

TESIS

**PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT TERHADAP
KEPUASAN PASIEN PADA INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT
Dr. H. CHASAN BOESOIRIE KOTA TERNATE**

*THE EFFECT OF NURSE TERAPEUTIC COMMUNICATIONS
ON PATIENT SATISFACTION IN INPATIENT INSTALLATION OF
dr. H. CHASAN BOESOERIE HOSPITALS, TERNATE CITY*

EKO PURWANTO



**PROGRAM MAGISTER ILMU KOMUNIKASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2021

**PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT
TERHADAP KEPUASAN PASIEN PADA INSTALASI RAWAT INAP
RUMAH SAKIT Dr. H. CHASAN BOESOIRIE KOTA TERNATE**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Ilmu Komunikasi

Disusun dan diajukan oleh

EKO PURWANTO

Kepada

SEKOLAH PASCASARJANA

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2021

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**PENGARUH KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT
TERHADAP KEPUASAN PASIEN PADA INSTALASI RAWAT INAP
RUMAH SAKIT Dr. H. CHASAN BOESOIRIE KOTA TERNATE**

Disusun dan diajukan oleh

EKO PURWANTO

E022171003

Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Ilmu Politik Fakultas
Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin
pada tanggal **07 JULI 2021**
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui

Pembimbing Utama,


Prof. Dr. Andi Alimuddin Unde, M.Si
Nip. 19620118 198702 1 001

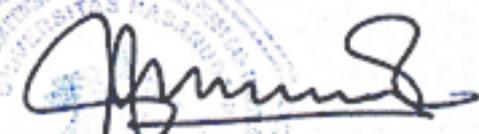
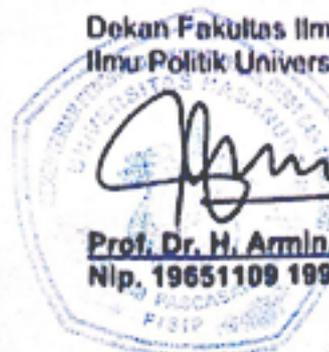
Pembimbing Pendamping,


Dr. Ir. Supratomo, M.Sc.
Nip. 19560417 198203 1 003

Ketua Program Studi
Ilmu Komunikasi,
Hasanuddin,


Dr. Muhammad Farid, M.Si
Nip. 19610716 198702 1 001

Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan
Ilmu Politik Universitas


Prof. Dr. H. Armin, M.Si
Nip. 19651109 199103 1 008


PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : EKO PURWANTO

Nomor Pokok : E022 171 003

Program Studi : Ilmu Komunikasi

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 7 Juli 2021



Eko Purwanto

PRAKATA

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Shalawat dan salam kepada Rasulullah Muhammad SAW. Penulis menyadari ketidaksempurnaan tesis ini. Namun dalam proses penelitian dan penulisan dari awal hingga akhir penulis terus berusaha semaksimal mungkin mengerahkan segala kemampuan untuk memberikan yang terbaik.

Dalam penelitian ini tentu ada banyak halangan dan rintangan yang dihadapi penulis. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terima kasih dan penghargaan sedalam-dalamnya untuk mereka yang secara ikhlas membantu, memberikan dukungan, serta turut berkontribusi dalam penyusunan tesis ini.

Pada kesempatan ini pula penulis bermaksud menyampaikan ucapan terima kasih setulusnya kepada:

1. Pertama, kepada Orang Tua tercinta Kapten TNI (Purn) Ariyanto dan Sunarmi Yanti Vally yang tidak pernah berhenti memberi dukungan moril, materil, serta doa yang selalu dipanjatkan untuk kesuksesan anak-anaknya. Sekali lagi terima kasih banyak atas semuanya.
2. Kedua, Prof. Dr. Andi Alimudin Unde, M.Si. selaku pembimbing pertama yang selalu memberikan saran dan kritik serta motivasi kepada penulis dalam penyusunan tesis.
3. Selanjutnya, Dr. Ir. Supratomo, DEA. yang bertindak sebagai

pembimbing kedua dan selalu memberikan saran dan kritik serta motivasi kepada penulis dalam penyusunan tesis. Terima kasih juga atas kesediaan dan kesabaran bapak mengajarkan penulis tentang penelitian kuantitatif.

4. Prof. Dr. Hafied Cangara, M.Sc sebagai penguji yang banyak memberikan ilmu-ilmu yang tentunya bermanfaat bagi peneliti untuk menyelesaikan penelitian ini.
5. Prof. Dr. Tuti Bahtiarti, M.Si. selaku penguji yang terus memberikan motivasi, memberikan bantuan referensi bacaan, serta senantiasa mendengar keluhan penulis dan memberikan arahan agar penelitian ini dapat segera diselesaikan.
6. Dr. Moeh. Iqbal Sultan, M.Si. selaku penguji yang memberikan masukan, spirit, dan motivasi kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.
7. Dr. H. Muhammad Farid, M.Si selaku Ketua Program Studi Ilmu Komunikasi yang senantiasa memberikan bantuan, masukan, dan motivasi kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.
8. Adik-adik yang saya cintai Dwi Adjisasmito dan Trisna Arya Candra yang selalu mendukung dan memberi semangat dalam menyelesaikan tesis ini.
9. Kepada Pimpinan Rumah Sakit dr. H. Chasan Boesoerie Kota Ternate, Kepala Instalasi Diklat, Kepala Instalasi Rawat Inap (khususnya Ruang Neorologi, Pulmonologi, Perawatan Bedah,

Interna Wanita, dan Interna Pria) yang telah mendukung dan mengizinkan Peneliti melakukan penelitian.

10. Kepada seluruh responden penelitian yang terdiri dari pasien-pasien instalasi rawat inap (khususnya Ruang Neorologi, Pulmonologi, Perawatan Bedah, Interna Wanita, dan Interna Pria) rumah sakit dr. H. Chasan Boesoerie Kota Ternate, yang telah bersedia memberikan jawaban-jawaban atas pertanyaan dari kuesioner yang Peneliti bagikan.
11. Sahabat-sahabat tercinta Abdul Onche, Ai Erffandy, dan Rifka S. Angel, terima kasih karena selalu ada dan tidak pernah lelah memberikan dukungan serta selalu menyemangati Penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.
12. Saudara seperjuangan S2, meskipun beda fakultas, Kakak Ferry Adref, terima kasih banyak atas semangat dan bantuan kakak selama ini, mulai dari awal penelitian, hingga akhirnya penelitian ini selesai.
13. Saudara tak sedarah, Kelas B Komunikasi Pasca Universitas Hasanuddin, Bunda Nurul, mamanya kita semua yang paling bijaksana, perhatian, dan penyayang, Bunda Irma yang selalu buat tersenyum, Kak Adi sang motivator dan penulis handal, Dodi yang selalu ikhlas dan tersenyum walaupun menjadi korban bully saya dan teman-teman yang lain, Kanca dan Yuni duo gadis ceria yang selalu menjadi penyemangat saat di kelas.

14. Geng Trio Garambang, adinda Cacang dan adinda Dayat yang selalu ada di saat senang dan susah, selalu siap menjadi pendengar yang baik dan maju paling depan saat penulis membutuhkan bantuan, tapi tertawa paling kencang kalau penulis lagi sengsara. Sukses selalu dimana pun kalian berada.
15. Keluarga Besar Arya Entercom, Juniarsi, Soraya, dan Evan yang telah membantu dan selalu menyemangati penulis untuk menyelesaikan penelitian ini.
16. Terakhir dan terima kasih sebesar-besarnya untuk sahabat Janisa Pascawati Lande yang telah banyak membantuan, selalu menyemangati, dan bersedia, berama kak Oji, menjadi “pembimbing ketiga” penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.

Sebagai penulis, saya sadar bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun demi penyempurnaan penelitian berikutnya. Semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan menjadi amal jariah kelak. Aamiin!

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Makassar, 7 Juli 2021

Eko Purwanto

ABSTRAK

EKO PURWANTO. *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Kepuasan Pasien pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Dr. Chasan Boesoerie Kota Ternate* (dibimbing oleh Andi Alimuddin Unde dan Supratomo).

Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh komunikasi terapeutik perawat terhadap kepuasan pasien pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Dr. H. Chasan Boesoerie Kota Ternate. Ada dua jenis variabel komunikasi terapeutik, yaitu terapeutik verbal dan nonverbal yang berfungsi sebagai variabel bebas dan kepuasan pasien sebagai variabel terikat.

Populasi penelitian adalah pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Dr. H. Chasan Boesoerie Kota Ternate pada tanggal 17 Mei 2019 – 17 Juni 2019. Pengambilan sampel menggunakan *cluster random sampling* dan *purposive sample* dengan jumlah sampel 220 responden. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan teknik analisis regresi linier berganda.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik memiliki hubungan korelasi positif dan pengaruh yang signifikan terhadap kepuasan pasien dengan tingkat kepuasan pasien mencapai 96.1%, dimana komunikasi terapeutik verbal lebih dominan terhadap kepuasan pasien dibandingkan dengan komunikasi terapeutik nonverbal.

Kata kunci: komunikasi terapeutik, perawat, kepuasan pasien



ABSTRACT

EKO PURWANTO. *The Effect of Nurses Therapeutic Communication on Patient Satisfaction in the Inpatient Installation of Dr. H. Chasan Boesoerie Hospitals, Ternate City* (supervised by **Andi Alimudin Unde** and **Supratomo**)

The aim of this research is to analyze the effect of nurse's therapeutic communication on patients' satisfaction in the inpatient installation of Dr. H. Chasan Boesoerie Hospital, Ternate City viewed from two kinds of communication variables, i.e. verbal and nonverbal therapeutic communication as independent variable and patients' satisfaction as dependent variable.

The population in this research were all patients in the inpatient installation of Dr. H. Chasan Boesoerie Hospitals, Ternate City obtained from 17 May 2019 to 17 June 2019. The sample was selected using cluster random sampling and purposive sampling techniques consisting of 220 respondents. This research used quantitative method with a multiple linear regression analysis technique.

The result of the multiple linear regression analysis indicates that therapeutic communication has a positive correlation and strongest significant effect with 96.1% of patients' satisfaction level. Also, verbal therapeutic communication is more dominant to patients' satisfaction level than nonverbal therapeutic communication.

Key words: therapeutic, communication, nurses, patient satisfaction.



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGANTAR	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
PRAKATA	v
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xxi
I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
D. Manfaat Penelitian	9
E. Ruang Lingkup Penelitian	10
F. Sistematika Penulisan	11

II.	TINJAUAN PUSTAKA	13
A.	Kajian Konsep	13
1.	Konsep Komunikasi Kesehatan	13
2.	Komunikasi Terapeutik	15
2.1.	Jenis – jenis Komunikasi Terapeutik	20
2.2.	Tahapan Komunikasi Terapeutik	23
2.3.	Hubungan Komunikasi Interpersonal Dengan Komunikasi terapeutik	28
2.4.	Efektifitas Komunikasi Terapeutik	30
2.5.	Kerangka Pengalaman Pasien dalam Komunikasi Terapeutik	31
3.	Konsep Rumah Sakit, Instalasi Rawat Inap, dan Perawat	37
3.1.	Rumah Sakit	37
3.2.	Instalasi Rawat Inap	40
3.3.	Perawat	44
4.	Konsep Kepuasan Pasien	49
4.1.	Kepuasan Pasien	49
4.2.	Indikator Kepuasan Pasien	51
4.3.	Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kepuasan Pasien	52
5.	Model Transaksional dan Schramm 2 pada Komunikasi Terapeutik	54
5.1.	Model Transaksional	55
5.2.	Model Schramm 2	59

B. Kajian Teori	60
1. Teori Komunikasi Persuasi McGuire	60
2. Assimilation – Contrast Theory	61
C. Matriks Penelitian Terdahulu	62
D. Kerangka Konsep	63
E. Kerangka Variabel	63
F. Hipotesis	64
G. Definisi Operasional	65
III. METODE PENELITIAN	71
A. Rancangan Penelitian	71
B. Lokasi Penelitian dan Waktu	72
C. Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling	72
D. Instrumen Pengumpulan Data	76
E. Analisis Data	77
VI. HASIL DAN PEMBAHASAN	82
A. Hasil Penelitian	82
1. Deskripsi Lokasi Penelitian	82
2. Deskripsi Responden	104
3. Kerangka Pengalaman Pasien	108
4. Komunikasi Terapeutik di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	116
5. Hubungan Antara Kerangka Pengalaman Pasien Dengan Tingkat Kepuasan Pasien	119

6. Uji Validitas dan Reliabilitas	125
7. Hubungan Antar Variabel-Variabel Penelitian	128
8. Hubungan & Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Kepuasan Pasien	131
9. Uji Hipotesis	146
B. Pembahasan	149
1. Komunikasi Terapeutik Perawat dan Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	150
2. Hubungan Komunikasi Terapeutik (Verbal dan Nonverbal) terhadap Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	154
3. Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Tingkat Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	164
C. Keterbatasan Penelitian	166
V. KESIMPULAN & SARAN PENELITIAN	167
A. Kesimpulan	167
B. Saran	168
DAFTAR PUSTAKA	170

LAMPIRAN	178
Lampiran 1: Surat Ijin Penelitian	179
Lampiran 2: Kuesioner	183
Lampiran 3: Data Responden Pasien	188
Lampiran 4: Data Primer SPSS	197
Lampiran 5: Tabel R	223
Lampiran 6: Dokumentasi Penelitian	224

DAFTAR TABEL

Nomor		Halaman
1.	Matriks Penelitian Terdahulu	62
2.	Devinisi Operasional	65
3.	Data Rata-rata Pasien Perbulan di Tahun 2018	73
4.	Besar Sampel Masing-masing Ruangan Instalasi Rawat Inap	75
5.	Penyakit Terbanyak pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate Tahun 2019	89
6.	Penyakit Terbanyak pada Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate Tahun 2019	89
7.	Data Jumlah Perawat RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	98
8.	Jumlah Pasien Masuk dan Keluar Per Ruangan Periode Januari S/D Desember 2018	104
9.	Besar Sampel Masing-masing Ruangan Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	105
10.	Deskripsi Kuesioner Penelitian	106
11.	Jenis Kelamin Responden	106
12.	Data Umur Responden	107
13.	Data Agama Responden	108

14.	Data Latar Belakang Etnis Pasien RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	109
15.	Data Bahasa/Dialek Pasien RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	110
16.	Data Latar Belakang Pendidikan Pasien RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	111
17.	Data Tingkat Kemampuan Kognitif Pasien RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	112
18.	Data Pengetahuan Tentang Gejala Penyakit Yang Diderita Oleh Pasien RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	113
19.	Data Tingkat Pemahaman Pasien Atas Informasi Yang Diterima Dari Perawat RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	114
20.	Data Tingkat kemampuan Pasien untuk menyimpulkan Informasi yang Diterima dari perawat RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	115
21.	Data Tingkat Kondisi Emosi Pasien RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	116
22.	Data Frekuensi Komunikasi Terapeutik Verbal RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	117
23.	Data Frekuensi Komunikasi Terapeutik Nonverbal RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	118

24.	Data Frekuensi Kepuasan Pasien Terhadap Komunikasi Terapeutik Verbal RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	118
25.	Tabel Silang Latar Belakang Etnis Pasien Dan Kepuasan Pasien RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	120
26.	Tabel silang Bahasa Yang Digunakan Pasien Dan Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	121
27.	Tabel Silang Pendidikan Yang Digunakan Pasien Dan Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	122
28.	Tabel Silang Kognitif Pasien Dan Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	123
29.	Tabel Silang Kondisi Emosi Pasien Dan Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	124
30.	Hasil Uji Validitas X	126
31.	Hasil Uji Validitas Y	127
32.	Hasil Uji Reliabilitas	128
33.	Korelasi Antar Variabel Penelitian	129
34.	Coefficients ^a Korelasi Variabel	130
35.	Tabel Silang “Jelas dan Ringkas” Dengan Tingkat Kepuasan Pasien di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	132

36.	Tabel Silang “Denotatif dan Konotatif” Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	134
37.	Tabel Silang “Selaan Dan Kesempatan Bicara” Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	135
38.	Tabel Silang “Waktu Dan Relevansi” Dengan Tingkat Kepuasan Pasien di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	136
39.	Tabel Silang “Komunikasi Terapeutik Verbal Perawat” Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	137
40.	Tabel Silang “Metakomunikasi” Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	138
41.	Tabel Silang “Touching - Thermal” Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	139
42.	Tabel Silang “Paralanguage” Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	140
43.	Tabel Silang “Penampilan Personal” Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	141

44. Tabel Silang “Komunikasi Terapeutik Nonverbal Perawat”
Dengan Tingkat Kepuasan Pasien di RSUD Dr. H. Chasan
Boesoirie Kota Ternate 142
45. Tabel silang Komunikasi Terapeutik Perawat dengan
Tingkat Kepuasan Pasien di RSUD Dr. H. Chasan
Boesoirie Kota Ternate 143
46. Model Summary Regresi Linier Berganda 145

DAFTAR GAMBAR

Nomor		Halaman
1.	Model Komunikasi Transaksional	56
2.	Model Komunikasi Schramm 2	59
3.	Kerangka Konsep Penelitian	63
4.	Kerangka Variabel Penelitian	63
5.	Peta Maluku Utara	83
6.	Logo Provinsi Maluku Utara	92

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Berhasil dan tidaknya sebuah rumah sakit, bukan hanya terletak pada fasilitas yang lengkap, tetapi juga sumber daya manusia yang menjadi elemen utama terhadap pelayanan yang diberikan kepada pasien. Jika element tersebut tidak berfungsi dengan baik, maka akan berpengaruh besar pada tingkat kepuasan yang pada akhirnya juga akan berpengaruh pada kepercayaan pasien terhadap rumah sakit tersebut. Padahal, seperti yang kita ketahui bahwa kepercayaan pasien adalah aset yang paling berharga dalam perkembangan industri rumah sakit.

Kebutuhan utama pasien bukan hanya pada fasilitas yang memadai, obat-obatan yang lengkap, tetapi juga sikap cepat tanggap terhadap keluhan pasien yang membuat mereka merasa nyaman saat berada di rumah sakit tersebut. Untuk itu, pelayanan prima sebuah rumah sakit, sudah tentu menjadi hal yang paling utama. Pelayanan prima ini akan tercapai jika setiap SDM-nya memiliki ketrampilan khusus, seperti memahami dengan baik produk rumah sakit, memiliki sikap ramah dan bersahabat, memiliki ketrampilan khusus, responsif terhadap semua pasien tanpa dibeda-bedakan, serta memiliki kemampuan komunikasi efektif dan profesional dalam menanggapi keluhan pasien.

Selain itu, kepercayaan pasien terhadap sebuah rumah sakit juga ditentukan oleh kualitas pelayanan yang diberikan oleh seluruh staf dan karyawan rumah sakit. Kualitas pelayanan yang baik adalah memenuhi kebutuhan pasien dengan baik, dengan menggunakan persepsi pasien sebagai penerima pelayanan. Hal ini dimulai sejak dari pertama kali pasien datang, hingga meninggalkan rumah sakit. Pelayanan ini pun oleh standar operasional didasarkan pada 4 prinsip *Service Quality*, yaitu kecepatan, ketepatan, keramahan, dan kenyamanan (Tjiptono, 2011).

Untuk memenuhi 4 prinsip diatas, maka kemampuan berkomunikasi dari profesi petugas perawat menjadi hal utama yang harus dipenuhi. Para perawat, tidak hanya diharuskan memiliki kemampuan medis, tetapi juga memiliki kemampuan dalam berkomunikasi yang efektif dan mudah dipahami oleh pasien. Mulyana dalam tulisannya Urgensi Komunikasi Kesehatan Indonesia (Mulyana dkk, 2018) menekankan bahwa salah satu bentuk upaya peningkatan pelayanan profesional medis yaitu dengan meningkatkan ketrampilan komunikasi mereka dan memahami faktor-faktor sosial budaya yang mempengaruhi komunikasi mereka dengan pasien.

Dalam menjalankan komunikasi yang efektif sebagai salah satu sistem pelayanan rumah sakit, diperlukan adanya strategi perencanaan untuk memanfaatkan sumber daya manusia agar dapat efisien dan efektif. Menurut Johnson, Scholes, dan Whittington (2005), strategi adalah langkah-langkah jangka panjang yang direncanakan, meliputi arah dan ruang lingkup sebuah organisasi atau suatu lembaga demi mencapai

keuntungan melalui konfigurasi sumber daya, demi memenuhi kebutuhan pasar atau kepentingan organisasi. Dalam hal ini, konfigurasi yang dimaksud adalah konfigurasi antara kemampuan medik seorang perawat dengan kemampuan komunikasinya.

Kemampuan komunikasi yang harus dimiliki dititik beratkan pada penyampaian pesan terhadap pasien. Pesan tersebut dapat berupa informasi, himbauan, keterangan, ajakan, bahkan provokasi dan hasutan. Dari pesan inilah, proses komunikasi dimulai antara pemberi pesan dan penerima pesan. Raymond Ross (dalam Mulyana, 2005) mengatakan bahwa komunikasi merupakan proses memilih, menyortir, dan mengirimkan simbol-simbol agar membantu penerima pesan dalam memberikan respon atau memaknai hal yang sama dengan apa yang dimaksudkan oleh si pemberi pesan. Selain itu, Carl I Hovland (dalam Mulyana, 2005) juga menyatakan tentang pengertian komunikasi yang merupakan suatu proses seseorang menyampaikan suatu ransangan, baik dalam bentuk verbal dan juga nonverbal, untuk mengubah perilaku komunikannya.

Dari uraian diatas, maka komunikasi dalam lingkup kesehatan adalah proses menyampaikan pesan kepada pasien, baik secara verbal maupun nonverbal, dengan harapan munculnya efek dari penerima pesan, seperti motivasi, tanggapan balik, mengeluarkan pendapat, mengubah sikap dan perilaku, baik secara langsung ataupun tidak langsung, dimana efek yang dihasilkan tergantung pada isi pesan dan cara menyampaikan pesan serta suasana komunikasi tersebut terjadi. Keberhasilan dalam proses

komunikasi pun akan terwujud ketika tidak terdapat kesenjangan pemahaman antara komunikator dengan pasien.

Di dalam bidang komunikasi kesehatan, dikenal istilah komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan secara sadar oleh petugas kesehatan atau paramedis yang bertujuan untuk memberikan motivasi demi kesembuhan pasien (Purwanto H, 1998). Hubungan antara petugas kesehatan dengan pasien dapat terjalin baik jika komunikasi terapeutik yang diterapkan sesuai dengan tahapan dari komunikasi terapeutik. (Stuart and Sundeen, 1998). Komunikasi terapeutik berfokus pada kebutuhan khusus pasien melalui pertukaran informasi yang efektif, serta kemampuan dalam menggunakan teknik komunikasi terapeutik akan membuat perawat mengetahui dengan jelas kebutuhan pasien, memahami, dan berempati, serta akan memenuhi standar perawatan pasien (Sheila & Videbeck, 2011).

Iskander (2007) dalam jurnalnya menjelaskan bahwa tanpa komunikasi yang baik, maka tenaga kesehatan tidak akan mampu mengetahui kebutuhan pasien sehingga dapat menimbulkan ketidaksesuaian pemenuhan hak pasien, yang pada akhirnya akan menyebabkan hasil kesehatan pasien yang buruk. Bahkan, komunikasi yang buruk dapat menimbulkan kesalahan tindakan medis (O'Daniel dan Rosenstein, 2008). Joint Commision's (dalam Smith, 2012) juga menerangkan bahwa komunikasi yang buruk adalah salah satu akar penyebab dari 61% kejadian sentimentil pada tahun 2011. Selain itu juga

terdapat laporan dari penelitian lainnya yang menyatakan tentang rendahnya tingkat interaksi antara perawat dengan pasien (Bowers et al, 2009), diantaranya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Whittington dan McLaughlin di tahun 2000 yang menyebutkan hanya terdapat 7% dari waktu yang dihabiskan perawat untuk berinteraksi dengan pasien, serta penelitian dari Hurst *et al* (dalam Bowers et al, 2009) di tahun 2004 yang menyatakan bahwa hanya 4% dari waktu yang tersedia digunakan oleh perawat dalam interaksinya dengan pasien. Rendahnya tingkat interaksi perawat dengan pasien berkebalikan dengan kebijakan dari pusat audit *Healthcare Commission* (2008), yang memberikan waktu minimal 15 menit bagi perawat untuk berinteraksi dengan pasien per shift. Hal-hal tersebutlah yang kemudian menjadi landasan alasan ilmiah penelitian ini dilakukan oleh peneliti.

Dalam lingkup profesi perawat, komunikasi terapeutik menjadi hal yang sudah diajarkan semenjak perawat berada di bangku pendidikan keperawatan. Selain itu, pembelajaran di *Skills lab* adalah metode yang digunakan dalam mempelajari berbagai ketrampilan klinik, misalnya komunikasi, prosedur terapi, dan diagnosis. *Skills lab* memegang peranan penting dalam pencapaian kompetensi ketrampilan, salah satunya adalah ketrampilan berkomunikasi (Widyandana, 2009).

Objective Structured Clinical Examination (OSCE) adalah metode yang digunakan untuk membangun penilaian formatif komunikasi residen dan ketrampilan komunikasi interpersonal, instrument evaluasi, grafik

indikator ujian lisan, standar pemeriksaan pasien, dan *in-training Examination* (ITE) yang secara umum digunakan untuk menilai pengetahuan medis dan perawatan pasien. Dimana mahasiswa keperawatan harus mampu mendemonstrasikan pengetahuan komunikasi terapeutik dan ketrampilan berkomunikasi sebelum dinyatakan lulus (Boykins, 2014). Ini lah yang membuat peneliti berasumsi bahwa semua tenaga profesional paramedik (baik dokter maupun perawat) wajib memiliki pengetahuan komunikasi terapeutik.

Fenomena yang terjadi Di Kota Ternate, Maluku Utara, berdasarkan observasi awal dari peneliti kepada sejumlah pasien, terdapat beberapa keluhan masyarakat mengenai buruknya pelayanan petugas kesehatan terutama dari segi komunikasinya dengan pasien. Keluhan tersebut diantaranya adalah perawat yang kurang ramah saat berkomunikasi dengan pasien, perawat yang sering memarahi pasien yang mengeluh kesakitan atau berteriak kesakitan, dan perawat yang tidak menginformasikan tentang proses pengobatan dan manfaatnya kepada pasien.

Sebelumnya oleh Aswad (dalam Aswad dkk, 2015), Mahasiswa program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, yang meneliti tentang hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan kepuasan pasien di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD dr. H. Chasan Boesoerie Ternate, Maluku Utara kepada 80 responden (pasien IGD). Penelitian ini menemukan bahwa terdapat 71 responden (88,8%)

menyatakan bahwa komunikasi terapeutik perawat IGD RSUD dr. H. Chasan Boesoerie Ternate, Maluku Utara berjalan dengan baik, dan terdapat 9 responden (11,2%) menyatakan tidak baik. Nurnainah (2015), mahasiswi Magister Ilmu Keperawatan UNHAS, dalam tesisnya yang berjudul “Hubungan Kompetensi Komunikasi Interpersonal Perawat Terhadap Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Labuang Baji, Makassar”, melakukan pendekatan Komunikasi Interpersonal Perawat untuk mengukur kepuasan pasien. Hasil penelitiannya menyatakan bahwa terdapat 66.1% responden yang merasa puas dengan pelayanan perawat. Penelitian lainnya yaitu mengenai komunikasi terapeutik perawat terhadap kepuasan pasien juga pernah dilakukan oleh Oktavy Budi (2012), mahasiswa Magister Manajemen, Universitas Muhammadiyah Surakarta, dengan judul tesisnya “Analisa Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan RSUD Karanganyar. Hasil penelitiannya menemukan bahwa tahap yang paling berpengaruh dalam komunikasi terapeutik perawat terhadap kepuasan pasien adalah pada tahap orientasi.

Hasil ketiga penelitian tersebut menggambarkan adanya hubungan dan pengaruh yang signifikan dari komunikasi terapeutik dan komunikasi kesehatan interpersonal terhadap kepuasan pasien. Akan tetapi, memiliki kesenjangan data dengan hasil temuan awal Peneliti yang didapat dari data pada tahun 2017, Ombudsman RI Perwakilan Maluku Utara, menyatakan bahwa RSUD Dr. H. Chasan Boesoerie Ternate, sebagai salah satu RSUD

milik Pemprov Maluku yang paling banyak dikeluhkan masyarakat terkait pelayanan terhadap pasien. Hampir dalam setiap bulannya terdapat kurang lebih 21 keluhan terkait buruknya pelayanan RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie yang disampaikan melalui media cetak lokal, dan jumlah ini belum termasuk keluhan yang dilaporkan secara langsung kepada Ombudsman Maluku Utara. Kebanyakan dari warga Ternate kebanyakan mengeluhkan tentang pelayanan perawat dan komunikasi perawat yang kurang ramah. (<https://ambon.antaranews.com>, 26 November 2017).

Hal tersebut lah yang membuat Peneliti tertarik untuk mengembangkan penelitian dengan objek dan variabel yang berbeda, yaitu **“Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Pada Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate,”** sebagai tindak lanjut dari penelitian-penelitian sebelumnya.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan dengan latar belakang masalah tersebut, maka masalah penelitian yang akan dijawab oleh penelitian ini adalah:

1. Bagaimana hubungan Komunikasi Terapeutik (verbal dan nonverbal) Perawat terhadap Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate?
2. Bagaimana Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat terhadap Kepuasan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate?

C. Tujuan Penelitian

Selain itu, agar penelitian ini menjadi lebih terarah, maka perlu ditetapkan tujuan penelitian, yaitu:

1. Untuk menganalisis seberapa besar hubungan komunikasi terapeutik baik verbal dan nonverbal perawat terhadap pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesorie Kota Ternate.
2. Untuk menganalisis seberapa besar pengaruh komunikasi terapeutik perawat terhadap kepuasan pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesorie Ternate.

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa kegunaan, yaitu:

1. Bagi Rumah Sakit, dengan adanya penelitian ini, diharapkan agar menjadi masukan bagi rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan dalam bentuk komunikasi terapeutik yang efektif oleh setiap perawat di instalasi rawat inap rumah sakit Chasan Boesori Ternate kepada para pasiennya. Sehingga dapat menjadi acuan bagi rumah sakit lainnya dalam hal menyediakan pelayanan kesehatan yang dapat meningkatkan kepuasan pasien.
2. Bagi Perawat Rumah Sakit, penelitian ini juga diharapkan dapat berguna bagi para penyelenggara pelayanan kesehatan, khususnya perawat rumah sakit Chasan Boesori Ternate, agar

sadar akan pentingnya penerapan komunikasi terapeutik yang menjadi salah satu tugas utama seorang perawat dalam membantu proses penyembuhan pasien.

3. Bagi Peneliti, penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu bentuk pembuktian teori komunikasi dalam bidang komunikasi kesehatan yang lebih spesifik pada aspek komunikasi terapeutik, sehingga kedepannya, Peneliti dapat mengembangkannya dalam memberikan pelatihan-pelatihan terkait komunikasi kesehatan, khususnya pada komunikasi terapeutik.
4. Bagi Akademik, Peneliti juga berharap agar penelitian ini dapat berguna dibidang akademisi, yaitu dapat menjadi acuan atau referensi tambahan untuk mengkaji tentang permasalahan komunikasi terapeutik oleh peneliti lainnya.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Tinggi rendahnya kepuasan pasien di dalam layanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai macam faktor. Dalam penelitian ini, Peneliti membatasi pada bentuk komunikasi terapeutik perawat dan bagaimana tingkat kepuasan pasien atas komunikasi terapeutik yang dijalankan oleh perawat. Untuk itu penelitian ini tidak akan membahas topik diluar hal tersebut.

F. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan penelitian ini, penulis membuat sistematika penulisan sebagai berikut:

1. Bab I Pendahuluan, berisi tentang uraian latar belakang masalah yang mendasari pentingnya diadakan penelitian, dimana komunikasi terapeutik merupakan hal yang utama dalam proses penyembuhan dan pemulihan pasien selain tindakan medis. Terdapat pula beberapa rumusan masalah yang menjadi pertanyaan dalam penelitian ini, tujuan dan manfaat penelitian, serta ruang lingkup yang menjadi batasan penelitian ini.
2. Bab II Tinjauan Pustaka, membahas tentang konsep komunikasi kesehatan, komunikasi terapeutik perawat, konsep dasar dari rumah sakit, instalasi rawat inap, dan perawat, konsep kerangka pengalaman perawat dan pasien, serta membahas pula tentang konsep kepuasan pasien. Bab ini juga membahas tinjauan teori yang menjadi acuan penelitian ini, yaitu **Teori Komunikasi Persuasif McGuire** dan teori ***Assimilation-Contrast Theory (Contrast Theory)***, Terdapat pula beberapa penelitian terdahulu yang dianggap relevan, kerangka konseptual penelitian, hipotesis awal Peneliti, serta definisi operasional dari variabel-variabel penelitian.
3. Bab III Metode Penelitian, Membahas tentang rancangan penelitian yang menggunakan metode kuantitatif, lokasi dan waktu penelitian, populasi, sampel, dan teknik sampling penelitian, instrument

pengumpulan data, serta teknik analisis data penelitian yang terdiri dari analisis *Regresi Linier Berganda*.

4. Bab IV Hasil Penelitian, Berisi tentang uraian hasil analisis data penelitian dengan menggunakan SPSS dan pembahasannya.
5. Bab V Kesimpulan dan Saran, Berisikan uraian pokok-pokok kesimpulan dari hasil penelitian ini, serta saran dari penelitian mengenai komunikasi terapeutik perawat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Konsep

1. Konsep Komunikasi Kesehatan

Komunikasi pada dasarnya merupakan konsep dasar manusia sebagai makhluk sosial yang membutuhkan interaksi antara satu dengan yang lainnya. Proses interaksi ini yang dinamakan proses komunikasi. Menurut Harrold D. Lasswell (dalam Cangara, 2014), proses komunikasi adalah bentuk interaksi antara siapa (Komunikator), menyampaikan apa (Pesan), melalui saluran apa (Media), kepada siapa (Komunikan), dan timbal balik yang ditimbulkan (Efek). Sama halnya dengan Duldt-Betty (dalam Suryani dan Machfoed, 2006), yang mengartikan komunikasi sebagai proses adaptasi pertukaran ide, makna, perasaan, dan perhatian yang bersifat dinamis antara komunikator dan komunikan, baik antar dua orang atau lebih, yang terjadi dalam interaksi tatap muka.

Konsep komunikasi kesehatan merupakan bagian dari komunikasi antar manusia yang memiliki fokus pada bagaimana seseorang dalam sebuah kelompok atau masyarakat, menghadai isu-isu terkait kesehatan serta berupaya untuk memelihara kesehatannya (Northouse dalam Notoatmodjo, 2005). Fokus utama dalam komunikasi kesehatan adalah adanya transaksi yang spesifik yang berhubungan dengan isu-isu kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi transaksi tersebut.

Transaksi yang dimaksud adalah transaksi yang terjadi antara sesama petugas kesehatan, antara petugas kesehatan dengan pasien, dan antara pasien dengan keluarga pasien, menjadi perhatian utama dalam komunikasi kesehatan. Komunikasi kesehatan menjadi suatu upaya untuk meningkatkan pelayanan profesional medis kepada masyarakat serta memahami faktor-faktor sosial budaya yang dapat mempengaruhi komunikasi tenaga medis profesional dengan pasien (Mulyana dkk, 2018).

Komunikasi kesehatan merupakan usaha yang sistematis untuk mempengaruhi perilaku kesehatan individu dan komunitas secara positif, menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi baik interpersonal, maupun komunikasi massa. Menurut *Health Communication Partnership's M/MC Health Communication Materials Database* (2008), Komunikasi kesehatan adalah seni dan teknik pemberian informasi kesehatan yang bertujuan untuk mempengaruhi dan memotifasi individu, mendorong lahirnya lembaga atau institusi baik sebagai bentuk peraturan atau organisasi dalam masyarakat yang mengatur perhatian terhadap kesehatan. Komunikasi kesehatan meliputi informasi tentang pencegahan penyakit, promosi kesehatan, kebijakan pemeliharaan kesehatan, regulasi bisnis dalam bidang kesehatan, yang dapat berperan aktif untuk mengubah dan memperbaiki kualitas individu dalam suatu masyarakat dengan mempertimbangkan aspek ilmu pengetahuan dan etika (Liliweri, 2007). Ia juga memberikan pemahaman tentang komunikasi kesehatan sebagai studi yang mempelajari bagaimana cara menggunakan strategi komunikasi untuk

menyebarkan informasi kesehatan yang bertujuan untuk mempengaruhi individu dan komunitas agar dapat membuat keputusan yang tepat, berkaitan dengan pengelolaan kesehatan (Liliweri 2008).

2. Komunikasi Terapeutik

Salah satu bentuk komunikasi kesehatan dikenal dengan sebutan komunikasi terapeutik yang diasumsikan sebagai salah satu cara efektif untuk mempengaruhi tingkah laku serta memotivasi pasien, dan juga bermanfaat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan di rumah sakit, sehingga proses komunikasi dapat dikembangkan secara terus menerus (Kariyo, 1998).

Penting untuk diketahui bahwa tidak hanya gejala penyakit yang ditemukan oleh profesional medis akan tetapi cara pasien menjelaskan gejala penyakitnya baik secara verbal maupun nonverbal (Mulyana dkk, 2018). Dengan proses komunikasi terapeutik, perawat bisa mendapatkan penjelasan dan gambaran yang jelas dari pasien mengenai keluhan tentang penyakit yang diderita oleh pasien yang sedang dirawat, yang selanjutnya digunakan sebagai acuan tindakan medis yang akan dilakukan, dengan harapan tindakan tersebut sesuai dengan gejala penyakit yang dikeluhkan oleh pasien, sehingga dapat mempercepat proses penyembuhan (Muhith & Siyoto, 2018). Maka dalam bentuk komunikasi terapeutik, perawat bertugas untuk mencari tahu secara mendalam tentang apa saja yang dirasakan oleh pasien terkait penyakit yang dideritanya. Pasien menjadi terbuka dan tidak

ragu untuk memberitahukan apa yang dirasakan olehnya, bahkan hingga ke bagian tubuh paling pribadi. Muhith & Siyoto (2018) juga menambahkan bahwa proses komunikasi terapeutik merupakan proses dimana perawat melakukan pengkajian, menentukan rencana tindakan, melakukan rencana tindakan tersebut, dan juga melakukan evaluasi atau tinjauan ulang pada kondisi pasien setelah melakukan tindakan medis.

Komunikasi terapeutik menjadi sebuah jalan bagi penyelenggara kesehatan dalam membangun komunikasi interpersonal dengan pasien, untuk memberikan pelayanan komunikasi kesehatan dengan tujuan membantu proses pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik sejatinya ditujukan untuk proses terapi pemulihan, sehingga dalam prakteknya, komunikasi terapeutik digunakan dalam lingkup yang terbatas (Keliat, 1996).

Stuart G.W (dalam Muhith & Siyoto, 2018), juga menambahkan bahwa komunikasi terapeutik bukan hanya berfokus pada cara perawat untuk mendapatkan informasi mendalam mengenai penyakit pasien, tetapi lebih dari itu, yaitu untuk mempelajari individu pasien serta pengalaman emosionalnya. Dimana, sikap terbuka yang ditunjukkan oleh perawat akan memancing timbulnya sikap terbuka dari pasien. Muhith & Siyoto dalam bukunya “Aplikasi Komunikasi Terapeutik: Nursing & Health” (2018), mengemukakan tentang hal-hal yang menjadi prinsip komunikasi terapeutik, yaitu:

- a. Orientasi komunikasi terdapat pada proses percepatan kesembuhan.

Perawat yang mengajak pasien untuk mendiskusikan seputar penyakitnya dan membahas tentang bagaimana langkah-langkah yang dapat mendukung kesembuhannya, membuat pasien lebih merasa diayomi oleh perawat tersebut sehingga dapat mengurangi kecemasan pasien dan memotivasi pasien untuk cepat sembuh. Namun, perawat juga harus menghindari kebuntuan dalam komunikasi seperti *Resistens*, *Transferens*, *Kontratransferens*, dan pelanggaran batas *privasi*.

- b. Bentuk komunikasi yang terstruktur dan terencana.

Sebelum melakukan proses komunikasi dengan pasien, perawat sudah memikirkan sebelumnya apa saja yang akan disampaikan kepada pasien, bagaimana cara menyampaikan, serta tahapan yang perlu dilakukan agar pasien tidak mengalami bias komunikasi. Untuk itu dibutuhkan strategi komunikasi terapeutik yang baik.

- c. Konteks komunikasi terjadi pada topik, ruang dan waktu.

Proses komunikasi yang dilakukan oleh perawat kepada pasiennya tentu tidak gampang. Perawat sejak awal sudah harus mengetahui apa saja topik yang akan dibahas seputar keluhan penyakitnya. Berbeda pasien, maka berbeda pula jenis topik yang diangkat untuk memulai proses komunikasi, sehingga perawat harus

memiliki ketrampilan mengadaptasi diri dengan pasien yang berbeda-beda cara untuk berhubungan dan berkomunikasi. Selain itu, perawat juga harus memperhatikan ruang dan waktu terjadinya proses komunikasi tersebut. Hal ini dapat meningkatkan kepercayaan pasien terhadap perawat, dan tidak segan untuk berbicara jujur tentang penyakit yang diderita oleh mereka.

- d. Kerangka pengalaman pasien merupakan kerangka utama dari komunikasi.

Kerangka pesan yang akan dibuat oleh perawat tentunya juga harus memperhatikan kerangka pengalaman pasien, ada baiknya jika kerangka pengalaman antara perawat dengan pasien memiliki kesamaan agar tujuan dari proses komunikasi dapat dicapai dengan baik. Kerangka pengalaman ini dapat berupa latar belakang budaya, tingkat pendidikan, kemampuan kognitif, serta kondisi psikologis dari lawan bicara yang juga perlu untuk diperhatikan, dalam hal ini, perawat harus pandai membaca seperti apa keadaan emosional pasiennya sehingga perawat tersebut dapat menempatkan diri dalam berinteraksi, serta mampu menjawab pertanyaan terbuka yang diberikan oleh pasien.

- e. Dibutuhkan keterlibatan yang maksimal dari pasien dan keluarga dalam proses komunikasi.

Hal ini terkait dengan prinsip ke empat sebelumnya, latar belakang pasien tentunya berpengaruh pada proses komunikasi

yang terjadi. Namun pada prinsip ini lebih ditekankan pada latar belakang keluarga dan lingkungan dimana pasien bersosialisasi sebelumnya. Pada proses komunikasi yang terjadi antara perawat dengan pasien, komunikasi dengan keluarga juga menjadi poin utama agar komunikasi terapeutik yang terjalin mampu diterima oleh pasien dan keluarganya. Perhatian pada kapasitas dan kapabilitas pasien dan keluarga harus dipikirkan, karena dalam proses mempercepat kesembuhan tidak hanya diwujudkan oleh pasien, tetapi juga keluarga pasien turut andil dalam melakukan hal yang dapat mempercepat kesembuhan pasien.

f. Menggunakan keluhan utama pasien sebagai pijakan komunikasi.

Sikap dan tindakan medis dari perawat tentunya tergantung pada pesan dari pasien tentang keluhan atas penyakitnya, dimana keluhan utama yang akan disampaikan oleh pasien adalah hal yang paling dirasakan oleh dirinya terkait penyakitnya, dengan harapan agar keluhan tersebut menjadi hal yang akan pertama kali ditindak oleh perawat. Perawat harus jeli dalam menggunakan keluhan utama tersebut dan mengaitkannya dengan data tambahan yang menyertai keluhan utama pasien untuk kemudian menentukan tindakan medis yang harus dilakukan.

2.1. Jenis-jenis Komunikasi Terapeutik

Terdapat dua jenis komunikasi yang dapat dimanifestasikan secara terapeutik yaitu verbal dan non verbal, yang akan dijelaskan berikut ini (Purba, 2003)

a. Komunikasi Verbal

Jenis komunikasi verbal adalah komunikasi yang paling sering digunakan dalam pelaksanaan tugas keperawatan di rumah terutama pada saat berbicara tatap muka dengan pasien. Komunikasi verbal biasanya lebih akurat dan tepat waktu serta kata-kata yang digunakan adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide atau perasaan, dan membangkitkan respon emosional. Keuntungan dalam komunikasi verbal tatap muka yakni memungkinkan munculnya respon dari komunikasi secara langsung. Komunikasi verbal yang efektif meliputi:

1. Jelas dan ringkas, dimana komunikasi yang efektif harus lebih sederhana, pendek, tidak bertele-tele, dan langsung sasaran. Kejelasan bisa dicapai yaitu dengan berbicara secara lambat dan dengan pengucapan yang jelas, bila perlu ulangi bagian penting dari pesan yang disampaikan.
2. Perbendaharaan kata, komunikasi verbal tidak akan berhasil jika seorang komunikator tidak dapat menerjemahkan kata dan ucapan dengan baik. Istilah teknis yang digunakan dalam medis tentu tidak dapat dimengerti oleh pasien, sehingga perawat harus jeli menggunakan istilah yang mudah dimengerti oleh pasien.

3. Denotatif dan konotatif, memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan (denotatif) atau menyampaikan pikiran, perasaan, dan ide yang terdapat dalam suatu kata (konotatif). Ketika berkomunikasi dengan pasien, perawat harus berhati-hati dan pandai dalam memilih kata sehingga tidak mudah untuk disalah tafsirkan, terutama saat menjelaskan mengenai tahapan tindakan pengobatan dan juga kondisi pasien.
4. Selaan dan kesempatan dalam berbicara, Mengatur tempo atau kecepatan dalam berbicara juga menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Perawat sebaiknya meberikan kesempatan bagi pasien untuk menjelaskan hal-hal yang dirasakan terkait penyakit yang diderita, sehingga perawat dapat menggunakan hal tersebut sebagai bahan referensi pengambilan keputusan untuk tindakan pengobatan.
5. Waktu dan relefansi, memperhatikan waktu berbicara juga sangat penting agar komunikan dapat menangkap pesan dengan baik. Misalnya saat pasien sedang merintih kesakitan, maka bukan waktunya untuk menjelaskan. Pesan disampaikan secara jelas dan singkat tetapi jika waktunya tidak tepat maka akan menghalangi penerimaan pesan yang akurat dari pasien. Untuk itu, perawat harus peka terhadap waktu untuk berkomunikasi dengan pasien.

b. Komunikasi Non-Verbal

Penyampaian pesan tanpa menggunakan kata-kata atau komunikasi non verbal adalah cara yang paling meyakinkan untuk menyampaikan pesan kepada lawan bicara. Perawat harus menyadari pesan verbal dan nonverbal yang disampaikan pasien mulai saat penggalan informasi tentang gejala penyakit yang dialami pasien, hingga evaluasi pengobatan yang telah dilakukan. Hal ini karena pesan non verbal merupakan penambahan makna dari pesan verbal.

Liliweri (2004), membagi komunikasi nonverbal ke dalam empat bagian, yaitu:

1. Kinesik: merupakan pesan non verbal yang meliputi bahasa isyarat tubuh atau anggota tubuh. Perawat perlu memperhatikan bahwa komunikasi verbal yang digunakan untuk menyampaikan pesan kepada pasien harus dilengkapi dengan bahasa isyarat yang merupakan bentuk komunikasi non verbal.
2. Haptik: memiliki arti bahwa tidak ada jarak antara dua orang saat berkomunikasi. Atas dasar hal tersebut maka ahli komunikasi non verbal mengatakan bahwa haptik berupa menepuk-nepuk, meraba, memegang, mengelus, atau mencubit. Haptik juga mengkomunikasikan relasi komunikator dengan komunikan.
3. Paralinguistik: meliputi setiap penggunaan suara sehingga bermanfaat jika hendak mengartikan simbol verbal. Misalnya orang dengan etnis jawa tidak mengungkapkan kemarahan

dengan suara keras, berbeda dengan orang batak dan timur yang mengungkapkan segala sesuatu dengan menggunakan suara yang keras.

4. Tampilan Fisik: pasien sering kali memiliki kesan tersendiri terhadap penampilan fisik dari perawat. Salah satu keutamaan pesan atau informasi kesehatan adalah persuasif, artinya bagaimana perawat dapat merancang pesan dengan sedemikian rupa sehingga mampu mempengaruhi pasien agar dapat menerima pesan tersebut.

2.2. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Secara umum Komunikasi terapeutik menurut Potter dan Perry (1993), terjadi dalam bentuk verbal, tertulis, maupun nonverbal. Pada bentuk komunikasi verbal, perawat melakukan interaksi komunikasi secara ber tatap muka dengan menggunakan bahasa. Pada bentuk tertulis, perawat melakukan komunikasi dengan dokter atau sesama perawat, misalnya dalam menuliskan laporan kondisi pasien. Sedangkan pada komunikasi nonverbal, terjadi proses penyampaian kode atau pesan tanpa menggunakan kata-kata kepada pasien.

Dalam proses komunikasi terapeutik, terdapat 4 proses tahapan yang merupakan indikator komunikasi terapeutik. Tahapan tersebut menurut Stuart dan Sundeen dalam Muhith dan Siyoto (2018) adalah tahap pra-orientasi, tahap orientasi, tahap kerja, dan tahap terminasi.

a. Tahap Pra-orientasi.

Tahap ini merupakan tahapan awal, dimana seorang perawat harus mengenali kemampuannya sebagai perawat dan kondisi kecemasan dirinya, sebelum melakukan proses komunikasi dengan pasien. Perawat dalam tahap ini harus mempelajari dirinya dan diri pasien yang akan ditanganinya. Hal-hal yang dipelajari dari diri sendiri sebagai perawat, antara lain:

1. Pengetahuan tentang penyakit atau masalah yang dialami pasien yang dapat digunakan sebagai modal untuk berinteraksi dengan pasien
2. Kecemasan dan kekalutan diri perawat yang harus dikontrol saat berhadapan dengan pasien, terutamanya perawat harus dapat mengesampinkan masalah pribadi saat berinteraksi dengan pasien.
3. Analisis kekuatan dan kelemahan diri, sehingga perawat dapat mengetahui apa kekurangannya dan menutupi kekurangan tersebut dengan kelebihan yang dimilikinya, terutama dalam aspek kekuatan mental dan emosional dirinya.
4. Waktu yang tepat untuk bertemu dengan pasien serta lamanya proses pertemuan dengan pasien, dimana perawat harus mengetahui jadwal istirahat pasien dan jam kunjungan keluarga atau kerabat pasien, sehingga ada baiknya jika perawat terlebih dahulu mengatur jadwal kontrolnya terhadap pasien, serta

melakukan pertemuan yang tidak lebih dari 20 hingga 30 menit, kecuali dalam hal tindakan medis yang memerlukan waktu yang lebih dari waktu tersebut.

Sedangkan untuk pasien, perawat perlu terlebih dahulu menggali informasi tentang pasien untuk kemudian dapat menjadi dasar penentuan tindakan atau interaksi pertama dengan pasien. Hal-hal tersebut antara lain:

1. Sikap dan perilaku pasien dalam menghadapi penyakit yang diderita, dimana terdapat sikap pasien yang destruktif (maka perlu dilakukan teknik komunikasi *Presenting Reality*) atau sikap pasien yang asertif dan kooperatif (maka perawat hanya perlu mempertahankan hubungan komunikasi yang baik dengan pasien tersebut).
2. Latar belakang adat istiadat atau budaya pasien yang berbeda-beda terutama dalam segi penggunaan bahasa keseharian harus dipahami oleh perawat agar tidak terjadi kesalahan persepsi dari makna komunikasi yang terjalin.
3. Tingkat pengetahuan pasien secara umum, maupun tingkat pengetahuan pasien atas penyakit yang dideritanya, sehingga pasien dapat menjelaskan tentang tanda-tanda penyakit yang sedang dirasakannya dan tidak menimbulkan kesalahan tindakan medis akibat dari kesalahan penjelasan pasien atas tanda-tanda penyakit yang sedang dirasakan tersebut.

b. Tahap Orientasi.

Tahapan ini tidak hanya terbatas pada perawat dan pasien saling mengenal nama mereka masing-masing saja, tetapi juga penerimaan pasien atas kehadiran perawat. Perawat melakukan pembinaan hubungan baik dengan pasien, dimana dalam tahap ini perawat memberikan citra diri seolah sama derajatnya dengan pasien, tidak ada pengkotak-kotakan pasien baik dari bahasa verbal maupun nonverbalnya. Pada tahapan ini pula, perawat harus mengutarakan alasan kenapa klien meminta pertolongan, untuk kemudian membina rasa percaya, penerimaan dan sikap terbuka dari pasien.

Hal lain yang perlu dilakukan dalam tahapan orientasi ini adalah eksplorasi perawat terhadap pikiran, perasaan, dan perilaku pasien untuk selanjutnya menjadi bahan tambahan bagi perawat untuk mengidentifikasi masalah penyakit yang dialami pasiennya serta merumuskan rencana kerja proses penyembuhan dengan pasiennya.

c. Tahap Kerja.

Selanjutnya dalam tahap kerja perawat melaksanakan rencana kerja yang telah dibuat pada tahap orientasi. Pada fase ini, perawat mulai melakukan proses pengobatan terhadap penyakit yang diderita pasien, tentunya setelah mendapat persetujuan dari pasien. Maka dari itu, harus terjalin kesamaan persepsi antara perawat dengan pasien terkait proses pengobatan dalam rangka kesembuhan pasien, yang mungkin tidak akan

disukai oleh pasien namun harus tetap dilakukan agar pasien segera mendapatkan kesembuhan. Perawat harus jeli dalam mencari cara agar dapat mengurangi kecemasan pasien dalam proses pengobatannya. Perlu diingat juga bahwa proses penyembuhan tidak hanya berasal dari perawat saja tetapi juga dari diri pasien, maka perawat harus pandai menggunakan kemampuannya dalam berkomunikasi untuk meyakinkan pasien atas kesembuhannya.

d. Tahap Terminasi

Tahap ini menjadi tahap terakhir dalam proses komunikasi terapeutik, dimana perawat harus mengakhiri pertemuannya dengan pasien tanpa menimbulkan perasaan putus asa dan cemas berkelanjutan dari pasien. Perawat tentunya harus memahami dengan baik bahwa hubungan yang terjalin adalah hubungan profesional antara perawat dengan pasien. Hal ini juga yang perlu untuk diketahui oleh pasien, agar tidak terdapat kesalahpahaman persepsi dari pasien yang menganggap hubungan tersebut lebih dari hubungan profesional. Selain itu, perawat juga perlu melakukan evaluasi seputar hasil proses pengobatan sebagai landasan tindakan lanjut yang akan datang.

Terdapat dua jenis tahapan terminasi, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara dilakukan jika masa tugas perawat telah berakhir atau terdapat pergantian masa tugas dengan perawat lainnya. Sedangkan terminasi akhir dilakukan jika pasien telah sembuh dari

penyakitnya dan akan keluar dari rumah sakit, atau dirujuk kerumah sakit dengan tipe yang lebih tinggi. Perawat juga menyampaikan hal-hal yang perlu dilakukan pasien dalam rangka terapi pemulihan yang dapat dilakukan sendiri oleh pasien maupun keluarga pasien, atau hal-hal yang perlu disampaikan pasien di rumah sakit yang menjadi rujukan tindakan pengobatan lanjutan.

2.3. Hubungan Komunikasi Interpersonal dengan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi interpersonal memiliki potensi yang cukup besar dalam membuat perubahan sikap dibandingkan dengan jenis komunikasi yang lainnya. Untuk itu, kebanyakan teknik komunikasi yang diterapkan dalam model komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal. Dalam membina hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien, terdapat beberapa faktor komunikasi interpersonal yang diterapkan pada komunikasi terapeutik (Stuart & Sundeen, 1995), yaitu:

1. Sikap perawat dalam berkomunikasi, dimana perawat tidak hanya cukup untuk memahami teknik komunikasi dan isi pesan yang akan disampaikan, tetapi juga perlu untuk memahami bagaimana sikap dan penampilan dalam berkomunikasi.
2. Kehadiran diri perawat secara fisik, dalam artian bahwa dalam proses komunikasi, perawat harus berada dalam posisi berhadapan, mempertahankan kontak mata yang setara dengan

klien sehingga membuat klien merasa dihargai. Agak membungkuk kearah pasien agar keinginan untuk mengatakan atau mendengar apa yang disampaikan oleh pasien. Tetap mempertahankan sikap terbuka dengan tidak melipat tangan atau melipat kaki. Bersikap rileks dan tidak tegang saat berinteraksi.

Sikap-sikap fisik tersebut dianggap pula sebagai bentuk komunikasi nonverbal. Perilaku komunikasi interpersonal terapeutik nonverbal lainnya meliputi beberapa macam, seperti gerakan mata, ekspresi wajah, dan sentuhan (Clunn, 1991). Selain bentuk komunikasi nonverbal diatas, terdapat pula komunikasi verbal yang menjadi faktor hubungan komunikasi interpersonal terapeutik (Stuart & Sundeen, 1987), yaitu:

1. Menjadi pendengar yang baik sebagai dasar utama dalam komunikasi,
2. Menggali apa yang dirasakan oleh pasien dengan memberikan pertanyaan dan tanggapan yang bersifat terbuka,
3. Mengulang apa yang disampaikan oleh pasien,
4. Melakukan klarifikasi terhadap apa yang disampaikan oleh pasien,
5. Merefleksi keluhan pasien, membantu pasien untuk fokus berbicara pada topik yang sedang dibahas agar perawat mendapat gambaran yang spesifik tentang topik yang ingin diketahui oleh perawat,

6. Membagi persepsi sebagai bentuk meminta umpan balik dari pasien atas informasi yang disampaikan oleh perawat,
7. Identifikasi latar belakang masalah penyakit yang diderita oleh pasien,
8. Bersikap diam atau tidak memotong pembicaraan agar memberikan kesempatan kepada pasien untuk berbicara dan berpikir tentang hal yang ia rasakan,
9. Memberikan informasi serta fakta tentang masalah kesehatan yang dialami pasien,
10. Memberikan saran atau alternatif ide untuk membantu memecahkan masalah yang dialami oleh pasien.

2.4. Efektifitas Komunikasi Terapeutik

Komunikasi tentunya merupakan cara yang efektif dalam menyelesaikan masalah serta mengubah perilaku seseorang. Terkait dengan komunikasi kesehatan, komunikasi terapeutik yang efektif adalah jika kecemasan klien menjadi menurun, terjadi peningkatan motivasinya untuk sembuh, serta perawat dapat menutupi kekurangannya dalam hal akademik dengan kemampuan komunikasinya yang baik. Muhith dan Siyoto (2018) juga menjabarkan manfaat dari komunikasi terapeutik, yaitu:

1. Secara umum komunikasi terapeutik menjadi efektif jika klien menjadi sadar akan keadaan dirinya dan menerima dirinya,
2. Penghargaan pasien atas dirinya menjadi meningkat,

3. Pasien mengerti dengan baik identitas diri dan integritas dirinya,
4. Terbinanya hubungan yang mendalam antara perawat dengan pasien namun masih dalam kapasitas hubungan profesional.

2.5. Kerangka Pengalaman Pasien dalam Komunikasi Terapeutik

Selain jenis kelamin dan usia dari perawat dan pasien yang berpengaruh pada proses komunikasinya, telah dijelaskan sebelumnya bahwa salah satu prinsip komunikasi terapeutik menurut Muhith & Siyoto dalam bukunya “Aplikasi Komunikasi Terapeutik: Nursing & Health” (2018), adalah kerangka pengalaman pasien yang juga harus diperhatikan. Hanya dengan bentuk komunikasi yang cermat, faktor-faktor kerangka pengalaman pasien yang berkaitan dengan keadaan sakit si pasien pun akan muncul (Mulyana dkk, 2018). Maka ada baiknya jika antara perawat dan pasien memiliki kerangka pengalaman yang sama. Kerangka pengalaman ini berupa latar belakang budaya, bahasa, tingkat pendidikan, kemampuan kognitif, kondisi psikologis yang dalam hal ini adalah kondisi emosional dari perawat dan pasien sehingga perawat dapat dengan baik menempatkan diri dalam berinteraksi dan mampu menjawab pertanyaan terbuka dari pasien.

a. Latar Belakang Budaya

Secara formal, budaya diartikan sebagai bentuk tatanan pengetahuan, pengalaman, kepercayaan, nilai, sikap, dan makna yang diwariskan dari setiap generasi, melalui usaha individu dan juga kelompok. Budaya menampakkan diri, dalam pola-pola bahasa dan bentuk-bentuk kegiatan dan perilaku, gaya berkomunikasi, objek materi, seperti rumah, alat dan mesin yang digunakan dalam industri dan pertanian, jenis transportasi, dan alat-alat perang (Sihabudin, 2013).

Selain itu kebudayaan bersifat kompleks, abstrak dan terdapat dalam semua aspek dari segi kehidupan. Hal yang paling mendasar adalah bahasa, adat kebiasaan, kehidupan keluarga, cara berpakaian, cara makan, struktur kelas, orientasi politik, falsafah ekonomi, keyakinan dan sistem nilai. Unsur-unsur ini tidak dapat terpisahkan satu dengan yang lain tetapi saling berinteraksi satu dengan yang lain.

Artinya budaya dan komunikasi tidak dapat dipisahkan, oleh karena budaya tidak hanya menentukan siapa bicara apa, tentang apa, dan bagaimana komunikasi berlangsung, tetapi budaya juga turut menentukan orang dalam memaknai pesan, makna yang ia miliki untuk pesan dan kondisi-kondisinya untuk mengirim, memperhatikan, dan menafsirkan pesan. Seluruh bentuk perilaku manusia sangat tergantung pada budaya tempat dirinya tumbuh. Budaya merupakan landasan komunikasi. Bila budaya beraneka ragam, maka beragam pula praktik-praktik komunikasinya.

b. Bahasa

Bahasa dalam Sanskerta ialah kapasitas khusus yang terdapat pada manusia untuk memperoleh dan menggunakannya sebagai sistem komunikasi yang kompleks. Keraf (1997) mengatakan bahwa bahasa adalah alat komunikasi antara anggota masyarakat dalam bentuk simbol bunyi yang dihasilkan oleh alat indra ucap manusia. Menurut Wibowo (2001), bahasa merupakan sistem simbol bunyi yang memiliki makna dan artikulasi yang berbeda-beda serta konvensional, dan digunakan sebagai alat komunikasi oleh sekelompok manusia dalam menuangkan pikiran dan perasaan.

Dalam konteks budaya, setiap bahasa memiliki arti yang berbeda-beda sesuai dengan budaya itu sendiri. Namun dalam interaksi perawat dengan pasien, perawat harus memperhatikan bahasa yang digunakan yaitu haruslah bahasa yang universal, baku, mudah dimengerti, serta tidak bermakna ganda, sehingga pasien dengan latar belakang bahasa yang merupakan turunan dari budaya yang berbeda-beda mampu memahami apa yang disampaikan oleh perawat.

c. Tingkat Pendidikan

Dalam proses komunikasi, tingkat pendidikan seseorang juga berpengaruh pada pembuatan pesan dan pemaknaan pesan, Garnett (1992) menyatakan bahwa perspektif seseorang ditentukan oleh latar belakang keluarga, karakteristik kepribadian, budaya, serta tingkat

pendidikan. Proses pendidikan tentunya dapat menciptakan manusia yang terdidik dan memiliki pola tingkah laku yang sesuai dengan tujuan pendidikan. Tingkat pendidikan merupakan faktor penting dalam mengasah kemampuan dan ketrampilan seseorang, terutama dalam berinteraksi dengan orang lain. Pendidikan terbagi atas dua jalur yaitu pendidikan formal (SD, SMP, SMA, dan perguruan tinggi), serta pendidikan nonformal seperti pendidikan yang didapatkan di lingkungan keluarga, sosial, atau pendidikan dari institusi lainnya yang dapat memperlancar daya tangkap komunikasi.

Pendidikan memberikan kontribusi yang cukup besar dalam proses interaksi antar manusia. Pada akhirnya, tingkat pendidikan seseorang dapat terlihat dari bagaimana pola perilakunya, karena seluruh perilaku manusia adalah hasil belajar (Rakhmat, 2001). Untuk itu, baik pendidikan perawat maupun pendidikan pasien juga berpengaruh dalam proses komunikasi yang terjadi antara keduanya.

d. Kemampuan Kognitif

Dari segi kemampuan kognitif, Bloom (1956) menyampaikan bahwa kognitif mengacu pada kemampuan berpikir, yang dengan kata lain, aspek kognitif berkaitan dengan nalar atau proses berpikir rasional seseorang. Secara rinci, terdapat enam aspek kognitif menurut Bloom (1956), yaitu:

1. Pengetahuan, adalah aspek yang menjadi dasar kognitif seseorang dan mengacu pada kemampuan untuk mengenali dan

mengingat hal-hal yang pernah dipelajari sebelumnya seperti konsep dasar, proses, metode, dan juga struktur suatu hal.

2. Pemahaman, aspek ini mengacu pada kemampuan untuk mendemonstrasikan fakta atau gagasan dengan mengelompokkan, mengorganisir, membandingkan, mendeskripsikan, memahami, dan mampu memperluas makna dari informasi-informasi yang didapatkan.
3. Penerapan, melakukan praktek atas informasi yang didapatkan dengan menggunakan aturan dan prinsip dari informasi tersebut dalam kondisi yang nyata.
4. Analisis, melibatkan pengujian dan pemecahan informasi dalam beberapa bagian, menentukan bagaimana satu bagian dapat berhubungan dengan bagian yang lain, mengidentifikasi penyebab, serta membuat kesimpulan dengan menambahkan informasi lain yang dapat melengkapi kesimpulan tersebut.
5. Evaluasi, kemampuan berpikir dan memberikan penilaian atau pertimbangan dari nilai-nilai materi untuk suatu tujuan tertentu.

e. Kondisi Emosional

Goleman (1995), memaknai emosi sebagai bentuk pergolakan pikiran, perasaan, nafsu, dan keadaan mental yang hebat dan meluap-luap. Ia juga menjelaskan bahwa emosi merujuk pada suatu perasaan dan pikiran yang khas, keadaan biologis dan psikologis, serta serangkaian kecenderungan

untuk bertindak. Hal ini mengartikan bahwa kondisi emosional adalah keadaan pikiran atau perasaan seseorang yang timbul karena adanya rangsangan baik dari dalam diri maupun dari luar. Misalnya ekspresi bahagia ketika merasa senang, serta marah atau takut terhadap sesuatu. Goleman (1995) juga membagi jenis-jenis emosi dalam beberapa bagian yaitu:

1. Amarah, seperti mengamuk, bengis, benci, jengkel, kesal, atau terganggu.
2. Kesedihan, seperti pedih, sedih, asa, dan depresi berat.
3. Rasa takut, seperti cemas, gugup, khawatir, waspada, tidak tenang, atau panik.
4. Kenikmatan, seperti bahagia, gembira, senang, puas, terhibur, bangga, dan takjub.
5. Cinta, seperti penerimaan, persahabatan, kepercayaan, kebaikan hati, rasa dekat, hormat, dan kasih.
6. Terkejut, seperti terpana atau takjub.
7. Malu, seperti rasa bersalah, malu hati, dan kesal hati.

Hal-hal tersebut tentunya hanyalah sebagian dari garis besar emosi yang sering dirasakan oleh individu. Hal ini muncul karena emosi yang kita rasakan bervariasi dengan campuran emosi antara satu hal dengan yang lainnya, yang juga mengakibatkan keadaan emosi seseorang cepat berubah. Inilah yang perlu diperhatikan pada diri pasien, bagaimana perasaan atau keadaan emosi pasien saat menderita penyakit, baik itu penyakit ringan, ataupun penyakit kronis.

Selain itu, seorang perawat tentunya harus memiliki kecerdasan emosi dalam menghadapi pasien. Cooper dan Sawaf (1998) menjelaskan bahwa kecerdasan emosional adalah kemampuan merasakan, memahami, dan secara selektif menerapkan daya dan kepekaan emosi sebagai sumber energi dan pengaruh yang manusiawi. Maka, jika dihubungkan dengan profesi seorang perawat, dirinya harus memiliki kecerdasan emosi yang baik, agar mampu untuk penilikan perasaan untuk mengakui, menghargai perasaan diri sendiri dan orang lain, serta menanggapi hal tersebut dengan tepat.

3. Konsep Rumah Sakit, Instalasi Rawat Inap, dan Perawat

3.1. Rumah Sakit

Rumah sakit merupakan salah satu bentuk sarana kesehatan baik yang diselenggarakan oleh pemerintah ataupun masyarakat. Penyelenggaraan tersebut berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau kesehatan rujukan serta sebagai upaya penunjang. Rumah sakit adalah tempat orang sakit mencari dan menerima pelayanan kesehatan, tempat bagi pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat, dan tenaga profesi kesehatan lainnya (Wolper dalam Azrul, 2010).

Dari uraian diatas, maka fungsi utama rumah sakit yaitu memberikan pelayanan prima dalam hal penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan pasien yang sesuai dengan standar pelayanan, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan

kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis pasien, penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan, serta penyelenggaraan penelitian dan pengembangan teknologi di bidang kesehatan dengan tetap memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Sesuai dengan perkembangan saat ini, rumah sakit dapat dibedakan atas beberapa jenis, yaitu:

- a. Berdasarkan kepemilikannya, rumah sakit terdiri dari rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta.
- b. Berdasarkan filosofi, rumah sakit dibedakan dalam dua macam yaitu rumah sakit non-profit dan rumah sakit yang mencari keuntungan.
- c. Berdasarkan jenis pelayanan yang disediakan, terdapat dua jenis rumah sakit yaitu rumah sakit umum bagi rumah sakit yang menyediakan semua jenis pelayanan kesehatan, dan rumah sakit khusus bagi rumah sakit yang hanya terdapat satu jenis pelayanan kesehatan.
- d. Berdasarkan lokasi rumah sakit, rumah sakit dibedakan dalam beberapa macam, tergantung pada pembagian sistem pemerintahan yang dianut. Rumah sakit pusat bagi yang terletak di ibukota negara, rumah sakit provinsi bagi yang terletak di

ibukota provinsi, serta rumah sakit kabupaten bagi yang berlokasi di ibukota kabupaten.

Jika berdasarkan pada UU No 44 tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam Undang-undang tersebut juga dijelaskan bahwa rumah sakit di Indonesia terdiri atas dua macam yaitu rumah sakit pemerintah (pusat dan daerah), dan juga rumah sakit swasta. Sedangkan berdasarkan kemampuan yang dimiliki, terdapat lima macam rumah sakit (Azrul, 2010) yaitu:

- a. Rumah sakit tipe A, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan subspecialis yang luas. Pemerintah juga telah menetapkan bahwa rumah sakit tipe ini sebagai tempat pelayanan kesehatan rujukan tertinggi atau disebut juga rumah sakit pusat.
- b. Rumah sakit tipe B, adalah memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan subspecialis yang terbatas. Rumah sakit ini menampung pelayanan rujukan dari rumah sakit kabupaten.
- c. Rumah sakit tipe C, adalah rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan kesehatan spesialis terbatas diantaranya yaitu pelayanan penyakit dalam, pelayanan bedah, pelayanan kesehatan anak, serta pelayanan kebidanan dan kandungan. Rumah sakit ini menampung pelayanan rujukan dari Puskesmas.

- d. Rumah sakit tipe D, adalah rumah sakit tipe transisi sebelum ditingkatkan menjadi rumah sakit kelas C. Pelayanan rumah sakit tipe ini hanya memberikan pelayanan kesehatan umum dan kedokteran gigi. Sama seperti rumah sakit tipe C, rumah sakit ini menampung pelayanan rujukan dari Puskesmas.
- e. Rumah sakit tipe E, adalah rumah sakit khusus yang menyelenggarakan satu jenis pelayanan kesehatan saja. Misalnya rumah sakit jiwa, rumah sakit ibu dan anak, rumah sakit kanker, rumah sakit jantung, dan lain sebagainya.

3.2. Instalasi Rawat Inap

Rawat inap merupakan bentuk pemeliharaan kesehatan di rumah sakit dimana pasien tinggal atau menginap selama satu hari atau lebih, yang berdasarkan pada rujukan dari pelaksanaan pelayanan kesehatan. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan di dalam ruangan yang terdiri dari tindak lanjut proses penyembuhan, mulai dari observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, dan rehabilitasi medik. Di dalam ruang rawat inap terdapat pelayanan sebagai berikut:

- a. Pelayanan tenaga kesehatan: Tenaga kesehatan adalah ahli kesehatan seperti dokter, perawat, ahli gizi, atau lain sebagainya yang fungsi utamanya yaitu memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan kualitas sebaik-baiknya, dengan menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran

dan etik yang berlaku serta dapat dipertanggungjawabkan (Aniroen, 1991).

- b. Pelayanan tenaga para medis: Pekerjaan dari pelayanan kesehatan adalah memberikan pelayanan kepada pasien dengan baik, yaitu pertolongan dengan dilandasi keahlian medik, baik kepada pasien-pasien yang mengalami gangguan fisik dan gangguan kejiwaan, pasien dalam masa penyembuhan, serta orang-orang yang kurang sehat. Dengan pertolongan tersebut pasien mampu belajar sendiri untuk hidup dengan keterbatasan yang ada dalam lingkungannya.
- c. Lingkungan fisik ruang perawatan: Dasar acuan penyediaan lingkungan fisik ruangan perawatan di rumah sakit terdapat pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004, tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit antara lain:
 1. Lokasi atau lingkungan rumah sakit tenang, nyaman, aman, terhindar dari pencemaran, dan selalu dalam keadaan bersih.
 2. Ruangan rumah sakit memiliki lantai dan dinding yang bersih, penerangan yang cukup, tersedia tempat sampah, bebas dari bau yang tidak sedap, bebas dari gangguan serangga, tikus, dan binatang pengganggu lainnya, serta

lubang ventilasi yang cukup untuk sirkulasi udara di dalam kamar.

3. Atap langit-langit dan pintu yang sesuai dengan syarat yang telah ditentukan.

Untuk menjaga dan memelihara kondisi ini, diperlukan kerjasama antara semua karyawan rumah sakit, pasien, dan pengunjung, sehingga menciptakan suasana yang nyaman, asri, aman, tenteram, bebas dari segala gangguan, serta dapat memberikan kepuasan pasien dalam membantu proses penyembuhan penyakitnya.

- d. Pelayanan Penunjang Medis: Pada umumnya pasien pada instalasi rawat inap akan merasa puas apabila seluruh pelayanan pemeriksaan dan pengobatan sudah disiapkan oleh pihak rumah sakit, seperti misalnya:

1. Kebutuhan sehari-hari yang mendadak, sudah harus tersedia dan siap pakai. Selain itu juga terdapat perlengkapan-perengkapan ruangan yang modern seperti TV, AC, telepon dan lain-lain, tergantung pada kebutuhan pasien.
2. Ketersediaan alat-alat kesehatan dan obat-obatan, hal ini karena di dalam pelayanan kesehatan hampir seluruhnya adalah kegiatan mengkonsumsi obat. Obat dan semua alat untuk melakukan pengobatan tidak dapat dipisahkan

dari rumah sakit. Untuk itu, bagian farmasi rumah sakit bertanggung jawab atas kuantitas dan kualitas obat-obatan, mulai dari pengadaan, pendistribusian, hingga pengawasannya. Penyaluran obat-obatan harus tepat waktu, serta jumlah dan cara mengkonsumsi atau pemakaiannya pada pasien juga harus benar, berdasarkan etika didalam dunia kesehatan.

3. Makanan yang sesuai dengan kebutuhan gizi pasien dalam proses penyembuhan, dapat dicerna dengan baik, bebas dari kontaminasi, memenuhi standar resep, serta penyajiannya pada waktu yang tepat dan teratur. Pada dasarnya pelayanan gizi makanan adalah penerapan ilmu dalam membantu seseorang untuk menjaga kesehatan, atau membantu menyembuhkan dari penyakit, atau juga membantu memulihkan tenaga pasien yang dalam masa pemulihan setelah sakit.

e. Pelayanan Administrasi dan Keuangan: Terdapat beberapa macam jenis pelayanan administrasi dan keuangan yang disesuaikan dengan kebijakan yang berlaku di rumah sakit. Namun, pada umumnya rumah sakit memiliki prosedur penerimaan uang muka perawatan, selanjutnya dilakukan penagihan secara berkala, dan penyelesaian pembayaran pada saat pasien akan keluar dari rumah sakit. Untuk penyelesaian

pembayaran, bukti pembayaran dibuat rinci dengan mencantumkan biaya pengobatan, pemeriksaan dan perawatan yang diperoleh pasien selama di rumah sakit.

3.3. Perawat

Keberhasilan rumah sakit dalam menjalankan fungsinya ditandai dengan adanya mutu pelayanan prima dari rumah sakit. Mutu pelayanan rumah sakit sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya yang paling dominan adalah kemampuan perawat sebagai sumber daya manusia. Perawat adalah tenaga kesehatan yang profesional dengan kesempatan paling besar dalam memberikan pelayanan atau asuhan kesehatan yang komprehensif dengan membantu klien memenuhi kebutuhan dasar secara menyeluruh (Hamid, dalam Widyarini, 2005).

Perawat adalah seseorang tenaga profesional yang memiliki kemampuan, tanggung jawab, dan kewenangan untuk memberikan pelayanan atau asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan kesehatan (Kusnanto, 2003). Untuk itu, seorang perawat, sudah seharusnya merupakan seseorang yang memiliki latar belakang ilmu keperawatan (baik medik maupun psikologi), dan mempunyai kemampuan serta kewenangan dalam melakukan tindakan keperawatan berdasarkan bidang keilmuan yang dimiliki. Selain itu, seorang perawat juga harus memiliki kewajiban untuk memenuhi kebutuhan *bio-psiko-sosio* dan spiritual pasien.

Dalam pasal 1 Permenkes nomor 17 tahun 2013, dijelaskan tentang pengertian perawat, bahwa perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan keperawatan baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rusdiana (2014), dalam jurnalnya menjelaskan bahwa perawat merupakan salah satu komponen paling penting dan strategis dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan. Untuk itu, keberadaan perawat tidak dapat tidak dapat diabaikan karena peran pentingnya dalam menjaga dan membantu kesembuhan pasien.

Seorang perawat dituntut untuk memahami dengan baik proses dan standar praktik keperawatan. Dalam menjalankan tugasnya sebagai seorang perawat, ia juga harus memahami dengan benar proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang berkontribusi pada fungsi integrasinya. Tugas utama perawat adalah memberikan pertolongan kepada pasien dan memberikan pengobatan berdasarkan petunjuk dokter demi menyembuhkan atau sekurang-kurangnya mengurangi penderitaan pasien (Arwani dan Purnomo, 2013)

Potter dan Perry (2005) dalam bukunya menjelaskan bahwa Perawat memiliki pengetahuan dan ketrampilan dalam berbagai jenis perawatan, dengan menekankan peran perawat lebih luas pada peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit. Mereka juga menjelaskan bahwa perawat memiliki peran dan fungsi sebagai berikut:

a. Pemberi Perawatan

Perawat membantu pasien mendapatkan kesehatan melalui proses pengobatan atau penyembuhan. Proses penyembuhan yang dimaksudkan lebih dari sekedar kesembuhan pasien atas penyakit tertentu, meskipun ketrampilan tindakan medis merupakan hal yang penting dalam memberikan asuhan, namun perawat juga memberikan asuhan kebutuhan kesehatan pasien meliputi kesehatan emosi, spiritual, dan sosial. Dalam fungsi peran dan fungsi perawat sebagai pemberi perawatan, perawat juga memberikan bantuan kepada pasien dan keluarganya dalam menetapkan tujuan pengobatan.

b. Pembuat keputusan klinis dan etika.

Perawat menggunakan keahliannya berfikir kritis melalui proses keperawatan. Sebelum mengambil tindakan keperawatan, baik dalam mengkaji kondisi pasien, memberikan perawatan, dan mengevaluasi hasilnya. Perawat menyusun rencana tindakan dengan menetapkan pendekatan terbaik bagi pasien. Perawat dapat membuat keputusan klinis dan etika secara sendiri berdasarkan pengalamannya, atau juga dapat melibatkan pendapat dari pasien dan keluarga pasien, serta mengkonsultasikan seputar keputusannya dengan perawat profesional lainnya.

c. Pelindung advokasi pasien.

Perawat mempertahankan lingkungan yang aman dan nyaman bagi pasien dan mempertimbangkan setiap tindakan medis yang dapat

menyebabkan kecelakaan atau memiliki efek samping pada keadaan pasien. Perawat memastikan bahwa pasien tidak mempunyai riwayat alergi terhadap penggunaan jenis obat tertentu. Selain itu, dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagai advokat, perawat melindungi hak klien sebagai manusia dan secara hukum, serta membantu klien dalam menyatakan hak-haknya bila dibutuhkan. Perawat juga melindungi hak-hak pasien melalui cara-cara yang umum dengan menolak aturan atau tindakan yang dapat membahayakan kesehatan pasien atau dapat menentang hak-hak klien dalam mendapatkan perawatan kesehatan dan fasilitas pendukung.

d. Manajemen kasus.

Perawat mengkoordinasikan aktifitas anggota tim kesehatan lain, misalnya ahli gizi dan ahli terapi fisik, pada saat mengatur kelompok pemberian perawatan kepada pasien. Selain itu perawat juga mengatur waktu kerja dan sumber yang tersedia di tempat kerjanya. Berkembangnya model praktek memberikan perawat kesempatan untuk membuat pilihan jalur karir yang ingin ditempuhnya. Perawat dapat memilih antara peran sebagai manajer asuhan keperawatan atau sebagai perawat asosiasi yang melaksanakan keputusan manajer dalam hal delegasi tanggung jawab asuhan dari manajer rumah sakit dan mengawasi tenaga kesehatan lainnya.

e. Rehabilitator.

Proses dimana individu kembali ke tingkat maksimal setelah sakit, kecelakaan, atau kejadian yang menimbulkan ketidakberdayaan lainnya dari pasien. Seringkali pasien mengalami gangguan fisik dan emosi yang dapat mengubah kehidupan mereka, untuk itu perawat membantu pasien beradaptasi dengan keadaan tersebut.

f. Memberikan kenyamanan,

Perawat memberikan perawatan kepada pasien sebagai seorang manusia bukan hanya pada fisik saja, tetapi juga memberikan kenyamanan dan dukungan emosi, agar dapat memberikan kekuatan tambahan bagi pasien untuk kesembuhannya.

g. Komunikator

Peran ini merupakan pusat dari seluruh peran perawat yang lainnya. Keperawatan mencakup komunikasi dengan pasien dan keluarga, antara sesama perawat dan profesi kesehatan lainnya, sumber informasi bagi komunitas, memberikan perawatan yang efektif, pembuatan keputusan dengan pasien dan keluarga, memberikan perlindungan bagi pasien dari ancaman terhadap kesehatannya, mengkoordinasikan dan mengatur asuhan keperawatan, membantu pasien dalam rehabilitasi, memberikan kenyamanan, serta mengajarkan sesuatu pada pasien yang dilakukan dengan komunikasi yang jelas. Untuk itu, kualitas komunikasi merupakan faktor yang menentukan pasien memenuhi kebutuhan individunya, keluarga, maupun komunitas.

h. Penyuluh

Sebagai penyuluh, perawat menjelaskan kepada pasien konsep dan data-data tentang kesehatannya, memperagakan prosedur kesehatan seperti aktifitas perawatan diri, menilai apakah pasien memahami hal-hal yang dijelaskan, dan mengevaluasi kemajuan dalam pembelajaran. Beberapa hal mungkin dapat diajarkan tanpa direncanakan terlebih dahulu dan dilakukan secara informal, misalnya pada saat perawat merespon pertanyaan yang mengacu pada isu-isu kesehatan dalam pembicaraan sehari-hari dengan pasien.

Aktifitas penyuluhan yang lain perlu direncanakan dan disusun secara formal, misalnya ketika perawat mengajarkan cara menyuntikan insulin secara mandiri pada pasien diabetes. Perawat tentunya menggunakan metode pengajaran yang sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan pasien serta melibatkan sumber-sumber yang lain misalnya keluarga pasien dalam pengajaran yang direncanakan.

4. Konsep Kepuasan Pasien

4.1. Kepuasan Pasien

Pertama-tama, perlu dipahami bahwa pasien adalah orang yang sedang sakit dan dirawat oleh dokter serta tenaga kesehatan lainnya baik di tempat praktek ataupun di rumah sakit (Yuwono, 2003). Sedangkan terkait dengan kepuasan, Kotler (dalam Nursalam, 2011) mengatakan bahwa kepuasan merupakan perasaan senang atau kecewa yang dapat

muncul setelah membandingkan antara persepsi dan harapan seseorang atas kinerja atau hasil dari suatu produk. Tse dan Wilton (dalam Lupiyoadi, 2006) mengemukakan tentang kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan sebagai bentuk evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah penggunaannya. Kepuasan pelanggan, baik terhadap produk ataupun jasa, adalah hal yang sulit untuk didapatkan jika perusahaan jasa atau perusahaan industri tidak mengerti dengan baik hal yang diharapkan oleh pelanggannya. Mereka juga menambahkan bahwa setiap produk atau kualitas pelayanan yang sama dapat memberikan tingkat kepuasan yang berbeda-beda (Tse dan Wilton dalam Lupiyoadi, 2006).

Kepuasan pasien, artinya bahwa keinginan dan kebutuhan seseorang telah terpenuhi. Dalam hal segi jasa, kepuasan jasanya dapat tercapai jika kebutuhan, keinginan, dan harapannya telah terpenuhi melalui jasa yang diberikan kepadanya. Dari penjelasan-penjelasan tersebut, maka kepuasan pasien merupakan perasaan senang dari pasien karena terpenuhinya harapan atau keinginan atas jasa pelayanan kesehatan yang diterimanya. Untuk itu, pihak rumah sakit tentunya juga perlu memperhatikan mutu pelayanan yang diberikan, karena pelanggan yang merasa puas dengan pelayanan yang diberikan akan setia lebih lama, kurang peduli dengan harga yang harus dibayar, dan memberikan komentar yang baik tentang perusahaan atau penyedia jasa tersebut (Purwanto, 2007).

Pohan (2006), menjelaskan bahwa kepuasan pasien adalah suatu perasaan yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperoleh dan dibandingkan dengan harapan dari pasien. Maka kepuasan pasien adalah keinginan, harapan, dan kebutuhan pasien terpenuhi, sesuai dengan persepsi atau ekspektasi pasien.

4.2. Indikator Kepuasan Pasien

Kepuasan pasien menjadi hal yang penting pada penilaian sebuah rumah sakit dan juga menjadi ukuran mutu pelayanan. Kepuasan pasien yang rendah akan berakibat pada jumlah kunjungan pasien yang juga mempengaruhi provibilitas rumah sakit. Sedangkan, sikap karyawan rumah sakit terhadap pasien juga memberikan dampak pada kepuasan pasien yang berdasarkan pada peningkatan kebutuhan pasien dan tuntutan mutu pelayanan. Kebutuhan pasien tentunya bervariasi, berdasarkan pada jenis penyakit yang diderita sehingga jenis pelayanan yang diberikan juga berbeda. Secara umum, kebutuhan pasien adalah kebutuhan akan akses layanan kesehatan yang baik, tepat waktu, lingkungan yang aman dan nyaman, serta penghargaan atau penghormatan terhadap diri mereka. Selain itu, Pasien juga membutuhkan pelayanan khusus, seperti kesinambungan antara pelayanan kesehatan yang diberikan dengan kerahasiaan diri mereka. Hal-hal tersebut yang mempengaruhi kepuasan konsumen dalam penyediaan pelayanan kesehatan (Tjiptono & Chandra, 2005).

Indikator empiris kepuasan pasien (Rangkuti, 2002), yaitu:

- a. Bukti langsung, meliputi fasilitas fisik, perlengkapan perawat, dan sarana serta bentuk komunikasi tenaga kesehatan
- b. Keandalan, meliputi kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat, dan memuaskan. Sikap empati adalah kriteria mutu pelayanan yang senantiasa dimunculkan saat berkomunikasi dengan pasien
- c. Cepat tanggap, meliputi pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya dari tenaga kesehatan
- d. Empati, kemudahan dalam membina hubungan dan komunikasi yang baik, serta perhatian penuh dan memahami dengan baik kebutuhan pasien.

4.3. Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Tingkat Kepuasan Pasien

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa komunikasi terapeutik adalah kemampuan dan komitmen yang tulus dari perawat untuk membantu pasien mencapai kesembuhannya. Peplau (dalam Putra, 2013) mengidentifikasi empat fase hubungan perawat dengan pasien, yaitu, orientasi, identifikasi, eksploitasi, resolusi, dan terminasi. Dalam hubungan komunikasi interpersonal Peplau, fase-fase tersebut bersifat terapeutik dan berfokus pada interaksi interpersonal.

- e. Orientasi, pasien mencari bantuan dan perawat memberikan bantuan kepada pasien untuk mengidentifikasi masalah dan tindakan apa saja yang dibutuhkan untuk pengobatan.
- f. Identifikasi, pasien berhubungan dengan perawat dengan sikap yang independen, dependen, atau interdependen, sedangkan perawat meyakinkan pasien bahwa dirinya memahami situasi yang dihadapi pasien.
- g. Eksploitasi, pasien menggunakan pelayanan yang diberikan oleh perawat dan sumber-sumber lain sesuai dengan kebutuhannya.
- h. Resolusi, kebutuhan pasien yang diutamakan untuk diselesaikan.
- i. Terminasi, perawat bersama pasien mengevaluasi kemajuan tindakan pengobatan yang telah ditentukan sebelumnya, meninjau waktu yang telah dihabiskan bersama-sama, dan mengakhiri hubungan perawat-pasien.

Videback (2008), menyampaikan bahwa selama komunikasi terapeutik berlangsung, perawat menggunakan diri mereka sendiri sebagai alat terapeutik untuk membina hubungan terapeutik dengan pasien dan membantu pasien untuk berubah dan sembuh.

Kepuasan pasien adalah keadaan dimana keinginan, harapan, serta kebutuhan pasien terpenuhi, yang didasari pada ekspektasi atau persepsi pasien. Kepuasan pasien akan terjadi jika hubungan antara perawat dengan pasien terjalin dengan baik. Membina hubungan baik dilakukan oleh perawat mulai saat pasien datang pertama kali hingga pasien pulang.

Dalam membina hubungan yang baik dengan pasien, perawat dituntut untuk lebih aktif dan memulai komunikasi dengan pasien.

Salah satu faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan pasien saat menerima pelayanan kesehatan adalah komunikasi terapeutik (Wijono, 2012). Maka dari itu, Komunikasi terapeutik merupakan hal yang amat penting bagi perawat untuk mendukung proses pengobatan dari perawat kepada pasien.

5. Model Transaksional & Schraam 2 pada Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik tidak terlepas dari kaitannya dengan komunikasi kesehatan yang memiliki fokus kepada interaksi antara tenaga profesional kesehatan dengan pasien yang sesuai dengan permasalahan kesehatannya. Proses komunikasi yang terjadi adalah secara simultan, sehingga terbina komunikasi yang aktif. Model komunikasi ini mencakup tiga faktor (Andriyani dkk, 2018) yaitu:

- a. Relationship, hal-hal yang dapat mempengaruhi relationship misalnya hubungan interpersonal, sikap positif, pengetahuan, pengalaman masa lalu, dan faktor sosial ekonomi. Tenaga kesehatan memiliki karakteristik, kepercayaan, nilai, dan persepsi yang unik, yang dapat mempengaruhi interaksi dengan orang lain. Sedangkan pasien memiliki citra pribadi yang mandiri, yang mempunyai pilihan bebas dalam mencari dan memilih bantuan serta bertanggung jawab pada pilihannya. Seperti halnya tenaga

kesehatan, pasien juga memiliki karakteristik, kepercayaan, nilai, dan persepsi yang unik dalam penerimaan pelayanan kesehatan, sehingga dapat berpengaruh pada proses interaksinya.

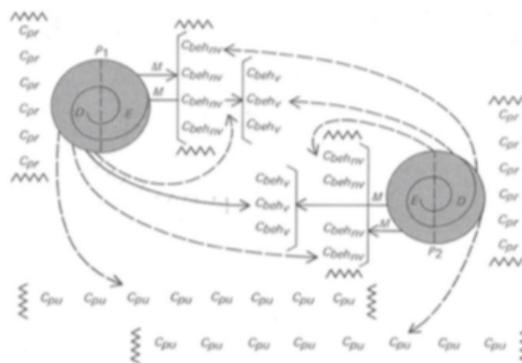
- b. Transaksi, dalam konteks komunikasi adalah kesepakatan, dimana respon yang terjadi antara pengirim pesan dan penerima pesan terjadi secara simultan. Transaksi dapat mencakup komunikasi verbal dan nonverbal, terjadi secara berkesinambungan, tidak statis, dan terdapat umpan balik.
- c. Konteks, atau situasi dimana pelayanan kesehatan diberikan meliputi tempat atau ruang terjadinya proses komunikasi, jenis pelayanan kesehatan yang diberikan, dan jumlah personil atau tenaga medis yang memberikan pelayanan. Rogers, C.R (dalam (Andriyani dkk, 2018) menekankan bahwa focus interaksi dalam pelayanan kesehatan adalah pasien. Seorang perawat apabila berkomunikasi harus bersikap jujur, peduli pada tingkat pemahaman pasien, dan berkeinginan untuk membantu pasien.

Dalam komunikasi terapeutik terdapat dua model komunikasi yang paling signifikan dengan prinsip-prinsip dasar dan efektifitas terapeutik, yaitu Model Transaksional dan Model Scramm 2.

5.1. Model Transaksional

Penekanan model ini adalah bahwa komunikasi lebih dari pada sebuah reaksi dari interaksi, tetapi transaksi antar manusia. Sebuah

pandangan transaksional pada komunikasi menyarankan agar semua orang saling terlibat di dalam pengiriman dan penerimaan pesan yang dilakukakn secara bersamaan. Setiap pengaruh yang terjadi terhadap orang lain sama seperti saat mereka membagi informasi, ide-ide, dan perasaan. Model ini berdasar pada transaksional ide yang dikonstruksi oleh Dean C. Barnlund (Mulyana dkk, 2018).



Gambar 1. Model komunikasi Transaksional (Barnlund, 1970)

Keterangan pada gambar tersebut yaitu P: *Person* (seorang), D: *Decoding* (penerima), E: *Encoding* (pengirim), Cpu: *Public cues* (isyarat publik), Cpr: *Private cues* (isyarat pribadi), Cbeh nv: *Non verbal behavioral cues* (isyarat dalam bentuk perilaku non verbal), Cbeh v: *Behavioral verbal cues* (Isyarat dalam bentuk perilaku verbal), M: *message* (pesan). Model ini dicari dalam menyampaikan perintah yang bervariasi dan berubah-ubah dari proses komunikasi. Yaitu, untuk pencarian yang tepat sebagai cara terbaik untuk menggambarkan proses komunikasi secara dalam dan dinamis.

Dalam bidang Komunikasi Kesehatan, Model Komunikasi Transaksional atau *Shared Model* ini memiliki asumsi bahwa tenaga kesehatan membuat keputusan tindakan pengobatan secara bersama-sama dengan pasien. Tenaga kesehatan dan pasien menjadi partisipan yang sama-sama aktif sehingga informasi dikendalikan oleh kedua pihak. Model dialogis ini juga mengansumsikan bahwa setiap tenaga medis bertatap muka langsung dengan pasien dan mempertimbangkan bahwa pertemuan tersebut merupakan pertemuan yang unik karena besar kemungkinan pasien tersebut berasal dari latar belakang sosial budaya atau memiliki riwayat hidup yang berbeda-beda (Mulyana dkk, 2018).

Tenaga medis juga perlu memperlakukan pasien sebagai individu, dimana sifat-sifat individual dan sosial budaya inilah yang dapat berkontribusi terhadap penyakit pasien. Misalnya, pasien yang pemarah cenderung memiliki penyakit darah tinggi dan rentan terhadap penyakit jantung, sehingga tenaga medis, baik dokter maupun perawat harus lebih bijaksana dalam memperlakukan pasien. Mulyana (2018) juga menganggap bahwa model komunikasi transaksional atau *Shared Model* adalah model yang paling sesuai dengan komunikasi alamiah yang terjadi diantara orang-orang yang memiliki latar belakang sosial budaya yang berlainan, mempengaruhi mereka dalam mendefinisikan kondisi fisik, lingkungan, dan psikologis. Adler (dalam Mulyana dkk, 2018) juga menjelaskan bahwa hubungan tenaga kesehatan dengan pasien

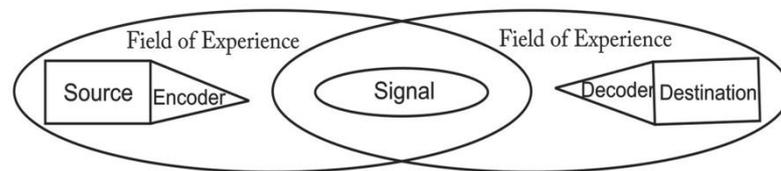
merupakan hubungan mitra-mitra medis yang saling membutuhkan untuk mengobati penyakit pasien.

Model komunikasi ini linier dengan bentuk komunikasi terapeutik yang memiliki tujuan membina komunikasi terbuka dan membuat pasien menjadi lebih kooperatif untuk mengikuti saran pengobatan, bersikap terbuka dengan penyakit yang dideritanya, dan turut serta bertanggung jawab untuk menentukan tindakan pengobatan bagi dirinya. Angelelli (dalam Mulyana dkk, 2018) menerangkan bahwa hubungan komunikasi tersebut pada akhirnya dapat memberikan hasil yang lebih baik, rekam medis yang lengkap, penilaian klinis yang baik, diagnosis lebih cermat, resep lebih murah, dan penyembuhan penyakit lebih cepat

Sejalan dengan komunikasi terapeutik, Model Komunikasi Transaksional ini juga menitik beratkan pada pemahaman tenaga medis mengenai kerangka pengalaman pasien. Meskipun Informasi biomedis penting untuk membuat diagnosa, tetapi hal tersebut bukanlah satu-satunya informasi yang relevan untuk membuat keputusan cermat bagi pasien. Pengalaman hidup pasien juga berkaitan erat dengan keadaan sakitnya. Sehingga pembahasan tentang kaitan antara kerangka pengalaman pasien (misalnya, latar belakang sosial budaya) dengan penyakit yang diderita pasien, penting untuk dicermati oleh seorang tenaga medis (Cegala, 2005)

5.2. Model Schramm 2

Model komunikasi yang selanjutnya sesuai dengan prinsip dasar komunikasi terapeutik adalah Model *Schramm 2* yang dikembangkan pada tahun 1954, dan memiliki asumsi bahwa kesamaan pemahaman kerangka pengalaman dari encoder dan decoder membuat proses komunikasi semakin efektif.



Gambar 2. Model komunikasi Schramm 2 (dalam Mulyana, 2006)

Model Schramm 2 ini memunculkan gagasan pemikiran bahwa kesamaan dalam bidang pengalaman sumber dan sasaranlah yang sebenarnya dikomunikasikan. Hal ini dikarenakan antara sumber dan sasaran sama-sama memainkan persepsi untuk memadukan sebuah pesan. Untuk itu seorang pemberi pesan harus melihat kemampuan intelektual sasarannya. Misalnya dalam praktek, seorang perawat tidak harus selalu menggunakan bahasa medis yang sulit dimengerti oleh pasien. Sebisa mungkin, perawat menggunakan bahasa yang sederhana dan penjelasan yang akurat namun tidak mengurangi arti dari bahasa tersebut.

B. Kajian Teori

Peneliti ini menggunakan pendekatan **Teori Komunikasi Persuasif McGuire** untuk mengukur seperti apa pengaruh dari komunikasi terapeutik mampu memotivasi pasien. Peneliti juga menggunakan pendekatan **Assimilation-Contrast Theory** untuk mengukur tingkat kepuasan pasien atas komunikasi terapeutik yang diterapkan oleh perawat.

1. Teori Komunikasi Persuasif McGuire

Teori yang dikemukakan oleh McGuire ini, menegaskan bahwa komunikasi dapat digunakan untuk mengubah sikap serta perilaku kesehatan yang secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama (Graeff, 1996). Efektifitas upaya komunikasi tergantung pada input (stimulus) serta output (respon). Menurut teori ini, perubahan pengetahuan dan sikap merupakan pra kondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku yang lainnya. Sumber pesan, pesan itu sendiri, saluran penyampaian, serta karakteristik penerimaan dan tujuan pesan tersebut merupakan variabel-variabel input. Sedangkan variable output dari teori ini adalah perubahan dalam faktor kognitif tertentu, seperti pengetahuan, sikap, pengambilan keputusan, dan juga perilaku lainnya yang dapat diobservasi.

Fokus komunikasi terapeutik sendiri lebih kepada memotivasi pasien dengan mempertimbangkan langkah-langkah persuasi dari McGuire yang terdapat pada teori ini dan memberikan kerangka yang valid untuk

mendekati pasien sehingga mau terlibat dalam program kesehatan. Teori ini juga menekankan pada cara berkomunikasi dari komunikator yang dinamis saat berinteraksi dengan pasien, sehingga mampu merekomendasikan perilaku-perilaku yang sesuai dengan gaya hidup dan kebutuhan pasien (Graef, 1996).

2. *Assimilation-Contrast Theory (Contrast Theory)*

Teori ini digunakan untuk mengukur kepuasan pasien. *Assimilation-Contrast Theory* berasumsi bahwa terjadinya efek asimilasi (*assimilation effect*) atau efek kontras (*contrast effect*) merupakan fungsi dari tingkat kesenjangan antara ekspektasi dan realita. Apabila terdapat kesenjangan yang cukup besar, maka konsumen akan memperbesar gap, sehingga produk dipersepsikan jauh lebih bagus atau buruk dibandingkan dengan realita (sebagaimana halnya *contrast theory*). Namun, jika kesenjangan tidak terlampau besar, maka *assimilation theory* yang berlaku, atau dengan kata lain, meskipun terdapat rentang deviasi, namun masih bisa diterima (*acceptable deviations*) atau dilewati, maka kesenjangan antara ekspektasi dan realita akan menjadi signifikan, sehingga efek kontras berlaku (Tjiptono, 2011).

Dalam hubungannya dengan kepuasan pasien pada penelitian ini, maka puas dan tidak puasnya pasien adalah jika terdapat gap yang cukup signifikan dari ekspektasi dan realita terhadap bentuk komunikasi perawat saat berinteraksi dengan pasien dalam tindakan pengobatan (*contrast*

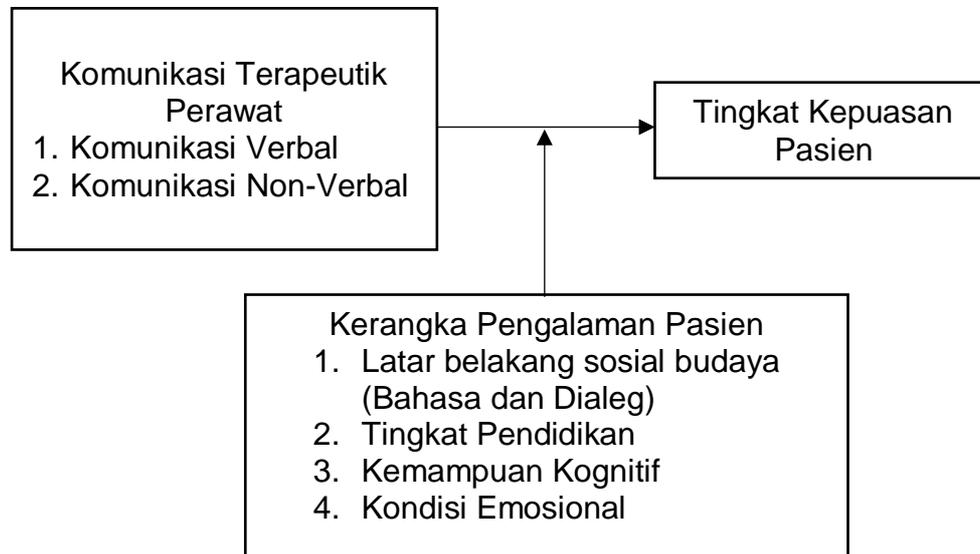
theory), sedangkan jika kesenjangan antara ekspektasi dan realita pasien tentang bentuk komunikasi yang diberikan pasien selama melakukan pengobatan, masih bisa diterima, maka *assimilation theory* yang berlaku.

C. Matriks Penelitian Terdahulu

Tabel 1.
Matriks Penelitian Terdahulu

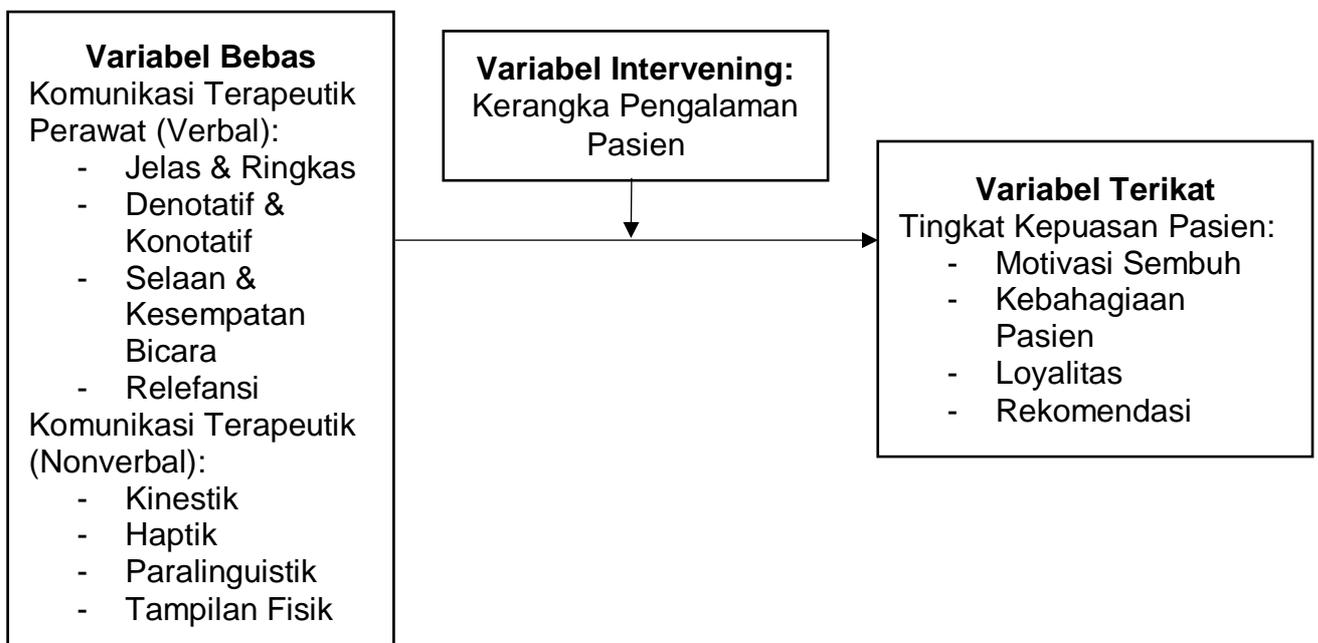
No	Nama Peneliti	Judul Penelitian	Variabel Penelitian	Metode	Hasil Penelitian
1	Sutrisno Aswad, Mulyadi, Jiil J.S Lolong, 2015, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Universitas Samratulangi, Manado.	Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien di IGD RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate	Komunikasi Terapeutik, Kepuasan Pasien	Cross Sectional, Uji Chi-Square	Terdapat hubungan antara Komunikasi Terapeutik dengan Kepuasan Pasien, serta 88,8% respondennya menyatakan bahwa Komunikasi Terapeutik perawat di IGD RSUD dr. H. Chasan Boesoerie Ternate adalah baik.
2	Nurnainah, 2015, Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin, Makassar.	Hubungan Kompetensi Komunikasi Interpersonal Perawat Terhadap Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Labuang Baji, Makassar	Keterbukaan, Empati, Sikap Mendukung, Sikap Positif, Kesetaraan, Kepuasan Pasien	Cross Sectional, Univariat, Bivariat, Multivariat, Uji Korelasi Pearson Product Moment, dan Regresi Linear Berganda	Terdapat hubungan antara aspek keterbukaan empati, sikap mendukung, dan kesetaraan, dengan kepuasan pasien. Sebanyak 66,1% responden merasa puas dengan pelayanan perawat.
3	Oktavy Budi Kusumawardhani, 2018, Magister Manajemen, Universitas Muhammadiyah Surakarta	Analisis Pengaruh Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan RSUD Karanganyar	Tahap Orientasi, Tahap Kerja, Tahap Terminasi, Kepuasan Pasien	Cross Sectional, analisis regresi berganda	Tahap yang paling berpengaruh pada kepuasan pasien rawat jalan adalah tahap orientas

D. Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka konsep penelitian.

E. Kerangka Variabel



Gambar 4. Kerangka Variabel Penelitian

F. Hipotesis

Berdasarkan rumusan masalah dan kajian konsep penelitian ini maka hipotesis yang dapat diambil yaitu:

1. Komunikasi terapeutik (baik verbal maupun nonverbal) perawat tidak memiliki hubungan atau korelasi positif terhadap kepuasan pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate.
2. Komunikasi terapeutik perawat tidak berpengaruh signifikan terhadap kepuasan pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Kota Ternate.

G. Definisi Operasional

Tabel 2.
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Indikator	Sub-Indikator	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran	Skala Data
Komunikasi Terapeutik	Salah satu bentuk komunikasi kesehatan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan untuk mempengaruhi tingkah laku serta memotivasi manusia (Kariyo, 1998).	Komunikasi interpersonal, baik verbal maupun non verbal, dalam bidang kesehatan yang memptivasi pasien serta membantu proses penyembuhan dan pemulihan pasien dari penyakit.	Komunikasi Terapeutik Verbal	Jelas dan ringkas	Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang komunikasi perawat jelas dan ringkas. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju.	Jelas dan ringkas: Jika penilaian responden > atau = 3 Tidak jelas dan ringkas: jika penilaian responden <3	Ordinal
				Perbendaharaan Kata	Pasien sebagai responden diberikan pertanyaan tentang perbendaharaan kata dari perawat. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju.	Perbendaharaan kata baik: Jika penilaian responden > atau = 3 Perbendaharaan kata tidak baik : jika penilaian responden <3	Ordinal

				<p>Denotatif & Konotatif</p> <p>1. Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang: menggunakan kata-kata denotatif. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju.</p> <p>2. Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang: menggunakan kata-kata konotatif. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju.</p>	<p>Perawat menggunakan kata-kata denotatif dan konotatif: Jika penilaian responden > atau = 3</p> <p>Perawat tidak menggunakan kata-kata denotatif dan konotatif: jika penilaian responden <3</p>	Ordinal
				<p>Selaan dan kesempatan dalam berbicara</p> <p>Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang memberikan selaan dan kesempatan bagi pasien untuk berbicara. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju.</p>	<p>Perawat memberikan selaan dan kesempatan bagi pasien dalam berbicara: Jika penilaian responden > atau = 3</p> <p>Perawat tidak memberikan selaan dan kesempatan bagi pasien dalam berbicara: jika penilaian responden <3</p>	Ordinal

			Waktu dan relifansi	Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang menggunakan waktu yang tepat dan efisien Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju.	Perawat menggunakan waktu yang tepat dan efisien: Jika penilaian responden > atau = 3 Perawat tidak menggunakan waktu yang tepat dan efisien : jika penilaian responden <3	Ordinal	
			Komunikasi Terapeutik Nonverbal	Kinestik	Pasien sebagai responden diberikan pertanyaan tentang penggunaan bahasa tubuh atau bahasa isyarat untuk berkomunikasi dengan pasien. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=selalu 4=sering 3=kadang-kadang 2=hampir tidak pernah 1=tidak pernah.	Perawat mengalikasikan kinestik Jika penilaian responden > atau = 3 Tidak ngaplikasikan kinestik jika penilaian responden <3	Ordinal
				Haptik	Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang sentuhan yang diberikan oleh perawat. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju	Perawat mengaplikasikan haptik: Jika penilaian responden > atau = 3 Tidak ngaplikasikan haptik: jika penilaian responden <3	Ordinal
				Paralinguistik	Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang pengaturan suara dan nada suara Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral	Perawat memperhatikan paralinguistiknya: Jika penilaian responden > atau = 3 Perawat tidak memperhatikan paralinguistiknya : jika	Ordinal

					2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju	penilaian responden <3	
				Tampilan fisik	Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang perhatian terhadap penampilan fisik dirinya. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju	Perawat memperhatikan penampilan fisiknya: Jika penilaian responden > atau = 3 tidak memperhatikan penampilan fisiknya: jika penilaian responden <3	Ordinal

Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Indikator	Sub-Indikator	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran	Skala Data
Kerangka pengalaman pasien	Hal-hal tentang pasien yang harus diperhatikan oleh perawat sebelum melakukan proses komunikasi (Muhith & Siyoto, 2018).	Hal-hal yang berasal dari diri atau juga lingkungan seorang pasien yang berpengaruh pada proses penerimaan pesan	1. Latar belakang sosial budaya	Bahasa dan Dialek yang digunakan dalam berkomunikasi sehari-hari	Kuisisioner ini diisi oleh pasien yang dirawat di instalasi rawat inap dengan memberi tanda (√) pada pilihan bahasa: - Bahasa Indonesia - Dialek ternate - Campuran bahasa Indonesia dengan dialek Ternate - Campuran bahasa Indonesia dengan dialek lainnya	Mengelompokan responden pasien berdasarkan bahasa dan dialek yang digunakan dalam berkomunikasi	Nominal
			2. Tingkat pendidikan formal	-	Kuisisioner ini diisi oleh pasien yang dirawat di instalasi rawat inap dengan memberi tanda (√) pada pilihan tingkat pendidikan pasien: - SD - SMP - SMA - Perguruan Tinggi	Mengelompokan responden pasien berdasarkan pendidikan terakhir pasien	

			3. Kemampuan Kognitif	Tingkat pengetahuan atas gejala penyakit yang dideritanya	Kuisisioner ini diisi oleh pasien yang dirawat di instalasi rawat inap dengan memberi tanda (√) pada pilihan tingkat pengetahuan tentang gejala penyakit yang dideritanya: 5= sangat tahu 4= tahu 3= netral 2= tidak tahu 1= sangat tidak tahu	Pasien mengetahui gejala penyakitnya: Jika penilaian responden > atau = 3 Pasien tidak mengetahui gejala penyakitnya: jika penilaian responden <3	
			4. Kondisi emosi atau perasaan pasien saat menghadapi penyakitnya	Kondisi emosi atau perasaan pasien saat menghadapi penyakitnya	Kuisisioner ini diisi oleh pasien yang dirawat di instalasi rawat inap dengan memberi tanda (√) pada pilihan kondisi emosi: - Marah - sedih - Takut - Tenang	Mengelompokan responden pasien berdasarkan tingkat emosi	

Variabel	Definisi Teori	Definisi Operasional	Indikator	Sub-Indikator	Cara Pengukuran	Kriteria Pengukuran	Skala Data
Kepuasan Pasien	Perasaan senang atau kecewa yang muncul setelah membandingkan antara persepsi dan harapan atas kinerja atau hasil dari suatu produk	Perasaan atas pelayanan kesehatan yang didapatkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh dan menjadi loyal	Pasien merasa termotivasi	-	Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang: perasaan pasien yang termotivasi untuk sembuh dari penyakitnya. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju	Perawat melakukan komunikasi terbuka: Jika penilaian responden > atau = 3 Perawat tidak melakukan komunikasi terbuka:	Ordinal

	(Kotler dalam Nursalam, 2011).	dengan rumah sakit tersebut.		3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju	jika penilaian responden <3		
			Keramahan yang diperoleh pasien	-	Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang: perasaan senang dengan cara berkomunikasi perawat. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju	Perawat dapat diandalkan: Jika penilaian responden > atau = 3 Perawat tidak dapat diandalkan: jika penilaian responden <3	Ordinal
			Loyalitas pasien untuk kembali dirawat di rumah sakit tersebut jika suatu saat kembali jatuh sakit	-	Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang: kesediaan pasien untuk kembali dirawat di rumah sakit tersebut jika suatu saat dirinya jatuh sakit. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju	Perawat cepat tanggap: Jika penilaian responden > atau = 3 Perawat tidak cepat tanggap: jika penilaian responden <3	Ordinal
			Loyalitas pasien untuk merekomendasikan rumah sakit tersebut kepada orang lain	-	Pasien sebagai responden diberikan pernyataan tentang: kesediaan pasien untuk merekomendasikan rumah sakit tersebut kepada orang lain. Diukur dengan scoring dari skala likert: 5=sangat setuju 4=setuju 3=netral 2=tidak setuju 1=sangat tidak setuju	Perawat rsikap empati: Jika penilaian responden > atau = 3 Perawat tidak bersikap empati: jika penilaian responden <3	Ordinal