

**HUBUNGAN PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DAN
KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN DENGAN KEPUASAN
PASIEN DI RUANG TULIP RAWAT INAP PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT PENAJAM PASER UTARA**

SKRIPSI

**Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan**



DIAJUKAN OLEH:

KARSEN0

NIM: 1311308230783

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMADIYAH
SAMARINDA**

2015

LEMBAR PENGESAHAN

**HUBUNGAN PELAKSANAAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DAN
KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN DENGAN KEPUASAN
PASIEEN DI RUANG TULIP RAWATINAP PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT PENAJAM PASER UTARA**

SKRIPSI

DISUSUN OLEH:

KARSENNO

NIM: 1311308230783

Diseminarkan dan Diujikan

Pada tanggal, 10 Februari 2015

Penguji I

Penguji II

Penguji III

**Supriadi, S.Kp.,M.Kep
NIP. 196901051989031004**

**Ns. Maridi M Dirjo, M.Kep
NIDN. 1125037202**

**Ns. Mukhsin, S.Kep.,M.Adm.Kes
NIP. 196412021986121002**

**Mengetahui,
Ketua
Program Studi SI Keperawatan**

**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Pd., M.Kep
NIDN.1115017703**

Hubungan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Kualitas Pelayanan Keperawatan dengan Kepuasan Pasien di Ruang Tulip Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara

Karseno,¹Maridi M. Dirdjo.,²Muhsin³

INTISARI

Latar Belakang: Pelayanan yang berkualitas menjadi kunci utama dalam pelayanan di rumah sakit. Hal ini dapat tercapai jika setiap seluruh sumber daya manusia rumah sakit termasuk perawat mempunyai kompetensi khusus, diantaranya memahami produk jasa secara mendalam, berpenampilan menarik, bersikap ramah dan bersahabat, responsif (peka) dengan pasien, menguasai pekerjaan, berkomunikasi secara efektif dan mampu memberikan pelayanan secara profesional. Komunikasi yang digunakan perawat haruslah komunikasi yang terapeutik. Hasil akhir yang diharapkan pada pendekatan ini adalah kepuasan pasien yang dilayani.

Metodologi: Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien yang dirawat di Ruang Tulip RSUD Penajam, dengan teknik sampling *purposive sampling* sampel ini berjumlah 54 orang. Uji statistic yang digunakan adalah chi Square.

Hasil penelitian: Gambaran karakteristik responden: mayoritas responden dari penelitian ini adalah lebih dari separuhnya laki-laki (59,3%), lebih dari separuhnya berumur ≥ 38 tahun (51,9%). Sebagian besar berpendidikan rendah (SD dan SLTP (68,5%), dan status perkawinannya mayoritas menikah (88,9%), dan mayoritas system pembayarannya melalui jaminan social kesehatan (jamkesda dan BPJS) (94,5%), serta riwayat jumlah rawat adalah sebagian besar adalah perawatan pertama (63,8%). Lebih dari separuh responden mempunyai persepsi kualitas pelayanan keperawatan sudah baik (57,4) dan lebih dari separuh responden mempunyai persepsi pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat, serta lebih dari sebagian besar responden masih merasa kurang puas (63%) di ruang Tulip RSUD Penajam sudah baik (53,7%). Ada hubungan bermakna kualitas pelayanan keperawatan dan pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien, masing-masing p value 0,022, OR: 5,067; dan (p value 0,007, OR: 6,462; alfa: 0,05).

Kesimpulan: Persepsi kualitas pelayanan keperawatan dan pelaksanaan komunikasi terapeutik merupakan predictor kepuasan pasien di ruang perawatan.

Saran: Perlu penetapan indicator kualitas pelayanan keperawatan dan instruksi kerja atau SOP komunikasi terapeutik perawat. Para manajer keperawatan melakukan need assessment untuk pelatihan guna meningkatkan kualitas dan kepuasan pasien seperti pelatihan pelayanan prima, pelatihan perilaku caring dan pelatihan komunikasi terapeutik.

Kata Kunci: Komunikasi terapeutik, Kualitas Pelayanan Keperawatan, Kepuasan pasien.

¹Mahasiswa STIKES Muhammadiyah Samarinda

²Dosen STIKES Muhammadiyah Samarinda

³Bidang Pendidikan dan Penelitian RSUD A. Wahab Sjahranie Samarinda

Corelation of Therapeutic Communication and Quality of Nursing Services with Patient Satisfaction in Tulip Inpatient Intern Penajam Paser Utara Hospital

Karseno,⁴Maridi M. Dirdjo.,⁵Muhsin⁶

Abstract

Background : Quality service is the key factor in service at the hospital. It can be achieved if each entire human resources including nurses have special competence, such as in-depth understanding of service products, attractive, friendly, caring, authority, communicate effectively and able to provide services professional manner. Nurse should used therapeutic communication as their language. Finally the satisfaction of patients it's our goal.

Methodology : This research used descriptive correlational with cross-sectional design. The population of this research were all patients treated in Tulip ward Penajam Hospital. Technique sampling is purposive sampling that involve 54 people . Statistical test used Chi Square.

Result: The characteristic feature of the respondents: the majority of respondents of this research is more than half were male (59.3 %), more than half are aged \geq 38 years (51.9 %). Most of the low education primary and secondary school (68.5 %), and marital status of the majority of married (88.9 %), and the majority of the payment through the social security system of health (jamkesda and BPJS) (94.5 %), as well as the history of the number care is the majority is the first class (63.8 %). More than half of the respondents perceive the quality of nursing care is good (57.4) and more than half of the respondents perceive the nurse use therapeutic communication, and more than a majority of respondents still felt less satisfied is good (63 %) in the Tulip ward Penajam Hospital are good (53.7 %). There was a significant correlation between quality services and the implementation of therapeutic communication with patient satisfaction with each p value 0.022, OR : 5.067 ; and (p value = 0.007 , OR : 6.462 ; alpha : 0.05).

Conclusion : The perception of the quality of nursing services and the implementation of therapeutic communication is a predictor of patient satisfaction in the treatment ward .

Suggestion : It requires nursing care quality indicators and work instructions or SOPs therapeutic communication for nurse. The nursing managers need training to improve quality and patient satisfaction such as excellent service training, training caring behavior and therapeutic communication training.

Keywords : Therapeutic Communication, Nursing Care Quality, Patient satisfaction

⁴A student STIKES Muhammadiyah Samarinda

⁵Lecture of STIKES Muhammadiyah Samarinda

⁶Staf of education and training sector of general hospital Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

BAB III METODELOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	67
B. Populasi dan Sampel.....	67
C. Waktu dan Tempat Penelitian	69
D. Definisi Operasional	70
E. Instrumen Penelitian.....	71
F. Uji Validitas dan Reliabilitas	73
G. Teknik Pengumpulan Data	75
H. Teknik Analisa Data	76
I. Etika Penelitian.....	81
J. Jalannya Penelitian	82

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	86
B. Pembahasan.....	92
C. Keterbatasan Penelitian.....	110

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sepuluh tahun terakhir ini terjadi berbagai perubahan mendasar dalam pelayanan klinik di rumah sakit dan unit pelayanan kesehatan lainnya. Berbagai penelitian akhir-akhir ini menunjukkan bahwa mengandalkan pelayanan hanya pada kemampuan klinik dan manajerial semata ternyata justru sering berakhir pada situasi yang kadang merugikan pasien (Dwiprahasto, 2004).

Penyebab masalah diatas terjadi karena pelayanan kesehatan saat ini sangat berorientasi pada suatu struktur dan proses saja dan mengabaikan hasil pelayanan itu sendiri. Keadaan ini sering membuat konsumen atau penerima pelayanan menjadi tidak puas dengan pelayanan yang diterimanya.

Akibat ketidakpuasan tersebut, tidaklah salah jika para konsumen mengambil suatu kesimpulan bahwa profesionalisme pemberi pelayanan kesehatan saat ini masih rendah. Padahal menurut Zerwekh dan Claborn (2003) dikatakan bahwa profesionalisme adalah suatu dedikasi untuk memberikan pelayanan yang berkualitas pada konsumen. Agar dapat menghasilkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan memuaskan pasien, penampilan kerja karyawan harus selalu ditingkatkan di semua tatanan pelayanan kesehatan.

Semua tatanan pelayanan kesehatan harus berubah, termasuk rumah sakit. Rumah sakit dan unit pelayanan kesehatan lainnya yang semula lebih mengandalkan pada kualitas dan kesetaraan akses (*equity*), saat ini pelayanan harus lebih terfokus pada pasien (*patient oriented*) yang secara lebih rinci diterjemahkan menjadi keamanan pasien (*patient safety*) dan kepuasan pasien (Dwiprahasto, 2004). Hal ini sangat penting dilakukan oleh rumah sakit.

Rumah sakit adalah institusi yang merupakan bagian integral dari organisasi kesehatan dan organisasi sosial, berfungsi menyediakan pelayanan kesehatan lengkap, baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif bagi pasien rawat jalan dan rawat inap kegiatan pelayanan medis serta keperawatan (WHO, 2011).

Rumah sakit dinyatakan berhasil, tidak hanya pada kelengkapan fasilitas yang diunggulkan, melainkan juga sikap dan layanan sumber daya manusia yang ada di rumah sakit tersebut. Elemen tersebut terbukti berpengaruh signifikan terhadap pelayanan yang dihasilkan dan dipersepsikan pasien. Bila elemen tersebut diabaikan maka dalam waktu yang tidak lama, rumah sakit akan kehilangan banyak pasien dan dijauhi oleh calon pasien. Pasien akan beralih ke rumah sakit lainnya yang memenuhi harapan pasien, dan dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih memuaskan.

Hakikat dasar dari pelayanan rumah sakit adalah pemenuhan kebutuhan dan tuntutan pasien yang mengharapkan penyelesaian masalah kesehatannya. Pasien memandang bahwa rumah sakit tempat mereka berobat akan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna melalui proses penyembuhan

dan pemulihan terhadap penyakit yang dideritanya. Pasien mengharapkan pelayanan yang siap, cepat, lebih tanggap, terjamin keamanannya dan tempat serta suasana yang nyaman.

Dalam memenuhi kebutuhan pasien tersebut, pelayanan yang berkualitas menjadi kunci utama dalam pelayanan di rumah sakit. Mutu Rumah Sakit sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang paling dominan mempengaruhi adalah sumber daya manusia. Tenaga kesehatan termasuk fungsi fundamental yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan (Wijono, 2000).

Pelayanan berkualitas tersebut akan tercapai jika setiap seluruh sumber daya manusia rumah sakit mempunyai ketrampilan khusus, diantaranya memahami produk jasa secara mendalam, berpenampilan menarik, bersikap ramah dan bersahabat, responsif (peka) dengan pasien, menguasai pekerjaan, berkomunikasi secara efektif dan mampu memberikan pelayanan secara professional.

Rumah sakit harus melakukan pendekatan pelayanan berkualitas yang berorientasi pada kepuasan pasien, karena kepuasan pasien ditentukan oleh kualitas pelayanan. Kepuasan tersebut dimulai dari penerimaan pasien dari saat pertamakali datang hingga saat pasien meninggalkan rumah sakit, semua itu harus dilakukan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit.

Tenaga kesehatan rumah sakit yang paling banyak menyumbang sebagai pendukung kepuasan pasien salah satunya adalah perawat. Perawat

memberikan pengaruh besar untuk menentukan kualitas pelayanan. Perawat sebagai ujung tombak pelayanan terhadap pasien dan keluarganya di rumah sakit, karena frekuensi pertemuannya dengan pasien yang paling sering. Hal ini didukung oleh hasil penelitian yang menyimpulkan bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap kepuasan pasien adalah pelayanan perawat baik pada pasien umum maupun pasien asuransi/ Jamkesmas (Suaib, Indar & Jafar, 2012).

Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi atau kesannya terhadap kinerja atau hasil suatu produk dan harapan-harapannya (Kotler, 2004, dalam Nursalam, 2011). Pengertian ini berlaku juga untuk kepuasan pasien. Dalam rangka untuk memenuhi kepuasan pasien tersebut, perawat harus memiliki keterampilan diantaranya adalah bisa menerapkan komunikasi terapeutik dan memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas.

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan, kegiatannya difokuskan pada kesembuhan pasien dan merupakan komunikasi profesional yang dilakukan oleh perawat atau tenaga kesehatan lainnya (Purwanto, 1994, dalam Mundakir, 2006). Proses komunikasi terapeutik terdiri dari tahap persiapan atau pra-interaksi, tahap pengenalan atau orientasi, tahap kerja, dan tahap terminasi (Stuart, 1998, dalam Suryani, 2005). Salah satu tujuan komunikasi terapeutik adalah membentuk suatu keintiman, saling ketergantungan dengan kapasitas memberi dan menerima. Seorang perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik harus memiliki kemampuan antara

lain: pengetahuan yang cukup, keterampilan yang memadai, serta teknik dan sikap komunikasi yang baik.

Kemampuan komunikasi yang baik dari perawat merupakan salah satu faktor keberhasilan dalam melaksanakan proses keperawatan yang meliputi tahap pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Pasien sebagai konsumen dari pengguna jasa rumah sakit berhak menerima pelayanan yang layak dan semestinya sesuai dengan norma-norma yang berlaku. Pasien berhak mendapatkan pelayanan yang disertai keramahamahan petugas kesehatan salah satunya perawat. Oleh karena itu perawat mempunyai peranan yang sangat besar, baik dilihat dari interaksinya dengan pasien dan keluarga pasien maupun dari keterlibatan pelayanan keperawatan secara langsung kepada pasien.

Pelayanan keperawatan masih sering mendapatkan sorotan dari masyarakat, terutama sikap dan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Tidak jarang terjadi konflik antara perawat dengan pasien sebagai akibat dari komunikasi yang tidak lengkap atau perawat kurang komunikatif sehingga menimbulkan kekecewaan dan ketidakpuasan serta kepercayaan yang rendah dari pasien. Jika hal tersebut terjadi pasien bisa berpersepsi bahwa kualitas pelayanan keperawatan yang diterima tidak berkualitas.

Perawat sebaiknya mempunyai standar dalam memberikan pelayanan keperawatan terhadap pasien. Semua tindakan pelayanan perawat dilakukan

terus menerus demi untuk meningkatkan kualitas pelayanan agar terjadi kepuasan pasien dan dimungkinkan untuk membentuk loyalitas pasien. Sejumlah riset menyimpulkan bahwa kepuasan pasien berkaitan positif dengan persepsi terhadap kualitas jasa layanan sebuah organisasi, termasuk pelayanan keperawatan di rumah sakit (Mustofa, 2008). Apabila persepsi pasien baik dan positif terhadap pelayanan yang diterima maka akan terjadi kepuasan, apabila yang terjadi sebaliknya maka akan tercipta ketidakpuasan, termasuk kemampuan perawat dalam berkomunikasi terapeutik.

Berdasarkan penelitian oleh Husna, dkk (2009) di RS Siti Khodijah Sepanjang, dan Huda (2010) di RS Bundo Margondo Depok menunjukkan ada pengaruh bermakna antara komunikasi terapeutik perawat dengan kepuasan pasien, namun kepuasan ini apakah berdampak pada persepsi kualitas pelayanan belum banyak terungkap sehingga hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dan kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien masih perlu diteliti lebih lanjut termasuk di Rumah Sakit Penajam Paser Utara.

Kepuasan pasien sebagai hasil dari pelayanan keperawatan yang berkualitas termasuk didalamnya komunikasi terapeutik yang telah dilakukan oleh para perawat akan tercermin dari keluhan pasien melalui kotak saran. Berdasarkan informasi yang diperoleh dari kotak saran tahun 2013 di Rumah Sakit Penajam Paser Utara perihal pengaduan pasien tentang komunikasi perawat, dari 31 pasien sebagai responden di dapatkan 19 pasien (61,3 %) mengatakan kurang baik, dan 12 pasien (38,7%) mengatakan baik (Rekam medik Rumah Sakit Penajam Paser Utara, 2013).

Hal ini didukung oleh hasil pengamatan peneliti dimana sebagian besar atau 6 dari 10 perawat (60%), disaat akan melakukan tindakan tidak memperkenalkan diri saat pertama kali bertemu dengan pasien, dan memanggil pasien dengan panggilan ibu, bapak, nenek, mbah tanpa menanyakan panggilan yang disukai oleh pasien. Data tersebut diatas merupakan salah satu bentuk komunikasi terapeutik yang masih kurang baik.

Sementara mengenai kualitas pelayanan keperawatan yang diterima oleh pasien, dinilai oleh pasien masih kurang baik. Hasil wawancara dari 10 pasien, sebagian besar responden didapatkan 7 pasien (70 %) mengatakan pelayanan yang diberikan oleh perawat masih kurang baik, dan 3 pasien (30 %) mengatakan sudah baik. Hasil pengamatan peneliti, masih ada perawat yang menjalankan tugasnya hanya sekedar menjalankan rutinitas. Jika ditanya soal penyakit penjelasannya kurang memuaskan pasien, dengan menjawab tunggu dokternya saja.

Sementara hasil wawancara tentang kepuasan pasien di Ruang Tulip RSUD Penajam Paser Utara didapati 6 (60 %) dari 10 orang pasien mengatakan puas dengan pelayanan perawat dan sisanya masih belum puas.

Penjelasan atau informasi yang kurang lengkap dari perawat tentang kondisi pasien, dan teknik komunikasi perawat yang masih kurang baik, dapat berpotensi menimbulkan persepsi yang kurang baik terhadap kualitas pelayanan keperawatan dan akhirnya akan menimbulkan ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Hal ini karena pasien mempunyai hak

untuk mengetahui segala sesuatu yang berhubungan dengan kondisi kesehatannya selama perawatan. Dengan mengetahui tingkat kepuasan pasien pihak manajemen rumah sakit dapat meningkatkan kualitas pelayanan ketahap lebih tinggi lagi.

Berdasarkan uraian data diatas dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik dan pelayanan keperawatan yang berkualitas di Rumah Sakit Penajam Paser Utara belum sesuai yang diharapkan, sehingga masih perlu ditingkatkan. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengetahui adakah hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dan kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien di ruang tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka dapat dirumusan masalah penelitian yaitu apakah ada hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dan kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien di Ruang Tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dan kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien di Ruang Tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden di Ruang Tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.
- b. Mengidentifikasi pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat di ruang tulip Rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.
- c. Mengidentifikasi kualitas pelayanan keperawatan di ruang Tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.
- d. Mengidentifikasi kepuasan pasien di Ruang Tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.
- e. Menganalisis hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien di ruang tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.
- f. Menganalisis hubungan kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien di ruang tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi rumah sakit

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pihak rumah sakit sebagai bukti penelitian tentang pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat, persepsi kualitas pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien, dan hubungan diantara variabel tersebut. Hasil ini dapat dijadikan bahan

pembinaan kinerja perawat dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan keperawatan khususnya dalam melaksanakan komunikasi terapeutik untuk tercapainya kepuasan pasien.

2. Bagi perawat.

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat untuk pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dan sebagai *evidence based practice* khususnya yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik, kualitas pelayanan keperawatan dan kepuasan pasien. Hasil penelitian sebagai bahan penelitian selanjutnya.

3. Bagi pendidikan.

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan masukan dalam pengembangan studi ilmu komunikasi terapeutik keperawatan. Pendidikan keperawatan terus memantau hasil pelaksanaan komunikasi terapeutik dalam praktik nyata dan dampaknya terhadap kualitas dan kepuasan pasien, agar system pembelajaran materi tersebut diperbaiki secara terus menerus.

4. Bagi penulis.

Dapat menambah pengetahuan sebagai bekal dalam menerapkan ilmu yang telah diperoleh dibangku kuliah untuk dunia kerja yang sesungguhnya. Penelitian ini merupakan pengalaman yang berharga bagi peneliti sebagai peneliti pemula yang sedang mengaplikasikan teori penelitian ke situasi nyata.

E. Keaslian Penelitian

Sepengetahuan penulis belum pernah dilakukan penelitian persis seperti yang dilakukan penulis saat ini, namun ada penelitian yang serupa antara lain dilakukan oleh:

1. Penelitian yang dilakukan oleh Damayanti (2000), dengan judul Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Keperawatan di ruang rawat inap kelas I dan II dr. Sardjito Yogyakarta. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif korelasi, instrumen atau alat ukur yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa kuesioner atau angket yang bersifat tertutup, sedangkan yang akan peneliti lakukan menggunakan metode deskriptif korelasional, dengan desain yang digunakan adalah cross sectional, sedangkan instrumen atau alat ukur yang digunakan adalah berupa kuesioner atau angket yang bersifat tertutup.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Noordiana (2013), dengan judul Hubungan Antara Kualitas Pelayanan dengan Kepuasan Pasien Di Poli Umum Pusat Pelayanan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil Provinsi Kalimantan Timur. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa ada hubungan bermakna antara kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional, alat ukur yang digunakan adalah berupa kuesioner atau angket, sedangkan yang akan peneliti lakukan adalah menggunakan metode deskriptif korelasional dengan desain yang digunakan adalah cross sectional, sedangkan instrumen atau alat ukur berupa kuesioner atau angket yang bersifat tertutup.

Perbedaanya dengan penelitian yang penulis buat adalah terletak pada variabelnya, yaitu pada penelitian diatas hanya terdiri satu variabel dependen (kepuasan) dan satu variabel independen (kualitas pelayanan keperawatan). Sedangkan yang akan penulis buat adalah terdiri dari satu variabel dependen (kepuasan), dan dua variabel independen (pelaksanaan komunikasi terapeutik dan kualitas pelayanan keperawatan).

3. Penelitian yang dilakukan Riska Sari Astuti (2013), dengan judul Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Ruang Cempaka RSUD AWS Samarinda. Jenis penelitian yang digunakan adalah korelasional dengan pendekatan cross sectional, alat ukur yang digunakan adalah kuesioner, sedangkan yang akan penulis lakukan adalah dengan menggunakan metode deskriptif korelasional dengan desain yang digunakan adalah cross sectional, sedangkan instrumen atau alat ukur yang digunakan berupa kuesioner atau angket yang bersifat tertutup.

Perbedaanya dengan penelitian yang penulis buat adalah terletak pada variabelnya, yaitu pada penelitian diatas hanya terdiri satu variabel dependen (kepuasan) dan satu variabel independen (komunikasi terapeutik). Sedangkan yang akan penulis buat adalah terdiri dari satu variabel dependen (kepuasan), dan dua variabel independen (pelaksanaan komunikasi terapeutik dan kualitas pelayanan keperawatan).

4. Penelitian yang dilakukan oleh Supriyadi (2010) tentang Hubungan Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Kabupaten Batang Semarang. Sampel penelitian adalah

perawat pelaksana di RSUD Kabupaten Batang Semarang sebanyak 76 orang dan pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Batang sebanyak 76 orang. Pengambilan sampel menggunakan *Purposive Sampling*. Analisa data menggunakan korelasi *Spearman Rank*.

Perbedaan yang signifikan terletak pada variabelnya, pada penelitian diatas terdapat satu variabel dependen (kepuasan), dan satu variabel independen (komunikasi terapeutik), pada penelitian yang akan dilakukan terdapat satu variabel dependen (kepuasan) dan dua variabel independen (komunikasi terapeutik dan kualitas pelayanan).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka.

1. Konsep Kepuasan Pasien

a. Pengertian Kepuasan.

Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan yang berorientasi pada kepuasan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata pengguna jasa. Kepuasan adalah suatu keadaan dimana kebutuhan, keinginan dan harapan pelanggan dapat dipenuhi melalui produk yang diberikan (Haffizurrachman, 2004).

Kepuasan adalah bentuk perasaan seseorang setelah mendapatkan pengalaman terhadap kinerja pelayanan yang telah memenuhi harapan (Gerson, 2004). Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa yang muncul setelah membandingkan antara persepsi terhadap kinerja atau hasil suatu produk atau jasa dan harapan-harapan (Kotler,2007).

Berdasarkan pada beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan kepuasan adalah perasaan seseorang terhadap hasil yang diterima atau jasa yang diterima dan telah memenuhi harapan dan keinginannya.

b. Kepuasan pasien.

Kepuasan pasien merupakan kepuasan yang berkaitan dengan kesembuhan pasien dari sakit atau luka. Hal ini lebih berkaitan dengan konsekuensi sifat pelayanan kesehatan itu sendiri, berkaitan pula dengan sasaran dan hasil pelayanan. Kepuasan pasien merupakan pengukuran penting yang mendasar bagi mutu pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan keperawatan. Hal ini karena memberikan informasi terhadap suksesnya pemberi pelayanan yang sesuai dengan nilai dan harapan pasien (Hafizurrachman, 2004).

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

Kotler (2007), mendefinisikan bahwa kepuasan pasien adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang dia rasakan dibanding dengan harapannya. Menurut

Gerson (2004), kepuasan pasien adalah persepsi pasien bahwa harapannya telah terpenuhi atau terlampaui. Sedangkan menurut Nurachmah (2005), kepuasan pasien didefinisikan sebagai evaluasi paska konsumsi bahwa suatu produk yang dipilih setidaknya memenuhi atau melebihi harapan.

Menurut Sabarguna (2004), kepuasan pasien adalah merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Walaupun bersifat subyektif, tetap ada dasar obyektifnya, artinya walaupun penilaian itu dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu itu dan pengaruh lingkungan waktu itu, tetapi tetap didasari oleh kebenaran dan kenyataan obyektif yang ada.

Kepuasan pasien akan terpenuhi apabila proses penyampaian jasa dari pemberi jasa kepada pasien sesuai dengan apa yang dipersepsikan pelanggan. Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor subyektifitas yang dapat membuat perbedaan persepsi atau kesenjangan antara pelanggan dan pemberi jasa, ada lima kesenjangan dalam kualitas jasa (Hafizurrachman, 2004) :

- a. Kesenjangan antara persepsi manajemen tentang harapan konsumen dan spesifikasi kualitas jasa.
- b. Kesenjangan antara harapan konsumen dan persepsi manajemen.
- c. Kesenjangan antara spesifikasi jasa dan jasa yang disajikan.

- d. Kesenjangan antara penyampaian jasa aktual dan komunikasi eksternal kepada konsumen.
- e. Kesenjangan antara jasa yang diharapkan dan jasa aktual yang diterima konsumen.

Kepuasan pasien adalah tingkat kepuasan pelayanan pasien dari persepsi pasien/ keluarga terdekat. Kepuasan pasien akan tercapai, apabila diperoleh hasil yang optimal bagi setiap pasien dan pelayanan kesehatan memperhatikan kemampuan pasien atau keluarganya, ada perhatian terhadap keluhan, kondisi lingkungan fisik dan memprioritaskan kebutuhan pasien, sehingga tercapai keseimbangan yang sebaik-baiknya antara tingkat rasa puas atau hasil dan derita-derita serta jerih payah yang telah dialami guna memperoleh hasil tersebut (Soejadi, 1996).

Berdasarkan pada beberapa definisi diatas maka dapat disimpulkan bahwa kepuasan pasien merupakan penilaian subyektif pasien dalam bentuk persepsi terhadap pelayanan yang diberikan setelah membandingkan dari hasil pelayanan yang diberikan dengan harapannya. Pasien akan merasa puas jika pelayanan yang diberikan sesuai harapan pasien atau bahkan lebih dari apa yang diharapkan pasien, dan berlaku sebaliknya.

- c. Mengukur tingkat kepuasan.

Untuk mengetahui tingkat kepuasan yang dirasakan pelanggan atau penerima pelayanan maka perlu dilakukan pengukuran.

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

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

a). Sistem keluhan dan saran.

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

b). *Ghost shopping.*

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

c). *Lost customer analysis.*

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

d). Survei kepuasan pelanggan.

Penelitian survey dapat melalui pos, telepon dan wawancara langsung. Responden juga dapat diminta untuk mengurutkan berbagai elemen penawaran berdasarkan derajat pentingnya setiap elemen dan seberapa baik perusahaan dalam masing-masing elemen.

Melalui survey perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan dan juga memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya. Tingkat kepuasan dapat diukur dengan beberapa metode diatas.

Data yang diperoleh dari hasil pengukuran tiap-tiap metode mempunyai hasil yang berbeda. Pada penelitian yang

menggunakan metode survei kepuasan pelanggan, data/informasi yang diperoleh menggunakan metode ini lebih fokus pada apa yang ingin diteliti sehingga hasilnya pun akan lebih valid.

d. Manfaat pengukuran kepuasan.

Menurut Gerson (2004), manfaat utama dari program pengukuran adalah tersedianya umpan balik yang segera, berarti dan obyektif. Dengan hasil pengukuran orang biasa melihat bagaimana mereka melakukan pekerjaannya, membandingkannya dengan standar kerja dan memutuskan apa yang harus dilakukan untuk melakukan perbaikan berdasarkan pengukuran tersebut. Ada beberapa manfaat dari pengukuran kepuasan antara lain sebagai berikut:

- 1) Pengukuran menyebabkan seseorang memiliki rasa berhasil dan berprestasi, yang kemudian diterjemahkan menjadi pelayanan yang prima kepada pelanggan.
- 2) Pengukuran biasa dijadikan dasar menentukan standar kinerja dan standar prestasi yang harus dicapai, yang mengarahkan mereka menuju mutu yang semakin baik dan kepuasan pelanggan yang semakin meningkat.
- 3) Pengukuran pemberian umpan balik segera kepada pelaksana, terutama bila pelanggan sendiri yang mengukur kinerja pelaksana atau yang memberi pelayanan.

- 4) Pengukuran memberitahu apa yang harus dilakukan untuk memperbaiki mutu dan kepuasan pelanggan bagaimana harus melakukannya, informasi ini juga biasa datang dari pelanggan.
- 5) Pengukuran memotivasi orang untuk melakukan dan mencapai tingkat produktivitas yang lebih tinggi.

Menurut Azwar (1996), di dalam rumah sakit yang mengutamakan pihak yang dilayani, yaitu pasien, maka manfaat yang dapat diperoleh, bila mengutamakan kepuasan pasien antara lain sebagai berikut:

- 1) Rekomendasi medis untuk kesembuhan pasien akan dengan senang hati diikuti oleh pasien yang merasa puas terhadap pelayanan rumah sakit.
- 2) Terciptanya citra positif dan nama baik rumah sakit karena pasien yang puas tersebut akan memberitahukan kepuasannya kepada orang lain. Hal ini secara akumulatif akan menguntungkan rumah sakit karena merupakan pemasaran rumah sakit secara tidak langsung.
- 3) Citra rumah sakit akan menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Bertambahnya jumlah orang yang berobat, karena ingin mendapatkan pelayanan yang memuaskan seperti yang selama ini mereka dengarkan menguntungkan rumah sakit secara sosial dan ekonomi (meningkatkan pendapatan rumah sakit).

- 4) Berbagai pihak yang berkepentingan didalam rumah sakit, seperti perusahaan asuransi akan lebih menaruh kepercayaan pada rumah sakit yang mempunyai citra positif.
- 5) Didalam rumah sakit yang berusaha mewujudkan kepuasan pasien akan lebih diwarnai dengan situasi pelayanan yang menjunjung hak-hak pasien. Rumah sakitpun akan berusaha sedemikian rupa sehingga malpraktek tidak terjadi.

Menurut Jacobalis (1989), untuk mengukur kepuasan pasien dapat digunakan sebagai alat untuk evaluasi kualitas pelayanan kesehatan, evaluasi terhadap konsultasi intervensi dan hubungan antara perilaku sehat dan sakit, membuat keputusan administrasi, evaluasi efek perubahan dari organisasi pelayanan, administrasi staf dan fungsi pemasaran serta formasi etik profesional.

e. Klasifikasi kepuasan

Menurut Nursalam (2003), untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dapat diklasifikasikan dalam beberapa tingkatan, sebagai berikut: sangat tidak memuaskan (1), tidak memuaskan (2), memuaskan (3), sangat memuaskan (4). Pasien akan merasa sangat tidak puas apabila hasil pelayanan yang diberikan oleh perawat/ didapatkan pasien jauh dibawah harapannya, jika hasil pelayanan yang diberikan oleh perawat belum memenuhi harapan pasien maka

pasien akan merasa tidak puas terhadap pelayanan yang diterima pasien.

Pelayanan akan cukup memuaskan jika pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi sebagian harapan pasien. Pelayanan akan memuaskan apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat sudah memenuhi harapan rata-rata pasien, sedangkan pasien akan merasa sangat puas apabila pelayanan yang diberikan oleh perawat melebihi apa yang diharapkan pasien.

f. Faktor faktor yang mempengaruhi kepuasan pasien.

Seorang ahli Moison Walter dan White (dalam Haryanti, 2000) menyebutkan faktor- faktor yang mempengaruhi kepuasan yaitu:

1) Karakteristik Produk.

Produk ini merupakan kepemilikan rumah sakit yang bersifat fisik antara lain gedung dan dekorasi. Karakteristik produk rumah sakit meliputi penampilan bangunan rumah sakit, kebersihan dan tipe kelas kamar yang disediakan beserta kelengkapannya.

2) Harga.

Harga merupakan aspek penting, namun yang terpenting dalam penentuan kualitas guna mencapai kepuasan pasien.

3) Pelayanan.

Pelayanan keramahan petugas rumah sakit, kecepatan dalam pelayanan. Rumah sakit dianggap baik apabila dalam

memberikan pelayanan lebih, dan memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang berkunjung di rumah sakit, kepuasan muncul dari kesan pertama masuk pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan.

4). Lokasi.

Meliputi letak rumah sakit, letak kamar dan lingkungannya. Merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih rumah sakit. Umumnya semakin dekat rumah sakit dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien yang membutuhkan rumah sakit tersebut.

5). Fasilitas.

Kelengkapan fasilitas rumah sakit turut menentukan penilaian kepuasan pasien.

6). *Image*.

Citra, reputasi dan kepedulian rumah sakit terhadap lingkungan. *Image* juga memegang peranan penting terhadap kepuasan pasien dimana pasien memandang rumah sakit mana yang akan dibutuhkan untuk proses penyembuhan.

7). Desain visual.

Meliputi dekorasi ruangan, bangunan dan desain jalan yang tidak rumit.

8). Suasana.

Meliputi keamanan, keakraban dan tata lampu.

9). Komunikasi

Tata cara informasi yang diberikan pihak penyedia jasa dan keluhan-keluhan dari pasien. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh penyedia jasa terutama perawat dalam memberikan bantuan terhadap keluhan pasien.

g. Dimensi Kepuasan Pasien.

Salah satu indikator keberhasilan pelayanan kesehatan adalah kepuasan pasien. Kepuasan didefinisikan sebagai penilaian pasca konsumsi, bahwa suatu produk yang dipilih dapat memenuhi atau melebihi harapan pasien, sehingga mempengaruhi proses pengambilan keputusan untuk pembelian ulang produk yang sama. Pengertian produk mencakup barang, jasa, atau campuran antara barang dan jasa. Produk rumah sakit adalah jasa pelayanan kesehatan (Depkes RI, 2008).

Supranto (2001) dan Supardi (2008) menyatakan bahwa model kepuasan yang komprehensif dengan fokus utama pada pelayanan barang dan jasa meliputi lima dimensi penilaian sebagai berikut :

- 1). *Responsiveness* (ketanggapan), yaitu kemampuan petugas memberikan pelayanan kepada pasien dengan cepat. Dalam pelayanan rumah sakit adalah lama waktu menunggu pasien mulai dari mendaftar sampai mendapat pelayanan tenaga kesehatan.
- 2). *Reliability* (kehandalan), kemampuan petugas memberikan pelayanan kepada pasien dengan tepat. Dalam pelayanan rumah sakit adalah penilaian pasien terhadap kemampuan tenaga kesehatan.
- 3). *Assurance* (jaminan), yaitu kemampuan petugas memberikan pelayanan kepada pasien sehingga dipercaya. Dalam pelayanan rumah sakit adalah kejelasan tenaga kesehatan memberikan informasi tentang penyakit dan obatnya kepada pasien.
- 4). *Emphaty* (empati), kemampuan petugas membina hubungan, perhatian, dan memahami kebutuhan pasien. Dalam pelayanan rumah sakit adalah keramahan petugas kesehatan dalam menyapa dan berbicara, keikutsertaan pasien dalam mengambil keputusan pengobatan, dan kebebasan pasien memilih tempat berobat dan tenaga kesehatan, serta kemudahan pasien rawat inap mendapat kunjungan keluarga/temannya.
- 5). *Tangible* (bukti langsung), yaitu ketersediaan sarana dan fasilitas fisik yang dapat langsung dirasakan oleh pasien. Dalam

pelayanan rumah sakit adalah kebersihan ruangan pengobatan dan toilet.

2. Komunikasi Terapeutik.

a. Pengertian.

Menurut Purwanto (1994), komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien dengan komunikasi terapeutik.

Menurut Potter dan Perry (2001) komunikasi adalah elemen dasar dari interaksi manusia yang memungkinkan seseorang untuk menetapkan, mempertahankan, dan meningkatkan kontak dengan orang lain. Komunikasi adalah proses penyampaian suatu pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberitahu atau untuk mengubah sikap, pendapat, atau perilaku, baik langsung secara lisan maupun tak langsung melalui media.

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau perawat dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi (Suryani, 2005).

Komunikasi terapeutik adalah suatu interaksi interpersonal antara perawat dengan klien, yang selama interaksi berlangsung, perawat berfokus pada kebutuhan khusus klien untuk meningkatkan

pertukaran informasi yang efektif antara perawat dengan klien (Videbeck, 2008).

Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien. Dari beberapa pengertian di atas dapat dipahami bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan seorang perawat dengan teknik-teknik tertentu yang mempunyai efek penyembuhan. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara untuk membina hubungan saling percaya terhadap pasien dan pemberian informasi yang akurat kepada pasien.

b. Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik.

Menurut Suryani (2005) ada beberapa prinsip dasar yang harus dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang terapeutik.

Pertama, hubungan perawat dengan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan. Hubungan ini didasarkan pada prinsip "humanity of nurse and clients". Kualitas hubungan perawat-klien ditentukan oleh bagaimana perawat mendefinisikan dirinya sebagai manusia. Hubungan perawat dengan klien tidak hanya sekedar hubungan seorang penolong dengan kliennya tapi lebih dari itu, yaitu hubungan antar manusia yang bermartabat.

Kedua, perawat harus menghargai keunikan klien. Tiap individu mempunyai karakter yang berbeda-beda. Karena itu perawat perlu memahami perasaan dan perilaku klien dengan melihat perbedaan latar belakang keluarga, budaya, dan keunikan setiap individu.

Ketiga, semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan, dalam hal ini perawat harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien.

Keempat, komunikasi yang menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternatif pemecahan masalah. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah kunci dari komunikasi terapeutik.

c. Tahapan dalam komunikasi terapeutik.

Dalam komunikasi terapeutik ada empat tahap, dimana pada setiap tahap mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat (Stuart dan Sundeen, 1995, Tamsuri, 2006).

1). Tahap Prainteraksi.

Pada tahap Pra-Interaksi, dimulai sebelum perawat bertemu dengan pasien. Perawat terlebih dahulu menggali kemampuan yang dimiliki sebelum kontak atau berhubungan dengan klien termasuk kondisi kecemasan yang menyelimuti diri perawat sehingga terdapat dua unsur yang perlu dipersiapkan dan

dipelajari pada tahap prainteraksi yaitu unsur diri sendiri dan unsur dari klien.

Menurut Nasir (2009) dapat disimpulkan bahwa hal-hal yang dipelajari dari diri sendiri adalah pengetahuan yang dimiliki yang terkait dengan penyakit dan masalah klien, kecemasan dan kekalutan diri, analisis kekuatan diri, dan waktu pertemuan baik saat pertemuan maupun lama pertemuan. Sedangkan, hal-hal yang perlu dipelajari dari unsur klien adalah perilaku klien dalam menghadapi penyakitnya, adat istiadat, dan tingkat pengetahuan.

2). Tahap Perkenalan atau Orientasi.

Pada tahap perkenalan atau orientasi, perawat memulai kegiatan yang pertama kali dimana perawat bertemu pertama kali dengan klien. Kegiatan yang dilakukan adalah memperkenalkan diri kepada klien dan keluarga bahwa saat ini yang menjadi perawat adalah dirinya.

Menurut Suryani (2006), Tugas perawat pada tahap perkenalan adalah pertama, membina hubungan rasa saling percaya dengan menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka. Penting bagi perawat untuk mempertahankan hubungan saling percaya agar klien dan perawat ada keterbukaan dan saling menutup-nutupi. Kedua, memodifikasi lingkungan yang kondusif dengan peka terhadap respon klien dan menunjukkan

penerimaan, serta membantu klien mengekspresikan perasaan dan pikirannya.

Menurut Nasir (2009), Perawat dituntut mampu membuat suasana tidak terlalu formal sehingga suasana tidak terkesan tegang dan tidak bersifat menginterogasi. Lingkungan yang kondusif membantu klien bisa berfikir jernih dan mengutarakan keluhan yang diderita secara terbuka, lengkap sistematis, dan objektif. Tugas perawat yang ketiga pada tahap perkenalan adalah membuat kontrak dengan klien. Menurut Suryani (2006) Kontrak harus disetujui bersama dengan klien antara lain, tempat, waktu pertemuan, dan topik pembicaraan. Dan, tugas yang keempat pada tahap ini, perawat menggali keluhan-keluhan yang dirasakan oleh klien dan divalidasi dengan tanda dan gejala yang lain, maka dari itu perawat perlu mendengarkan secara aktif untuk mengumpulkan data tersebut.

Perawat dituntut memiliki keahlian yang tinggi dalam menstimulasi klien maupun keluarga agar mampu mengungkapkan keluhan yang dirasakan secara lengkap dan sistematis serta objektif. Keahlian yang harus dimiliki perawat adalah terkait dengan teknik komunikasi agar klien mengungkapkan keluhannya dengan sebenarnya tanpa ditutup-

tutupi ataupun diada-adakan sehingga mengacaukan rencana tindakan keperawatan.

3). Tahap Kerja.

Pada Tahap Kerja, biasanya merupakan tahap yang paling lama diantara tahap-tahap lain. Pada tahap ini, perawat dan klien bertemu untuk menyelesaikan masalah dan membentuk hubungan yang saling menguntungkan secara profesional, yaitu mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tugas pada fase ini adalah memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif klien, memberi bantuan yang dibutuhkan pasien, mendiskusikan dengan klien teknik-teknik untuk mencapai tujuan. Selain sebagai pemberi pelayanan, peran perawat sebagai pengajar dan konselor sangat diperlukan pada fase ini.

Peran ini meliputi upaya meningkatkan motivasi klien untuk mempelajari dan melaksanakan aktivitas peningkatan kesehatan, untuk mengikuti program pengobatan dokter, dan untuk mengekspresikan perasaan atau pengalaman yang berhubungan dengan masalah kesehatan dan kebutuhan perawatan, Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi suasana yang meningkatkan integritas klien dengan meminimalkan ketakutan, kecemasan, ketidakpercayaan, dan tekanan pada klien (Tamsuri, 2005).

4). Tahap Terminasi.

Tahap terakhir pada komunikasi terapeutik adalah tahap terminasi. Tahap terminasi dimulai ketika klien dan perawat memutuskan untuk mengakhiri hubungan dengan klien.

Menurut Tamsuri (2005), tahap terminasi dibagi menjadi dua yaitu terminasi hubungan yang temporer, terjadi ketika perawat dan klien harus berpisah pada akhir shift perawat, sementara terminasi secara permanen dilakukan ketika klien telah sembuh (tujuan telah tercapai) atau dipindah ke unit lain atau ketika perawat pindah ke unit lain sehingga tidak memungkinkan lagi pertemuan dengan klien dalam situasi profesional. Tugas perawat pada tahap ini menurut Suryani (2005) adalah mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan, menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan dan membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya.

d. Unsur Komunikasi Terapeutik.

Unsur komunikasi menurut Tamsuri (2006), komunikator dinilai dari penampilan yang baik, sopan, menarik, sangat berpengaruh dalam proses komunikasi. Komunikator sebelum melakukan komunikasi perlu menguasai masalah dan penguasaan bahasa dengan tujuan komunikator dapat meningkatkan kepercayaan diri

komunikasikan. Pesan yang disampaikan dalam proses komunikasi dapat secara langsung, tatap muka, dan media, sedangkan pesan yang disampaikan oleh komunikator dapat berupa pengetahuan tentang kesehatan, perasaan.

Dari unsur komunikasi ini maka komunikasi dapat tercapai dengan baik dan pesan yang disampaikan dapat diterima. Unsur-unsur dalam komunikasi terapeutik adalah terdiri dari komunikator, komunikan, pesan yang disampaikan dan lingkungan waktu komunikasi berlangsung. Sumber proses komunikasi yaitu pengirim dan penerima pesan.

Prakasa komunikasi dilakukan oleh sumber ini dan sumber juga menerima pesan sebagai tolak ukur keberhasilan dalam mengirim. Pesan-pesan yang disampaikan dengan menggunakan penyandian baik yang berupa bahasa verbal maupun non verbal. Penerima yaitu orang yang menerima pengiriman pesan dan membalas pesan yang disampaikan oleh sumber, sehingga dapat diketahui mengerti tidaknya suatu pesan. Lingkungan waktu komunikasi berlangsung, dalam hal ini meliputi saluran penyampaian dan penerimaan pesan serta lingkungan alamiah saat pesan disampaikan. Saluran penyampaian pesan melalui indra manusia yaitu pendengaran, penglihatan, pengecap dan perabaan.

e. Hambatan dalam berkomunikasi terapeutik.

Secara umum hambatan dalam proses komunikasi yang tepat, kurangnya perencanaan dalam berkomunikasi, penampilan, sikap dan kecakapan yang kurang tepat selama berkomunikasi. Kurang pengetahuan, perbedaan persepsi, perbedaan harapan, pesan yang tidak jelas, prasangka yang buruk, tidak ada kepercayaan, ada ancaman perbedaan status dan bahasa, kesalahan informasi merupakan hambatan dalam berkomunikasi. Untuk mengatasi hambatan tersebut dapat ditanggulangi dengan cara mengecek arti, umpan balik dari pesan itu sendiri. Meningkatkan kesadaran diri juga merupakan salah satu cara untuk mengatasi hambatan komunikasi. Faktor-faktor pribadi perawat yang harus disadari adalah tentang sikap, nilai-nilai kepercayaan, perasaan dan perilaku.

Menurut Roger (1967) yang dikutip dari Mundakir (2006) menekankan bahwa untuk memahami orang lain dalam proses komunikasi kesadaran atau pemahaman terhadap diri sendiri adalah prasarat yang penting. Seorang perawat dapat berkomunikasi secara baik dengan klien bila mempunyai kesadaran diri dengan baik.

f. Fungsi Komunikasi Terapeutik.

Fungsi komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dan pasien melalui

hubungan perawat dan pasien. Mengidentifikasi, mengungkap perasaan dan mengkaji masalah serta evaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat (Indrawati, 2005). Menurut Roger (1967) yang dikutip dari Mundakir (2006) fungsi komunikasi terapeutik adalah:

- 1) Mendorong dan menganjurkan kerjasama antara perawat -pasien.
- 2) Mengidentifikasi, mengungkap perasaan dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan perawat.
- 3) Memberikan pengertian tingkah laku pasien dan membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapi.
- 4) Mencegah tindakan yang negatif terhadap pertahanan diri pasien.

g. Teknik-teknik komunikasi terapeutik.

Tiap klien tidak sama oleh karena itu diperlukan penerapan teknik berkomunikasi yang berbeda pula. Berikut ini adalah teknik komunikasi berdasarkan referensi dari Tamsuri (2005):

- 1) Diam, yaitu tenang, tidak melakukan pembicaraan selama beberapa detik atau menit.
- 2) Mendengar adalah proses aktif penerimaan informasi dan penelaah reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima.
- 3) Menghadirkan topik pembicaraan yang umum adalah dengan menggunakan pernyataan atau pertanyaan yang mendorong klien untuk berbicara, memilih topik pembicaraan dan memfasilitasi kelanjutan pembicaraan.

- 4) Menspesifikan adalah membuat pernyataan menjadi lebih spesifik.
- 5) Menggunakan pertanyaan terbuka adalah menanyakan sesuatu yang bersifat luas, yang memberi klien kesempatan untuk mengeksplorasi (mengungkapkan, klarifikasi, menggambarkan, membandingkan, atau mengilustrasikan).
- 6) Sentuhan adalah melakukan kontak fisik untuk meningkatkan kepedulian.
- 7) Mengecek persepsi atau memvalidasi adalah metode yang sama dengan klarifikasi, tetapi pengecekan dilakukan terhadap kata-kata khusus yang disampaikan klien.
- 8) Menawarkan diri adalah menawarkan kehadiran, perhatian, dan pemahaman tentang sesuatu.
- 9) Memberi informasi adalah memberi informasi faktual secara spesifik tentang klien walaupun tidak diminta. Apabila tidak mengetahui informasi yang dimaksud, perawat menyatakan ketidaktahuannya dan menanyakan orang yang dapat dihubungi untuk mendapatkan informasi.
- 10) Menyatakan kembali dan menyimpulkan adalah secara aktif mendengarkan pesan utama yang disampaikan klien dan kemudian menyampaikan kembali pikiran dan perasaan itu dengan menggunakan kata-kata serupa.

- 11) Mengklarifikasi adalah metode membuat inti seluruh pesan dari pernyataan klien lebih dimengerti. Klarifikasi dapat dilakukan bila perawat tidak dapat menyatakan kembali. Perawat dapat melakukan klarifikasi dengan menyatakan kembali pesan dasar/meminta klien mengulang atau menyatakan kembali pesan yang disampaikan.
- 12) Refleksi adalah mengembalikan ide, perasaan, pertanyaan kepada klien untuk memungkinkan eksplorasi ide dan perasaan mereka terhadap situasi.
- 13) Menyimpulkan dan merencanakan adalah menyatakan poin utama dalam diskusi untuk mengklarifikasi hal-hal relevan yang perlu didiskusikan. Teknik ini berguna pada akhir wawancara atau mengevaluasi penguasaan klien terhadap program pengajaran kesehatan. Teknik ini sering digunakan pada pendahuluan untuk menentukan rencana perawatan berikutnya.
- 14) Menyatakan realitas adalah membantu klien membedakan antara yang nyata dan yang tidak nyata.
- 15) Pengakuan adalah memberi komentar dengan teknik tidak menghakimi terhadap perubahan perilaku seseorang atau usaha yang telah dilakukan.

- 16) Klarifikasi waktu adalah membantu klien mengklarifikasi waktu atau kejadian, situasi, kejadian dan hubungan antara peristiwa dan waktu.
 - 17) Memfokuskan adalah membantu klien mengembangkan topik yang penting. Penting bagi perawat untuk menunggu klien beberapa saat tentang tema apa yang mereka sampaikan (perhatikan) sebelum memfokuskan pembicaraan.
- h. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik.

Menurut Hidayat (2003) ada lima faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik yaitu:

1). Pendidikan.

Pendidikan merupakan penuntun manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan yang dapat digunakan untuk mendapatkan informasi sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Maka makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi dan makin bagus pengetahuan yang dimiliki sehingga penggunaan komunikasi terapeutik secara efektif akan dapat dilakukannya.

2). Lama bekerja.

Lama bekerja merupakan waktu dimana seseorang mulai bekerja ditempat kerja. Makin lama seseorang bekerja semakin

banyak pengalaman yang dimilikinya sehingga akan semakin bagus cara berkomunikasi.

3). Pengetahuan.

Pengetahuan merupakan proses belajar dengan menggunakan panca indra yang dilakukan seseorang terhadap objek tertentu untuk dapat menghasilkan pengetahuan dan ketrampilan.

4). Sikap.

Sikap dalam komunikasi akan mempengaruhi proses komunikasi berjalan efektif atau tidak. Sikap kurang baik akan menyebabkan pendengar kurang percaya terhadap komunikator. Sikap yang diharapkan dalam komunikasi tersebut seperti terbuka, percaya, empati dan menghargai, yang kesemuanya dapat mendukung komunikasi terapeutik.

5). Kondisi psikologis.

Pada kondisi psikologis komunikator akan mudah mempengaruhi komunikasi terapeutik, mengingat dalam komunikasi terapeutik dibutuhkan kondisi psikologis yang baik untuk menjadikan komunikasi sebagai terapeutik.

3. Konsep Kualitas Pelayanan Keperawatan

Sebelum membahas tentang definisi pelayanan keperawatan, terlebih dahulu akan dibahas tentang definisi kualitas dan pelayanan.

Setelah itu baru dibahas tentang definisi kualitas pelayanan keperawatan.

a. Definisi Kualitas.

Kualitas harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan (Kotler, 2004). Hal ini berarti bahwa citra kualitas yang baik bukanlah berdasarkan sudut pandang atau persepsi pihak penyedia jasa saja, melainkan berdasarkan sudut pandang atau persepsi pelanggan. Persepsi pelanggan terhadap kualitas jasa merupakan penilaian menyeluruh atau keunggulan suatu jasa.

Menurut pendapat Edvardsson (dikutip oleh Griselda dan Panjaitan, 2007) kualitas adalah bagaimana mencari tahu apa yang menciptakan nilai bagi pelanggan dan memberi pelayanan. Lembaga pelayanan dapat lebih mengerti pelanggannya dan bagaimana mendefinisikan keinginan pelanggan tersebut sesuai harapan pelanggan.

Menurut Ovreveit (dalam Nurcahya, 2007) kualitas dalam jasa kesehatan terdiri dari kualitas konsumen (yang berkaitan dengan apakah pelayanan yang diberikan sesuai dengan yang dikehendaki pasien), kualitas profesional (yang berkaitan apakah pelayanan yang diberikan memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan yang didiagnosa oleh para profesional), dan kualitas

menajemen (yang berkaitan dengan apakah jasa yang diberikan dilakukan tanpa pemborosan dan kesalahan, pada harga yang terjangkau, dan memenuhi peraturan-peraturan resmi dan peraturan lainnya).

b. Definisi pelayanan.

Pelayanan adalah suatu kegiatan atau urutan yang terjadi dalam interaksi langsung antara seseorang dengan orang lain atau mesin secara fisik dan menyediakan kepuasan pelanggan. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, kata pelayanan artinya sebagai usaha melayani kebutuhan orang lain. Sedangkan melayani adalah membantu menyiapkan (mengurus) apa yang diperlukan seseorang. Menurut Poerwadarminta (2003: 674) mendefinisikan pelayanan berasal dari layanan, melayani adalah menolong, menyediakan segala apa yang diperlukan orang lain. Menurut Moenir (2006: 41) pelayanan merupakan proses pemenuhan layanan melalui aktivitas orang lain yang langsung.

KEPMENPAN No. 81 Tahun 1993 telah mendefinisikan pelayanan dalam konteks pelayanan publik, menyatakan bahwa pelayanan adalah suatu bentuk kegiatan pelayanan yang dilaksanakan oleh instansi pemerintah baik di pusat, di daerah, dalam bentuk barang maupun jasa dalam rangka pemenuhan

kebutuhan masyarakat sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Wijono (2002) dalam konteks pelayanan kesehatan, pelayanan dapat diartikan sebagai berikut:

- 1) Perihal atau cara melayani.
- 2) Usaha atau melayani kebutuhan orang lain dengan memperoleh imbalan uang (jasa).
- 3) Kemudahan yang diberikan sehubungan dengan jual beli barang atau jasa.

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa pelayanan adalah kegiatan yang dilakukan oleh seorang petugas untuk melayani kebutuhan yang menjadi pelanggannya. Dalam konteks penelitian ini, petugas adalah perawat, sementara pelanggan adalah pasien.

c. Unsur Kualitas Pelayanan

KEPMENPAN No. 81 Tahun 1993 telah mendefinisikan pelayanan dalam konteks pelayanan publik, menyatakan bahwa pelayanan harus mengandung delapan unsur, yang selanjutnya disebut delapan unsur kualitas pelayanan.

- 1) Kesederhanaan, dalam arti prosedur tata cara pelayanan diselenggarakan secara mudah, lancar, cepat, tidak berbelit-belit, mudah dipahami dan mudah dilaksanakan.

- 2) Kejelasan dan kepastian, dalam arti ada kepastian dan kejelasan mengenai:
 - a) Prosedur atau tata cara pelayanan, persyaratan pelayanan umum baik teknis maupun administratif.
 - b) Unit kerja/pejabat yang bewenang dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan.
 - c) Rincian biaya atau tarif pelayanan dan tata cara pembayaran.
 - d) Jadwal waktu penyelesaian pelayanan.
 - e) Hak dan kewajiban bagi pemberi maupun penerima pelayanan berdasarkan bukti-bukti penerima pelayanan.
 - f) Pejabat yang menerima keluhan masyarakat.
- 3) Keamanan dalam arti proses hasil pelayanan dapat memberikan keamanan dan kenyamanan serta dapat memberikan kepastian hukum.
- 4) Keterbukaan, dalam arti prosedur/tata cara persyaratan satuan kerja/pejabat penanggung jawab pemberi pelayanan, waktu penyelesaian dan rincian biaya/tarif dan lain-lain yang berhubungan proses pelayanan wajib masyarakat baik diminta maupun tidak diminta.
- 5) Efisiensi, dalam arti persyaratan pelayanan hanya dibatasi pada hal-hal yang berkaitan langsung dengan pencapaian

sasaran pelayanan dengan tetap memperhatikan keterpaduan antara persyaratan dengan produk pelayanan yang diberikan. Dicegah adanya pengulangan pemenuhan persyaratan dalam hal proses pelayanannya mempersyaratkan kelengkapan persyaratan dari satuan kerja/instansi pemerintah yang terkait.

- 6) Ekonomis, dalam arti pengenaan biaya pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan nilai barang dan jasa pelayanan dan tidak menuntut biaya yang tinggi diluar kewajaran. Kondisi dan kemampuan masyarakat untuk membayar secara umum.
- 7) Keadilan yang merata dalam arti cakupan/jangkauan pelayanan harus diusahakan seluas mungkin dengan distribusi yang merata dan diperlakukan secara adil.
- 8) Ketepatan waktu, dalam arti pelayanan dapat diselesaikan dalam kurun waktu yang telah ditentukan.

d. Macam-Macam Kualitas pelayanan.

Moenir (2006 : 91) pelayanan merupakan proses pemenuhan kebutuhan melalui orang lain yang dilakukan oleh siapapun . Kualitas pelayanan tidak terlepas dari tiga macam yaitu:

- 1) Layanan dengan lisan.

Layanan dengan lisan dilakukan oleh petugas-petugas dibidang hubungan masyarakat, bidang layanan informasi dan bidang-bidang lain yang tugasnya memberikan penjelasan atau keterangan kepada siapapun yang memerlukan. Agar layanan lisan berhasil dan berkualitas sesuai dengan yang diharapkan, maka syarat-syarat yang harus dipenuhi oleh pelaku layanan yaitu:

- a) Mampu memberikan penjelasan tentang apa yang perlu dengan lancar, singkat tetapi cukup jelas sehingga cukup memuaskan bagi mereka yang ingin memperoleh kejelasan mengenai sesuatu.
- b) Bertingkah laku sopan dan ramah.
- c) Meski dalam keadaan “sepi” tidak “mengobrol” dan bercanda dengan teman, karena dapat menimbulkan kesan tidak disiplin dan melalaikan tugas.

2) Layanan melalui tulisan.

Pada dasarnya layanan melalui tulisan sangat efisien terutama dari segi jumlah maupun segi peranannya, dan juga sangat baik bagi segi layanan jarak jauh karena faktor biaya dan kecepatan, baik dalam pengelolaan masalah maupun dalam proses penyelesaiannya.

- a) Layanan berupa petunjuk, informasi dan sejenisnya yang ditujukan kepada orang-orang yang berkepentingan.
- b) Petunjuk yang harus ada disuatu badan atau lembaga yang melayani kepentingan umum.

3) Perbuatan layanan berbentuk.

Pada umumnya layanan dalam bentuk perbuatan dilakukan oleh petugas-petugas tingkat menengah dan petugas sangat menentukan hasil perbuatan atau pekerjaan.

e. Faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan.

Sunarto (2003) mengidentifikasi tujuh faktor yang mempengaruhi persepsi terhadap kualitas suatu barang atau jasa, yaitu:

1) Kinerja

Kinerja ialah tingkat absolut kinerja barang atau jasa pada atribut kunci yang diidentifikasi para pelanggan.

2) Interaksi Pegawai.

Interaksi pegawai ini meliputi keramahan, sikap hormat, dan empati ditunjukkan oleh masyarakat yang memberikan jasa atau barang.

3) Kehandalan.

Kehandalan yaitu rentang kehidupan produk dan kekuatan umum.

4) Daya Tahan.

Daya tahan merupakan rentang kehidupan produk dan kekuatan umum.

5) Ketepatan waktu dan kenyamanan.

Ketepatan waktu dan kenyamanan yaitu seberapa cepat produk diserahkan atau diperbaiki, seberapa cepat produk informasi atau jasa diberikan.

6) Estetika.

Estetika merupakan pandangan pelanggan yang lebih pada penampilan fisik barang atau toko dan daya tarik penyajian jasa.

7) Kesadaran akan merek.

Merupakan pandangan pelanggan atas dampak positif atau negatif tambahan atas kualitas yang tampak, yang mengenal merek atau nama toko atas evaluasi pelanggan.

f. Aspek-aspek kualitas pelayanan jasa yang baik.

Menurut Tjiptono (1997 : 22) bahwa pelayanan yang baik yang dilakukan oleh suatu organisasi baik pemerintahan maupun swasta termasuk dibidang pelayanan keperawatan harus memuat beberapa aspek, antara lain:

- 1) Keterbukaan, yaitu adanya informasi pelayanan yang berupa loket informasi yang dimilikinya dan terpampang dengan jelas.
- 2) Kesederhanaan, yaitu mencakup prosedur pelayanan dan persyaratan pelayanan.
- 3) Kepastian, yaitu menyangkut informasi waktu, biaya dan petugas pelayanan yang jelas.
- 4) Keadilan, yaitu memberi perhatian yang sama terhadap pelanggan tanpa adanya diskriminasi yang dapat dilihat dari materi atau kedekatan seseorang.
- 5) Keamanan dan kenyamanan hasil produk pelayanan memenuhi kualitas teknis dan dilengkapi dengan jaminan purna pelayanan secara administratif.

Agar aspek kualitas tersebut diatas semakin baik, terdapat 10 (sepuluh) dimensi karakteristik atau atribut yang harus diperhatikan dalam perbaikan kualitas pelayanan. Menurut Gospersz (1997, dalam Sianipar, 1999) karakteristik tersebut yaitu:

- 1) Kepastian waktu pelayanan.

Ketepatan waktu yang diharapkan berkaitan dengan waktu proses atau penyelesaian, pengiriman, penyerahan, pemberian jaminan atau garansi dan menanggapi keluhan.

2) Akurasi pelayanan.

Akurasi pelayanan berkaitan dengan reabilitas pelayanan, bebas dari kesalahan-kesalahan.

3) Kesopanan keramahan dalam memberikan pelayanan.

Personil yang berada digaris depan yang berinteraksi langsung dengan masyarakat harus dapat memberikan sentuhan pribadi yang menyenangkan. Sentuhan pribadi yang menyenangkan tercermin melalui penampilan, bahasa tubuh dan bahasa tutur yang sopan, ramah, ceria, lincah dan gesit.

4) Tanggung jawab.

Bertanggung jawab dalam penerimaan pesan atau permintaan dan penanganan keluhan masyarakat.

5) Kelengkapan.

Kelengkapan pelayanan menyangkut lingkup (cakupan) pelayanan, ketersediaan sarana pendukung dan pelayanan komplementer.

6) Kemudahan dalam mendapatkan pelayanan.

Kemudahan dalam mendapatkan pelayanan berkaitan dengan banyaknya outlet, petugas yang melayani fasilitas pendukung.

7) Variasi model pelayanan.

Variasi model pelayanan berkaitan dengan inovasi untuk memberikan pola-pola baru pelayanan.

8) Pelayanan pribadi.

Pelayanan pribadi berkaitan dengan kemampuan dalam memberikan menanggapi kebutuhan khas.

9) Kenyamanan dalam memperoleh pelayanan.

Kenyamanan pelayanan berkaitan dengan ruang tunggu atau tempat pelayanan, kemudahan, ketersediaan data atau informasi dan petunjuk-petunjuk.

10) Atribut pendukung pelayanan.

Atribut pendukung pelayanan dapat berupa ruang tunggu yang cukup AC, bacaan, TV, musik dan kebersihan lingkungan.

g. Pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesejahteraan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat (Wijono, 2002). Berdasarkan pendapat tersebut pengertian kualitas pelayanan kesehatan bersifat multidimensional. Kualitas menurut pemakai pelayanan

kesehatan dan menurut penyedia jasa layanan kesehatan (Azwar, 2010):

- 1) Dari segi pemakai jasa pelayanan, kualitas pelayanan terutama berhubungan dengan ketanggapan dan kemampuan petugas rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan pasar dan komunikasi pasien termasuk didalamnya sifat ramah dan kesungguhan.
- 2) Dari pihak penyedia jasa dalam hal ini rumah sakit, kualitas pelayanan terkait pada pemakaian yang sesuai dengan perkembangan ilmu dan teknologi. Merupakan prioritas utama yang perlu diperhatikan dalam menilai pentingnya kualitas pelayanan suatu tatanan pelayanan kesehatan, adalah sejauh mana pelayanan itu dapat menciptakan tingkat kepuasan semaksimal mungkin bagi konsumen. Karena itu pihak pemasar didalam menetapkan suatu kebijakan pelayanan, suatu perusahaan dengan keinginan dan harapan yang dianggap penting oleh konsumen untuk dilaksanakan perusahaan, tidak menimbulkan suatu kesenjangan.

Dalam konteks ini, kualitas pelayanan harus sesuai dengan harapan yang diinginkan oleh setiap konsumen. Pada tingkat kesesuaian yang semakin tinggi antara harapan dengan kualitas pelayanan yang diberikan oleh perusahaan,

disitulah tercipta nilai kepuasan yang maksimal (Sunarto, 3003).

Menurut Mills dalam utama (2003) tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit telah menjadi masalah mendasar yang dihadapi sebagian besar rumah sakit diberbagai negara. Tuntutan ini menjadi dasar pengembangan organisasi kesehatan dan sistem pelayanan kesehatan berbagai negara. Pada prinsipnya, definisi kualitas jasa berfokus pada upaya pemenuhan kebutuhan dan keinginan konsumen, serta ketepatan penyampainya untuk mengimbangi harapan pelanggan.

h. Kualitas Pelayanan Keperawatan.

1) Pengertian kualitas pelayanan keperawatan.

Kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan suatu fenomena unik, sebab dimensi dari indikatornya dapat berbeda diantara orang-orang yang terlibat dalam pelayanan keperawatan. Untuk mengatasi perbedaan dipakai suatu pedoman yaitu hakikat dasar dari penyelenggaraan pelayanan keperawatan, yaitu memenuhi kebutuhan dan tuntutan para pemakai jasa pelayanan keperawatan. Mutu pelayanan menunjukkan pada tingkat

kesempurnaan pelayanan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dan tuntutan setiap pasien (Azwar, 2010).

2) Dimensi Kualitas Pelayanan Keperawatan

Kualitas pelayanan harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan. Dalam konteks kualitas jasa harapan pelanggan mempunyai peranan besar dalam evaluasi kualitas yang dirasakannya.

Menurut Muninjaya (2004) berdasarkan pendapat Parasuraman, dilihat dari pihak-pihak dan harapan pelanggan serta pandangan terhadap kepuasan pelayanan, maka dapat dikelompokkan menjadi 6 (enam) dimensi kualitas pelayanan keperawatan yang dapat mewujudkan tingkat kepuasan pasien, yaitu:

a) Perhatian Perawat (*caring*).

Caring adalah cara yang memiliki makna dan memotivasi tindakan. *Caring* juga didefinisikan sebagai tindakan yang bertujuan memberikan asuhan fisik dan memperhatikan emosi sambil meningkatkan rasa aman dan keselamatan klien. Sikap *caring* diberikan melalui kejujuran, kepercayaan, dan niat baik. *Caring* menolong klien meningkatkan perubahan positif dalam aspek fisik, psikologis, spiritual, dan sosial.

Dalam memberikan asuhan, perawat menggunakan keahlian, kata-kata yang lemah lembut, sentuhan, memberikan harapan, selalu berada disamping klien, dan bersikap caring sebagai media pemberi asuhan. Para perawat dapat diminta untuk merawat, namun tidak dapat diperintah untuk memberikan asuhan dengan menggunakan *spirit caring* (Sitorus, 2007).

Menurut (Watson, 2004) faktor perhatian perawat/*caring* meliputi:

- (1) Menerapkan perilaku yang penuh kasih sayang dan kebaikan dan ketenangan dalam konteks kesadaran terhadap *caring*.
- (2) Hadir dengan sepenuhnya, dan mewujudkan dan mempertahankan sistem kepercayaan yang dalam dan dunia kehidupan subjektif dari dirinya dan orang dirawat.
- (3) Memberikan perhatian terhadap praktek-praktek spiritual dan transpersonal diri orang lain, melebihi ego dirinya.
- (4) Mengembangkan dan mempertahankan suatu hubungan caring yang sebenarnya, yang saling bantu dan saling percaya.

- (5) Hadir untuk menampung dan mendukung ekspresi perasaan positif dan negatif sebagai suatu hubungan dengan semangat yang dalam dari diri sendiri dan orang yang dirawat.
- (6) Menggunakan diri sendiri dan semua cara yang diketahui secara kreatif sebagai bagian dari proses caring, untuk terlibat dalam penerapan caring-healing yang artistik.
- (7) Terlibat dalam pengalaman belajar mengajar yang sebenarnya yang mengakui keutuhan diri orang lain dan berusaha untuk memahami sudut pandang orang lain.
- (8) Menciptakan lingkungan healing pada seluruh tingkatan, baik fisik maupun non fisik, lingkungan yang kompleks dari energi dan kesadaran, yang memiliki keholistikan, keindahan, kenyamanan, martabat, dan kedamaian.
- (9) Membantu terpenuhinya kebutuhan dasar, dengan kesadaran caring yang penuh, memberikan "*human care essentials*", yang memunculkan penyesuaian jiwa, raga dan pikiran, keholistikan, dan kesatuan diri

dalam seluruh aspek caring dengan melibatkan jiwa dan keberadaan secara spiritual.

(10) Menelaah dan menghargai misteri spritual, dan dimensi eksistensial dari kehidupan dan kematian seseorang, “*soul care*” bagi diri sendiri dan orang yang dirawat.

b) Reliabilitas Pelayanan

Reliabilitas pelayanan adalah aspek–aspek keandalan sistem pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa yang meliputi kesesuaian pelaksanaan pelayanan dengan rencana, kepedulian perusahaan kepada permasalahan yang dialami pasien, kehandalan penyampaian jasa sejak awal, ketepatan waktu pelayanan sesuai dengan janji yang diberikan, dan keakuratan penanganan.

c) Interaksi atau komunikasi antara perawat dengan pasien.

Komunikasi adalah proses penyampaian gagasan, harapan, dan pesan yang disampaikan melalui lambang-lambang tertentu, mengandung arti, dilakukan oleh penyampai pesan ditunjukkan kepada penerima pesan dengan maksud mencapai kebersamaan (*commons*).

Dari defenisi di atas secara umum dapat disimpulkan bahwa komunikasi merupakan proses pengiriman atau pertukaran pesan (stimulus, signal, simbol atau informasi) baik dalam bentuk verbal maupun non-verbal dari pengirim kepada komunikan dengan tujuan adanya perubahan, baik dalam aspek kognitif, afektif maupun psikomotorik dan behavioral. Kegiatan berkomunikasi juga dilakukan antara perawat dan pasien. Komunikasi merupakan proses yang dilakukan perawat dalam menjaga kerjasama yang baik dengan pasien dalam memenuhi kebutuhan kesehatan pasien, maupun dengan tenaga kesehatan yang lain dalam rangka membantu mengatasi masalah pasien. Secara umum komunikasi memiliki tujuan, yaitu:

- (1) Supaya pesan yang disampaikan komunikator dapat dimengerti oleh komunikan. Dalam menjalankan perannya sebagai komunikator, perawat perlu menyampaikan pesan tentang diagnosa penyakit dengan jelas, lengkap dengan tutur kata yang lembut dan sopan agar pesan yang disampaikan dapat diterima oleh pasien.

- (2) Memahami orang lain. Proses komunikasi tidak dapat berlangsung dengan baik, bila perawat tidak dapat memahami kondisi atau apa yang diinginkan pasien.
- (3) Supaya gagasan dapat diterima orang lain. Selain sebagai komunikator, perawat juga sebagai edukator yaitu memberikan pendidikan tentang kesehatan kepada pasien, betapa pentingnya menjaga kesehatan. Peran ini akan efektif dan berhasil bila apa yang disampaikan oleh perawat dapat dimengerti dan diterima oleh pasien.
- (4) Menggerakkan orang lain untuk melakukan sesuatu. Mempengaruhi orang lain untuk mau melakukan sesuatu sesuai dengan keinginan kita, yang tentunya bermanfaat bagi pasien. Dalam hal ini perlu adanya pendekatan-pendekatan yang dapat dilakukan dengan komunikasi interpersonal.

d) Kemudahan Pelayanan (*accessibility*).

Prosedur pelayanan yang tidak berbelit-belit dan memberikan kebebasan kepada pasien terhadap prosedur keperawatan yaitu penghormatan akan hak pasien dalam keterlibatannya untuk menentukan keputusan terhadap perawatannya yang meliputi

informed consent (pasien dilibatkan dalam pengambilan keputusan), dihargai, dan dihormati terhadap pilihan yang dipilih pasien.

e) Mengetahui Pasien

Aktivitas keperawatan yang mencerminkan kemampuan intelektual maupun teknik dalam memberikan pelayanan terhadap pasien yang meliputi aspek keahlian, keterampilan, dan keberhasilan pemberi layanan.

f) Ketanggapan perawat (*responsiveness*).

Kemampuan memberikan pelayanan dengan tanggap dan peduli terhadap kebutuhan sehari-hari pasien dan kebutuhan dasar pasien. Sesuai dengan tugas seorang perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar dan kebutuhan sehari-hari pasien, maka dalam memberikan pelayanan keperawatan perawat harus memperhatikan kebutuhan pasien tersebut. Apabila perawat tidak memperhatikan kebutuhan-kebutuhan tersebut, maka pasien akan merasa diabaikan dan pelanggan merasa tidak puas dengan pelayanan keperawatan yang diberikan.

B. Penelitian Terkait

Beberapa penelitian tentang variabel penelitian yang relatif sama dengan penelitian ini telah dilakukan oleh beberapa peneliti seperti:

1. Penelitian yang dilakukan oleh Supriyadi (2010) tentang Hubungan Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Kabupaten Batang Semarang. Hasil penelitian diketahui 64,5% penerapan komunikasi terapeutik adalah baik dan 35,5% cukup baik. Kepuasan pasien diketahui 64,5% cukup puas dan 2,6% kurang puas. Ada hubungan penerapan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien di RSUD Kabupaten Batang Semarang p value sebesar 0,002 dan korelasi *Spearman Rank* diperoleh nilai r_s sebesar 0,344.

Hal ini berarti ada hubungan penerapan komunikasi dengan kepuasan pasien terdapat hubungan yang lemah.

2. Penelitian selanjutnya dilakukan Toto (2010) yang meneliti tentang Analisis Pengaruh tingkat kualitas Pelayanan jasa Puskesmas Terhadap Kepuasan Pasien. Berdasarkan hasil penelitian bahwa variabel bukti langsung berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan konsumen dengan nilai signifikansi (p value) sebesar 0,003 $<0,05$. Sedangkan kehandalan berpengaruh positif tetapi tidak signifikan terhadap kepuasan konsumen dengan nilai (p value) sebesar 0,440 $>0,05$. Jaminan berpengaruh positif tetapi tidak signifikans

terhadap kepuasan konsumen dengan nilai signifikansi (*p value*) sebesar $0,164 < 0,05$.

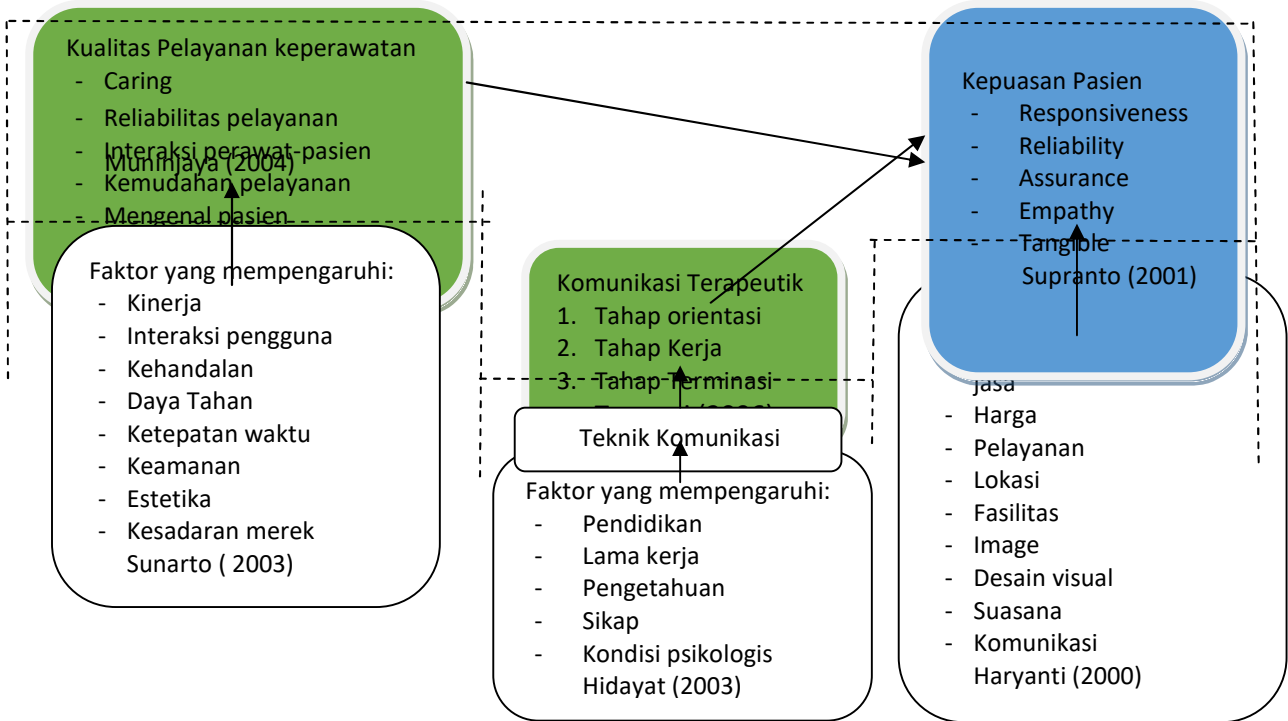
Daya tanggap berpengaruh positif tetapi tidak signifikan terhadap kepuasan konsumen dengan nilai signifikansi (*p value*) sebesar $0,339 > 0,05$. Untuk empati tidak berpengaruh positif dan tidak signifikan terhadap kepuasan konsumen dengan nilai signifikansi (*p value*) sebesar $0,623 > 0,05$. Secara simultan bukti langsung, kehandalan, jaminan, daya tanggap dan empati berpengaruh signifikan terhadap kepuasan konsumen dengan F hitung sebesar 11,186 dengan angka signifikansi (*p value*) sebesar $0,000 < 0,05$.

3. Penelitian yang dilakukan Riska Sari Astuti (2013), dengan judul Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien Di Ruang Cempaka RSUD AWS Samarinda. Hasil penelitian ini menyebutkan bahwa ada hubungan antara komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien.

C. Kerangka Teori Penelitian.

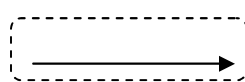
Kerangka teori penelitian adalah model konsep yang menggambarkan hubungan diantara berbagai macam faktor yang telah diidentifikasi sebagai suatu hal yang penting bagi suatu masalah (Notoatmodjo, 2010).

Adapun kerangka teori yang akan diteliti yaitu :



Gambar 2.1 Kerangka teori penelitian.

Keterangan :



= Area yang akan diteliti

= Garis hubungan

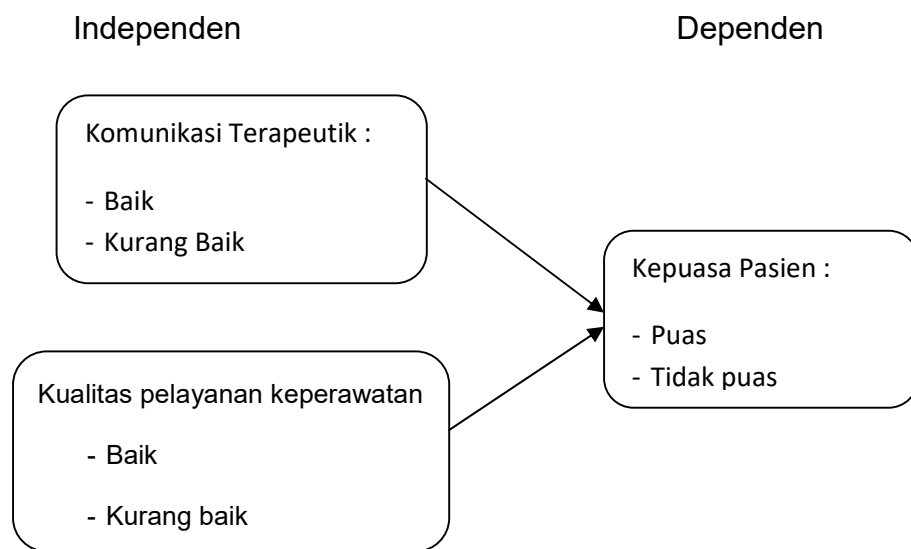
Variabel dependen = Kepuasan pasien

Variabel independen = Komunikasi terapeutik

= Kualitas pelayanan keperawatan

D. Kerangka Konsep Penelitian.

Kerangka konsep penelitian ini adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, antara variabel yang satu dengan variabel yang lainnya dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2010).



Gambar 2.2 Kerangka konsep penelitian.

E. Hipotesis Penelitian.

Hipotesis penelitian adalah sebuah pernyataan tentang sesuatu yang diduga atau hubungan yang diharapkan antara dua variabel atau lebih yang dapat diuji secara empiris. Biasanya hipotesis penelitian terdiri dari pernyataan terhadap adanya atau tidak adanya hubungan antara dua variabel, yaitu variabel bebas (*independent variable*) dan variabel terkait (*dependent variable*). Variabel bebas ini merupakan variabel

penyebabnya atau variabel pengaruh, sedang variabel terkait variabel terpengaruh (Notoatmodjo, 2010).

1. Hipotesa Alternatif (Ha).

Ha1 : Ada hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien di Ruang Tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.

Ha2 : Ada hubungan kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien di Ruang Tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.

2. Hipotesa Nol.

Ho1 : Tidak ada hubungan pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien di Ruang Tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.

Ho2 : Tidak ada hubungan kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien di Ruang Tulip rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit Penajam Paser Utara.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dan pembahasan pada bab IV, maka peneliti dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Gambaran karakteristik responden: mayoritas responden dari penelitian ini adalah lebih dari separuhnya adalah laki-laki (59,3%), lebih dari separuhnya berumur ≥ 38 tahun (51,9%). Sebagian besar berpendidikan rendah (SD dan SLTP (68,5%), dan status perkawinannya mayoritas menikah (88,9%), dan mayoritas system pembayarannya melalui jaminan social kesehatan (jamkesda dan BPJS) (94,5%), serta riwayat jumlah rawat adalah sebagian besar adalah perawatan pertama (63,8%).
2. Lebih dari separuh responden mempunyai persepsi kualitas pelayanan keperawatan di ruang Tulip RSUD Penajam sudah baik (57,4). Namun masih ada yang berpersepsi masih kurang baik 42,6%..
3. Lebih dari separuh responden mempunyai persepsi pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat di ruang Tulip RSUD Penajam sudah baik (53,7%). Namun masih ada yang berpersepsi masih kurang baik 46,3%.
4. lebih dari sebagian besar responden masih merasa kurang puas dengan pelayanan keperawatan yang diterimanya di ruang Tulip RSUD Penajam sudah baik (63%). Namun sudah ada yang sudah puas (37%).

5. Ada hubungan bermakna kualitas pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien (p value 0,022, OR: 5,067; alfa: 0,05).
6. Ada hubungan bermakna pelaksanaan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien (p value 0,007, OR: 6,462; alfa: 0,05).

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, peneliti memberi saran sebagai berikut:

1. Kepada Manajemen Rumah Sakit dan Komite keperawatan

Melakukan kajian untuk menentukan indikator kualitas pelayanan keperawatan dan membuat SOP pelayanan keperawatan berkualitas. Komite keperawatan disarankan untuk membuat SOP Komunikasi terapeutik untuk para perawat.

2. Bidang Keperawatan dan Kasi Keperawatan.

Untuk melakukan *need assessment* tentang pelatihan yang diperlukan. Peneliti menyarankan agar kualitas asuhan keperawatan dan komunikasi terapeutik perawat semakin baik perlu dilakukan pelatihan komunikasi terapeutik, pelatihan pelayanan prima dan pelatihan perilaku caring untuk semua perawat. Kasi mutu dan etika untuk mengawasi pelaksanaan manajemen keperawatan dan pelaksanaan komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat.

3. Bagi Perawat

Untuk tidak puas dengan ilmu yang udah dimilikinya sehingga mau terus belajar untuk meningkatkan kemampuannya dan selalu up date dengan ilmu-ilmu keperawatan yang ada.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Untuk melakukan penelitian dengan desain quasi eksperimen tentang pengaruh komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien dengan menggunakan kelompok control. Disamping itu, teknik sampling yang digunakan adalah probability sampling dengan jumlah responden banyak serta tempat penelitian yang menyeluruh di Rumah Sakit,

DAFTAR PUSTAKA

Abdillah, A.D. & Ramdhan, M. (2009). Hubungan Karakteristik Pasien Dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Puskesmas Sindang kerta Kabupaten Bandung Barat, *Jurnal Kesehatan Kartika Stikes A. Yani*, 4(6): 56-66

Azwar.(1996). *Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Sinar Harapan.

Arwani. (2003). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Arikunto.(2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Jakarta PT. Rineka Cipta.

————— (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi X. Jakarta: Rineka Cipta.

Azwar.(2010). *Pengantar Administrasi Kesehatan Edisi Ketiga*. Tangerang: Binarupa Aksara.

Bolla, I.N. (2013). Hubungan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Di Ruang Rawat Inap Melati Rsud Subang, *Jurnal Kesehatan Kartika Stikes A. Yani*, 4(7):

Depkes RI.(2008). Pendidikan Kesehatan Jakarta.

Gerson.(2004). *Mengukur Kepuasan Pelanggan*, PPM, Jakarta.

Haryanti.(2000). *Menejemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University.

Hidayat, A.A.(2003). *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika.

Haffizurrachman.(2004). *Mengukur Kepuasan Suatu Institusi Kesehatan*. Majalah Kedokteran Indonesia, Volume 54. Nomor 7.283-288.

Indrawati.(2005). *Model Pembelajaran Langsung*. Modul Diklat Berjenjang. Bandung: Departemen Pendidikan Nasional Dirjen Pendidikan Dasar dan Menengah.

Ilyas.(1999). *Kinerja Teori, Penilaian dan Penelitian*. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia. Depok.

Jacobalis.(1989). *Menjaga Mutu Pelayanan Rumah Sakit*. PT. Citra Windu Satria, Jakarta.

Kotler.(2004). *Menejemen Pemasaran, Edisi Milenium*, Jilid .PT INDEK. Kelompok Gramedia.

Kotler.(2007). *Menejemen Pemasaran Indonesia*. Buku 2. Jakarta: Salemba Empat.

Kusumapraja.(1997). *Quality Assurance Dalam Keperawatan*. Jakarta: Kongres VI PERSI Dan Hospital Expo.

Keputusan MENPAN no. 81 Tahun 1993 Tentang Penyelenggara Pelayanan Publik.

Keputusan MENPAN no. 63 Tahun 2004 Tentang Hakikat Pelayanan Publik.

Mawarni, E. (2013). Hubungan Kualitas Pelayanan Perawat Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Ruang Pinang Masak RSUD Raden Mattaher Jambi, diperoleh dari http://digilib.esaunggul.ac.id/hubungan_kualitas_pelayanan_perawat_dengan_kepuasan_pasien_rawat_inap_di_ruang_pinang_masak_rsud_raden_mattaher_jambi_675.html, diakses 2 Februari 2015

Moenir.(2006). *Menejemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: Bumi Aksara.

Mundakir.(2006). *Komunikasi Keperawatan Yogyakarta*. Graha Ilmu.

Nursalam.(2003). *Menejemen Keperawatan:Aplikasi Dalam Praktik KeperawatanProfesional*. Jakarta: Salemba Medika.

_____ (2008). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 2.Jakarta: Salemba Medika.

_____ (2011). *Menejemen Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.

Nurachmah.(2005). *Asuhan Keperawatan Bermutu Di Rumah Sakit*. Aavailable: Http www. Fikui. Or. Id. 05-01-2008.

Nurcahya. (2007). *Jurnal: Analisis Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Di Propinsi Bali*. Bali: Universitas Udayana.

Nasir. (2009). *Komunikasi Dalam Keperawatan Teori Dan Aplikasi*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Purwanto.(1994). *Komunikasi Untuk Perawat*. Jakarta: EGC.

Poerwadarminta. (2003). *Kamus Umum Bahasa Indonesia*. Jakarta: Balai Pustaka.

Potter Dan Perri. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses Dan Praktek*: Jakarta: EGC.

Ratminto Dan Atik. (2005). *Menejemen Pelayanan*. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

Riyanto. (2011). *Aplikasi Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Sabarguna. (2004). *Organisasi menejemen Rumah Sakit*, Konsorsium RSU Islam Jateng, Yogyakarta.

Sianipar. (1999). *Menejemen Jasa*. Yogyakarta: Andi Offset.

Soejadi.(1996). *Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Umum*. Jakarta: KATIGA Bina.

Stuart dan Sundeen. (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3 Alih Bahasa Achir Yani.S*. Jakarta: EGC

Suciningrum, T. (2004). *Hubungan Karakteristik Pasien Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Palayanan Perawat Di Rawat Inap Rsud Kraton Kabupaten Pekalongan.*, Thesis: Semarang universitas Diponegoro, diperoleh dari <http://eprints.undip.ac.id/8622/> diakses 2 Februari 2015

Supranto. (2001). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Untuk Menaikan Pangsa Pasar*. Jakarta: Rineka Cipta.

Suryani.(2005). *Komunikasi Terapeutik Teori Dan Praktek*. EGC.

————— (2006). *Komunikasi Terapeutik Teori Dan Praktik*. Bandung: Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta: EGC.

Sinambela. LP. (2006). *Reformasi Pelayanan Publik (Teori, Kebijakan, Dan Implementasi)*. Jakarta: Bumi Aksara.

Supardi. (2008). *Penelitian Tindakan Kelas*. Jakarta: Bumi aksara.

Sunarto. (2009). *Pengertian Prestasi Belajar*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.

Sugiyono. (2010). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.

Suryawati, C., Dharminto, Sholuhiyah, Z, (2006). Penyusunan Indikator Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Di Provinsi Jawa Tengah, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 9(4): 177 - 184

Tamsuri. (2005). *Buku Ajar Riset Keperawata Konsep, Etika, Dan Implementasi Edisi 2*. Jakarta EGC.

————— (2006). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.

Tjiptono, F. (1997). *Total Menejemen*. Yogyakarta: Andi Offset.

Videbeck, Sheila. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Wikandono (2003). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepuasan pelanggan rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih Jakarta Timur, Thesis, Jakarta: Universitas Indonesia, diperoleh dari <http://lib.ui.ac.id/file?file=pdf/abstrak-77555.pdf> diakses 3 Feburari 2015

Wiyono. (2002). *Manajemen Mutu Kesehatan*. Surabaya: Airlangga Press.