dalam rangka peningkatan *good governance* yang dinamis.
- 6) Berperan aktif dalam menurunkan kematian ibu dan bayi di Kota Samarinda menuju percepatan pencapaian *millennium development goals*.

c. Tujuan RSUD I.A. Moeis Samarinda, yaitu :

- 1) Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia rumah sakit.
- 2) Meningkatkan sarana dan prasarana pendukung kerja rumah sakit.
- 3) Mengembangkan sistem informasi manajemen rumah sakit.
- 4) Meningkatkan kualitas manajemen yang inovatif, responsif dan akuntabel.
- 5) Teraihnya peningkatan status rumah sakit menjadi kelas B pendidikan.

## 2. Analisa Univariat

### a. Karakteristik Responden

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin Responden di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda Desember 2018

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	50	33,8
Perempuan	99	66.2
Jumlah	149	100

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa perempuan lebih peduli dengan kondisi tubuh serta kesehatannya sehingga mereka lebih sadar akan pentingnya kesehatan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada.

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Umur Responden di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda Desember 2018

Umur	Frekuensi	Persentase (%)
17-24 tahun	18	12.1
25-34 tahun	40	26.8
35-49 tahun	65	43.6
50-64 tahun	20	13.4
>65 tahun	6	4.0
Jumlah	149	100

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa umur 35-49 tahun merupakan usia dewasa akhir yang rentan mengalami masalah kesehatan dan mudah mengenali masalah yang ada pada dirinya serta memiliki kesibukan yang lebih banyak.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pendidikan Responden di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda Desember 2018

Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
SD	4	2,7
SMP	30	20.1
SMA	67	45.0
PT	48	32.2
Jumlah	149	100

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan cenderung akan mempunyai pengetahuan lebih tinggi akan penggunaan fasilitas kesehatan.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Pekerjaan Responden Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A.Moeis Samarinda Desember 2018.

Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
PNS	15	10,1
Swasta	89	59.7
Pelajar/MHS	7	4,7
Pedagang	26	17,4
Buruh	9	6.0
TNI/POLRI	3	2,0
Jumlah	149	100

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.4 menunjukkan bahwa mereka yang memiliki pekerjaan swasta yang merupakan pekerjaan yang lebih disiplin dan sering memaksakan diri agar selalu hadir di tempat kerja.

b. Variabel Independen (Komunikasi Terapeutik)

Tabel 4.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Komunikasi Terapeutik di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda Desember 2018

Komunikasi Terapeutik	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	80	53,7
Kurang Baik	69	46,3
Jumlah	149	100

Sumber: Data Primer, 2018

Dari tabel 4.5 komunikasi yang baik dapat memberikan pelayanan yang baik pula kepada pasien yang merupakan harapan pasien selama di rawat di rumah sakit.

c. Variabel Dependen (Kualitas Pelayanan)

Tabel 4.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kategori Kualitas Pelayanan Perawat di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda Desember 2018

Kualitas Pelayanan Perawat	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	76	51,0
Kurang Baik	73	49,0
Jumlah	149	100

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan tabel 4.6 pelayanan yang baik dapat memberikan kepuasan pada pasien yang merupakan harapan pasien selama di rawat di rumah sakit.

3. Analisa Bivariat

Setelah dilakukan analisa data secara univariat, maka selanjutnya dilakukan analisa secara bivariat yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen dan variabel dependen yang dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-Square*. Hasil yang diperoleh adalah sebagai berikut:

### Analisa Bivariate Antara Variabel Komunikasi Terapeutik Dan Kualitas Pelayanan Perawat

Tabel 4.7 Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda 2018

Komunikasi Terapeutik	Kualitas Pelayanan Perawat				Total	%	p value
	Baik	%	Kurang Baik	%			
Baik	50	62,5	30	39,2	80	100	0,004*
Kurang Baik	26	37,7	43	62,3	69	100	
Total	76	51,0	73	49,0	149	100	

Sumber: Data Primer Analisis Uji *Chi Square*  $p < \alpha$  (0,004 < 0,05)

Hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat dapat dilihat pada table 4.7 Hubungan masing-masing variabel tersebut didapatkan berdasarkan analisa dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan tingkat kemaknaan 95% atau  $p$  hitung = 0,005. Dinyatakan berhubungan, jika nilai  $p$  hitung  $>0,05$  dianggap tidak memiliki hubungan antara variabel Independen dan variabel Dependen. Hasil penelitian didapatkan bahwa antara 149 responden, sebanyak 50 responden (62,5%) menyatakan komunikasi terapeutik baik dan kualitas pelayanan perawat baik sedangkan 26 responden (37,7%) menyatakan komunikasi terapeutik kurang baik tetapi kualitas pelayanan perawat baik. Semakin baik komunikasi terapeutik semakin baik pula kualitas pelayanan perawat yang diterima pasien namun sebaliknya, semakin kurang baik komunikasi terapeutik maka akan berkurang juga kualitas pelayanan perawat yang diterima pasien.

Hasil uji statistik *Chi Square* diperoleh nilai  $p$  value = 0,004 dengan demikian  $P$  value lebih kecil dari pada alpha 0,05 maka  $H_0$  ditolak, artinya

bahwa ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat di ruang rawat inap kelas III Di RSUD I.A. Moeis Samarinda.

## B. Pembahasan

### 1. Analisis Univariat

Pada penelitian tentang Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kualitas Pelayanan Perawat di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A.Moeis Samarinda tahun 2018 melibatkan 149 responden.

Analisis dilakukan terhadap data yang diperoleh yaitu dengan menyebarkan kuesioner kepada responden. Kemudian peneliti melakukan analisa univariat yaitu hasil sebagai berikut:

#### a. Komunikasi Terapeutik

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda menilai komunikasi terapeutik yang baik sebanyak 76 responden (51,0%) dan komunikasi terapeutik yang kurang baik sebanyak 73 responden (49,0%).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maria Wilsa Prismeiningrum (2015) dengan judul pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kualitas pelayanan perawat (persepsi pasien pada perawat di RS Kusta Donorojo Jepara) hasil penelitian ini menunjukkan kualitas pelayanan perawat dan komunikasi terapeutik berada pada kategori baik. Hasil lain adalah ada pengaruh positif komunikasi terapeutik terhadap kualitas pelayanan perawat (nilai  $T = 8,409$  dengan  $\text{sig} = 0,000$ ).

Menurut pendapat Maria Wilsa Prismeiningrum (2015) keterampilan berkomunikasi terapeutik perawat akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya pada pasien sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan, memberikan kepuasan professional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi.

Komunikasi terapeutik memiliki 4 aspek yaitu kesejatan, empati, respek atau hormat dan konkret. Keempat aspek komunikasi terapeutik dikombinasikan dengan karakteristik dari komunikasi terapeutik dalam Taufik dan Juliane (2011).

Menurut Damaiyanti (2010) dimensi kesejatan adalah pengiriman pesan pada orang lain tentang gambaran diri kita yang sebenarnya. Perawat mendengarkan masalah perasaan pasien dengan baik walaupun tidak berhubungan dengan penyakit dan dilakukan dengan ikhlas. Saat dokter menyampaikan masalah pasien kepada perawat maka perawat akan menyampaikan kepada pasien yang bersangkutan dari proses kesembuhan yang harus dilakukan di rumah sakit.

Dimensi empati adalah kemampuan menempatkan diri kita pada diri orang lain dan bahwa kita memahami bagaimana perasaan orang lain dan menyebabkan reaksi mereka tanpa emosi kita larut dalam emosi orang lain. Dalam melakukan tindakan keperawatan memahami pasien dan sabar dalam melayani pasien merupakan kebutuhan yang diperlukan selama proses perawatan.

Dimensi respek atau hormat adalah perilaku yang menunjukkan kepedulian atau perhatian, rasa suka dan menghargai pasien. Perawat pada saat bertemu dengan pasien menyapa dan tersenyum tanpa membedakan, ada kalanya pasien yang mencari perhatian dari perawat agar pasien mendapatkan perhatian yang lebih. Pada saat perawat berbicara dengan pasien memperhatikan dan memberikan balasan yang membuat pasien merasa dihargai.

Dimensi konkret adalah mempertahankan respon perawat terhadap perasaan pasien, menjelaskan dengan akurat tentang masalah pasien. Perawat memberikan respon yang baik kepada pasien saat menceritakan masalah yang dirasakan, dengan anggukan kepala

membuat pasien paham bahwa masih mendapatkan perhatian yang penuh dari perawat.

Berdasarkan hasil penelitian secara umum komunikasi terapeutik di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda belum sepenuhnya tercapai, ini dibuktikan dari 69 responden atau 46,3% menyatakan belum puas dengan komunikasi perawat menginginkan perawat lebih sering mengunjungi pasien, cepat tanggap bila dibutuhkan sehingga pasien dan keluarga lebih tenang jika keluhannya dapat teratasi dengan cepat. Hal ini mengidentifikasi bahwa komunikasi yang tercipta antara perawat dan pasien masih sebatas komunikasi sosial, belum mencapai komunikasi yang terapeutik. Dari data penelitian juga terdapat 80 responden atau 53,7% menyatakan komunikasi terapeutik petugas atau tenaga kesehatan baik dari segi fase orientasi perawat membantu pasien dengan ikhlas, fase kerja perawat dalam menyampaikan isi atau topik pembicaraan dengan jelas dan dari segi fase terminasi perawat mengakhiri pembicaraan dengan cara yang baik.

b. **Kualitas Pelayanan Keperawatan**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda menilai kualitas pelayanan perawat yang baik sebanyak 80 responden (53,7%) dan kualitas pelayanan perawat yang kurang baik sebanyak 69 responden (46,3%). Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar kualitas pelayanan perawat yang baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Puji Astuti (2013) yang mengatakan bahwa kualitas pelayanan keperawatan termasuk dalam kategori baik, yaitu sebesar 36,1%, namun masih terdapat pernyataan pasien terhadap kualitas pelayanan kurang baik, yaitu sebesar 18,5%. Mutu pelayanan keperawatan dapat menjadi baik apabila melakukan pengukuran mutu pelayanan keperawatan yang

bertujuan untuk mengevaluasi tingkat mutu pelayanan keperawatan yang terjadi, serta membandingkan kenyataan yang terjadi terhadap standar pelayanan yang telah ditetapkan (Pohan, 2012).

Parasuraman (dikutip dalam Nursalam, 2014) menyatakan bahwa konsep kualitas layanan dikatakan bermutu apabila pelayanan yang diharapkan lebih kecil daripada pelayanan yang dirasakan (bermutu). Dikatakan konsep kualitas layanan memenuhi harapan, apabila pelayanan yang diharapkan sama dengan yang dirasakan (memuaskan). Demikian pula dikatakan persepsi tidak memenuhi harapan apabila pelayanan yang diharapkan lebih besar daripada pelayanan yang dirasakan (tidak bermutu).

Penelitian ini sesuai dengan pendapat yang dikatakan oleh Ratminto (dikutip dalam Puji Astuti, 2013) bahwa penilaian mutu pelayanan dikatakan baik atau tidaknya dapat dilakukan melalui 3 pendekatan evaluasi, salah satunya adalah pendekatan melalui proses dimana semua kegiatan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan secara profesional. Penilaian terhadap proses mengevaluasi semua tindakan tenaga kesehatan yang meliputi perawat. Mutu pelayanan keperawatan terhadap pasien akan dikatakan baik apabila tenaga perawat bersikap profesional sesuai dengan standar dan kode etik yang baik. Mutu pelayanan keperawatan dapat dinilai baik apabila tata cara penyelenggaraannya berdasarkan aspek dimensi mutu pelayanan keperawatan dapat terpenuhi dengan baik sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Pendapat lain yang sesuai dengan penelitian ini, yaitu pendapat menurut Sabarguna (dikutip dalam Puji Astuti, 2013) mengatakan bahwa perawat dikatakan profesional apabila memiliki pengetahuan sesuai kode etik profesi. Ketrampilan profesional tidak hanya mencakup terampil dalam melakukan prosedur pelayanan, namun juga mencakup dalam hal ketrampilan interpersonal, ketrampilan intelektual,

dan ketrampilan teknis. Pemahaman perawat tentang tanggungjawab sesuai secara professional, akan meningkatkan citra pelayanan kesehatan secara keseluruhan dan berpengaruh pada tingkat kesempurnaan mutu pelayanan kesehatan.

Menurut peneliti diketahui bahwa kualitas pelayanan perawat yang diberikan di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A.Moeis Samarinda masih terdapat kekurangan, sebanyak 73 responden atau 49% memberikan penilaian kurang baik sesuai dengan pernyataan yang ada pada kuesioner yaitu pelayanan kesehatan yang diberikan perawat hanya seadanya saja. Hal ini berarti pelayanan keperawatan yang diberikan belum sepenuhnya sesuai dengan keinginan, harapan dan kebutuhan pasien.

Dalam penelitian ini kurangnya empati dan daya tanggap perawat dalam pelayanan keperawatan yaitu perhatian perawat yang tidak selalu tercurah kepada setiap pasien sehingga informasi mengenai kunjungan dokter yang tidak disampaikan perawat secara rutin serta perawat yang kurang cekatan dalam melaksanakan tugas. Tetapi disamping itu sebanyak 76 responden atau 51% menyatakan dan memberikan penilaian baik terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan petugas atau tenaga kesehatan dari segi bukti fisik dan kehandalan perawat hal ini dibuktikan penampilan perawat selalu terlihat menarik, perawat sabar ketika menangani pasien dan perawat menerangkan dan memberikan informasi mengenai tindakan pengobatan dan obat – obatan yang pasien konsumsi.

## 2. Analisa Bivariat

Pada tahap ini akan membahas tentang hasil pengolahan data yang diperoleh setelah dianalisis dengan menggunakan analisis bivariat di RSUD I.A. Moeis Samarinda yaitu:

Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I. A. Moeis Samarinda

Hasil penelitian ini didapatkan ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat dengan melihat  $P\text{ value} = 0,004 < 0,05$  yang artinya ada hubungan bermakna antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat, komunikasi sangatlah memegang peranan penting dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien seharusnya lebih diutamakan komunikasi yang bersifat terapeutik karena komunikasi ini lebih fokus dalam proses perkembangan kesehatan pasien dan membantu dalam mencapai kesehatan yang optimum.

Dari hasil penelitian didapatkan 30 responden menyatakan komunikasi terapeutik baik namun kualitas pelayanan perawat kurang baik hal ini karena dalam melakukan tindakan keperawatan perawat memiliki keterampilan komunikasi terapeutik, namun pelayanan keperawatan yang diberikan belum sepenuhnya sesuai dengan keinginan, harapan dan kebutuhan pasien. Sedangkan 26 responden menyatakan komunikasi terapeutik kurang baik namun kualitas pelayanan perawat baik ini dapat disebabkan karena perawat tidak memiliki keterampilan komunikasi terapeutik sehingga tidak terjalin hubungan saling percaya dengan klien, tetapi kualitas pelayanan perawat baik dari aspek bukti fisik berupa kemampuan menggunakan dan memanfaatkan fasilitas alat dan perlengkapan dalam memberikan pelayanan.

Selain itu ada 43 responden yang menyatakan komunikasi terapeutik kurang baik dan kualitas pelayanan perawat kurang baik, kondisi seperti ini terjadi karena gagalnya perawat membina hubungan yang baik pada saat pelaksanaan proses keperawatan. Komunikasi perawat yang kurang baik pada tahap awal pelayanan yang menimbulkan persepsi secara keseluruhan berupa kualitas pelayanan perawat yang kurang baik untuk tahap pelayanan yang selanjutnya dan begitu pula sebaliknya.

Setiap perawat memiliki kesempatan yang sama untuk menerapkan komunikasi terapeutik yang baik. Komunikasi yang baik, perawat akan mampu meningkatkan citra profesionalisme pada dirinya dan dapat

meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan oleh perawat sehingga berdampak pada mutu pelayanan rumah sakit.

Husna dkk (2014) dalam penelitiannya juga mendapatkan data adanya hubungan signifikan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat dengan nilai signifikan sebesar (0,007) yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan perawat adalah komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik merupakan hal yang sangat penting bagi perawat untuk mendukung proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Carolyn (2016) yang berjudul “Praktek Di Klinik Jiwa: Komunikasi Terapeutik”. Penelitian ini membahas praktek dalam membantu pasien jiwa yang dapat mendorong calon perawat untuk menggunakan komunikasi terapeutik. Hasil: ada peningkatan yang signifikan ( $p < 1/4,000$ ) dalam kepercayaan diri calon perawat dengan keterampilan komunikasi dan pengetahuan mereka setelah pengalaman praktek kesehatan jiwa.

Penelitian Brooks (2018) di Australia menyatakan bahwa kurangnya bimbingan pada komunikasi antar budaya yang berkaitan dengan interaksi antara dokter, pasien dan keluarga. Tujuan komunikasi antar budaya dalam perawatan kesehatan untuk mempelajari konsep komunikasi antar budaya dan mengetahui keterkaitan praktek klinis dan kesenjangan pengetahuan terkait dengan komunikasi antar budaya dalam perawatan kesehatan. Kegunaan utama dari komunikasi antar budaya memahami budaya sendiri, komunikasi yang terbuka dan strategi untuk berkolaborasi dengan pasien dan keluarga untuk perawatan pasien yang optimal. Kesadaran akan keyakinan, nilai, sikap, dan praktek budaya sendiri diketahui sebagai langkah yang penting sebelum belajar tentang budaya lain. Kesadaran ini menjadi mudah menyesuaikan diri terhadap perbedaan budaya individu dan tergantung pada pemahaman dan perilaku tenaga kesehatan. Strategi untuk berkolaborasi dengan pasien dan keluarga untuk perawatan pasien termasuk interaksi

dokter yang saling menghormati dan mendukung dengan keluarga yang memungkinkan pendekatan kolaboratif untuk perawatan.

Menurut asumsi peneliti komunikasi terapeutik tidak lepas dari pelayanan perawat yang diberikan secara komprehensif. Faktor lain yang mempengaruhi kualitas pelayanan perawat ialah kenyamanan, hubungan pasien dengan petugas, serta pelayanan perawat yang dapat diuraikan sebagai berikut :

Daya tanggap yaitu kemampuan perawat untuk membantu pasien dan memberikan pelayanan dengan tanggap, perawat di RSUD I.A. Moeis Samarinda kurang cukup tanggap dalam memberikan tindakan keperawatan terhadap pasien. Hal ini dikarenakan kurangnya jumlah tenaga keperawatan di ruang rawat inap dan masih menggunakan metode fungsional. Dari menurut Sabarguna (dikutip dalam Puji Astuti, 2013) mengatakan bahwa perawat dikatakan professional apabila memiliki pengetahuan sesuai kode etik profesi. Ketrampilan professional tidak hanya mencakup terampil dalam melakukan prosedur pelayanan, namun juga mencakup dalam hal ketrampilan interpersonal, ketrampilan intelektual, dan ketrampilan teknis. Pemahaman perawat tentang tanggungjawab sesuai secara professional, akan meningkatkan citra pelayanan kesehatan secara keseluruhan dan berpengaruh pada tingkat kesempurnaan mutu pelayanan kesehatan.

Jaminan yaitu pengetahuan, kemampuan dan keterampilan perawat untuk menimbulkan rasa percaya kepada pasien seperti kepercayaan, rasa aman, kenyamanan. Perawat RSUD I.A. Moeis Samarinda dalam melakukan tindakan keperawatan terkadang tidak senyum. Minimalnya pelatihan-pelatihan yang dilakukan perawat membuat pengetahuan perawat menjadi terbatas, hal tersebut sangat penting karena jaminan atas pelayanan yang diberikan oleh pegawai sangat ditentukan oleh *performance* atau kinerja pelayanan sehingga diyakini bahwa pegawai tersebut mampu memberikan pelayanan yang andal, mandiri dan profesional yang berdampak pada kepuasan pelayanan yang diterima.

Penelitian ini sesuai dengan pendapat yang dikatakan oleh Ratminto (dikutip dalam Puji Astuti, 2013), bahwa penilaian mutu pelayanan dikatakan baik atau tidaknya dapat dilakukan melalui 3 pendekatan evaluasi, salah satunya adalah pendekatan melalui proses dimana semua kegiatan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan secara professional. Penilaian terhadap proses mengevaluasi semua tindakan tenaga kesehatan yang meliputi perawat. Mutu pelayanan keperawatan terhadap pasien akan dikatakan baik apabila tenaga perawat bersikap profesional sesuai dengan standar dan kode etik yang baik. Mutu pelayanan keperawatan dapat dinilai baik apabila tata cara penyelenggaraannya berdasarkan aspek dimensi mutu pelayanan keperawatan dapat terpenuhi dengan baik sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Bukti fisik yaitu suatu bukti langsung yang meliputi fasilitas fisik, perlengkapan dan kebersihan alat untuk tindakan keperawatan. Di RSUD I.A. Moeis Samarinda penampilan fisik perawat dinilai dari pakaian sudah cukup rapi, tata rambut yang rapi namun jarang ada yang tidak menggunakan atribut secara lengkap seperti papan nama dan tanda pengenalan rumah sakit. Menurut Zeithmal dan Binner (2008) bahwa penampilan yang baik adalah penampilan yang menarik dan ditunjang dengan fasilitas yang dimiliki rumah sakit, dengan kesan yang rapi, bersih bisa ditingkatkan sebagai cerminan penerimaan yang baik untuk pasiennya agar sesuai harapan yang diinginkan pasien.

Empati berkaitan dengan perhatian yang sepenuhnya diberikan perawat dan selalu dapat memahami kebutuhan pasiennya, seorang perawat hendaknya mengetahui kebutuhan setiap pasiennya. Bart Smet (2010), menyatakan bahwa sentuhan psikologis yang bisa disampaikan perawat dan tim medis lainnya kepada pasien akan mengurangi stress yang dialaminya pada masa sakit dan ternyata kelelahan psikis berkontribusi terhadap penyakit yang diderita pasien semakin parah. Motivasi dari tim medis bisa

menurunkan kecemasan dengan memberikan dukungan-dukungan emosional berupa kesabaran, perhatian, motivasi supaya pasien sembuh lebih cepat.

Keandalan berkaitan dengan kemampuan perawat untuk memberikan pelayanan yang segera, akurat sejak pertama kali tanpa membuat kesalahan apapun dan memuaskan meliputi kemampuan perawat dalam melakukan tindakan yang teliti dan terampil sehingga dapat meningkatkan kepuasan pasien. Perawat di RSUD I.A. Moeis Samarinda dalam memberikan tindakan kurang cepat, keluhan yang diungkapkan pasien yang tidak ditindak lanjuti sehingga tidak menimbulkan komplain yang dapat mengurangi kepuasan pada pelayanan yang diberikan perawat.

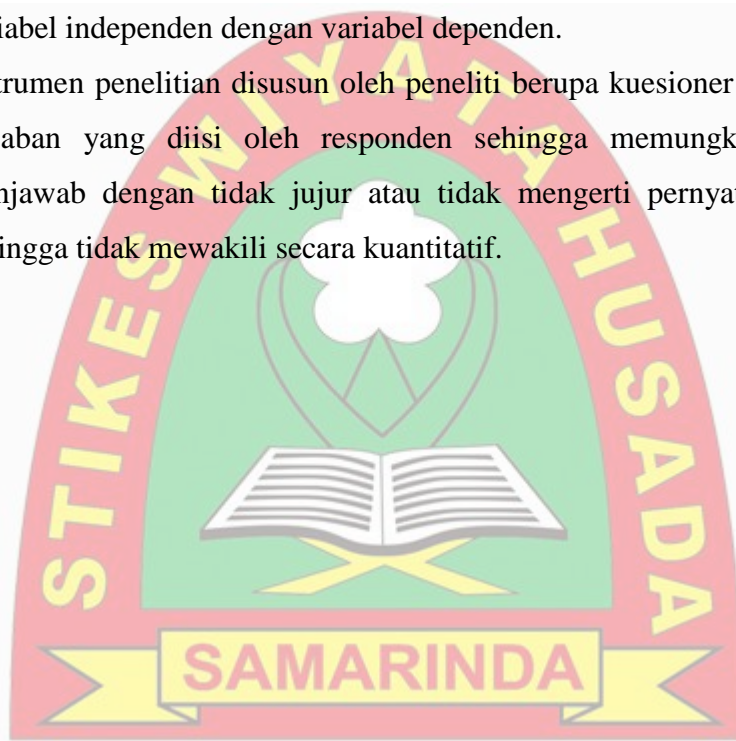
Dalam penelitian Atika (2016) pelayanan yang konsisten adalah paling diinginkan oleh pasien rawat inap dalam arti pelayanan tersebut harus bisa diandalkan. Pelayanan yang dapat diandalkan mengandung unsur melakukan apa yang sudah dijanjikan kepada pasien, profesional dalam melayani pasien dan ketepatan dalam memberikan informasi kepada pasien. Jika hal tersebut dapat diberikan kepada pasien, maka kepuasan pasien yang pada akhirnya akan berpengaruh pada tingginya loyalitas pasien. Dalam penelitian Supardi (2015), juga menyatakan bahwa dari aspek rehabilitasi ini selain membuat pasien merasa puas, maka dampak psikologis yang akan terjadi adalah perilaku kataatan pada pasien yang akan bisa mendukung kesembuhannya.

Hasil dari pembahasan diatas bahwa kualitas pelayanan perawat adalah aspek penting yang dilihat sebagai bagian dari rumah sakit, seperti bersedia mendengarkan keluhan kesah pasien, mengenal pasien dengan baik, pendengar yang baik dan mampu menyelesaikan masalah pasien yang memerlukan komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien. Keberadaan komunikasi terapeutik memiliki peranan penting dalam membantu pasien memecahkan masalah yang dihadapi yaitu proses penyembuhan pasien. Oleh karena itu dalam menilai kualitas pelayanan perawat dengan melakukan komunikasi terapeutik maka pelayanan yang diberikan perawat akan dinilai baik bagi pasien.

### C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian banyak keterbatasan yang peneliti miliki antara lain:

1. Desain penelitian adalah Deskriptif Analitik dengan pengumpulan data secara *cross sectional* dimana pengukuran variabelnya adalah sekaligus pada waktu yang bersamaan. Kesulitannya dalam menentukan sebab akibat sehingga hanya mencari keterikatan saja yang menggambarkan suatu hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen.
2. Instrumen penelitian disusun oleh peneliti berupa kuesioner dengan alternatif jawaban yang diisi oleh responden sehingga memungkinkan responden menjawab dengan tidak jujur atau tidak mengerti pernyataan yang dibuat sehingga tidak mewakili secara kuantitatif.



## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Simpulan**

Berdasarkan hasil analisis dari penelitian ini dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. komunikasi Terapeutik didapatkan hasil sebanyak 69 responden (46,3%) dengan kategori kurang baik.
2. Kualitas pelayanan perawat didapatkan hasil sebanyak 73 responden (49,0%) dengan kategori kurang baik.
3. Dari hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat dari hasil uji statistik diperoleh nilai p hitung 0,004 lebih kecil dari p tabel = 0,05 ( $0,004 < 0,05$ ).

#### **B. Saran**

Mengacu pada hasil penelitian, maka peneliti menganjurkan untuk :

Perawat merupakan ujung tombak pelayanan rumah sakit, untuk itu agar bisa lebih berupaya dalam meningkatkan pelayanan perawat professional, ramah, ikhlas dan bermutu. Hendaknya dapat diadakan pelatihan secara rutin *inhouse training* ataupun *customer service* setiap 3 bulan sekali pada perawat di RSUD I.A. Moeis Samarinda. Sebagai masukan tentang pentingnya pelayanan perawat kepada pasien dalam mencapai kepuasan pasien, sehingga mahasiswa yang akan datang dapat disiapkan sebagai perawat berkualitas dengan memperbanyak waktu praktek dibandingkan teori, sehingga mahasiswa dapat berintraksi langsung dengan pasien dan dapat belajar mengenal masalah-masalah yang ada di rumah sakit. Dengan demikian mahasiswa keperawatan dapat lebih terbiasa dan belajar langsung bagaimana cara berkomunikasi, bersikap ataupun menangani pasien dengan baik sesuai dengan etika keperawatan yang telah dipelajari.

Dibutuhkan penelitian lebih lanjut mengenai analisa kualitas pelayanan keperawatan pada setiap aspek seperti daya tangkap, jaminan, bukti fisik, empati dan keandalan di rawat inap sehingga dapat diketahui kualitas pelayanan keperawatan secara keseluruhan.

Dibutuhkan penelitian lebih lanjut mengenai analisa kualitas pelayanan keperawatan pada setiap aspek seperti daya tangkap, jaminan, bukti fisik, empati dan keandalan di rawat inap sehingga dapat diketahui kualitas pelayanan keperawatan secara keseluruhan.



## DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, Ns.Ridhyalla. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Andi Hilwa. (2012). *Hubunngan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Pelaksana Dengan Kepuasan Pasien di Ruang Perawatan RSUD Haji Makassar*. Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
- Arikunto, S. (2014). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arisutha, Damartaji. (2005). *Dimensi Kualitas Pelayanan*. Penerbit Gramedia.
- Brooks, L. A., Manias, E., & Bloomer, M. J. (2018). *Culturally sensitive communication in healthcare : A concept analysis*. *Collegian*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.09.007>
- Budiastuti. (2002). *Faktor-faktor Dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien di Rumah Sakit*, [http:// www/klinis.wordpress//Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan](http://www/klinis.wordpress//Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan) diunduh pada tanggal 2 januari 2015.
- Dahlan,Sopiyudin. (2014). *Statistik Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Edisi 6*. Jakarta, Salmba Medika.
- Dahlan, Sopiyudin. (2016). *Langkah-Langkah Membuat Proposal Penelitian Bidang Kedokteran dan Kesehatan*. Jakarta: Sagung Seto.
- Damaiyanti M, (2010). *Komunikasi Terapeutik dalam Praktik Keperawatan*.Bandung:Refika Aditama.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Profil Kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta : Depkes RI Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. (2010). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340/MENKES/PER/III/2010, tentang Klasifikasi Rumah Sakit*, Jakarta.
- Depkes RI. (2009). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Dharma, Kusuma Kelana. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Paduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans InfoMedia.
- Gara, P. E. O., Rscn, R. N., Clinical, H., & Consultant, N. (2004). *Therapeutic communication part 2 : strategies that can enhance the quality of the emergency care consultation*, 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2004.03.003>

- Gillies, D.A. (2006). *Manajemen Keperawatan: Suatu Pendekatan Sistem Ed.2*. Terjemahan Illioni: W.B. Saunders Company.
- Hastuti, et al (2011). *Pengantar Etika Keperawatan*. Prestasi Pustaka Publisher. Jakarta.
- Hidayat, A.A. (2014). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknis Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Maria, W. (2015). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Terhadap Kualitas Pelayanan Perawat (Persepsi Pasien Pada Perawat di Rumah Sakit Kusta Ponorogo Jepara)*. Program Sarjana Psikologi, Universitas Negeri Semarang.
- Martin, C. T., & Chanda, N. (2016). *Mental Health Clinical Simulation : Therapeutic Communication. Clinical Simulation in Nursing*, 12(6), 209–214.  
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.02.007>
- Melsa, Septia. (2014). *Gambaran Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Pelaksana Terhadap Klien Diruang Bedah RSUP.Dr.M.Djamil Padang*. Padang : Poltekkes Kemenkes RI Padang
- Menkes RI. (2013). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*.
- Notoatmojo, (2012). *Metodologi penelitian*. Jakarta : Rineka cipta.
- Nursalam. (2008). *Konsep Penerapan Metodologi dan Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2012). *Management Keperawatan edisi 3*, Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. (2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2014). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/MENKES/148/I/2010, *Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Perawat, 2010*, Jakarta : Menkes RI : 2010.
- Pohan.I.S. (2012). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Potter dan Perry. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktek*. Jakarta : EGC.

Sedarmayanti. (2000). *Tata Kerja Dan Produktivitas Kerja (Suatu Tinjauan dari Aspek Ergonomo Atau Kaitan Antara Manusia Dengan Lingkungan Kerja)*, Bandung : CV.Mandar Maju.

Shanley, A. (2010). *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. EGC. Jakarta.

Smet, Bart. (2010). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: Grasindo.

Sugiyono. (2013). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabet.

Sunaryo. (2014). *Psikologi untuk keperawatan*. Jakarta : EGC

Suryani, S.Kp, MHSc. (2011). *Komunikasi Terapeutik Teori dan Praktik*. EGC. Jakarta.

Taufik M dan Juliane. (2011). *Komunikasi Terapeutik dan Konseling Dalam Praktek Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.

Trarintya, Mirah Ayu Putri. 2011. *Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan dan Word of Mouth ( Studi Kasus Pasien Rawat Jalan di Wing Amerta RSUP Sanglah Denpasar)*. Tesis. Universitas Udayana.

Valarie A. Zeithalm & Mary Jo Bitner. (2008). *Service Marketing*. The McGraw Hill Companies, Inc.

World Health Organization & Joint Comission International. (2007). *Communications during patient hand-overs*. Dari <http://www.ccforspatientsafety.org/common/pdfs/fpdf/presskit/PSSolution3.pdf>. Diakses pada tanggal 24 Februari 2016.

Yamit, Z. (2002). *Manajemen Kualitas Produk dan Jasa*. Edisi Pertama. Yogyakarta: Ekonisia Kampus Fakultas Ekonomi UII.



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES)

Wiyata Husada Samarinda

## BIODATA PENELITI

### A. Biodata Pribadi

1. Nama : Juita Melda
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat Tanggal Lahir : Tanah Grogot, 02 Juni 1983
4. Agama : Kristen Protestan
5. Alamat : Jl. Pangeran Menteri GG. Solata  
RT/RW.017/004  
Tanah Grogot Kabupaten Paser
6. Email : meldaleko@gmail.com
7. HP : 081347103609
8. NIM : B1737415601
9. Program Studi : S1 Keperawatan
10. Judul Skripsi : Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan  
Kualitas Pelayanan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A.  
Moeis Samarinda
11. Dosen Pembimbing : 1. Ns. Edy Mulyomo, S.Pd., S.Kep., M.Kep.  
2. Ns. Zainuddin Saleh, S.Kep., M.Kep.

### B. Riwayat Pendidikan

1. SD : SD Negeri 018 Tanah Grogot
2. SMP : SMP Negeri 1 Tanah Grogot
3. SMA : SMU Negeri 1 Tanah Grogot
4. DIII : Akademi Keperawatan Dirgahayu Samarinda



Lampiran 2



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

IZIN DIKTI NO: 129/TJ/C/2008  
TERAKREDITASI BAN-PT NO: 449/SK/BAN-PT/Akreditasi/PT/VV/2015  
PERINGKAT 3



Jl. Kadrie Cening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp./Fas. (0541) 727241  
www.stikeswhs.ac.id | info@stikeswhs.ac.id

Nomor : 1753/STIKES-WHS/DL/2018  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan

01 Oktober 2018

Kepada Yth.  
Direktur RSUD IA, Moelis Samarinda  
Cq. Dokter RSUD IA, Moelis Samarinda  
Di -  
Tempat

**Dengan hormat,**

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, amin.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan studi pendahuluan di Instansi yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : JUITA MELDA  
NIM : B1737415601  
Semester : III  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP KUALITAS PELAYANAN PERAWAT DI RSUD IA, MOELIS SAMARINDA

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

  
Ketua I,  
Nuzulati Sinaga, M.Kep  
NIK 113072.82.09.106



**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA  
DINAS KESEHATAN  
RSUD LA. MOEIS**

Jln. H.A.M.M Rifaddin Samarinda Telp. 0541-7269006 7268960  
Fax. 0541 7268893 e.mail rsud\_iam@yahoo.com

Nomor : 445.1.05/902/100.02.028  
Lampiran : -  
Perihal : Persetujuan Izin Studi Pendahuluan

Kepada Yth.

**Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda**  
di-

Tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan surat Saudara nomor 1753/STIKES-WHS/DL/2018 tanggal 01 Oktober 2018, perihal Permohonan Izin Studi Pendahuluan atas:

Nama : Juita Melda  
NIM : B1737415601  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : **Hubungan Komunikasi Terapeutik terhadap Kualitas Pelayanan Perawat di RSUD LA. Moeis Samarinda**

**DAPAT DIBERIKAN** dengan memperhatikan dan mematuhi peraturan yang berlaku di RSUD LA. Moeis Samarinda.

Demikian surat pemberitahuan ini disampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 11 Oktober 2018

DIREKTUR

RSUD LA. MOEIS Samarinda

  
dr. **Muhammad Iqbal, M.Si, Sp.Rad**  
NIP. 19680508 200112 1 003



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

IZIN DIKTI NO: 129/DyO/2008

TERAKREDITASI BAN-PT NO: 600/5K/BAN-PT/Akred/PT/V/2013

PERINGKAT B

Jl. Kadrie Cening No. 77 Samarinda Kalimantan Timur Telp./Fas. (0541) 7272411

[www.stikeswhs.ac.id](http://www.stikeswhs.ac.id) | [info@stikeswhs.ac.id](mailto:info@stikeswhs.ac.id)



Nomor : 220 / STIKES-WHS/LT/2018  
Lampiran : \*  
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

29 November 2018

Kepada Yth.  
Direktur RSUD I .A. Moelis Samarinda  
Cq. Diklat RSUD I .A. Moelis Samarinda  
Di -

Tempat

**Dengan hormat,**

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah-Nya kepada kita semua, amin.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/Ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di rumah sakit yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : JUTTA MELDA  
NIM : B1737415601  
Semester : III  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : **HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN  
KUALITAS PELAYANAN PERAWAT DI RUANG RAWAT  
INAP KELAS III RSUD LA MOELIS SAMARINDA**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Kepala Ketua I,  
  
Na. Sumlan Siraaga, M.Kep  
NIK 111072.82.09.006



**PEMERINTAH KOTA SAMARINDA  
DINAS KESEHATAN  
RSUD LA. MOEIS**

Jln. H.A.M.M Rifaddin Samarinda Telp. 0541-7269006 7268960  
Fax. 0541 7268893 e.mail rsud\_iam@yahoo.com

Nomor : 445.1.05/1091/100.02.028  
Lampiran : -  
Perihal : Persetujuan Izin Penelitian

Kepada Yth.

**Ketua Prodi. Ilmu Keperawatan  
STIKES Wiyata Husada Samarinda**

di -

Tempat

Dengan hormat,

Selubungan dengan surat Saudara nomor 2241.1/STIKES-WHS/LT/2018 tanggal 29 November 2018, perihal Permohonan Izin Penelitian atas:

Nama : Juita Melda  
NIM : 01737415601  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik terhadap Kualitas Pelayanan Perawat di RSUD LA. Moeis Samarinda

**DAPAT DIBERIKAN** dengan memperhatikan dan mematuhi peraturan yang berlaku di RSUD LA. Moeis Samarinda. Kepada Mahasiswa yang bersangkutan diwajibkan untuk mempresentasikan hasil penelitian di RSUD LA. Moeis Samarinda sebelum mempresentasikan di kampus.

Demikian surat pemberitahuan ini disampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 06 Desember 2018  
pjh. DIREKTUR  
RSUD LA. Moeis Samarinda

  
Kadep. SKM, M. Kes  
Pembina, IVa  
NIP. 196404171988031021

Lampiran 6

**TABEL PENENTUAN JUMLAH SAMPEL ISAAC DAN MICHAEL  
DARI POPULASI TERTENTU DENGAN TARAF KESALAHAN  
1%, 5% DAN 10%**

N	S			N	S			N	S		
	1%	5%	10%		1%	5%	10%		1%	5%	10%
10	10	10	10	280	197	115	138	2800	537	310	247
15	15	14	14	290	202	158	140	3000	543	312	248
20	19	19	19	300	207	161	143	3500	558	317	251
25	24	23	23	320	216	167	147	4000	569	320	254
30	29	28	27	340	225	172	151	4500	578	323	255
35	33	32	31	360	234	177	155	5000	586	326	257
40	38	36	35	380	242	182	158	6000	598	329	259
45	42	40	39	400	250	186	162	7000	606	332	261
50	47	44	42	420	257	191	165	8000	613	334	263
55	51	48	46	440	265	195	168	9000	618	335	263
60	55	51	49	460	272	198	171	10000	622	336	263
65	59	55	53	480	279	202	173	15000	635	340	266
70	63	58	56	500	285	205	176	20000	642	342	267
80	71	65	62	600	315	221	187	40000	653	345	269
85	75	68	65	650	329	227	191	50000	655	346	269
90	79	72	68	700	341	233	195	75000	658	346	270
95	83	75	71	750	352	238	199	100000	659	347	270
100	87	78	73	800	363	243	202	150000	661	347	270
110	94	84	78	850	373	247	205	200000	661	347	270
120	102	89	83	900	382	251	208	250000	662	348	270
130	109	95	88	950	391	255	211	300000	662	348	270
140	116	100	92	1000	399	258	213	350000	662	348	270
150	122	105	97	1050	414	265	217	400000	662	348	270
160	129	110	101	1100	427	270	221	450000	663	348	270
170	135	114	105	1200	440	275	224	500000	663	348	270
180	142	119	108	1300	450	279	227	550000	663	348	270
190	148	123	112	1400	460	283	229	600000	663	348	270
200	154	127	115	1500	469	286	232	650000	663	348	270
210	160	131	118	1600	477	289	234	700000	663	348	270
220	165	135	122	1700	485	292	235	750000	663	348	271
230	171	139	125	1800	492	294	237	800000	663	348	271
240	176	142	127	1900	498	297	238	850000	663	348	271
250	182	146	130	2000	510	301	241	900000	663	348	271
260	187	149	133	2200	520	304	243	950000	663	348	271
270	192	152	135	2600	529	307	245	1000000	664	349	272

Sumber: Sugiyono, Metodologi Penelitian Pendidikan (Pendidikan Kualitatif, Kuantitatif, dan R&D), (Bandung: Alfabeta, 2010), hlm. 128.

## Lampiran 7

### LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,  
Calon Responden  
Di Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda

Nama : Juita Melda

NIM : B1737415601

Bersama ini menyampaikan bahwa dalam rangka menyelesaikan tugas akhir Program Studi S1 Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda, akan dilakukan penelitian yang berjudul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda”.

Saya mengharapkan partisipasi dari responden untuk bersedia menjadi responden dalam penelitian. Informasi yang diberikan tidak akan mengakibatkan kerugian apapun dan akan dijamin kerahasiaannya.

Apabila responden bersedia, dimohon untuk menandatangani lembar persetujuan responden dan mengisi lembar pernyataan terlampir dalam lembar ini. Atas perhatian dan kesediaannya saya mengucapkan terimakasih.

Peneliti

Juita Melda

## Lampiran 8

### PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti maka saya bersedia berpartisipasi sebagai responden peneliti dengan judul “Hubungan komunikasi Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda”.

Maka saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat :

Memahami bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya dan keluarga saya serta informasi yang saya berikan dijamin kerahasiaannya. Saya juga memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi peningkatan kualitas pelayanan kesehatan karena itu jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya.

Saya telah diberikan penjelasan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian ini dan telah mendapatkan penjelasan yang memuaskan. Berdasarkan hasil tersebut, maka dengan ini saya sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam penelitian.

Responden

(.....)

## Lampiran 9

### LEMBAR KUESIONER

#### KOMUNIKASI TERAPEUTIK DAN KUALITAS PELAYANAN PERAWAT DI RUANGAN RAWAT INAP KELAS III RSUD I.A. MOEIS SAMARINDA

##### A. IDENTITAS DIRI

1. Nama (Boleh Inisial) :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan :
5. Pekerjaan :
6. Lama Perawatan :

##### B. Variabel Komunikasi Terapeutik

###### PETUNJUK PENGISIAN

Berikut ini terdapat beberapa pernyataan yang harus anda jawab, untuk itu saya mengharapkan kesediaan anda untuk mengisi pernyataan ini. Sebelum menjawab pernyataan ini, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Baca dan pahami masing-masing pernyataan dengan seksama dan jawablah sejujur-jujurnya sesuai dengan keadaan diri anda sebenarnya.
2. Pilihlah salah satu jawaban yang paling sesuai dengan keadaan diri anda dengan memberi tanda *checklist*(√) pada:

**TP** : Tidak Pernah  
**KD** : Kadang-Kadang  
**SL** : Selalu  
**SR** : Sering

3. Bila anda merasa jawaban yang telah anda *checklist*(√)

tidak sesuai dengan diri anda, dapat mencoret dan menggantinya dengan jawaban baru yang sesuai dengan member tanda *checklist*(v)

#### 4. Contoh

No	Pernyataan	TP	KD	SR	SL
1	Perawat ramah kepada saya	√			
2	Perawat mengerti dengan keadaan saya		≡√	√	

#### 5. Semua jawaban anda dapat diterima selama sesuai dengan keadaan diri anda

No	Pernyataan	Jawaban			
		TP	KD	SR	SL
		1	2	3	4
	<b>Fase Orientasi</b>				
1.	Perawat tersenyum dan memberikan salam saat pertama kali bertemu dengan Saya.				
2.	Perawat memperkenalkan diri dan namanya dengan jelas.				
3.	Perawat menanyakan nama panggilan kesukaan Saya.				
4.	Saat berbicara dengan Saya, perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.				
5.	Perawat tidak tergesa-gesa saat berbicara dengan Saya.				
6.	Saat berbicara dengan Saya, perawat berperilaku sopan dan bersahabat.				
7.	Saat berbicara dengan Saya, perawat mempertahankan kontak mata yang wajar dan sikap berhadapan.				
8.	Perawat berkata jujur dan membantu Saya dengan ikhlas.				
9.	Perawat menepati janjinya dengan datang tepat pada waktunya.				
10.	Perawat menyampaikan kepada Saya, bahwa dia bersedia membantu Saya mulai dari awal perawatan sampai akhir.				
11.	Perawat menjelaskan kepada Saya tentang tugasnya sebagai perawat.				
12.	Perawat menjelaskan kepada Saya tentang				

	tugas Saya sebagai pasien.				
13.	Perawat menanyakan pendapat Saya dalam membuat janji (kontrak) mengenai kapan dan dimana interaksi akan dilakukan.				
14.	Perawat melibatkan Saya dalam membuat tujuan dari interaksi yang akan dilakukan.				
<b>Fase Kerja</b>					
15.	Saat berbicara dengan Saya, perawat menunjukkan sikap menghargai dan menghormati.				
16.	Saat berbicara dengan Saya, perawat menyampaikan isi atau topik pembicaraan dengan jelas.				
17.	Perawat mendengarkan dan memberikan perhatian serius terhadap apa yang Saya keluhkan.				
18.	Perawat memberikan bantuan terhadap masalah perawatan yang ditemukan dan merupakan kebutuhan utama Saya saat ini.				
19.	Setiap akan melakukan tindakan keperawatan, perawat menjelaskan tujuan dari tindakan keperawatan yang akan dilakukan.				
<b>Fase Terminasi</b>					
20.	Perawat menyampaikan kepada Saya tentang hasil dari tindakan keperawatan yang telah dicapai.				
21.	Perawat menjelaskan kepada Saya tentang interaksi yang akan dilakukan berikut.				
22.	Perawat menanyakan kepada Saya, bagaimana perasaan Saya setelah berinteraksi dengannya.				
23.	Perpisahan terjadi tiba-tiba tanpa sepengetahuan Saya sebelumnya.				
24.	Perawat saat menakhiri pembicaraan dengan cara yang baik.				

### C. Variabel Kualitas Pelayanan Keperawatan

#### PETUNJUK PENGISIAN

Berikut ini terdapat beberapa pernyataan yang harus anda jawab, untuk itu saya mengharapkan kesediaan anda untuk mengisi pernyataan ini. Sebelum menjawab pernyataan ini, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Baca dan pahami masing-masing pernyataan dengan seksama dan jawablah sejujur-jujurnya sesuai dengan keadaan diri anda sebenarnya.
2. Pilihlah salah satu jawaban yang paling sesuai dengan keadaan diri anda dengan memberi tanda *checklist*(√) pada:

**SS : Apabila pernyataan tersebut sangat sesuai dengan anda**

**S : Apabila pernyataan tersebut sesuai dengan diri anda**

**TS : Apabila pernyataan tersebut tidak sesuai dengan diri anda**

**STS : Apabila pernyataan tersebut sangat tidak sesuai dengan diri Anda**

3. Bila anda merasa jawaban yang telah anda *checklist*(√) tidak sesuai dengan diri anda, dapat mencoret dan menggantinya dengan jawaban baru yang sesuai dengan member tanda *checklist*(√)

#### 4. Contoh

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Saya suka dengan perawatan dirumah sakit ini	√			
2	Perawat mengerti dengan keadaan saya		<del>√</del>	√	

5. Semua jawaban anda dapat diterima selama sesuai dengan keadaan diri anda

No	Pernyataan	Jawaban			
		SS	S	TS	STS
		1	2	3	4
	<b>Kehandalan (<i>Reliability</i>)</b>				
1.	Perawat menerangkan kepada Saya mengenai tindakan pengobatan yang akan dilakukan.				
2.	Perawat memberikan informasi kepada Saya mengenai obat-obatan yang saya konsumsi.				
3.	Perawat salah memasukkan jarum infus sehingga memerlukan pengulangan dalam pemasangan.				
4.	Perawat melayani pasien tepat waktu sesuai dengan janji yang diberikan.				
5.	Perawat terlambat dalam memberikan obat.				
6.	Perawat acuh ketika Saya mengeluhkan penyakit yang Saya derita.				
	<b>Jaminan (<i>Assurance</i>)</b>				
7.	Perawat menggunakan bahasa yang mudah dipahami ketika memberikan penjelasan.				
8.	Perawat terampil dalam menangani pasien.				
9.	Perawat terlihat ragu-ragu dalam memberikan tindakan medis.				
10.	Perawat menyampaikan salam setiap memasuki ruang perawatan.				
11.	Pelayanan kesehatan yang diberikan perawat hanya seadanya saja				

<b>Bukti Fisik (<i>Tangible</i>)</b>					
12.	Penampilan perawat selalu terlihat menarik.				
13.	Perawat memakai sepatu ketika melayani pasien.				
14.	Rambut perawat ditata rapi.				
15.	Kamar perawatan memiliki aroma yang membuat Saya nyaman.				
16.	Seragam yang dikenakan perawat terlihat kusut.				
17.	Perawat tidak menggunakan tanda pengenal ketika bertemu pasien.				
<b>Empati (<i>Empathy</i>)</b>					
18.	Ketika Saya merasa kesulitan, perawat dengan senang hati memberikan bantuan.				
19.	Perawat kurang memperhatikan Saya dengan sungguh-sungguh.				
20.	Perawat nampak kurang sabar ketika menangani pasien yang banyak bercerita.				
21.	Perhatian perawat selalu tercurah kepada setiap pasien				
22.	Perawat terkesan terburu-buru dalam melakukan tindakan medis.				
<b>Daya Tanggap (<i>Responsiveness</i>)</b>					
23.	Sesegera mungkin perawat datang ketika Saya menekan tombol panggilan untuk keadaan darurat.				
24.	Perawat tanggap dalam menyelesaikan masalah yang Saya keluhkan.				
25.	Informasi mengenai kunjungan dokter disampaikan perawat secara rutin.				
26.	Tanggapan yang diberikan perawat kepada Saya terlalu lama.				

27.	Perawat nampak tidak senang menanggapi keluhan Saya.				
28.	Perawat melaksanakan tugas dengan cekatan.				
29.	Inisiatif perawat kurang dalam menanyakan kondisi pasien.				



## Lampiran 10

### VALIDITAS KOMUNIKASI TERAPEUTIK

#### Reliability

#### Scale: ALL VARIABLES

##### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.965	24

##### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	81.77	80.806	.542	.965
P2	81.87	80.395	.481	.966
P3	81.87	78.326	.793	.963
P4	81.90	78.162	.803	.963
P5	81.93	79.030	.696	.964
P6	81.83	80.213	.583	.965
P7	81.80	78.993	.744	.963
P8	81.90	77.403	.892	.962
P9	81.80	78.855	.761	.963
P10	82.20	78.786	.622	.965
P11	82.00	76.966	.826	.963
P12	82.20	78.717	.567	.965
P13	81.90	76.921	.835	.962
P14	81.80	78.993	.744	.963
P15	82.00	79.034	.696	.964
P16	81.90	77.748	.851	.962
P17	81.90	78.921	.714	.964
P18	81.83	77.799	.871	.962
P19	81.93	76.616	.862	.962
P20	81.77	79.978	.644	.964
P21	81.83	78.282	.812	.963
P22	81.87	81.016	.480	.966
P23	81.97	78.378	.770	.963
P24	81.97	78.585	.746	.963

## VALIDITAS KUALITAS PELAYANAN PERAWAT

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
<b>.975</b>	29

### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	52.13	356.051	<b>.924</b>	.973
P2	52.40	362.662	<b>.813</b>	.974
P3	52.40	359.766	<b>.864</b>	.974
P4	52.17	353.040	<b>.957</b>	.973
P5	52.13	356.257	<b>.881</b>	.973
P6	52.07	356.202	<b>.793</b>	.974
P7	52.57	376.737	<b>.497</b>	.975
P8	52.33	371.264	<b>.456</b>	.976
P9	52.30	356.148	<b>.966</b>	.973
P10	52.30	372.079	<b>.504</b>	.976
P11	52.17	367.385	<b>.557</b>	.975
P12	52.03	361.551	<b>.718</b>	.974
P13	52.23	369.289	<b>.582</b>	.975
P14	52.30	365.872	<b>.738</b>	.974
P15	52.37	361.413	<b>.821</b>	.974
P16	52.23	368.323	<b>.583</b>	.975
P17	52.33	361.057	<b>.769</b>	.974
P18	52.47	360.120	<b>.928</b>	.973
P19	52.00	373.931	<b>.473</b>	.976
P20	52.07	365.995	<b>.731</b>	.974
P21	52.00	363.517	<b>.653</b>	.975
P22	52.37	372.585	<b>.659</b>	.975
P23	52.20	353.890	<b>.954</b>	.973
P24	52.27	358.616	<b>.903</b>	.973
P25	52.27	370.409	<b>.538</b>	.975
P26	52.10	355.266	<b>.927</b>	.973
P27	52.23	364.875	<b>.802</b>	.974
P28	52.20	363.890	<b>.807</b>	.974
P29	52.17	354.764	<b>.945</b>	.973

## UJI NORMALITAS

### Explore

#### Descriptives

			Statistic	Std. Error
KomTer	Mean		68.60	.918
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	66.78	
		Upper Bound	70.41	
	5% Trimmed Mean		68.80	
	Median		<b>70.00</b>	
	Variance		125.445	
	Std. Deviation		11.200	
	Minimum		41	
	Maximum		91	
	Range		50	
	Interquartile Range		16	
	Skewness		-.349	.199
	Kurtosis		-.361	.395
	Mean		<b>65.54</b>	1.308
Kualitas pelayanan	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	62.95	
		Upper Bound	68.12	
	5% Trimmed Mean		65.47	
	Median		67.00	
	Variance		254.858	
	Std. Deviation		15.964	
	Minimum		31	
	Maximum		112	
	Range		81	
	Interquartile Range		19	
	Skewness		-.051	.199
	Kurtosis		.000	.395

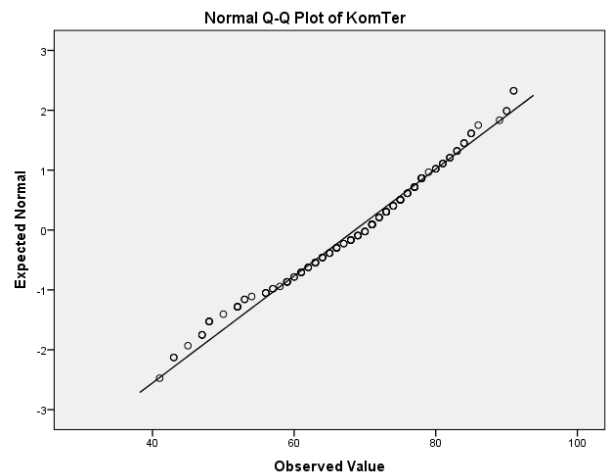
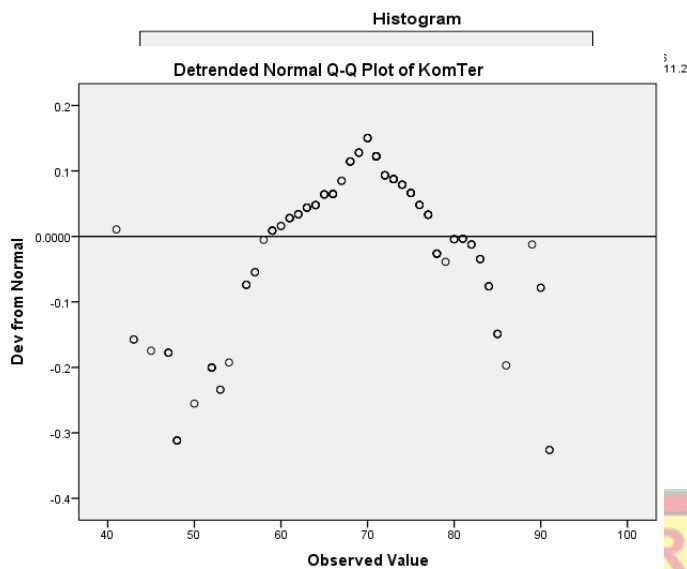
### Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
KomTer	.082	149	<b>.017</b>	.981	149	.036
Kualitas pelayanan	.066	149	<b>.200*</b>	.983	149	.062

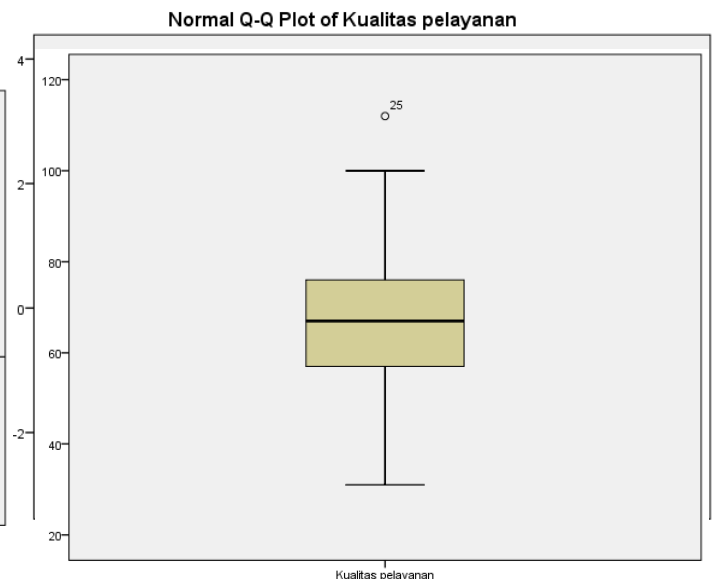
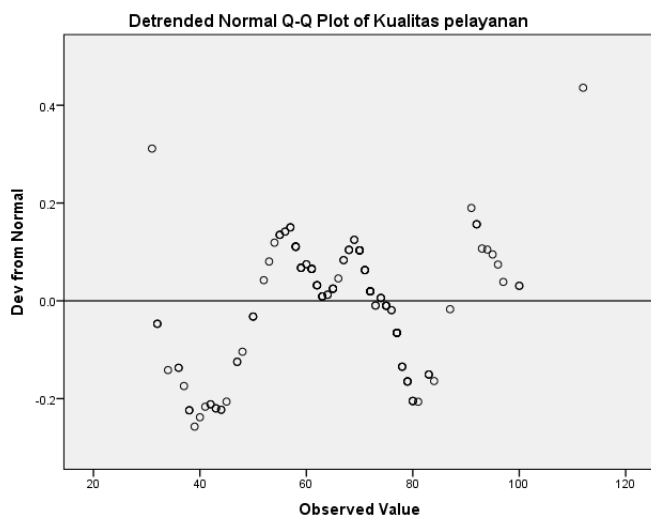
\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

## Komunikasi Terapeutik



## Kualitas Pelayanan Perawat





**ANALISIS UNIVARIAT  
KARAKTERISTIK RESPONDEN**

**Frequency Table**

**Jenis Kelamin**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
laki-laki	50	33.6	33.6	33.6
Valid Perempuan	99	66.4	66.4	100.0
Total	149	100.0	100.0	

**Pendidikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
SD	4	2.7	2.7	2.7
SMP	30	20.1	20.1	22.8
Valid SMA	67	45.0	45.0	67.8
PT	48	32.2	32.2	100.0
Total	149	100.0	100.0	

**Umur**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
17-24 tahun	18	12.1	12.1	12.1
25-34 tahun	40	26.8	26.8	38.9
Valid 35-49 tahun	65	43.6	43.6	82.6
50-64 tahun	20	13.4	13.4	96.0
> 65 tahun	6	4.0	4.0	100.0
Total	149	100.0	100.0	

**Lama Dirawat**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1-3 hari	48	32.2	32.2	32.2
Valid 3-6 hari	83	55.7	55.7	87.9
7-14 hari	18	12.1	12.1	100.0
Total	149	100.0	100.0	

### Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Swasta	89	59.7	59.7	59.7
pelajar/Mhs	7	4.7	4.7	64.4
pedagang	26	17.4	17.4	81.9
Valid PNS	15	10.1	10.1	91.9
Buruh	9	6.0	6.0	98.0
TNI/Polri	3	2.0	2.0	100.0
Total	149	100.0	100.0	

### ANALISA UNIVARIAT VARIABEL

#### Komunikasi Terapeutik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	80	53.7	53.7	53.7
Valid Kurang Baik	69	46.3	46.3	100.0
Total	149	100.0	100.0	

#### Kualitas Pelayanan Perawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Baik	76	51.0	51.0	51.0
Valid Kurang Baik	73	49.0	49.0	100.0
Total	149	100.0	100.0	

## ANALISIS BIVARIAT

### Crosstabs

**Komunikasi Terapeutik - Kualitas Pelayanan Perawat Crosstabulation**

			Kualitas Pelayanan		Total
			Baik	Kurang Baik	
KOMUNIKASI TERAPEUTIK	Baik	Count	50	30	80
		Expected Count	40.8	39.2	80.0
		% within KOMTER	62.5%	37.5%	100.0%
	Kurang Baik	Count	26	43	69
		Expected Count	35.2	33.8	69.0
		% within KOMTER	37.7%	62.3%	100.0%
	Total	Count	76	73	149
		Expected Count	76.0	73.0	149.0
		% within KOMTER	51.0%	49.0%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9.132 <sup>a</sup>	1	.003		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8.166	1	.004		
Likelihood Ratio	9.225	1	.002		
Fisher's Exact Test				.003	.002
Linear-by-Linear Association	9.070	1	.003		
N of Valid Cases	149				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 33.81.

b. Computed only for a 2x2 table

**ABSTRAK**  
**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DENGAN KUALITAS**  
**PELAYANAN PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP KELAS III**  
**RSUD I.A. MOEIS SAMARINDA**

Juita Melda<sup>1</sup>, Edy Mulyono<sup>2</sup>, Zainuddin Saleh<sup>3</sup>

**Latar Belakang :** Dampak dari tidak diterapkannya komunikasi terapeutik adalah komunikasi percakapan perawat-pasien cenderung pendek dan minimnya eksplorasi keyakinan dan kecemasan pasien, misalnya kurang memfokuskan kondisi pasien dan menjawab pertanyaan pasien yang berkaitan dengan prognosis dan tindakan.

**Tujuan :** Untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat.

**Metode:** Jenis penelitian menggunakan deskriptif kasus survei dengan pendekatan rancangan penelitian *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini berjumlah 149 responden dengan teknik *consecutive sampling*. Analisa data menggunakan uji statistik *chi-square*, Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner di masing-masing variabel.

**Hasil :** diperoleh nilai *p value* 0.004, dengan demikian *p value* (0,004) lebih kecil dari pada alpha 0,05 maka  $H_0$  ditolak. Artinya bahwa ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat.

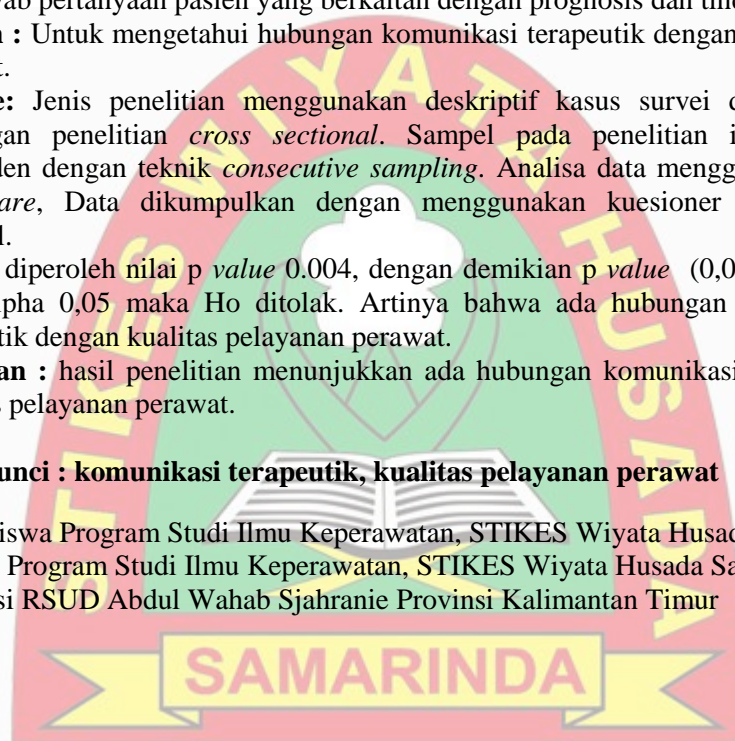
**simpulan :** hasil penelitian menunjukkan ada hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat.

**Kata kunci : komunikasi terapeutik, kualitas pelayanan perawat**

<sup>1</sup>Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Praktisi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Provinsi Kalimantan Timur



## ABSTRACT

### THE CORRELATION BETWEEN THERAPEUTIC COMMUNICATION AND THE QUALITY OF THE NURSE SERVICES AT CLASS III INPATIENT ROOMS OF RSUD I.A. MOEIS SAMARINDA

Juita Melda<sup>1</sup>, Edy Mulyono<sup>2</sup>, Zainuddin Saleh<sup>3</sup>

**Background:** The impact of not implementing the therapeutic communication would result in the tendency of shorter nurse- patients' conversation and the minimum confidence exploration as well as patients' anxiety. An instance for this would be the nurse not adequately being focused on the patient's condition as well as in answering patient's questions concerning the prognosis and treatment.

**Purpose:** To find out the correlation between therapeutic communication and the quality of nurse services.

**Method:** This research was a descriptive survey case with a cross-sectional approach. The sample of this research included 149 respondents who were selected by using a consecutive sampling technique. The data were obtained by using questionnaires for each variable and analysed by using Chi-Square statistical test.

**Findings:** The  $p$  value obtained was 0.004, which means that it was smaller than the alpha of 0.05, hence  $H_0$  was rejected. This could be interpreted as there was a relationship between therapeutic communication and the quality of nurse services.

**Conclusion:** The research findings showed that there was a correlation between therapeutic communication and the quality of nurse services.

**Keywords:** Therapeutic communication, the quality of nurse services

<sup>1</sup> Student at the Nursing Study Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda,

<sup>2</sup> Lecturer at Nursing Study Program, STIKES Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup> Practitioner at RSUD Abdul Wahab Sjahranie, East Kalimantan Province

## PENDAHULUAN

Perawat merupakan tenaga yang paling lama kontak dengan klien dibanding dengan tenaga-tenaga yang lain terutama pada ruang rawat inap. Pelayanan keperawatan merupakan bagian dari sistem pelayanan rawat inap di rumah sakit. Dalam pelayanan keperawatan, perawat dituntut untuk menerapkan komunikasi yang terapeutik kepada klien. Perawat yang memiliki keterampilan berkomunikasi secara terapeutik akan mudah menjalin hubungan rasa percaya dengan klien, mencegah terjadinya masalah legal, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan meningkatkan citra rumah sakit (Hastuti, *at el* 2011).

Penelitian yang dilakukan Paula (2004) di Inggris menyatakan bahwa perawatan pasien secara langsung dipengaruhi oleh sikap komunikasi, proses dan hasil dari komunikasi terapeutik diperhatikan di setiap klinik spesialisasi. Pendekatan yang berpusat pada pasien untuk komunikasi jarang dipelajari atau diperhatikan dalam situasi gawat di setiap klinik spesialisasi. Dalam praktek klinik dievaluasi perilaku

yang efektif dan terapeutik, dokter memiliki potensi untuk menunjukkan manfaat yang penting dalam hal meningkatkan kepuasan pasien, meningkatkan komunikasi dan pasien akan merasa lebih baik.

Penelitian Brooks (2018) di Australia menyatakan bahwa kurangnya bimbingan pada komunikasi antar budaya yang berkaitan dengan interaksi antara dokter, pasien dan keluarga. Tujuan komunikasi antar budaya dalam perawatan kesehatan untuk mempelajari konsep komunikasi antar budaya dan mengetahui keterkaitan praktek klinis dan kesenjangan pengetahuan terkait dengan komunikasi antar budaya dalam perawatan kesehatan. Kegunaan utama dari komunikasi antar budaya memahami budaya sendiri, komunikasi yang terbuka dan strategi untuk berkolaborasi dengan pasien dan keluarga untuk perawatan pasien yang optimal. Kesadaran akan keyakinan, nilai, sikap dan praktek budaya sendiri diketahui sebagai langkah yang penting sebelum belajar tentang budaya lain. Kesadaran ini menjadi mudah menyesuaikan diri terhadap

perbedaan budaya individu dan tergantung pada pemahaman dan perilaku tenaga kesehatan. Strategi untuk berkolaborasi dengan pasien dan keluarga untuk perawatan pasien termasuk interaksi dokter yang saling menghormati dan mendukung dengan keluarga yang memungkinkan pendekatan kolaboratif untuk perawatan.

Hasil observasi peneliti di RSUD I.A. Moeis Samarinda pada tanggal 12 Oktober 2018 ditemukan bahwa pada fase pre interaksi, perawat tidak mempersiapkan diri seperti halnya mengumpulkan data tentang klien sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi. Ketika pertama kali bertemu dengan klien, perawat jarang sekali tersenyum, memberi salam dan memperkenalkan diri dengan klien yang merupakan langkah awal dalam membina hubungan saling percaya. Dalam memberikan pelayanan keperawatan perawat sibuk dengan tindakannya sendiri dan terkesan terburu-buru, perawat juga tidak memberikan kesempatan kepada klien untuk menyampaikan masalah yang dialami. Setelah selesai melakukan tindakan keperawatan secara

menyeluruh, perawat langsung meninggalkan klien tanpa menanyakan perasaan klien setelah melakukan tindakan tertentu dan tidak membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya.

Hasil studi pendahuluan jumlah perawat di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda berjumlah 30 orang dan memiliki fasilitas tempat tidur pasien sebanyak 65 tempat tidur, dari data beberapa klien mengatakan bahwa keadaan ruang rawat inap yang kurang bersih terutama pada bagian kamar mandi. Klien mengatakan setiap tindakan pemberian injeksi melalui intra vena perawat tidak menanyakan nama klien tetapi memanggil nama klien, perawat juga jarang menjelaskan fungsi injeksi yang akan diberikan. Namun ada pula klien yang mengeluhkan atas perawatan yang diberikan, ketidakpuasan klien muncul ketika kehabisan cairan infus khususnya sewaktu jam *hand over* terkadang mereka kurang cepat sehingga perawat *shif* berikutnya yang mengganti cairan infus klien. Saat dilakukan tindakan injeksi klien mengatakan nyeri pada daerah infus

dan menjelaskan bahwa sebelumnya sudah melaporkan kepada perawat tetapi tidak mendapatkan tindakan segera. Klien merasa perawat kurang memperhatikan klien yang membutuhkan perhatian, seperti halnya ketika klien yang akan dilakukan tindakan operasi merasa takut akan tindakan ini tetapi tidak mendapatkan perasaan nyaman dari perawat yang dapat mengurangi atau menghilangkan ketakutan klien.

Dampak dari tidak diterapkannya komunikasi terapeutik adalah komunikasi percakapan perawat-klien cenderung pendek dan minimnya eksplorasi keyakinan dan kecemasan klien, misalnya kurang memfokuskan kondisi klien dan menjawab pertanyaan klien yang berkaitan dengan prognosis dan tindakan. Perawat sering menggunakan pertanyaan yang hanya membutuhkan jawaban “ya” dan “tidak” atau memberikan pertanyaan yang menyarankan suatu respon tertentu. Komunikasi seperti itu membatasi kesempatan klien untuk memperluas percakapan atau menyatakan permasalahan klien sendiri (Shanley, A 2010).

## METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian ini adalah deskriptif kasus survei yang bertujuan untuk menggali bagaimana dan mengapa fenomena itu terjadi, dengan pendekatan rancangan penelitian *Cross-Sectional*. Sampel dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap kelas III di RSUD I.A. Moeis Samarinda berjumlah 149 orang, dengan menggunakan teknik *Non-probability* dengan cara *consecutive sampling*.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Analisa Univariat

Tabel 1. Karakteristik Responden

Karakteristik	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin		
- Laki-Laki	50	33,8%
- Perempuan	99	66,2%
Usai		
- 17-24 tahun	18	12,1%
- 25-34 tahun	40	26,8%
- 35-49 tahun	65	43,6%
- 50-64 tahun	20	13,4%
- > 65 tahun	6	4,0%
Pendidikan		
- SD	4	2,7%
- SMP	30	20,1%
- SMA	67	45,0%
- PT	48	32,2%
Pekerjaan		
- PNS	15	10,1%
- Swasta	89	59,7%
- Pelajar/MHS	7	4,7%

- Pedagang	26	17,4%
- Buruh	9	6,0%
- TNI/POLRI	3	2,0%

Sumber: Data Primer, 2018

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki jenis kelamin perempuan (66,2%) dan sebagian besar berusia 35-49 tahun (43,6). Tingkat pendidikan responden sebagian besar SMA (45,0%) dan rata-rata pekerjaan responden swasta (59,7%).

## 2. Analisa Bivariat

Tabel. 2 Hubungan komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan Perawat

Komunikasi Terapeutik	Kualitas Pelayanan Perawat			
	Baik	%	Kurang Baik	%
Baik	50	62,5	30	39,2
Kurang Baik	26	37,7	43	62,3
Total	76	51,0	73	49,0

Responden yang menyatakan komunikasi terapeutik baik dan kualitas pelayanan perawat baik sebanyak 50 responden (62,5%) dan responden yang menyatakan komunikasi terapeutik baik dan kualitas pelayanan perawat kurang baik 30 responden (39,2%). Sedangkan komunikasi terapeutik kurang baik tetapi kualitas pelayanan

perawat baik sebanyak 26 responden (37,7%) dan responden yang menyatakan komunikasi terapeutik kurang baik dan kualitas pelayanan perawat kurang baik sebanyak 43 responden (62,3%).

## PEMBAHASAN

### 1. Analisa Univariat

#### a. Komunikasi Terapeutik

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda menilai Komunikasi Terapeutik yang baik sebanyak 76 responden (51,0%) dan Komunikasi Terapeutik yang kurang baik sebanyak 73 responden (49,0%).

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Maria Wilsa.P (2015) menyatakan bahwa keterampilan berkomunikasi terapeutik perawat akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya pada pasien sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang

telah ditetapkan, memberikan kepuasan professional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi. Berdasarkan hasil penelitian secara umum komunikasi terapeutik di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A. Moeis Samarinda belum sepenuhnya tercapai, ini dibuktikan dari 69 responden atau 46,3% menyatakan belum puas dengan komunikasi perawat menginginkan perawat lebih sering mengunjungi pasien, cepat tanggap bila dibutuhkan sehingga pasien dan keluarga lebih tenang jika keluhannya dapat teratasi dengan cepat. Hal ini mengidentifikasi bahwa komunikasi yang tercipta diantara perawat dan pasien masih sebatas komunikasi sosial, belum mencapai komunikasi yang terapeutik. Dari data penelitian juga terdapat 80 responden atau 53,7% menyatakan komunikasi terapeutik petugas atau tenaga kesehatan baik dari segi fase orientasi perawat

membantu pasien dengan ikhlas, fase kerja perawat dalam menyampaikan isi atau topik pembicaraan dengan jelas dan dari segi fase terminasi perawat mengakhiri pembicaraan dengan cara yang baik.

#### b. Kualitas Pelayanan Perawat

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A.Moeis Samarinda menilai Kualitas Pelayanan Perawat yang baik sebanyak 80 responden (53,7%) dan Kualitas Pelayanan Perawat yang kurang baik sebanyak 69 responden (46,3%). Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar Kualitas Pelayanan Perawat yang baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Puji Astuti (2013) yang mengatakan bahwa kualitas pelayanan keperawatan termasuk dalam kategori baik. Mutu pelayanan keperawatan dapat menjadi baik apabila melakukan pengukuran mutu pelayanan

keperawatan yang bertujuan untuk mengevaluasi tingkat mutu pelayanan keperawatan yang terjadi, serta membandingkan kenyataan yang terjadi terhadap standar pelayanan yang telah ditetapkan (Pohan, 2012).

Menurut peneliti diketahui bahwa kualitas pelayanan perawat yang diberikan di ruang rawat inap kelas III RSUD I.A.Moeis Samarinda masih terdapat kekurangan dengan kenyataan sebanyak 73 responden atau 49% memberikan penilaian kurang baik sesuai dengan pernyataan yang ada pada kuesioner yaitu pelayanan kesehatan yang diberikan perawat hanya seadanya saja.

Hal ini berarti pelayanan keperawatan yang diberikan belum sepenuhnya sesuai dengan keinginan, harapan dan kebutuhan pasien.

Dalam penelitian ini kurangnya empati dan daya tanggap perawat dalam pelayanan keperawatan yaitu

perhatian perawat yang tidak selalu tercurah kepada setiap pasien sehingga informasi mengenai kunjungan dokter yang tidak disampaikan perawat secara rutin serta perawat yang kurang cekatan dalam melaksanakan tugas. Tetapi disamping itu sebanyak 76 responden atau 51% menyatakan dan memberikan penilaian baik terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan petugas atau tenaga kesehatan dari segi bukti fisik dan kehandalan perawat hal ini dibuktikan penampilan perawat selalu terlihat menarik, perawat sabar ketika menangani pasien dan perawat menerangkan dan memberikan informasi mengenai tindakan pengobatan dan obat – obatan yang pasien konsumsi.

## 2. Analisa Bivariat

Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kualitas Pelayanan Perawat

Hasil penelitian ini didapatkan ada hubungan

antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat dengan melihat P value = 0,004 < 0,05 yang artinya ada hubungan bermakna antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat, komunikasi sangatlah memegang peranan penting dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien seharusnya lebih diutamakan komunikasi yang bersifat terapeutik karena komunikasi ini lebih fokus dalam proses perkembangan kesehatan pasien dan membantu dalam mencapai kesehatan yang optimum.

Dari hasil penelitian didapatkan 30 responden menyatakan komunikasi terapeutik baik namun kualitas pelayanan perawat kurang baik hal ini karena dalam melakukan tindakan keperawatan perawat memiliki keterampilan

komunikasi terapeutik, namun pelayanan keperawatan yang diberikan belum sepenuhnya sesuai dengan keinginan, harapan dan kebutuhan pasien. Sedangkan 26 responden menyatakan komunikasi terapeutik kurang baik namun kualitas pelayanan perawat baik ini dapat disebabkan karena perawat tidak memiliki keterampilan komunikasi terapeutik sehingga tidak terjalin hubungan saling percaya dengan klien, tetapi kualitas pelayanan perawat baik dari aspek bukti fisik berupa kemampuan menggunakan dan memanfaatkan fasilitas alat dan perlengkapan dalam memberikan pelayanan.

Selain itu ada 43 responden yang menyatakan komunikasi terapeutik kurang baik dan kualitas pelayanan perawat kurang baik, kondisi seperti ini terjadi karena gagalnya perawat membina hubungan yang baik pada saat pelaksanaan proses

keperawatan. Komunikasi perawat yang kurang baik pada tahap awal pelayanan yang menimbulkan persepsi secara keseluruhan berupa kualitas pelayanan perawat yang kurang baik untuk tahap pelayanan yang selanjutnya dan begitu pula sebaliknya.

Menurut asumsi peneliti komunikasi terapeutik tidak lepas dari pelayanan perawat yang diberikan secara komprehensif. Faktor lain yang mempengaruhi kualitas pelayanan perawat ialah kenyamanan, hubungan pasien dengan petugas, serta pelayanan perawat yang meliputi daya tanggap, jaminan, bukti fisik, empati dan keandalan.

Dalam penelitian Atika (2016) pelayanan yang konsisten adalah paling diinginkan oleh pasien rawat inap dalam arti pelayanan tersebut harus bisa diandalkan. Pelayanan yang dapat diandalkan mengandung unsur melakukan apa yang sudah

dijanjikan kepada pasien, profesional dalam melayani pasien dan ketepatan dalam memberikan informasi kepada pasien. Jika hal tersebut dapat diberikan kepada pasien, maka kepuasan pasien yang pada akhirnya akan berpengaruh pada tingginya loyalitas pasien. Dalam penelitian Supardi (2015), juga menyatakan bahwa dari aspek rehabilitas ini selain membuat pasien merasa puas, maka dampak psikologis yang akan terjadi adalah perilaku kataatan pada pasien yang akan bisa mendukung kesembuhannya.

## SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dari penelitian ini dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. komunikasi Terapeutik didapatkan hasil sebanyak 69 responden (46,3%) dengan kategori kurang baik.
2. Kualitas pelayanan perawat didapatkan hasil sebanyak 73

responden (49,0%) dengan kategori kurang baik.

3. Dari hasil penelitian didapatkan ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kualitas pelayanan perawat dari hasil uji statistik diperoleh nilai p hitung 0,004 lebih kecil dari p tabel = 0,05 ( $0,004 < 0,05$ ).

berintraksi langsung dengan pasien dan dapat belajar mengenal masalah-masalah yang ada di rumah sakit. Dengan demikian mahasiswa keperawatan dapat lebih terbiasa dan belajar langsung bagaimana cara berkomunikasi, bersikap ataupun menangani pasien dengan baik sesuai dengan etika keperawatan yang telah dipelajari.

## SARAN

Mengacu pada hasil penelitian, maka peneliti menganjurkan untuk:

Perawat merupakan ujung tombak pelayanan rumah sakit, untuk itu agar bisa lebih berupaya dalam meningkatkan pelayanan perawat profesional, ramah, ikhlas dan bermutu. Hal tersebut hendaknya dapat diadakan pelatihan secara rutin inhouse training ataupun customer service setiap 3 bulan sekali pada perawat di RSUD I.A. Moeis Samarinda. Sebagai masukan tentang pentingnya pelayanan perawat kepada pasien dalam mencapai kepuasan pasien, sehingga mahasiswa yang akan datang dapat disiapkan sebagai perawat berkualitas dengan memperbanyak waktu praktek dibandingkan teori, sehingga mahasiswa dapat

## DAFTAR PUSTAKA

- Afnuhazi, Ns.Ridhyalla. (2015). *Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan Jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Hastuti, et al (2011). *Pengantar Etika Keperawatan*. Prestasi Pustaka Publisher. Jakarta.
- Maria, W. (2015). *Hubungan Komunikasi Terapeutik Terhadap Kualitas Pelayanan Perawat (Persepsi Pasien Pada Perawat di Rumah Sakit Kusta Ponorogo Jepara)*. Program Sarjana Psikologi, Universitas Negeri Semarang.
- Pohan.I.S. (2012). *Jaminan Mutu Layanan Kesehatan*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Shanley, A. (2010). *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. EGC. Jakarta.

