

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Komunikasi terapeutik

a. Pengertian

Komunikasi terapeutik merupakan suatu hubungan perawat dengan pasien yang dirancang untuk mencapai tujuan therapy dalam pencapaian tingkat kesembuhan yang optimal dan efektif dengan harapan lama hari rawat pasien menjadi pendek dan dipersingkat (Muhith & Siyoto, 2018).

Menurut Fusfitasari & Amita (2020) perawat dituntut untuk melakukan komunikasi terapeutik dalam tindakan keperawatan agar pasien dan keluarga mengetahui tindakan yang akan dilakukan kepada pasien melalui tahapan-tahapan dalam komunikasi terapeutik. Perawat tidak boleh bingung dan sebaliknya pasien harus merasa bahwa dia merupakan fokus utama perawat selama melakukan interaksi.

Afnuhazi (2015) mengemukakan bahwa persoalan mendasar dalam komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antar perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan. Stuart dan Sundeen (2016) menyatakan bahwa tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan pasien meliputi: realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan penghormatan terhadap diri. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri.

Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim dan saling bergantung dengan kapasitas untuk mencintai dan dicintai. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistik.

b. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Tahapan komunikasi terapeutik menurut Stuart dan Sudeen (2016):

1) Tahap Pre-interaksi

Tahap ini merupakan tahap persiapan perawat sebelum bertemu dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang dimiliki. Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, dengan analisa diri perawat akan dapat memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik ketika bertemu dan berkomunikasi dengan pasien, jika dirasa dirinya belum siap untuk bertemu dengan pasien maka perawat perlu belajar kembali dan berdiskusi dengan teman kelompok yang lebih berkompeten. Pada tahap ini juga perawat mencari informasi dan mengumpulkan data, sebagai dasar atau bahan untuk membuat rencana interaksi.

2) Tahap Orientasi/ Perkenalan

Tahap ini dimulai ketika perawat bertemu pasien untuk pertama kalinya. Pada tahap ini digunakan oleh perawat untuk berkenalan dan langkah awal membina hubungan saling percaya dengan pasien. Tugas-tugas perawat dalam tahap ini adalah mampu membina

hubungan saling percaya dengan pasien dan menunjukkan komunikasi terbuka serta sikap penerimaan. Untuk dapat membina hubungan saling percaya dengan pasien, perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima pasien, menghargai pasien dan mampu menepati janji kepada pasien. Selain itu perawat harus merumuskan suatu kontrak bersama dengan pasien. Kontrak yang harus dirumuskan dan disetujui bersama adalah tempat, waktu dan topik pertemuan.

Perawat juga bertugas untuk menggali perasaan dan pikiran pasien serta dapat mengidentifikasi masalah pasien. Teknik pertanyaan terbuka dapat mendorong pasien mengekspresikan perasaannya. Pada tahap ini perawat juga bertugas untuk merumuskan tujuan dengan pasien, tujuan dapat dirumuskan setelah masalah pasien teridentifikasi.

3) Tahap Kerja

Tahap merupakan inti dari hubungan perawat dengan pasien dalam keseluruhan tahap komunikasi terapeutik. Pada tahap ini perawat bersama dengan pasien mengatasi masalah yang dihadapi oleh pasien. Perawat dituntut untuk mampu membantu dan mendukung pasien dalam menyampaikan perasaan serta pikirannya kemudian menganalisa pesan komunikasi yang telah disampaikan pasien melalui komunikasi verbal maupun nonverbal. Tahap ini

berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah ditetapkan.

4) Tahap Terminasi

Tahap terminasi merupakan tahap akhir dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Perawat bersama pasien diharapkan mampu meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuannya. Tahap terminasi dibagi menjadi 2, yaitu:

a) Terminasi Sementara

Terminasi sementara merupakan akhir dari pertemuan perawat dengan pasien, akan tetapi masih ada pertemuan lainnya yang akan dilakukan pada waktu yang telah disepakati bersama.

b) Terminasi Akhir

Pada terminasi akhir perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh.

c. Faktor-Faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik

Menurut Abdurakhman (2020) faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam pelayanan kesehatan, khususnya untuk hal komunikasi antar perawat dengan pasien sebagai berikut:

1) Persepsi

Persepsi merupakan faktor yang dominan dalam suatu komunikasi, persepsi yang dimiliki oleh pasien maupun perawat dapat mempengaruhi jalannya komunikasi.

2) Nilai

Nilai merupakan keyakinan yang dianut oleh masing-masing individu dapat mempengaruhi komunikasi dikarenakan nilai-nilai yang dianut oleh perawat dalam melaksanakan tugasnya tidak sama dengan yang dianut dan yang dipahami oleh pasien.

3) Emosi

Emosi juga menjadi faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik dikarenakan keberadaan komunikasi dalam masing-masing individu berbeda-beda, disini perawat berkewajiban untuk selalu menjalin komunikasi dengan pasien guna memahami apa yang dirasakan (emosi) pasien.

4) Latar belakang sosial budaya

Latar belakang sosial dan budaya pasien harus dijadikan pegangan oleh perawat dalam bertutur kata, bersikap dan menjalankan tugasnya.

5) Pengetahuan

Pengetahuan juga mempengaruhi cara seseorang berkomunikasi, seorang perawat dituntut untuk mengetahui tingkat pengetahuan pasien dan berkomunikasi dengan pasien sesuai dengan kapasitas pengetahuan mereka.

6) Peran dan hubungan

Mencoba mengenali keberadaan pasien secara lebih mendalam merupakan langkah progresif guna mencari kesamaan peran. Kesamaan peran akan membuat komunikasi yang terjadi diantara

dua orang ataupun lebih menjadi lebih hangat, nyaman, rileks dan terbuka.

7) Kondisi lingkungan

Kondisi lingkungan yang nyaman merupakan bagian dari faktor penentu dalam upaya menciptakan komunikasi yang baik dengan pasien, maka dari itu perawat diberikan wewenang penuh guna mengontrol pasien yang datang agar kenyamanan kondisi lingkungan tetap terjaga secara optimal.

d. Hambatan dalam komunikasi Terapeutik

Secara umum komunikasi mengalami kendala apabila terdapat perbedaan yang mencolok dalam pengalaman hidup diantara pihak pengirim pesan dan pihak penerima pesan (Abdurakhman, 2020). Menurut Pieter (2017) hambatan komunikasi terapeutik dalam hal kemajuan hubungan perawat dengan pasien terdiri dari tiga jenis utama:

1) Resisten

Resisten adalah upaya pasien untuk tetap tidak menyadari aspek penyebab ansietas yang dialami. Perilaku resisten biasanya diperlihatkan oleh pasien selama fase kerja, karena pada fase ini sangat banyak berisi proses penyelesaian masalah.

2) Transferens

Transferens merupakan respon tidak sadar dimana pasien mengalami perasaan atau sikap terhadap perawat yang pada dasarnya terkait dengan tokoh dalam kehidupan dimasa lalu.

3) Kontertransferens

Kontertransferens merupakan kebuntuan terapeutik yang dibuat oleh perawat bukan pasien yang merujuk pada respon emosional spesifik oleh perawat terhadap pasien yang tidak tepat dalam isi maupun konteks hubungan terapeutik atau ketidaktepatan dalam intensitas emosi.

Menurut Nugraha & Wianti (2017) untuk mengatasi hambatan-hambatan yang terjadi saat komunikasi terapeutik dapat diperbaiki dengan cara berikut:

1) Meningkatkan kesadaran diri

Kesadaran diri dapat muncul apabila ada pengetahuan dan kemauan yang cukup untuk memperbaiki kualitas komunikasi. Seorang perawat dapat berkomunikasi secara baik dengan pasien apabila mempunyai kesadaran diri yang baik. Faktor-faktor pribadi perawat yang harus disadari adalah tentang sikap, nilai-nilai, kepercayaan, perasaan dan perilaku.

2) Melatih keterampilan interpersonal

Kemampuan berkomunikasi yang baik, sistematis dan sopan merupakan modal utama perawat dalam menjalin hubungan interpersonal. Kemampuan tersebut perlu adanya pelatihan dan

pembelajaran. Untuk mendapatkan komunikasi yang efektif maka seorang perawat perlu meningkatkan keterampilan komunikasi tersebut secara terstruktur dan terencana.

3) Meningkatkan pengetahuan tentang konsep

a) Pengetahuan perawat tentang topik atau materi yang dikomunikasikan.

b) Pengetahuan tentang strategi yang tepat dalam komunikasi. Strategi komunikasi sangat tergantung pada tujuan tindakan intervensi yang akan dilakukan.

4) Memperjelas tujuan interaksi

Kejelasan komunikasi membantu perawat untuk tetap fokus dalam berkomunikasi hingga tujuan komunikasi tercapai. Tujuan akan tercapai apabila komunikasi dilakukan pada situasi dan kondisi yang tepat serta strategi intervensi komunikasi yang digunakan juga efektif.

2. Pelayanan Gawat Darurat

a. Pengertian Pelayanan Gawat Darurat

Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 1 ayat 1 menyatakan Gawat Darurat adalah suatu keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut. Musliha (2013) mengatakan pelayanan gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pertolongan segera yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah

kematian dan kecacatan, atau pelayanan pasien gawat darurat memegang peranan yang sangat penting (*Time saving is life saving*) bahwa waktu adalah nyawa. Salah satu indikator mutu pelayanan berupa *response time* atau waktu tanggap, hal ini sebagai indikator proses untuk mencapai indikator hasil yaitu kelangsungan hidup.

Krisanty (2014), mengatakan gawat artinya mengancam nyawa sedangkan darurat adalah perlu mendapatkan penanganan atau tindakan dengan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban. Depkes RI (2013) menjelaskan bahwa Instalasi Gawat Darurat (IGD) adalah unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan pertama pada pasien dengan ancaman kematian dan kecacatan secara terpadu dengan melibatkan berbagai multi disiplin.

b. Prosedur dan Pelayanan

Prosedur pelayanan di IGD merupakan kunci awal pelayanan petugas kesehatan rumah sakit dalam melayani pasien secara baik atau tidaknya, dilihat dari sikap yang ramah, sopan, tertib, dan penuh tanggung jawab (Depkes RI, 2016). Pasien yang datang untuk berobat di IGD jumlahnya lebih banyak dan silih berganti setiap hari. Di IGD perawat merupakan anggota tim kesehatan digaris terdepan yang menghadapi masalah kesehatan klien selama 24 jam secara terus menerus (Mardalena, 2016). Kondisi ini dapat menimbulkan kejenuhan kerja dan beban kerja perawat yang tinggi dapat mengakibatkan penurunan kinerja perawat.

Pembagian penanganan dan kriteria pasien dalam kondisi kegawatdaruratan di IGD (Pusponegoro, 2012)

1) Prioritas I (label merah): *Emergency*

Pada prioritas I yaitu pasien dengan kondisi gawat darurat yang mengancam nyawa atau fungsi vital dengan penanganan dan pemindahan bersifat segera, antara lain: gangguan pernapasan, gangguan *jantung* dan gangguan kejiwaan yang serius.

2) Prioritas II (label kuning): *Urgent*

Pada prioritas II yaitu pasien dalam kondisi darurat yang perlu evaluasi secara menyeluruh dan ditangani oleh dokter untuk stabilisasi, diagnosa dan terapi definitif, potensial mengancam jiwa atau fungsi vital bila tidak segera ditangani dalam waktu singkat penanganan dan pemindahan bersifat jangan terlambat, antara lain: pasien dengan resiko syok, fraktur multiple, fraktur femur atau pelvis, luka bakar luas, gangguan kesadaran atau trauma kepala.

3) Priotas III (label hijau): *Non Emergency*

Pada prioritas III yaitu pasien gawat darurat semu (*false emergency*) yang tidak memerlukan pemeriksaan dan perawatan segera.

4) Prioritas IV (label hitam): *Death*

Pada prioritas IV yaitu pasien datang dalam keadaan sudah meninggal.

Pengaturan tindakan medis secara umum dalam UU No.36 tahun 2009 tentang Kesehatan dapat dilihat dalam Pasal 63 ayat (4) dinyatakan bahwa pelaksanaan pengobatan dan perawatan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan. Dalam pelayanan kegawatdarutan, Depkes RI (2016), menyebutkan perawat gawat darurat mempunyai peran dan fungsi seperti fungsi independen yang merupakan fungsi mandiri yang berkaitan dengan pemberian asuhan (*care*), fungsi dependen merupakan fungsi yang didelegasikan sepenuhnya atau sebagian dari profesi lain, dan fungsi kolaboratif, yaitu melakukan kerjasama saling membantu dalam program kesehatan (perawat sebagai anggota tim kesehatan).

c. Alur penanganan pasien di IGD

Alur penanganan pasien di IGD yaitu perawat menerima pasien, kemudian mencatat identitas secara lengkap dan informed consent, perawat melakukan anamnesa(auto dan hetero anamnesa), perawat melakukan pemeriksaan *Glasgow Coma Scale* (GCS), TTV (tekanan darah, nadi, respirasi, suhu) dan pemeriksaan fisik awal, pengelompokan pasien dan diagnosa awal, seperti gawat darurat: memerlukan tindakan segera dan mengancam jiwa, gawat non darurat: memerlukan tindakan segera tapi tidak mengancam jiwa, non gawat

darurat: tidak urgent tindakan segera dan tidak mengancam jiwa. Non gawat non darurat boleh diberi terapi simptomatis (berdasar gejala) (Pusponegoro, 2012).

Gawat darurat dan gawat non darurat, perawat menghubungi dokter jaga pada hari tersebut lalu melaporkan kondisi terakhir pasien dan boleh melakukan tindakan awal pertolongan pertama atau *Basic Live Support (BLS)* meliputi: *Air way*, *jaw trust*, *chin lift* dan hiperekstensi, kemudian membersihkan jalan nafas dari sumbatan (sekret dan benda asing), memeriksa *breathing* dengan memasang oksigen, dan memeriksa *circulation*, serta memonitor pengeluaran urin (Pusponegoro, 2012).

Kegawatdaruratan merupakan keadaan yang mengancam jiwa, untuk itu diperlukan perawat yang kompeten sebagai praktisi. Dimana perawat juga harus meningkatkan kemampuan yang terkait berbagai peran, harus mengerti karakteristik pelayanan keperawatan yang tepat, cermat dan cepat serta mengerti tugas, cara bersikap serta cara berkomunikasi dengan baik dalam kondisi emergency. Makin luas lingkup tanggung jawab yang diemban perawat pada pelayanan gawat darurat, makin banyak peran dan beban kerja yang harus dilakukan.

d. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelayanan Gawat Darurat.

Jakarta Medical Service 119 (2013) mengatakan dalam pelayanan di IGD harus ada organisasi yang baik dan lengkap, baik pembiayaan, SDM yang terlatih, sarana yang standar baik sarana medis

maupun sarana non medis dan mengikuti teknologi pelayanan medis. Prinsip utama dalam pelayanan di IGD adalah *response time*, baik standar nasional maupun standar internasional. Bidang Diklat PPNI Jawa Timur (2014) memaparkan bahwa pelayanan di IGD adalah pelayanan pertama bagi kasus gawat darurat yang memerlukan organisasi yang baik, pembiayaan termasuk sumber pembiayaan, SDM yang baik dan terlatih, mengikuti perkembangan teknologi pada pelayanan medis.

Oman, *et. al* (2012) mengatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi asuhan keperawatan gawat darurat yaitu kondisi kegawatan seringkali tidak terprediksi baik kondisi pasien maupun jumlah pasien yang datang ke ruang gawat darurat, keterbatasan sumber daya dan waktu, adanya saling ketergantungan yang sangat tinggi diantara profesi kesehatan yang bekerja di ruang gawat darurat, keperawatan diberikan untuk semua usia dan sering dengan data dasar yang sangat mendasar, tindakan yang diberikan harus cepat dan dengan ketepatan yang tinggi.

Menurut Mardalena (2016), ada beberapa aspek utama yang mendukung pelayanan keperawatan di IGD diantaranya jumlah perawat yang cukup akan meningkatkan pelayanan, ketanggapan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien, kehandalan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan kelengkapan fasilitas Instalansi Gawat Darurat.

e. Mutu Pelayanan IGD

Kemampuan suatu rumah sakit secara keseluruhan dalam hal mutu dan kesiapan untuk melayani pasien tercermin dari kemampuan IGD. Standarisasi IGD untuk mencapai mutu pelayanan saat ini menjadi salah satu komponen penilaian penting dalam akreditasi suatu rumah sakit. Penilaian mutu pelayanan IGD rumah sakit mengacu kepada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menggunakan Indikator Kinerja Kunci atau *Key Performance Indicators* (KPI). Standar Pelayanan Minimal rumah sakit untuk unit pelayanan IGD rumah sakit memiliki beberapa indikator sebagai berikut:

Tabel 2.1. *Key Performance Indicators* Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit

Indikator	Standar
1. Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam Pemberi pelayanan kegawatdaruratan yang bersertifikat yang masih berlaku ATLS/BTLS/ACLS/PPGD	24 jam
2. Ketersediaan tim penanggulangan bencana	Satu tim
3. Waktu tanggap pelayanan gawat darurat	≤ 5 menit setelah pasien datang
4. Kepuasan pelanggan	≥ 70%
5. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka	100%
6. Kematian pasien ≤ 24 jam	≤ dua per seribu (pindah ke pelayanan rawat inap setelah 8 jam)

Pelayanan dalam kegawatdaruratan memerlukan penanganan secara terpadu dari multi disiplin dan multi profesi termasuk pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral mengutamakan akses

pelayanan kesehatan bagi korban dengan tujuan mencegah dan mengurangi angka kesakitan, kematian dan kecacatan.

3. Kepuasan Keluarga Pasien

a. Definisi

Keluarga pasien merupakan sumber informasi sekunder yang penting. Keluarga pasien tidak saja menyuplai data tentang status kesehatan pasien saat ini tetapi juga sering mampu menunjukkan kapan perubahan status terjadi pada pasien dan bagaimana fungsi pasien terpengaruhi oleh perubahan tersebut, sehingga keluarga pasien membuat pengamatan yang berkaitan tentang kebutuhan pasien yang dapat mempengaruhi cara pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien (Potter dan Perry, 2013).

Kepuasan adalah suatu tingkat perasaan pasien dan keluarga yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperoleh setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya (Pohan, 2016). Menurut Nursalam (2015), kepuasan adalah perasaan senang seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesenangan terhadap aktifitas dan suatu produk dengan harapannya, sedangkan ketidakpuasan pasien dan keluarga timbul karena terjadinya kesenjangan antara harapan dengan kinerja layanan kesehatan yang dirasakannya sewaktu menggunakan layanan kesehatan.

Pasien dan keluarga yang mengalami kepuasan terhadap layanan kesehatan cenderung mematuhi nasihat, setia, atau taat terhadap rencana

pengobatan yang telah disepakati. Sebaliknya, pasien dan keluarga yang tidak merasakan kepuasan atau kekecewaan sewaktu menggunakan layanan kesehatan cenderung tidak mematuhi rencana pengobatan, tidak mematuhi nasihat, berganti dokter atau pindah kefasilitas layanan kesehatan lainnya (Tjiptono, 2015). Menurut Sangadji dan Sopiah (2013), kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya.

Kepuasan pasien penerima jasa pelayanan kesehatan dapat didekati melalui 4 aspek kualitas yang meliputi:

- 1) Kenyamanan, meliputi lokasi, kebersihan, kenyamanan ruang dan peralatan.
- 2) Hubungan pasien dan petugas, meliputi keramahan, informatif, komunikatif, responsif, suportif, cekatan dan spontan.
- 3) Kompetensi teknis petugas, meliputi pengetahuan dokter, dan perawat, teknologi, ketrampilan, keberanian bertindak, pengalaman, keberhasilan pengobatan.
- 4) Biaya, meliputi biaya pelayanan kesehatan sebanding dengan hasil pelayanannya, keterjangkauan biaya, ada tidaknya keinginan dan lain-lain.

b. Faktor-Faktor yang mempengaruhi kepuasan

Tjiptono (2015), menyatakan bahwa dalam menentukan tingkat kepuasan, terdapat lima faktor utama yang harus diperhatikan, yaitu :

1) Kualitas pelayanan

Pelanggan dalam hal ini pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan. Perawat menentukan kualitas pelayanan karena perawat memiliki frekuensi pertemuan paling sering dengan pasien. Dimana perawat harus mempunyai keahlian dalam komunikasi terapeutik untuk menentukan kepuasan, apabila tidak tepat maka akan menimbulkan masalah. Penelitian Amalia (2019) menyebutkan ada hubungan komunikasi terapeutik mempengaruhi kepuasan keluarga pasien di RSUD dr Adnaan WD Payakumbuh.

2) Emosional

Pasien akan merasa bangga dan mendapat keyakinan bahwa orang lain akan kagum terhadapnya bila keamanannya dijamin oleh asuransi yang mempunyai tingkat kepuasan lebih tinggi. Kepuasan yang diperoleh bukan karena kualitas dari produk tetapi nilai sosial yang membuat pasien menjadi puas terhadap asuransi.

3) Harga

Harga merupakan aspek penting. Pelayanan yang mempunyai kualitas sama tetapi menetapkan harga yang relatif murah akan memberikan nilai yang lebih tinggi kepada pelanggannya.

4) Biaya

Pelanggan dalam hal ini pasien tidak perlu mengeluarkan biaya tambahan dan tidak perlu membuang waktu untuk mendapatkan jasa pelayanan sehingga puas terhadap pelayanan atau jasa itu.

5) Waktu tunggu

Lamanya waktu tunggu pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Petugas yang terlalu lama atau kurang cepat dalam memberikan pelayanan baik pelayanan pendaftaran maupun pelayanan medis dan obat-obatan akan membuat pasien kurang puas terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya. Hasil penelitian Laeliah (2017) bahwa waktu tunggu pelayanan rawat jalan mempengaruhi kepuasan pasien terhadap pelayanan di rawat jalan RSUD Kabupaten Indramayu.

Pohan (2016) menyatakan ada beberapa aspek yang mempengaruhi kepuasan pasien yaitu kesembuhan, kebersihan, informasi yang lengkap tentang penyakit, memberi jawaban yang dimengerti, memberi kesempatan untuk bertanya, ketersediaan obat, privasi atau keleluasaan pribadi dalam kamar periksa, waktu tunggu, kesinambungan layanan oleh petugas yang sama, tersedianya toilet, biaya layanan kesehatan, dan tersedianya tempat duduk di ruang tunggu.

c. Instrumen dalam mengukur kepuasan pasien

Sunyoto (2013), terdapat instrumen untuk mengukur kepuasan pelanggan. Indikator untuk mengukur kepuasan dikenal dengan istilah kualitas layanan “RATER” (*responsiveness, assurance, tangible, empathy, dan reliability*). Lebih jelasnya dapat diuraikan mengenai bentuk-bentuk aplikasinya sebagai berikut :

1) Daya tanggap (*responsiveness*)

Daya tanggap adalah elemen yang berkaitan dengan kesediaan karyawan dalam membantu dan memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien, petugas dapat memberikan informasi yang jelas, petugas memberikan pelayanan dengan segera dan tepat waktu, petugas memberi pelayanan yang baik. Nursalam (2015), mendefinisikan daya tanggap adalah suatu bentuk pelayanan dalam memberikan penjelasan, agar orang yang diberi pelayanan tanggap dan menanggapi pelayanan yang diterima, sehingga diperlukan adanya unsur daya tanggap sebagai berikut :

- a) Memberikan penjelasan secara bijaksana sesuai dengan bentuk-bentuk pelayanan yang dihadapinya. Sehingga individu yang mendapat pelayanan mampu mengerti dan menyetujui segala bentuk pelayanan yang diterima.
- b) Memberikan penjelasan yang mendetail yaitu penjelasan yang bersifat jelas, transparan, singkat dan dapat dipertanggung jawabkan.

- c) Memberikan pembinaan atas bentuk pelayanan yang dianggap kurang atau belum sesuai dengan prosedur pelayanan yang ditunjukkan.
- d) Mengarahkan setiap bentuk pelayanan dari individu yang dilayani untuk menyiapkan, melaksanakan dan mengikuti ketentuan yang harus dipenuhi.
- e) Membujuk orang yang dilayani apabila menghadapi suatu permasalahan yang dianggap bertentangan atau tidak sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang berlaku.

2) Jaminan (*assurance*)

Jaminan mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya dari petugas. Selain itu, bebas dari bahaya saat pelayanan merupakan jaminan juga. Nursalam (2015), mengemukakan bahwa suatu organisasi kerja sangat memerlukan adanya kepercayaan yang diyakini sesuai dengan kenyataan bahwa organisasi tersebut dapat memberikan kualitas pelayanan yang dapat dijamin sesuai dengan :

- a) Kemampuan memberikan kepuasan dalam pelayanan yaitu memberikan pelayanan yang cepat, tepat, mudah, lancar, dan berkualitas.
- b) Kemampuan menunjukkan komitmen kerja yang tinggi sesuai dengan bentuk integritas kerja, etos kerja, dan budaya kerja

yang sesuai dengan visi, misi suatu organisasi dalam memberikan pelayanan.

- c) Kemampuan memberikan kepastian atas pelayanan sesuai dengan perilaku yang ditunjukkan, agar orang yakin sesuai dengan perilaku yang dilihatnya.

3) Bukti fisik (*tangible*)

Bukti fisik adalah segala sesuatu yang tampak seperti fasilitas, peralatan, kenyamanan ruangan, dan penampilan petugas. Nursalam (2015), yang melihat dinamika dunia kerja sekarang ini yang mengedepankan pemenuhan kebutuhan pelayanan masyarakat. Kualitas layanan fisik (*tangible*) dapat tercermin dari aplikasi lingkungan kerja berupa :

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

4) Empati (*empathy*)

Nursalam (2015) menjelaskan empati meliputi perhatian pribadi dalam memahami kebutuhan para pasien. Empati dalam suatu pelayanan adalah adanya suatu perhatian, keseriusan, simpatik, pengertian dan keterlibatan pihak-pihak yang berkepentingan dengan pelayanan untuk mengembangkan dan melakukan aktivitas pelayanan sesuai tingkat pengertian dan pemahaman dari masing-masing pihak.

Nursalam (2015), bahwa suatu bentuk kualitas layanan dari empati orang-orang pemberi pelayanan terhadap yang mendapatkan pelayanan harus diwujudkan dalam lima hal, yaitu :

- a) Mampu memberikan perhatian terhadap bentuk kualitas pelayanan, sehingga yang dilayani merasa menjadi orang penting.
- b) Mampu memberikan keseriusan atas aktivitas kerja pelayanan, sehingga yang dilayani mempunyai kesan bahwa pemberi pelayanan menyikapi pelayanan sesuai diinginkan.
- c) Mampu menunjukkan rasa simpatik atas pelayanan, sehingga yang dilayani merasa memiliki wibawa atas perlakuan pelayanan.
- d) Mampu menunjukkan pengertian mendalam akan ungkapan berbagai hal, sehingga yang dilayani menjadi lega dalam merasakan bentuk-bentuk pelayanan.

- e) Mampu menunjukkan keterlibatannya dalam memberikan pelayanan, sehingga yang dilayani menjadi tertolong menghadapi berbagai bentuk kesulitan pelayanan.

5) Keandalan (*reliability*)

Keandalan adalah kemampuan untuk mewujudkan pelayanan yang dapat diandalkan. Artinya dalam memberikan pelayanan setiap pegawai diharapkan memiliki kemampuan dalam pengetahuan, keahlian, kemandirian, penguasaan, dan profesionalisme kerja tinggi sehingga aktivitas kerja menghasilkan bentuk pelayanan yang memuaskan, tanpa ada keluhan dan kesan berlebihan atas pelayanan yang diterima oleh masyarakat (Sunyoto, 2013).

Nursalam (2015), kehandalan dari pegawai yang berprestasi, dapat dilihat dari :

- a) Kehandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan tingkat pengetahuan terhadap uraian kerjanya.
- b) Kehandalan dalam memberikan pelayanan yang terampil sesuai dengan tingkat keterampilan kerja dalam menjalankan aktivitas pelayanan yang efektif dan efisien.
- c) Kehandalan dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan pengalaman kerja dimilikinya. Sehingga penguasaan tentang uraian kerja dapat dilakukan secara cepat, tepat, mudah, dan berkualitas sesuai dengan pengalamannya.

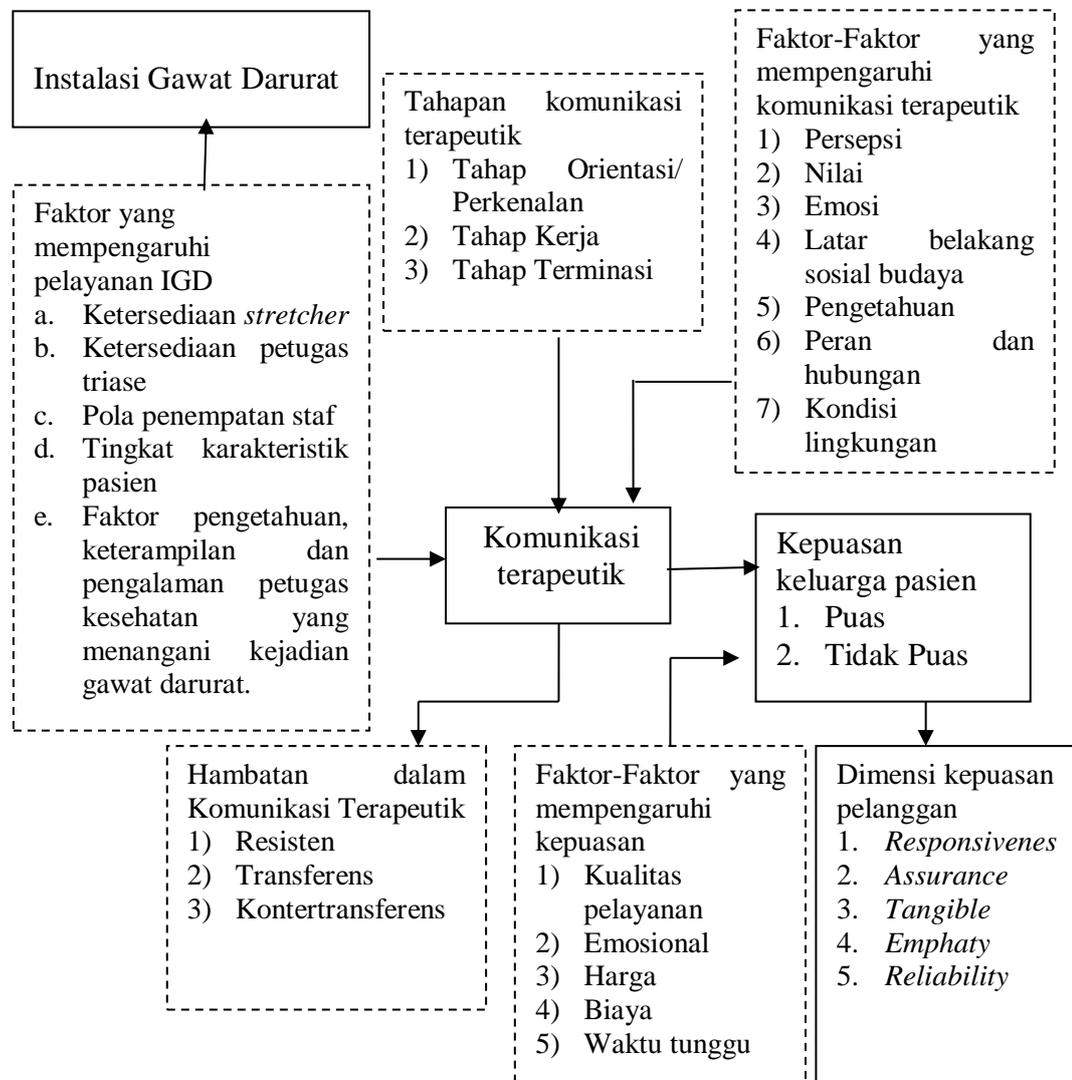
- d) Kehandalan dalam mengaplikasikan penguasaan teknologi untuk memperoleh pelayanan akurat dan memuaskan sesuai hasil output penggunaan teknologi yang ditunjukkan.

d. Penilaian kepuasan

Menurut Kemenkes (2015) *Key Performance Indicators* Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit memberikan klasifikasi dalam kinerja perawat di Instalasi Gawat Darurat.

- 1) Puas : \geq nilai rata-rata
- 2) Tidak puas: $<$ nilai rata-rata.

B. Kerangka Teori



keterangan:

_____ : diteliti

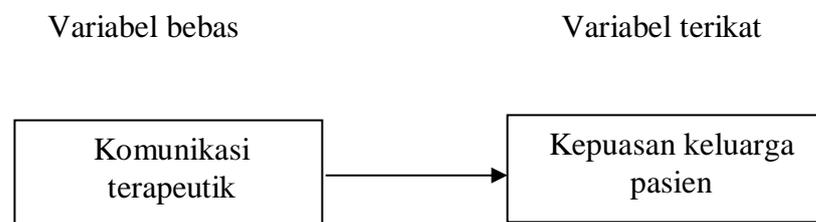
----- : tidak diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Depkes RI. (2013), Mardalena, (2016). 118, Y. A. (2018), Sunyoto (2013).

C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi tentang hubungan atau kaitan antara konsep-konsep atau variabel-variabel yang akan diamati atau diukur melalui penelitian yang akan dilakukan (Notoatmodjo, 2018). Kerangka konsep penelitian ini ditampilkan pada gambar 2.2



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

D. Hipotesis

Menurut Sugiyono (2018), hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian, di mana rumusan masalah penelitian telah dinyatakan dalam bentuk kalimat pertanyaan. Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan kepuasan keluarga pasien di instalasi gawat darurat (IGD) RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso.