

SKRIPSI

**ANALISA HUBUNGAN KOMUNIKASI VERBAL DAN
NON VERBAL PERAWAT TERHADAP TINGKAT KEPUASAN
PASIEN DI RUANG PERAWATAN BEDAH
RSUD PROF. DR. W.Z. JOHANNES KUPANG – NTT**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh:

**DAVID ALEKSANDER MANDALA
NIM. 010030206 B**

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

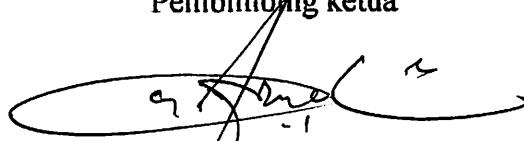
2002

Lembar Persetujuan

Skripsi ini telah disetujui
Pada tanggal 27 Mei 2002

Oleh

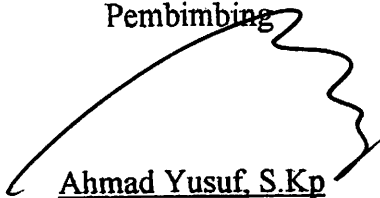
Pembimbing ketua



Nursalam, M.Nurs (Honours)

NIP. 140 238 226

Pembimbing





Ahmad Yusuf, S.Kp

NIP 132 255 152

Mengetahui

Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran UNAIR

Prof. Eddy Soewandjo, dr. SpPD


NIP: 130 325 831

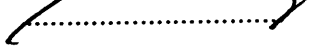
Lembar pengesahan


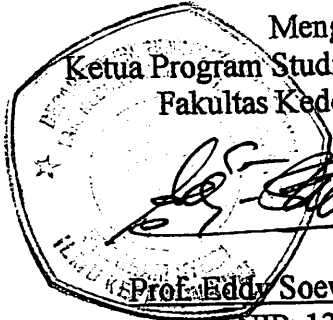
Telah dipertahankan dihadapan tim penguji ujian sidang skripsi
Pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
Pada tanggal 4 Juni 2002

Tim Penguji

Ketua: Tintin Sukartini, S.Kp : 

Anggota: 1. Nursalam, M.Nurs (Honours) : 

2. Ahmad Yusuf, S.Kp : 

Mengetahui
Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran UNAIR


Prof. Eddy Soewandojo, dr. SpPD
NIP: 130 325 831

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa Skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai Jenjang Pendidikan di Perguruan Tinggi manapun


David Aleksander Mandala

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ANALISA HUBUNGAN KOMUNIKASI VERBAL DAN NON VERBAL PERAWAT TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PASIEN DI RUANG PERAWATAN BEDAH RSUD PROF. Dr. W. Z. JOHANNES KUPANG”.

Terlaksananya penelitian dan selesainya penulisan skripsi ini adalah berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini kami mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr. dr. Med. Puruhito, DSB/T, selaku Rektor Universitas Airlangga, Prof. Dr. H.M.S.Wiyadi, dr. Sp.THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Eddy Soewandojo, dr. Sp.PD, selaku ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
3. Nursalam, M.Nurs (Honours) selaku pembimbing ketua dan Ahmad Yusuf, S.Kp selaku pembimbing yang telah memberikan pengarahan dan bimbingan mulai dari persiapan proposal sampai akhir penulisan skripsi ini.
4. dr. E. H. Z. Moyy, sebagai Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, Ansi Kadaru, SMIP sebagai Kepala Bidang Keperawatan RSUD

Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, dan Theodora Lana, A.Per.Pen sebagai Kepala Ruang Perawatan Bedah yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada Peneliti untuk melakukan penelitian di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang – NTT.

5. Kepada semua pasien di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang yang bersedia menjadi responden dan partisipasinya dalam penelitian ini.
6. Ayahku Julius Mandala, Ibu Dorkas Lay dan Kekasihku Erfina Ferdinandus yang telah mendukung dan memberi pengertian serta semangat bagi saya dalam menyelesaikan pendidikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
7. Teman-teman mahasiswa mahasiswa PSIK FK UNAIR Surabaya Angkatan I – III dan semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, yang telah membantu dan memberi dorongan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis sadar bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi Penulis berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca.

Surabaya, Mei 2002

Penulis

ABSTRACT

Communication between hospital staff and patient is one of general complaint of patient in hospital. Patient does not always satisfy about quality and quantity of communication. At RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang NTT, nurse's verbal and non verbal attitude does not always therapeutic when they interaction with patient on implementation nursing care. According to Saelan (1998), therapeutic communication is low because nurse not understanding about communication advantage. But many factor influence not satisfaction of patient in hospital beside communication. From this setting topic of the research is analyzed relationship of verbal and non verbal communication to patient's satisfaction level in Nursing Surgical Unit of RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang – NTT. And the research objective is to study therapeutic skill of nurse in communication with patient in professional nursing practice.

The research design is descriptive with cross sectional analytically. Sample size is 44 respondent who hospitalized. Sampling used stratified random sampling and data collection used questionnaire. Data were analyzed which distribution frequencies, cross tabulation and statistic test used logistic regression $p = 0.05$.

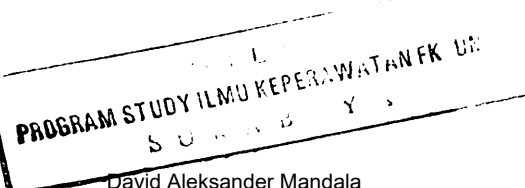
Result of the research showed that image of nurse's verbal communication of good is 24 (54,5%), nurse's non verbal communication of good is 31 (70,5%), relationship of verbal communication and satisfaction level is significantly with $p = 0.030$, good verbal communication is 19 (43,2%) patient says satisfy and enough verbal communication is 7 (15,9%) patient says satisfy. Relationship of non verbal communication and patient's satisfaction level is significantly with $p = 0,023$, good non verbal communication is 19 (43,2%) patient says satisfy and enough non verbal communication is 7 (15,9%) patient says satisfy.

Research conclusion, there is relationship between verbal communication and patient's satisfaction level and between non verbal communication and patient's satisfaction. The research result are recommended to hospital to improve man quality on nursing as care giver specially communication affective and psychomotor, and therapeutic communication training. For nurse to improve their knowledge, understanding therapeutic communication to improve nursing service quality and sense of responsibility to give satisfaction to patient.

Key words : verbal communication, non verbal communication, patient's satisfaction

DAFTAR ISI

	Halaman
J u d u l	i
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan	iii
Surat Pernyataan	iv
Kata Pengantar	v
Abstract	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel	xi
Daftar Gambar	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Relevansi	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Komunikasi	9
2.1.1 Pengertian	9
2.1.2 Komponen Komunikasi	10
2.1.3 Tingkat Hubungan Komunikasi	10
2.1.4 Faktor yang Mempengaruhi Proses Komunikasi	11
2.1.5 Arti Komunikasi bagi Perawat	15
2.2 Komunikasi Verbal	15
2.2.1 Pengertian	15
2.2.2 Faktor-faktor Penting dalam Komunikasi	16
2.2.3 Teknik Wawancara	17
2.2.4 Tahapan Wawancara	19



2.2.5 Teknik Komunikasi Terapeutik	21
2.3 Komunikasi Non Verbal	22
2.3.1 Pengertian	22
2.3.2 Fungsi Komunikasi Non Verbal	23
2.3.3 Arti Penting Komunikasi Non Verbal	23
2.3.4 Klasifikasi Komunikasi Non Verbal	25
2.4 Kepuasan	34
2.4.1 Konsep Kepuasan	34
2.4.2 Model Kepuasan atau Ketidakpuasan	36
2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Kepuasan	36
2.4.4 Manfaat Kepuasan dan Ketidakpuasan	37
2.4.5 Parameter Tingkat Kepuasan	37
2.5 Kerangka Konseptual	40
2.6 Hipotesis	41
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	42
3.2 Frame Work	42
3.3 Populasi, Sampel dan Sampling	42
3.3.1 Populasi	42
3.3.2 Sampel	43
3.3.3 Sampling	45
3.4 Identifikasi Variabel	45
3.4.1 Variabel Independen	45
3.4.2 Variabel Dependen	45
3.5 Definisi Operasional	47
3.6 Pengumpulan Data	49
3.6.1 Instrumen	49
3.6.2 Tempat dan Waktu	49
3.6.3 Analisa Data	49
3.7 Masalah Etika	50
3.7.1 Informed Consent	50

3.7.2 Anonimity (Tanpa nama)	50
3.7.3 Confendiality	51
3.8 Keterbatasan	51
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil Penelitian	52
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	52
4.1.2 Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin	53
4.1.3 Karakteristik Responden Menurut Umur	53
4.1.4 Karakteristik Responden Menurut Tingkat Pendidikan	54
4.1.5 Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan	54
4.1.6 Gambaran Komunikasi Verbal	55
4.1.7 Gambaran Komunikasi Non Verbal	55
4.1.8 Gambaran Komunikasi Verbal Terhadap Tingkat Kepuasan	56
4.1.9 Gambaran Komunikasi Non verbal Terhadap Tingkat Kepuasan .	56
4.2 Pembahasan	57
4.2.1 Gambaran Komunikasi Verbal Perawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang	57
4.2.2 Gambaran Komunikasi Non Verbal Perawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang	60
4.2.3 Hubungan Komunikasi Verbal dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang	62
4.2.4 Hubungan Komunikasi Non Verbal dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang	64
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	68
5.2 Saran	69
Daftar Pustaka	70
Lampiran – Lampiran	

DAFTAR TABEL

	Halaman
TABEL 4.1 : Gambaran Komunikasi Verbal Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2002	56
TABEL 4.2 : Gambaran Komunikasi Non Verbal Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2002	56

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gbr. 4.1 Diagram Batang Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2002.	53
Gbr. 4.2 Diagram Batang Karakteristik Responden Menurut Umur Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2002.	53
Gbr. 4.3 Diagram Batang Karakteristik Responden Menurut Tingkat Pendidikan Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2002.	54
Gbr. 4.4 Diagram Batang Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2002.	54
Gbr. 4.5 Diagram Batang Gambaran Komunikasi Verbal Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2002.	55
Gbr. 4.6 Diagram Batang Gambaran Komunikasi Non Verbal Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Tahun 2002.	55

BAB 1

PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam era globalisasi di bidang jasa pelayanan terjadi persaingan di antara rumah sakit swasta maupun pemerintah baik secara domestik ataupun internasional. Untuk memenangkan persaingan, rumah sakit harus mampu memberikan pelayanan yang bermutu kepada pelanggannya (pasien), salah satu diantaranya dengan memberikan asuhan keperawatan dalam praktek keperawatan profesional. Untuk tercapainya asuhan keperawatan profesional diperlukan suatu pendekatan yang disebut “ proses keperawatan “ .

Proses keperawatan adalah suatu metode sistematis dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan dengan menggunakan pemecahan masalah yang memerlukan ilmu, teknik dan ketrampilan interpersonal yang salah satunya adalah komunikasi verbal dan non verbal perawat yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan dasar klien atau keluarga. Didalam tahapan-tahapan proses keperawatan tidak terlepas dari penggunaan komunikasi perawat baik verbal maupun non verbal. Komunikasi merupakan model yang efektif dan penting dalam bidang pelayanan keperawatan karena merupakan dasar bagi perawat untuk membina hubungan interpersonal dengan pasien dan keluarga. Dengan adanya komunikasi yang memungkinkan perawat untuk menyampaikan dan menerima pesan sehingga kegiatan perawatan dapat berjalan dengan baik (Eviana, 1998). Komunikasi mencakup pengertian

yang lebih luas dari sekedar wawancara. Setiap bentuk tingkah laku mengungkapkan pesan tertentu, juga merupakan sebarang komunikasi (Johnson, 1981).

Kurangnya komunikasi antara staf rumah sakit dengan pasien merupakan salah satu alasan keluhan umum pasien di rumah sakit (Bart Smet, 1994). Pasien sering tidak puas dengan kualitas dan jumlah informasi yang diterima dari tenaga kesehatan (Bart Smet, 1994). Tiga puluh lima sampai dengan empat puluh persen pasien tidak puas berkomunikasi dengan dokter dan perawat, aspek yang paling membuat ketidakpuasan adalah jumlah dan jenis informasi yang diterima (Bart Smet, 1994). Dalam penelitian Anderson (1986) mendapatkan bahwa jumlah informasi yang diberikan oleh dokter kepada pasien rata-rata 18 jenis informasi untuk diingat, ternyata hanya mampu mengingat 31%. Ley dan Spelman (1967) menemukan bahwa lebih dari 60% yang diwawancarai setelah bertemu dengan dokter dan perawat salah mengerti tentang instruksi yang diberikan kepada mereka. Hal ini disebabkan oleh kegagalan profesional kesehatan dalam memberikan informasi yang lengkap, penggunaan istilah-istilah medis (sulit untuk dimengerti) dan banyaknya instruksi yang harus diingat oleh pasien.

Sebuah studi pembahasan tentang tiga puluh lima tipe-tipe pasien yang berbeda menunjukkan 8–82 % pasien yang tidak puas (Bart Smet, 1994). Menurut Ley yang dikutip oleh Bart Smet sebagai berikut 1) Pasien tidak puas dengan aspek komunikasi dari pertemuan klinis, 2) Nampaknya memberi informasi saja tidaklah cukup. Mereka harus diberitahu dalam cara sehingga dapat mengerti dan mengingatnya. Karena kurangnya umpan balik dalam bentuk pertanyaan dan

komentar dari pasien, sehingga sukar bagi para tenaga kesehatan untuk memperbaiki komunikasi.

Hasil penelitian Saelan (1998), menyatakan bahwa dalam hal komunikasi dengan pasien, pendekatan komunikasi terapeutik, dari semua perawat yang diteliti sebanyak 38 orang mendapatkan nilai kurang. Hal ini disebabkan kurang disadari pentingnya komunikasi oleh perawat dan rendahnya pengalaman perawat akan teori, konsep dan arti penting komunikasi terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan. Dari hasil penelitian Saelan tersebut, tidak menutup kemungkinan kondisi yang sama terjadi pula dirumah sakit lain.

Dari hasil pengamatan penulis selama bekerja di RSUD Prof. Dr W.Z. Johannes Kupang-NTT kecenderungan yang terjadi yaitu nampak pada pola perilaku dan sikap verbal dan non verbal perawat yang sering tidak terapeutik saat berinteraksi dengan pasien. Masih tingginya keluhan masyarakat tentang sikap dan perilaku verbal dan non verbal perawat. Tentunya keadaan ini akan sangat merugikan performance rumah sakit yang bersangkutan dan lebih khusus lagi hal ini tidak mendukung profesionalisasi keperawatan.

Kepuasan atau ketidakpuasan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (disconfirmation) yang dipersepsikan antara harapan awal dan kinerja aktual yang dirasakan (Fandy Tjiptono, 2000). Banyak faktor penyebab ketidakpuasan pasien di rumah sakit, salah satunya adalah faktor komunikasi antara dokter dan perawat. Tingkat kepuasan pasien sangat tergantung pada bagaimana faktor tersebut di atas dapat memenuhi harapan-harapan. Sebagai contoh faktor komunikasi verbal dan non verbal perawat dalam komunikasi

terapeutik apabila dilaksanakan tidak sesuai dengan spirit dalam komunikasi tersebut maka yang dihasilkan adalah respon ketidakpuasan dari pasien. Seorang pasien yang tidak puas pada gilirannya akan menghasilkan sikap/perilaku tidak patuh terhadap seluruh prosedur keperawatan dan prosedur medis misalnya menolak pasang infus, menolak minum obat, menolak untuk dikompres panas/dingin, dan lain-lain. Akhirnya pasien akan meninggalkan rumah sakit dan mencari jasa pelayanan yang bermutu di tempat lain. Oleh sebab itu sudah saatnya kepuasan pasien menjadi bagian integral dalam misi dan tujuan profesi keperawatan karena semakin meningkatnya intensitas kompetisi global dan domestik, serta berubahnya preferensi dan perilaku dari pasien untuk mencari pelayanan jasa keperawatan yang lebih bermutu.

Dalam kaitan antara efektifitas komunikasi verbal dan non verbal perawat terhadap tingkat kepuasan pasien maka sangat diperlukan solusi-solusi yang dapat meningkatkan ketrampilan berkomunikasi perawat. Ketrampilan berkomunikasi bukan merupakan kemampuan yang kita bawa sejak lahir dan juga tidak akan muncul secara tiba-tiba saat kita memerlukannya. Ketrampilan tersebut harus dipelajari dan dilatih secara terus menerus melalui kemampuan belajar mandiri, penyegaran dan pelatihan. Solusi-solusi ini dapat dijadikan pilihan karena bertujuan membantu tenaga kesehatan profesional (termasuk perawat) belajar memperbaiki penampilan kerja guna memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Belajar mandiri, penyegaran dan pelatihan terutama berhubungan dengan upaya untuk mendapatkan pengetahuan, sikap dan ketrampilan yang diperlukan (Sullivan, et all, 1995).

Dari pemikiran dan fenomena sederhana di atas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisa hubungan komunikasi verbal dan non verbal perawat terhadap tingkat kepuasan pasien yang dirawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof.Dr. W.Z. Johannes Kupang- NTT “

1.2 Perumusan masalah

1.2.1 Pernyataan masalah

Dalam praktek keperawatan profesional yang dilakukan di rumah sakit ternyata masih banyak perawat yang belum menunjukkan kemampuan terapeutiknya dalam hal perilaku verbal dan non verbal saat berkomunikasi dengan klien. Komunikasi terapeutik hanya sebatas teoritis dan belum teraplikasikan dengan baik dan benar.

Masih tingginya keluhan masyarakat tentang sikap dan perilaku verbal dan non verbal perawat pada saat berkomunikasi dengan klien.

1.2.2 Berdasarkan pernyataan masalah, maka perumusan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

- 1) Bagaimanakah gambaran komunikasi verbal dan non verbal perawat di ruang perawatan bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang-NTT?
- 2) Bagaimanakah tingkat kepuasan pasien terhadap komunikasi verbal dan non verbal perawat di ruang perawatan bedah RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang-NTT?
- 3) Apakah ada hubungan komunikasi verbal perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang perawatan bedah RSUD Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang-NTT?

- 4) Apakah ada hubungan komunikasi non verbal perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang perawatan bedah RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang-NTT?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mempelajari sejauh mana kemampuan terapeutik perawat dalam berkomunikasi dengan pasien didalam praktek keperawatan profesional.

1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Untuk mengidentifikasi gambaran komunikasi verbal dan non verbal perawat di ruang perawatan bedah RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang-NTT.
- 2) Untuk mengidentifikasi tingkat kepuasan pasien yang berhubungan dengan komunikasi verbal dan non verbal perawat di ruang perawatan bedah RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang-NTT.
- 3) Menganalisa hubungan antara komunikasi verbal dan non verbal perawat terhadap tingkat kepuasan pasien.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi rumah sakit

- 1) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia bidang keperawatan sebagai pemberi pelayanan keperawatan, khususnya sikap dan ketrampilan dalam berkomunikasi.

- 2) Memberikan informasi tentang pentingnya pelatihan komunikasi terapeutik sebagai salah satu upaya yang harus terus menerus dilaksanakan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien atau masyarakat.
- 3) Untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit pada akhirnya karena dengan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan dalam bentuk komunikasi verbal dan non verbal yang terapeutik dapat meningkatkan kepuasan pasien yang pada akhirnya pasien tetap loyal terhadap rumah sakit yang bersangkutan dan tidak berpindah ke tempat pelayanan jasa yang lain.

1.4.2 Bagi perawat

- 1) Menambah pengetahuan dalam upaya meningkatkan kualitas personal perawat sebagai “*care giver*”
- 2) Dapat memberi gambaran atau informasi bagi peneliti berikutnya.
- 3) Menyadarkan perawat tentang pentingnya komunikasi verbal dan non verbal yang terapeutik didalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
- 4) Mengetahui setiap persoalan yang timbul pada jasa pelayanan keperawatan khususnya komunikasi verbal dan non verbal perawat seberapa jauh memuaskan pasien dan mencari alternatif pemecahannya.

1.4.3 Bagi pasien

- 1) Agar dapat menerima pelayanan keperawatan yang lebih berkualitas khususnya dalam penerapan komunikasi verbal dan non verbal perawat dengan pasien dalam praktek keperawatan profesional.
- 2) Agar lebih nyaman, puas dan betah pada suatu rumah sakit.

1.5 Relevansi

Efektifitas komunikasi verbal dan non verbal yang terapeutik dalam meningkatkan tingkat kepuasan pasien sangat tergantung pada perawat sebagai komunikator dan pasien sebagai komunikan.

Perawat harus menyadari bahwa komunikasi verbal dan non verbal adalah elemen penting dari kemampuan terapeutik perawat. Sehingga berkomunikasi yang asertif dalam praktek keperawatan profesional sangat berpengaruh atau membantu pasien dalam proses penyembuhan atau dalam memenuhi kebutuhan dasarnya selama di rumah sakit, yang pada akhirnya dapat menghasilkan suatu tingkat kepuasan tersendiri bagi pasien..

Di sisi lain pasien sebagai komunikan dapat memberikan respon atau persepsi yang obyektif terhadap nilai-nilai sikap atau ketrampilan yang ada dalam komunikasi verbal dan non verbal perawat. Evaluasi yang dibangun atas dasar persepsi yang benar dari pasien akan membantu memperbaiki kinerja perawat dalam melaksanakan komunikasi verbal dan non verbal yang terapeutik yang pada akhirnya akan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan menuju profesionalisme keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan tentang konsep komunikasi secara umum yang terdiri dari pengertian, komponen, tingkat hubungan komunikasi, faktor yang mempengaruhi proses komunikasi, arti komunikasi bagi perawat. Hal ini diperlukan sebagai pengantar untuk memahami konsep komunikasi verbal yang terdiri dari pengertian, faktor-faktor penting dalam komunikasi verbal, teknik-teknik wawancara, tahapan dalam wawancara dan teknik-teknik komunikasi terapeutik yang diperlukan dalam komunikasi verbal maupun non verbal perawat. Konsep komunikasi non verbal terdiri dari pengertian, fungsi, arti penting, dan klasifikasi komunikasi non verbal. Pada bab ini juga dibahas konsep kepuasan, model konsep kepuasan, manfaat kepuasan atau ketidakpuasan dan parameter tingkat kepuasan.

2.1 Konsep komunikasi

2.1.1 Pengertian

Secara luas komunikasi adalah setiap bentuk tingkah laku seseorang baik verbal maupun non verbal yang ditanggapi oleh orang lain. Komunikasi mencakup pengertian yang lebih luas dari sekadar wawancara. Setiap bentuk tingkah laku mengungkapkan pesan tertentu, juga merupakan sebarang komunikasi (Johnson, 1981).

Secara sempit komunikasi diartikan sebagai pesan yang dikirimkan seseorang kepada satu atau lebih penerima dengan maksud sadar untuk mempengaruhi tingkah laku si penerima. Dalam setiap bentuk komunikasi setidaknya dua orang saling mengirimkan lambang-lambang yang memiliki makna tertentu. Lambang-lambang tersebut bisa bersifat verbal berupa kata-kata, atau bersifat nonverbal berupa ekspresi atau ungkapan tertentu dan gerak tubuh (Johnson, 1981).

2.1.2 Komponen komunikasi

Komunikator: penyampai informasi atau sumber informasi, **Komunikan:** penerima informasi atau memberi respon terhadap stimulus yang disampaikan oleh komunikator, **Pesan:** gagasan atau pendapat, fakta, informasi atau stimulus yang disampaikan, **Media:** saluran yang dipakai untuk menyampaikan pesan, **Encoding :** perumusan pesan oleh komunikator sebelum disampaikan kepada komunikan, **Decoding :** penafsiran pesan oleh komunikan pada saat menerima pesan.

2.1.3 Tingkat hubungan komunikasi

Komunikasi intrapersonal, terjadi dalam diri individu sendiri. Komunikasi ini akan membantu agar seseorang atau individu tetap sadar akan kejadian disekitarnya. Komunikasi interpersonal, interaksi antara dua orang atau kelompok kecil. Komunikasi ini merupakan inti dari praktek keperawatan karena dapat terjadi antara perawat dan klien serta keluarga, perawat dengan perawat, dan perawat dengan tim kesehatan lain. Komunikasi massa, interaksi yang terjadi dalam kelompok besar.

Ceramah yang diberikan pada mahasiswa, kampanye, merupakan contoh komunikasi massa.

2.1.4 Faktor yang mempengaruhi proses komunikasi

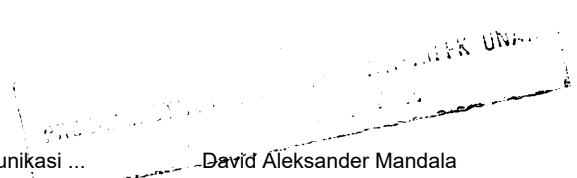
Proses komunikasi dipengaruhi oleh beberapa faktor (Potter & Perry, 1993) yaitu :

1. Perkembangan.

Agar dapat berkomunikasi efektif dengan seseorang perawat harus mengerti pengaruh perkembangan usia baik dari sisi bahasa, maupun proses berpikir dari orang tersebut. Adalah berbeda cara berkomunikasi anak usia remaja dengan anak usia balita. Kepada remaja, anda barangkali perlu belajar bahasa “gaul” mereka sehingga remaja yang kita ajak bicara akan merasa kita mengerti mereka dan komunikasi diharapkan akan lancar.

2. Persepsi.

Adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa. Persepsi dibentuk oleh harapan atau pengalaman. Dalam hal terhadap komunikasi verbal dan non verbal perawat selama pasien dirawat. Apabila pengalaman akan komunikasi perawat baik maka persepsi klien yang terbentuk adalah baik dan sebaliknya. Diakui bahwa persepsi interpersonal sangat sulit karena kita tidak akan mampu menangkap seluruh sifat orang lain dari berbagai dimensi perilakunya. Kita cenderung memilih stimuli tertentu saja. Anehnya, kitapun sulit mempersepsi orang lain seperti yang dikatakan oleh Sherlock Holmes bahwa menduga karakteristik orang lain dari petunjuk eksternal yang dapat diamati. Petunjuk itu salah satunya adalah komunikasi.



Perbedaan persepsi dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi. Misalnya kata-kata virus mempunyai perbedaan persepsi pada seorang ahli komputer dengan seorang dokter.

3. Nilai.

Adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Perawat perlu berusaha untuk mengetahui dan mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien. Dalam hubungan profesionalnya diharapkan perawat tidak terpengaruh oleh nilai pribadinya. Perbedaan nilai tersebut dapat dicontohkan sebagai berikut, klien memandang abortus tidak merupakan perbuatan dosa sementara perawat memandang bahwa abortus merupakan tindakan dosa. Hal ini dapat menyebabkan konflik antara perawat dan klien.

4. Latar belakang sosial budaya.

Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga akan membatasi cara bertindak dan berkomunikasi. Seorang remaja putri ingin membeli makanan khas disuatu daerah. Remaja tersebut berasal dari daerah lain. Pada saat membeli makanan tersebut, si remaja tiba-tiba menjadi pucat ketakutan karena si penjual menanyakan padanya berapa banyak cabe merah yang dibutuhkan untuk campuran makanan yang akan diberikan. Apa yang terjadi ? Si remaja tersebut merasa dimarahi oleh si penjual karena cara menanyakan cabe itu seperti membentak bagi si remaja putri padahal si penjual merasa tidak memarahi remaja tersebut. Hal ini dikarenakan budaya dan logat bicara si penjual yang memang tegas dan keras

sehingga terkesan marah-marah bagi orang dengan latar budaya yang berbeda. Jadi faktor sosial budaya sangat mempengaruhi walaupun seorang perawat telah melakukan komunikasi sesuai dengan spirit komunikasi terapeutik, sehingga perlu penjelasan yang cermat kepada klien.

5. Emosi.

Merupakan perasaan subyektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih dan senang akan mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan orang lain. Perawat perlu mengkaji emosi klien dan keluarganya sehingga perawat mampu memberikan asuhan keperawatan dengan tepat. Selain itu perawat juga perlu mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya agar dalam melakukan asuhan keperawatan tidak terpengaruh oleh emosi bawah sadarnya. Karena hal ini sangat mempengaruhi persepsi klien terhadap komunikasi perawat. Bisa saja terjadi persepsi klien bias tentang komunikasi perawat karena sementara emosi atau sedih.

6. Jenis kelamin.

Setiap jenis kelamin mempunyai gaya komunikasi yang berbeda. Tanned (1990) menyebutkan bahwa wanita dan laki-laki mempunyai perbedaan gaya komunikasi. Dari usia tiga tahun wanita bermain dengan teman baiknya atau dalam group kecil dan menggunakan bahasa untuk mencari kejelasan, meminimalkan perbedaan, serta membangun dan mendukung keintiman. Laki-laki dilain pihak, menggunakan bahasa untuk mendapatkan kemandirian dari aktifitas dalam group yang lebih besar, dimana jika mereka ingin berteman, maka mereka melakukannya dengan bermain.

7. Pengetahuan.

Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi komunikasi yang dilakukan. Tingkat pengetahuan berkaitan erat dengan tingkat pendidikan seseorang. Pengetahuan akan semakin baik dengan makin tinggi tingkat pendidikan dan lebih mudah menerima dan mengelola pesan atau komunikasi dengan baik. Seorang dengan tingkat pengetahuan rendah akan sulit merespon pertanyaan yang mengandung bahasa verbal dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Perawat perlu mengetahui tingkat pengetahuan klien sehingga perawat dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya dapat memberikan asuhan keperawatan yang tepat kepada klien.

8. Peran dan hubungan.

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antar orang yang berkomunikasi. Cara komunikasi seorang perawat dengan koleganya, dengan cara komunikasi seorang perawat pada klien akan berbeda tergantung perannya. Demikian juga antara guru dengan murid.

9. Lingkungan.

Lingkungan interaksi akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Suasana yang bising, tidak ada *privacy* yang tepat akan menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Misalnya berpacaran di pasar tentunya tidak nyaman. Untuk itulah perawat perlu menyiapkan lingkungan yang tepat dan nyaman sebelum memulai interaksi dengan klien.

10. Jarak.

Jarak dapat mempengaruhi komunikasi. Jarak tertentu dapat menyediakan rasa aman dan kontrol. Dapat dimisalkan dengan individu yang merasa terancam ketika seseorang tiidak dikenal tiba-tiba berada pada jarak yang sangat dekat dengan dirinya. Hal itu juga yang dialami klien saat pertama kali berinteraksi dengan perawat. Untuk itu perawat perlu memperhitungkan jarak yang tepat pada saat melakukan hubungan dengan klien.

2.1.5 Arti komunikasi bagi perawat

Menurut (Stuart and Sundeen, 1995) yang dikutip oleh Intansari Nurjannah, arti komunikasi bagi perawat sebagai alat untuk membangun hubungan terapeutik. Menurut As Hornby (1974) terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Di sini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Mampu terapeutik berarti seseorang mampu melakukan atau mengkomunikasikan perkataan, perbuatan, atau ekspresi yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sebagai alat bagi perawat untuk mempengaruhi tingkah laku klien dan kemudian untuk mendapatkan keberhasilan dalam intervensi keperawatan. Komunikasi merupakan hubungan itu sendiri, dimana tanpa ini tidak mungkin terjadi hubungan terapeutik perawat-klien.

2.2 Komunikasi verbal

2.2.1 Pengertian

Komunikasi yang dilakukan melalui kata-kata, bicara atau tertulis (Intansari Nurjanna, 2001). Meskipun yang paling mempengaruhi komunikasi

adalah bahasa non verbal, kata adalah alat yang sangat penting dalam komunikasi. Validasi tentang pengertian komunikasi verbal antara perawat dan pasien adalah penting. Beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh perawat dalam berkomunikasi secara verbal adalah (Leddy, 1998) masalah teknik yaitu seberapa akurat komunikasi tersebut dapat mengirimkan simbol dari komunikasi tersebut. Masalah semantik yaitu seberapa tepat simbol dalam mengirimkan pesan yang dimaksud. Masalah pengaruh yaitu seberapa efektif arti yang diterima mempengaruhi tingkah laku. Komunikasi verbal lebih berorientasi pada dimensi isi dari komunikasi.

2.2.2 Faktor-faktor penting dalam komunikasi verbal

Ellis dan Nowlis (1994) mengatakan beberapa hal penting dalam komunikasi verbal: **penggunaan bahasa**, perlu mempertimbangkan pendidikan klien, tingkat pengalaman dan kemahiran dalam berbahasa (bahasa Inggris, Indonesia, dan lain-lain). Dalam penggunaan bahasa memerlukan kejelasan yaitu memilih kata yang jelas dan tidak mempunyai arti yang salah. Keringkasan yaitu pesan singkat dan tanpa penyimpangan untuk menghindari kebingungan tentang apa yang penting dan apa yang kurang penting. Kecepatan yaitu kecepatan bicara mempengaruhi komunikasi verbal. Seseorang yang dalam keadaan cemas atau sibuk biasanya akan lupa untuk berhenti berbicara dan pembicaraan dilakukan sangat cepat sehingga hal ini menyebabkan pendengar tidak dapat memproses pesan dan menyusun respon yang akan diberikan. Komunikasi verbal dengan kecepatan yang sesuai akan memberikan kesempatan bagi pembicara sendiri untuk berpikir jernih tentang apa yang diucapkan dan juga akan menyebabkan

seseorang dapat menjadi pendengar yang efektif. *Voice tone* menunjukkan gaya dari ekspresi yang digunakan dalam bicara dan dapat merubah arti dari kata. Pengaruh dari bicara dengan suara yang keras akan berbeda dengan suara yang lembut atau lemah. Suara yang keras menunjukkan berbicara yang terburu-buru, tidak sabar, sindiran tajam dan marah.

Salah satu komunikasi verbal yang penting dalam keperawatan adalah wawancara. Wawancara merupakan salah satu cara untuk mendapatkan data dari klien dalam tahap pengkajian. Wawancara adalah pola komunikasi yang mempunyai tujuan yang spesifik yaitu untuk mendapatkan riwayat kesehatan, mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, faktor resiko, dan untuk menentukan perubahan spesifik dari tingkat kesehatan dan pola hidup (Potter dan Perry, 1993). Pewawancara akan mendapatkan informasi tentang keadaan kesehatan klien, pola hidup, pola sakit, sistem dukungan, pola adaptasi, kekuatan dan keterbatasan.

Wawancara yang dilakukan perawat pada dasarnya tergantung pada situasi yang ada. Pada situasi emergensi, fokus wawancara perawat adalah mengenai trauma, faktor presipitasi serta alergi yang dimiliki klien. Hal ini berbeda pada saat situasi rehabilitasi dimana fokus wawancara perawat adalah mengenai keadaan sakit dulu dan sekarang, strategi koping, dan lain-lain. Dengan melihat hal ini adalah sangat tidak tepat bagi perawat bila klien dalam keadaan gawat, perawat menanyakan pada klien tentang riwayat genogram klien atau hobi klien. Kegiatan wawancara perawat dapat menggunakan beberapa teknik wawancara.

2.2.3 Teknik wawancara

1) Teknik mencari masalah

Wawancara yang dilakukan berfokus untuk mengidentifikasi masalah klien yang potensial dan data berikutnya didapatkan dengan berfokus pada masalah yang telah ditemukan. Contoh: perawat menanyakan apakah klien mengalami mual, jika ya, kemudian perawat mengumpulkan data tentang kejadian, faktor pencetus, gejala yang menyertai, aktifitas yang dilakukan klien dengan menggunakan teknik pemecahan masalah.

2) Teknik pemecahan masalah

Teknik ini berfokus pada pengumpulan data yang lebih dalam terhadap masalah yang sudah diidentifikasi oleh perawat dan klien (Ivey, 1988). Contoh jika klien mengalami mual, perawat kemudian mengumpulkan informasi tentang datangnya gejala tersebut (berangsur-berangsur atau tiba-tiba), faktor yang memperberat gejala yang berhubungan, cara menyelesaikan masalah yang telah dicoba oleh klien dan keefektifan pemecahan masalah tersebut.

3) Teknik pertanyaan langsung

Teknik ini merupakan teknik wawancara yang strukturnya memungkinkan didapatkan 1-2 jawaban. Teknik ini sering digunakan untuk mengklarifikasi informasi yang sudah didapatkan sebelumnya atau untuk menyediakan informasi tambahan (Ivey, 1988). Tujuan dari teknik wawancara ini adalah agar klien tidak dengan sengaja memberikan informasi yang berlebihan dari data yang ingin didapatkan oleh pewawancara. Biasanya pertanyaan ini digunakan untuk mendapatkan data biografi dan informasi spesifik tentang masalah kesehatan seperti gejala, faktor presipitasi, dan aktifitas pemecahan masalah.

4) Teknik pertanyaan terbuka

Teknik wawancara ini bertujuan untuk mendapatkan respon lebih dari satu jawaban dari klien. Teknik ini dapat memicu terjadinya diskusi dengan klien mengenai gambaran status kesehatan klien saat ini. Contoh perawatan kesehatan apa yang kamu butuhkan atau inginkan? Bagaimana perasaanmu?

2.2.4 Tahapan Wawancara

Ada empat tahap dalam wawancara yaitu persiapan, pembukaan atau perkenalan, isi atau tahap kerja dan terminasi (Nursalam, 2001).

1) Persiapan

Sebelum melakukan komunikasi kepada klien, perawat harus melakukan persiapan dengan membaca status klien. Perawat diharapkan tidak mempunyai prasangka buruk kepada klien, karena akan mengganggu dalam hubungan saling percaya. Seorang perawat profesional harus belajar dan peka terhadap kebutuhan-kebutuhan klien dan mampu menciptakan lingkungan yang terapeutik. Jika klien belum bersedia untuk berkomunikasi, perawat tidak boleh memaksa dan memberi kesempatan kepada klien kapan mereka sanggup. Hal ini penting sekali, karena klien mempunyai hak dan wewenang untuk dirawat atau tidak menurut (Stunton & Whyburn, 1993) yang dikutip oleh Nursalam (2001).

2) Pembukaan atau perkenalan

Pada tahap ini, perawat dan klien memulai mengembangkan hubungan yang terapeutik. Seorang perawat profesional yang memiliki perilaku yang baik sangat membantu dalam menciptakan lingkungan kekeluargaan. Pendekatan

perawat hendaknya selalu memperhatikan respek kepada klien yang positif, hal ini sangat penting dalam pembukaan komunikasi. Langkah pertama perawat dalam mengawali wawancara adalah dengan memperkenalkan diri : nama, peran yang diharapkan dari perawat dan klien, tanggung jawab dari perawat dan klien, topik yang akan dibicarakan, tujuan, dan waktu. Dalam membina hubungan saling percaya dengan klien, perawat perlu memberikan informasi kepada klien mengenai data yang terkumpul dan akan disimpan dimana, bagaimana menyimpan dan siapa saja yang boleh mengetahuinya. Hasil wawancara tersebut akan sangat membantu perawat dalam menentukan tahap proses keperawatan selanjutnya.

3) Isi atau tahap kerja

Selama tahap kerja dalam wawancara, perawat memfokuskan arah pembicaraan pada masalah khusus yang ingin diketahui. Hal ini sering bisa didapatkan dari data keluhan klien dan biasanya mencakup data-data tentang: riwayat penyakit, riwayat keluarga, agama dan budaya. Wawancara dapat dilaksanakan dimana saja, di rumah sakit, klinik, nursing home, dan atau rumah klien. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam wawancara adalah fokus wawancara adalah klien. Perawat harus menunjukkan rasa tertarik dan terlibat, memanggil nama klien, menggunakan kontak mata dan menghindari perdebatan dengan klien. Mendengarkan klien dengan penuh perhatian, menggunakan refleksi dan penjelasan agar klien dapat mengerti dan memahami. Menanyakan masalah yang dirasakan klien paling utama dan

menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti oleh klien. Gunakan pertanyaan tertutup (*closed ended questions*) untuk memperoleh informasi yang spesifik dan gunakan "*open ended questions*" jika memerlukan informasi yang memerlukan informasi yang memerlukan penjelasan atau uraian dari klien. Diam jika diperlukan. Akan memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya tanpa harus terpotong oleh pertanyaan perawat yang terus-menerus. Sentuhan. Teknik ini diperlukan jika situasi dan kondisi memungkinkan. Tujuan sentuhan dalam komunikasi adalah untuk memberikan dorongan spiritual, merasa diperhatikan, dan mempunyai teman. Akan tetapi aplikasi teknik tersebut harus hati-hati dan selalu memperhatikan norma, budaya dan agama dari klien.

4) Tahap Terminasi

Tahap akhir dalam wawancara adalah penutupan atau terminasi. Pada tahap ini perawat harus mempersiapkan wawancara untuk penutupan. Untuk itu klien harus mengetahui kapan wawancara berakhir dan tujuan wawancara pada awal pengenalan, sehingga diharapkan pada akhir wawancara perawat dan klien mampu menilai keberhasilan dan dapat mengambil kesimpulan bersama. Jika diperlukan, perawat membuat perjanjian lagi untuk pertemuan lebih lanjut. Perawat saat mengakhiri terminasi dengan cara yang baik.

2.2.5 Teknik komunikasi terapeutik

Teknik komunikasi terapeutik yang banyak digunakan adalah meliputi :

1) Mendengar aktif, perawat berusaha mengerti klien dengan cara mendengarkan

apa yang disampaikan klien, 2) Penerimaan, menunjukkan kesediaan untuk mendengar nilai dan kepercayaan klien. Penerimaan bukan berarti persetujuan, 3) Menanyakan pertanyaan yang berkaitan, perawat harus berhati-hati dan tidak mengajukan beberapa pertanyaan pada satu waktu atau berpindah pada subyek lain sampai subyek yang sebelumnya cukup dieksplorasi, 4) Parafrasing, kemampuan untuk mengulang pesan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri, 5) Klarifikasi, disampaikan apabila pesan yang disampaikan pasien belum jelas bagi perawat, 6) Fokusing, kegiatan komunikasi yang dilakukan untuk membatasi area diskusi sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti, 6) Observasi, dilakukan apabila terdapat konflik antara verbal dan non verbal pasien, diupayakan agar pasien tidak menjadi malu dan marah, 7) Menawarkan informasi, menyediakan tambahan informasi dengan tujuan untuk mendapatkan tambahan respon lebih lanjut, 8) Diam (memelihara ketenangan), dilakukan dengan maksud untuk mengorganisir pemikiran, memproses informasi, menunjukkan bahwa perawat bersedia untuk menunggu respon, 9) Assertive, kemampuan untuk mengungkapkan perasaan tanpa menyakiti orang lain, 10) Menyimpulkan, merupakan ringkasan dari hal utama yang telah didiskusikan.

2.3 Komunikasi non verbal

2.3.1 Pengertian

Komunikasi non verbal adalah setiap bentuk perilaku manusia yang langsung dapat diamati oleh orang lain dan yang mengandung informasi tertentu tentang pengirim atau pelakunya (Johnson, 1981). Komunikasi non verbal

merupakan komunikasi yang tidak melibatkan bicara dan tulisan (Intansari Nurjannah, 2001). Sebesar 90% dari arti komunikasi berasal dari komunikasi non verbal (Hunsaker cit. Leddy, 1998). Hal ini menunjukkan pentingnya mempelajari komunikasi non verbal.

2.3.2 Fungsi komunikasi non verbal

Adapun fungsi komunikasi non verbal menurut (Mark L.Knapp, 1972) adalah (1) Repetisi-mengulang kembali gagasan yang sudah disajikan secara verbal. Misalnya, setelah saya menjelaskan penolakan saya, saya menggelengkan kepala berkali-kali, (2) Substitusi-menggantikan lambang-lambang verbal. Misalnya, tanpa sekata pun Anda berkata. Anda dapat menunjukkan persetujuan dengan mengangguk-angguk, (3) Kontradiksi–menolak pesan verbal atau memberikan makna yang lain terhadap pesan verbal. Misalnya, Anda memuji prestasi kawan anda dengan mencibirkan bibir Anda, ”Hebat, kau memang hebat,” (4) Komplemen-melengkapi dan memperkaya makna pesan non verbal. Misalnya air muka anda menunjukkan tingkat penderitaan yang tidak terungkap dengan kata-kata,” (5) Aksentuasi–menegaskan pesan verbal atau menggarisbawahinya. Misalnya, Anda mengungkapkan betapa jengkelnya Anda dengan memukul mimbar.

2.3.3 Arti penting komunikasi non verbal

Menurut (Dale G. Leathers,1976) yang dikutip oleh Jalaludin Rakhmat, menyebutkan enam alasan mengapa pesan nonverbal sangat penting.

Pertama, faktor-faktor nonverbal sangat menentukan makna dalam komunikasi interpersonal. Ketika kita mengobrol atau berkomunikasi tatap muka,

kita banyak menyampaikan gagasan dan pikiran kita lewat pesan-pesan nonverbal. Pada gilirannya orang lain pun lebih banyak “membaca” pikiran kita lewat petunjuk –petunjuk nonverbal. Menurut Birdwhistell, “barangkali tidak lebih dari 30% sampai 35% makna sosial percakapan atau interaksi dilakukan dengan kata-kata.” Sisanya dilakukan dengan pesan nonverbal. Mehrabian, penulis *The Silent Message*, bahkan memperkirakan 93% dampak pesan diakibatkan oleh pesan nonverbal. Dalam konteks ini juga kita dapat memahami mengapa kalimat-kalimat yang tidak lengkap dalam percakapan masih dapat diberi arti. Anda maklum apa yang dimaksud oleh rekan anda ketika ia melukiskan kecantikan seorang wanita dengan kalimat yang tidak selesai, “Pokoknya.....,” ketika Anda melihat gerak kepala, tubuh dan tangannya. Kedua, perasaan dan emosi lebih cermat disampaikan lewat pesan nonverbal ketimbang pesan verbal. Anda boleh menulis surat kepada pacar anda dan mengungkapkan gelora kerinduan anda. Anda akan tertegun, Anda tidak menemukan kata-kata yang tepat untuk menyatakan sesuatu yang begitu mudah diungkapkan melalui pesan nonverbal. Bagaimana harus anda tuliskan dalam surat Anda getaran suara, tarikan napas, kesayuan mata, dan detak jantung? Menurut Mehrabian (1967), hanya 7% perasaan kasih sayang dapat dikomunikasikan dengan kata-kata. Selebihnya, 38% dikomunikasikan lewat suara, dan 55% dikomunikasikan melalui ungkapan wajah (senyum, kontak mata, dan sebagainya).

Ketiga, pesan nonverbal menyampaikan makna dan maksud yang relatif bebas dari penipuan, distorsi dan kerancuan. Pesan non verbal jarang dapat diatur oleh komunikator secara sadar. Sejak Zaman Prasejarah, wanita selalu

mengatakan “tidak” dengan lambang verbal, tetapi pria jarang tertipu. Mereka tahu ketika “tidak” diucapkan, seluruh anggota tubuhnya mengatakan “ya”. Dalam situasi yang “double binding” – ketika pesan nonverbal bertentangan dengan pesan verbal – orang bersandar pada pesan nonverbal. Keempat, pesan nonverbal mempunyai fungsi metakomunikatif yang sangat diperlukan untuk mencapai komunikasi yang berkualitas tinggi. Fungsi metakomunikatif artinya memberikan informasi tambahan yang memperjelas maksud dan makna pesan. Di atas telah disebutkan bahwa pesan non verbal mempunyai fungsi repetisi, substitusi, kontradiksi, komplemen dan aksentuasi. Semua ini menambah kadar informasi dalam penyampaian pesan.

Kelima, pesan non verbal merupakan cara berkomunikasi yang lebih efisien dibandingkan dengan pesan verbal. Dari segi waktu, pesan verbal sangat tidak efisien. Diperlukan lebih banyak waktu untuk mengungkapkan pikiran kita secara verbal daripada secara non verbal. Keenam, pesan non verbal merupakan sarana sugesti yang paling tepat. Ada situasi komunikasi yang menuntut kita untuk mengungkapkan gagasan atau emosi secara tidak langsung. Sugesti disini dimaksudkan menyarankan sesuatu kepada orang lain secara implisit (tersirat). Sugesti paling efektif disampaikan melalui pesan nonverbal.

2.3.4 Klasifikasi komunikasi nonverbal

1) Kinesics

Merupakan komunikasi nonverbal yang dilakukan melalui pergerakan tubuh. Kinesics terdiri dari :

Ekspresi muka. Posisi mulut, alis, mata dan senyum. Perawat sangat perlu melakukan validasi persepsi dari ekspresi muka yang ada pada klien sehingga perawat tidak salah mempersepsikan apa yang diobservasi dari klien. Misalnya perawat melihat seorang klien merengutkan mulutnya, perawat bisa mengklarifikasi dengan menanyakan apakah klien marah. Perawat juga perlu memperhatikan ekspresi verbalnya sendiri sehingga tidak terjadi perawat menyapa dengan suara yang ramah dan lembut tetapi mukanya tampak sinis atau merengut. Perasaan yang paling mudah dikenali melalui wajah adalah kebahagiaan, kesedihan, kemarahan, ketakutan, dan kebencian. Ekspresi wajah ini cenderung universal, yaitu orang-orang diseluruh dunia tersenyum jika mereka senang dan mengerutkan kening jika mereka sedih (Ekman dan Friesen, 1975) yang dikutip oleh Niven. Dengan cara yang sama ada bukti bahwa ekspresi wajah cenderung untuk mempunyai arti yang juga universal, yaitu senyuman dikenal sebagai tanda kebahagiaan sedangkan kerutan kening dikenal sebagai tanda kesedihan diseluruh dunia (Ekman dan Friesen, 1975) yang dikutip oleh Niven. Dua implikasi yang penting untuk tenaga perawat adalah membuat pasien lebih sering tersenyum dapat membuat mereka merasa lebih baik dan belajar untuk menekan ekspresi wajah pada saat mengalami stres mungkin menurunkan pengalaman emosional dari stres itu sendiri.

Gesture (gerak, isyarat, sikap). Isyarat tangan dapat menunjukkan seseorang sedang mengalami cemas atau tidak sabar. Kaki diseret dan kegelisahan menunjukkan keinginan seseorang untuk lari. Posisi tubuh menunjukkan seseorang bersikap terbuka pada orang lain. Menganggukan kepala atau menggelengkan

kepala menunjukkan komunikasi tertentu. Sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik sehingga dapat memfasilitasi komunikasi yang terapeutik adalah (Egan cit.Keliat, 1992) Berhadapan, arti dari posisi ini adalah “Saya siap untuk anda”. Mempertahankan kontak mata, kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi. Membungkuk ke arah klien, posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengarkan sesuatu. Mempertahankan sikap terbuka, tidak melipat kaki atau tangan akan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi. Tetap rileks, tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respon pada klien.

Leddy (1998) mencontohkan beberapa sikap kinesic yang menunjukkan komunikasi non verbal : dengan lembut menggosok bagian belakang telinga menggunakan jari telunjuk menunjukkan seseorang yang ragu; sambil lalu menggosok mata dengan tangan, menunjukkan seseorang yang tidak paham dengan apa yang dikomunikasikan; menutupkan tangan ke mulut menunjukkan seseorang yang mencoba menyembunyikan sesuatu; bersandar dengan kedua tangan mendukung kepala menunjukkan superior atau keyakinan; menjepit batang hidung dengan mata tertutup menunjukkan pikiran yang penuh dengan penilaian; menggerakkan mata kearah bawah dari batang hidung dan menatap dengan tajam lawan bicara menunjukkan penilaian negatif yang sangat kuat.

Gerakan tubuh dan posture. Kaki yang kejang dan meloncat menunjukkan seseorang yang tidak sabar, bosan atau tegang. Penampilan membungkuk menunjukkan depresi. Meremas tangan menunjukkan takut, nyeri atau khawatir.

Penampilan kaku menunjukkan nyeri atau tegang. Mengacungkan jempol menunjukkan kemenangan. Menurunkan jempol menunjukkan konotasi negatif. Menendang obyek menunjukkan marah. Individu dengan postur membungkuk, dengan kepala dan mata melihat kebawah menunjukkan seseorang dengan harga diri rendah. Berdiri tegak dengan kepala meninggi dan tangan dipinggang menandakan status superior terhadap orang lain.

Respon tingkah laku yang digunakan untuk menilai seseorang hangat atau dingin diidentifikasi sebagai berikut (Reece dan Whitmn cit. Townsend, 1993): seorang yang hangat dapat ditandai dengan posturnya yang mengarah kepada orang lain, tersenyum, kontak mata langsung. Seseorang yang dianggap dingin adalah seseorang dengan tingkah laku posture membungkuk, melihat sekeliling ruangan, mengetuk tangan di meja, dan tidak tersenyum.

Gerak mata : kontak mata. Diartikan sebagai melihat langsung ke mata orang lain (Rosdahl, 1999). Empat fungsi tatapan yaitu (Kendon cit. Rungapadiachy, 1999) : mengatur aliran komunikasi, monitor umpan balik, ekspresikan emosi, mengkomunikasikan hubungan interpersonal yang alami. Efek negatif dari tatapan (Rungapadiachy, 1999) yaitu merasa tidak nyaman, meragukan diri, menjadi marah, heran mengapa, menjadi bingung sendiri, merasa terancam, dan menjadi curiga.

Beberapa situasi yang menyebabkan lebih banyak tatapan mata (Rungapadiachy, 1999) yaitu pada saat topik mudah dan tidak pribadi, pada saat individu tertarik pada orang lain, seseorang yang terbuka, pada saat seseorang ingin terlibat dalam diskusi, pada saat seseorang mencoba untuk mendominasi

atau mempengaruhi orang lain. Beberapa situasi dimana tatapan mata kurang dilakukan dapat diprediksikan pada situasi sebagai berikut (Rungapadiachy, 1999) yaitu saat seseorang secara fisik tertutup, saat seseorang terlibat dalam topik yang sulit atau tidak dikenal, saat seseorang tidak tertarik pada reaksi orang lain, jika seseorang tidak suka pada orang lain, tertutup, dan pada saat seseorang tidak butuh atau tidak ingin untuk terlibat.

2) Paralanguage

Paralanguistic atau paralanguage menunjuk pada bahasa itu sendiri. Vokal dapat membedakan emosi yang dirasakan satu orang dengan orang lain. Beberapa komponen paralanguage adalah **Kualitas suara**. Terdiri dari resonansi yaitu intensitas suara mengisi ruang. Irama yaitu aliran, kecepatan dan gerakan suara. *Pitch*, meninggi atau merendahnya suara. Kecepatan, berapa cepat suara digunakan. *Volume*, kekerasan suara. *Inflection*, perubahan dalam tinggi atau rendahnya atau volume dari suara. Seseorang yang suaranya meningkat dalam hal kekerasannya, warna nada dan kecepatan bicaranya sering dianggap orang lain sebagai orang yang aktif dan dinamis. Orang dengan intonasi dan volume suara yang besar dan lancar dianggap meyakinkan.

Vokal tanpa bahasa (non language vocalizations) adalah suara tanpa adanya struktur linguistik. Misalnya sedu sedan, tertawa, mendengkur, mengerang, merintih, hembusan nafas (menunjukkan takut, nyeri atau kaget), nafas panjang atau keluh kesah (menunjukkan keengganan untuk melakukan sesuatu).

3) Proxemics

Proxiemics adalah ilmu yang mempelajari tentang jarak hubungan dalam interaksi sosial. Proxemics meliputi dua dimensi (Wilson & Kneisl, 1983) : *Territoriality*, asumsi dari kesopanan tingkah laku terhadap sebuah area geografi yang dimiliki seseorang atau suatu grup. Jarak Pribadi, adalah daerah tidak tampak dari territoriality. Tidak boleh seseorang memaksa masuk kedalam area tersebut karena akan menimbulkan rasa tidak nyaman, gelisah, dan perasaan negatif lain.

Pengaturan meja atau kursi juga akan menurunkan atau meningkatkan jarak interpersonal. Empat jarak interaksi (Hall cit, Linberg, 1998) antara lain; jarak intim (sampai dengan 18 inchi), jarak personal (18 inchi sampai 4 kaki) untuk interaksi dengan seseorang yang telah dikenal, jarak sosial (4 kaki sampai 12 kaki) untuk interaksi mengenai suatu urusan tetapi bukan orang khusus atau tertentu, jarak publik (lebih dari 12 kaki) untuk pembicaraan formal.

Tingkat normal dari kedekatan fisik berbeda dalam tiap budaya. Dengan cara yang sama, ada perbedaan individual dalam jarak interpersonal. Masalah timbul jika individu dari budaya yang berbeda tidak dapat menyepakati jarak interpersonal yang “tepat”- satu orang tidak dapat berada dalam posisi yang cukup dekat karena yang lainnya terus melangkah mundur. Tenaga perawat seharusnya menyadari perbedaan individu dan budaya dalam kedekatan fisik karena berbicara terlalu dekat dengan seseorang akan tampak mengganggu; berbicara terlalu dekat dengan seseorang akan tampak mengganggu; berbicara terlalu jauh akan tampak dingin dan tidak personal. Ada satu kondisi dimana masuk ke daerah personal seseorang terbukti produktif. Baron (1978) yang dikutip oleh Niven menemukan

bahwa jika kebutuhan seseorang untuk mendapatkan bantuan besar dan ia dapat meyakinkan penolong yang potensial tentang kenyataan ini, maka masuk ke daerah personal akan menghasilkan lebih banyak bantuan yang akan ditawarkan dari pada hanya berdiam diri saja.

4) Sentuhan

Sentuhan merupakan alat komunikasi yang sangat kuat, sentuhan juga dapat menimbulkan reaksi positif atau negatif tergantung dari orang yang terlibat dan lingkungan sekeliling interaksi tersebut. Komunikasi sentuhan adalah bentuk yang paling dasar dan primitif dari komunikasi (Townsen, 1993) Sentuhan penting dilakukan pada situasi emosional. Sentuhan dapat menunjukkan arti "Saya peduli". Meskipun begitu, sangat perlu bagi perawat untuk memahami siapa, kapan dan mengapa sentuhan dilakukan, karena komunikasi non verbal ini mempunyai efek yang berlainan pada setiap individu. Sentuhan dapat disosialisasikan sebagai sifat keibuan, nyaman atau perhatian (Ellis, 1994). Persepsi tentang sentuhan sangat dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu seseorang, asumsi dan situasi saat itu. Sentuhan dapat dikategorikan menurut pesan yang dikomunikasikan (Knap ciit. Townsen, 1993) : Fungsional-profesional. Sentuhan tipe ini tidak khusus dan untuk urusan tertentu, digunakan untuk menyelesaikan tugas tertentu. Misalnya seorang penjahit mengukur baju orang yang ingin menjahitkan baju. Sosial-sopan. Sentuhan tipe ini lebih dari sentuhan yang bukan ditujukan untuk orang tertentu, tapi menunjukkan penegasan atau penerimaan terhadap orang lain tersebut. Misalnya berjabat tangan. Sahabat-hangat. Sentuhan ini berada pada tingkat yang menandakan rasa suka yang kuat

pada orang lain, sebuah perasaan bahwa dia adalah teman. Misalnya meletakkan satu tangan pada bahu orang lain. Cinta-keintiman. Sentuhan tipe ini menunjukkan kasih sayang yang kuat atau daya tarik untuk orang lain. Misalnya memeluk yang kuat. Sexual arousal. Tipe sentuhan berada pada tingkat ekspresi dari daya tarik fisik saja. Misalnya menyentuh daerah kemaluan orang lain.

5) Cultural Artifact

Artifact adalah hal-hal yang ada dalam interaksi seseorang dengan orang lain yang mungkin bertindak sebagai rangsang non verbal misalnya baju, kosmetik, parfum atau bau badan, deodorant, perhiasan, kaca mata, rambut palsu, cambang, kumis dan lain-lain. Penampilan personal dan cara memakai baju (Rosdahl, 1999) termasuk dalam artifact. Misalnya seorang penjahat melihat seorang laki-laki gagah memakai baju loreng maka penjahat akan ketakutan karena dia mengira orang tersebut adalah tentara.

6) Gaya Berjalan

Beberapa gaya berjalan yang menunjukkan pesan tertentu antara lain: cara berjalan yang bersemangat dan gembira akan menunjukkan seseorang tersebut dalam keadaan senang. Cara berjalan menyeret menunjukkan sedih atau merasa kecil hati.

7) Penampilan fisik umum

Kulit yang kering dan berkerut akan mengkomunikasikan pada kita bahwa orang tersebut sedang mengalami kekurangan cairan. Pola napas cepat menunjukkan seseorang sedang cemas.

Ellis (1994), menyarankan cara menginterpretasikan tingkah laku non verbal : menyadari beberapa arti tingkah laku non verbal; meluaskan pemahaman dan menajamkan interpretasi tingkah laku non verbal dan menggunakan latar belakang orang yang diobservasi untuk mencoba menafsirkan arti tingkah laku non verbalnya; membaca komunikasi non verbal sebanyak-banyaknya yang disampaikan seseorang dan mendiskusikan dengan rekan atau perawat lain; memvalidasi persepsi dari tingkah laku seseorang dengan menggambarkan apa yang diamati dan tanyakan apakah anda menginterpretasikan dengan tepat.

Terdapat enam cara komunikasi verbal dan non verbal saling berhubungan (Ekman, cit. Wilson dan Kneils, 1983). **Pengulangan.** Komunikasi non verbal mengulangi ide komunikasi verbal misalnya secara verbal mengatakan ikan yang sangat besar dan kemudian tangan pembicara direntang untuk menunjukkan ukuran ikan. **Berlawanan.** Komunikasi nonverbal berlawanan dengan komunikasi verbal misalnya seseorang yang mengatakan tidak marah tetapi ekspresi mukanya menunjukkan kemarahan. **Pelengkap.** Pesan dari komunikasi non verbal menambah pesan dari komunikasi verbal misalnya seseorang yang mengatakan saya sedikit tersinggung tapi suara dan tindakannya menunjukkan kemarahan yang lebih besar. **Tekanan.** Komunikasi non verbal yang menekankan komunikasi non verbal misalnya menginginkan orang lain tenang dengan mengangkat tangannya. **Menghubungkan dan mencocokkan.** Misalnya seorang wanita tetap membuka dan menutup mulutnya dengan singkat saat orang lain bicara menandakan wanita ini ingin menandakan giliran bicara. **Mengganti.** Komunikasi non verbal

digunakan untuk mengganti komunikasi verbal misalnya lambaian tangan atau menepuk tangan untuk memuji orang lain yang dianggap berprestasi.

2.4 Kepuasan

2.4.1 Konsep kepuasan

Kata “kepuasan” atau *satisfaction* berasal dari bahasa Latin “*satis*” (artinya cukup baik, memadai) dan “*facio*” (melakukan atau membuat), sehingga secara sederhana dapat diartikan sebagai “upaya pemenuhan sesuatu”. Namun, ditinjau perspektif perilaku konsumen, istilah “kepuasan” pelanggan lantas menjadi sesuatu yang kompleks. Bahkan, sebenarnya sampai saat ini belum dicapai kesepakatan mengenai konsep kepuasan pelanggan : “apakah kepuasan merupakan respon emosional ataukah evaluasi kognitif” (Edwardson, 1998) dikutip oleh Fandy Tjiptono, (2000:89). Ini dapat dilihat dari beragam definisi yang dikemukakan banyak pakar yang dikutip oleh Fandy Tjiptono. Day (dalam Tse & Wilton, 1988) mendefinisikan kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan sebagai respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dipersepsikan antara harapan awal sebelum pembelian (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah pemakaiannya.

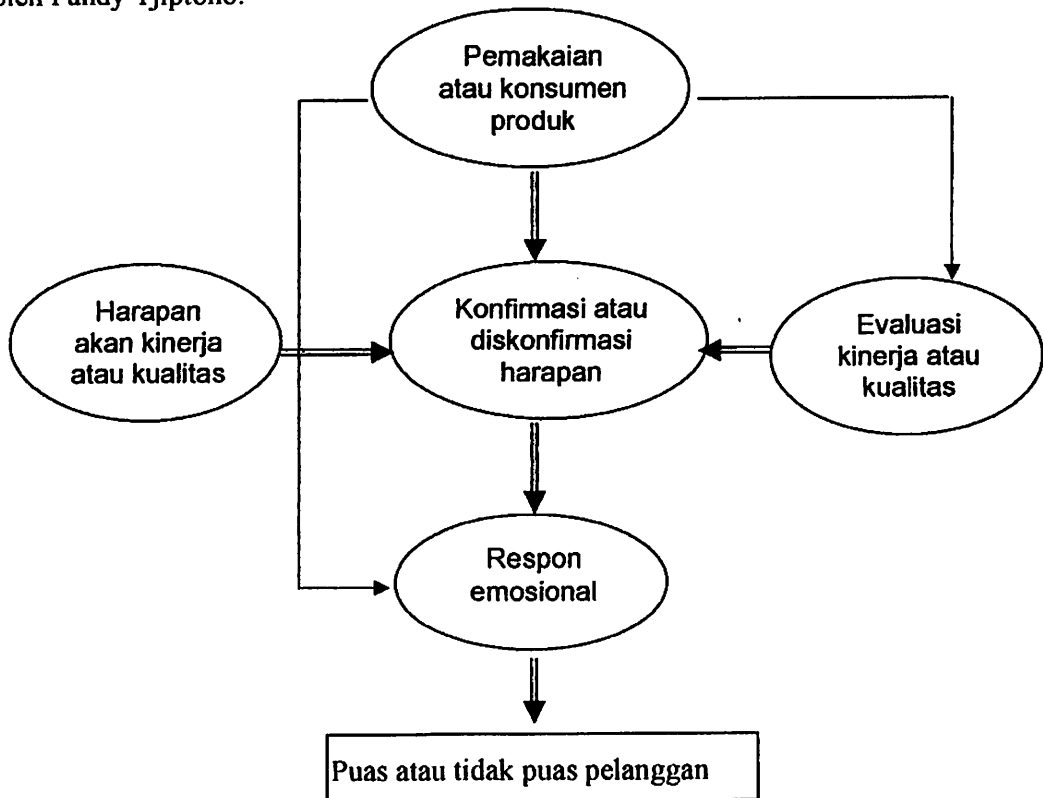
Wilkie (1990), mendefinisikannya sebagai tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa. Sementara itu, Engel, et al. (1990), mengatakan bahwa kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli dimana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan. Sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil

tidak memenuhi harapan. Mowen (1995) merumuskan kepuasan pelanggan sebagai sikap keseluruhan terhadap suatu barang atau jasa setelah perolehan (*acquisition*) dan pemakaiannya. Meskipun demikian, definisi kepuasan yang banyak diacu didasarkan pada *disconfirmation paradigm* (Oliver, 1997). Berdasarkan paradigma tersebut, kepuasan pelanggan dirumuskan sebagai evaluasi purna beli, dimana persepsi terhadap kinerja alternatif produk atau jasa yang dipilih memenuhi atau melebihi harapan sebelum pembelian. Apabila persepsi terhadap kinerja tidak dapat memenuhi harapan maka yang terjadi adalah ketidakpuasan.

Dari beberapa konsep kepuasan tersebut di atas peneliti mendefinisikan dalam konteks pelayanan keperawatan yang pada prinsipnya adalah sebagai berikut: 1) Ada produk barang atau jasa, jika dalam keperawatan adalah komunikasi terapeutik baik verbal maupun nonverbal sebagai suatu produk jasa, 2) Ada evaluasi yang dibangun atas dasar persepsi terhadap barang atau jasa (komunikasi terapeutik), 3) Ada harapan terhadap kualitas barang atau jasa (nilai-nilai, sikap dan perilaku yang ada dalam komunikasi terapeutik), 4) Ada respon puas atau tidak puas tergantung sesuai dengan harapan atau tidak sesuai dengan harapan terhadap nilai-nilai sikap dan perilaku yang ada dalam komunikasi terapeutik. Respon puas atau tidak puas dari konsumen jika dalam konteks pelayanan keperawatan, pasien adalah sebagai konsumen. Jadi kesimpulan pengertian kepuasan dalam konteks komunikasi terapeutik dalam asuhan keperawatan adalah respon emosional atau kognitif yang dibangun oleh pasien atas dasar persepsi atau evaluasi terhadap harapan-harapan nilai (sikap atau

perilaku) yang ada dalam komunikasi terapeutik sebelum dan setelah perolehan (*acquisition*) dan pemakaiannya.

2.4.2 Model kepuasan atau ketidakpuasan menurut Mowen (1995), yang dikutip oleh Fandy Tjiptono.



Bagan Model kepuasan atau ketidakpuasan

Dari model kepuasan atau ketidakpuasan menurut Mowen (1995) dapat diterjemahkan dalam pelayanan keperawatan sebagai berikut : konsumen sebagai pasien, produk dalam hal ini jasa asuhan keperawatan dalam bentuk komunikasi terapeutik baik verbal maupun nonverbal.

2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi kepuasan

Kepuasan pasien dipengaruhi banyak faktor, antara lain yang bersangkutan dengan (1) pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien terutama saat

pertama kali datang, (2) mutu informasi yang diterima seperti, apa saja yang dikerjakan, apa saja yang dapat diharapkan, (3) prosedur perjanjian, (4) waktu tunggu, (5) fasilitas umum yang tersedia, (6) fasilitas untuk pasien seperti mutu makanan, privacy, dan pengaturan kunjungan, (7) out come terapi dan perawatan yang diterima (Wijono D., 1999). Puas atau tidak puas tergantung pada : a) sikapnya terhadap ketidaksesuaian (rasa senang atau tidak senang), b) tingkatan dari evaluasi baik atau tidak baik untuk dirinya, melebihi atau di bawah standar.

Menurut Mangkunegara (2001), kepuasan dipengaruhi dua faktor yaitu faktor internal antara lain kecerdasan (IQ), umur, jenis kelamin, kondisi fisik, pendidikan, pengalaman kerja, masa kerja, kepribadian, emosi, cara berpikir, dan sikap. Faktor eksternal adalah interaksi sosial, hubungan kerja, kedudukan.

2.4.4 Manfaat kepuasan dan ketidakpuasan

Suatu upaya untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dalam praktek keperawatan profesional melalui penerapan komunikasi terapeutik baik verbal maupun non verbal pada semua tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi keperawatan, dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia yang kurang atau tidak terpenuhi.

Sebagai indikator sukses atau tidak suksesnya pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat baik verbal maupun nonverbal melalui penerapan proses keperawatan dalam praktek keperawatan profesional.

2.4.5 Parameter tingkat kepuasan

Tingkat kepuasan pasien sangat erat dengan mutu suatu produk atau jasa. Puas dan tidak puas tergantung pada seberapa jauh suatu produk/jasa dapat memenuhi kebutuhan pelanggan.

Akhir-akhir ini, terjadi kecenderungan untuk menggunakan suatu ukuran yang subyektif atau "*Soft measures*" sebagai indikator mutu. Ukuran-ukuran ini disebut lunak (*soft*), sebab ukuran-ukuran ini berfokus pada sikap dan persepsi (*attitudes and perception*) dari pada hal-hal yang konkret yang disebut kriteria objektif (besarnya barang, luasnya kamar hotel). Memang, seringkali dianggap perlu untuk menggunakan ukuran-ukuran yang lunak yang bersifat subyektif (pendapat seseorang); sebab indeks objektif yang lebih konkret tidak berlaku didalam memperkirakan mutu jasa atau pelayanan (*Quality of services*).

Salah satu cara untuk mengukur sikap pelanggan terhadap parameter tingkat kepuasan adalah dengan menggunakan kuesioner. Perlu disebutkan disini, bahwa penggunaan kuesioner kepuasan pelanggan, kelihatannya paling tepat untuk perusahaan jasa seperti pelayanan kesehatan khususnya keperawatan.

Didalam pelayanan keperawatan ada parameter tingkat kepuasan pasien seperti yang dikutip Nursalam dari Depkes RI (1995), sebagai berikut 1) perawat memperkenalkan diri, 2) bersikap sopan dan ramah, 3) menjelaskan peraturan di RS, 4) menjelaskan fasilitas yang tersedia di RS, 5) menjelaskan penyakit atau masalah yang dialami, 6) menjelaskan perawat yang bertanggung jawab setiap pergantian dinas, 7) mendengarkan dan memperhatikan keluhan pasien, 8) menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan kepada pasien (tujuan dan manfaat, prosedur, akibat atau resiko samping, alternatif tindakan), 9) menjaga

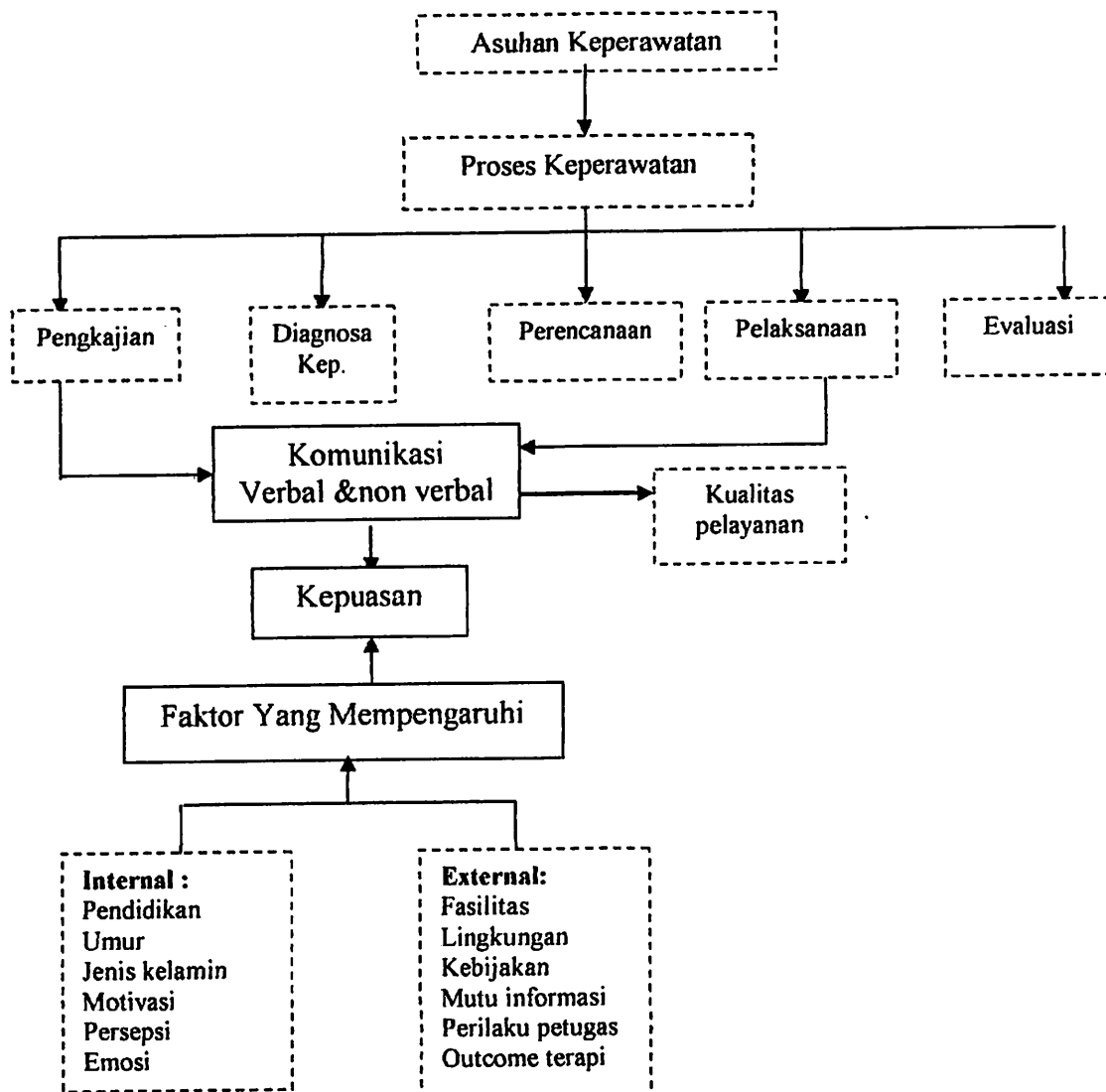
kebersihan lingkungan (ruangan, wc), 10) menjaga kebersihan alat tenun dan peralatan perawatan lainnya, 11) membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri pasien menurut Orem (makan dan minum, mandi atau kebersihan diri, berpakaian, eliminasi alvi dan uri), 12) mengobservasi keadaan pasien secara teratur (sesuai kebutuhan pasien), dan 13) melaksanakan tindakan sesuai standar dan etika keperawatan.

Berhubungan dengan judul analisa hubungan komunikasi verbal dan non verbal perawat terhadap tingkat kepuasan pasien, maka dari parameter kepuasan tersebut diatas ada beberapa item yang sesuai dengan judul dan dikembangkan dalam kuesioner. Tentu dalam mengukur tingkat kepuasan seperti pada judul penelitian diatas maka yang harus dilakukan pertama adalah parameter apa yang digunakan dan tentu ini merujuk pada kebutuhan pasien (*patient requirment*) sebagai karakteristik atau atribut jasa yang mewakili dimensi tersebut yang oleh pasien dipergunakan sebagai dasar pendapat mengenai jasa yang diberikan. Kebutuhan pasien dalam hal ini adalah kebutuhan interpersonal yaitu komunikasi terapeutik perawat baik verbal dan non verbal yang merupakan pelayanan jasa dalam praktek keperawatan profesional. Maksud menentukan kebutuhan pasien ini adalah penting karena pengetahuan ini akan memberikan suatu pemahaman yang lebih baik mengenai cara pasien mengartikan mutu jasa yang diberikan. Apabila seorang perawat memahami kebutuhan pasien, maka perawat tersebut akan berada didalam posisi yang lebih baik untuk mengetahui bagaimana seharusnya memuaskan pasien. Pengetahuan ini juga akan memudahkan pengembangan kuesioner kepuasan pasien. Langkah kedua adalah proses

mengembangkan dan mengevaluasi kuesioner. Tujuan akhir dari langkah ini adalah untuk mengembangkan kuesioner yang memungkinkan untuk memulai informasi khusus tentang persepsi pasien. Tentu informasi yang dikembangkan harus sesuai dengan kebutuhan pasien pada langkah pertama. Langkah ketiga adalah menggunakan kuesioner untuk memperoleh informasi khusus tentang persepsi pasien sesuai dengan kebutuhan pasien dalam hal ini adalah komunikasi verbal dan non verbal perawat yang terapeutik.

2.5 Kerangka Konseptual

Pelayanan keperawatan memberikan dampak yang besar terhadap penampilan pelayanan kesehatan di rumah sakit, sehingga posisi perawat menjadi sangat strategis karena perawat menentukan kualitas pelayanan kesehatan khususnya pelayanan keperawatan. Hal ini menuntut penampilan kerja (kinerja) perawat melalui penerapan komunikasi verbal dan nonverbal pada seluruh tahapan proses keperawatan dalam praktek keperawatan profesional yang berkualitas, sehingga mutu pelayanan kesehatan khususnya keperawatan sesuai dengan harapan pasien dan standar yang pada akhirnya menghasilkan kepuasan tersendiri bagi klien dan masyarakat. Oleh karena itu bagi peneliti dipandang perlu melakukan penelitian untuk mengkaji dan mengidentifikasi penampilan kerja perawat khususnya penerapan komunikasi verbal dan nonverbal yang merupakan bagian dari kemampuan terapeutik perawat dalam praktek keperawatan profesional terhadap tingkat kepuasan pasien. Berdasarkan uraian tersebut diatas dapatlah dibuat kerangka konseptual penelitian sebagai berikut :



Keterangan :

- : Yang diteliti.
 □ : Tidak diteliti

2.6 Hipotesis

- 2.6.1 Ada hubungan komunikasi verbal perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang perawatan bedah RSUD Prof.Dr W.Z. Johannes Kupang – NTT.
- 2.6.2 Ada hubungan komunikasi non verbal perawat terhadap tingkat kepuasan pasien di ruang perawatan bedah RSUD Prof.Dr.W.Z. Johannes Kupang – NTT.

BAB 3

METODE PENELITIAN

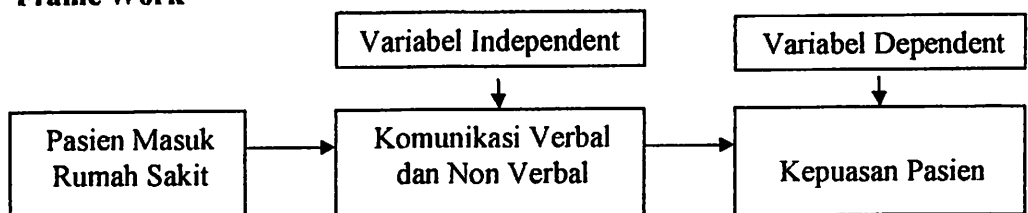
BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitiannya (Sastroasmoro, 1995). Dalam pengertian lebih sempit desain penelitian mengacu pada jenis atau macam penelitian yang dipilih untuk mencapai tujuan penelitian (Sastroasmoro, 1995). Berdasarkan tujuan penelitian desain penelitian yang digunakan *cross sectional* yang bersifat analitik. Dimana peneliti melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat. Kata satu saat bukan berarti semua subjek diamati tepat pada saat yang sama, tetapi artinya tiap subjek hanya di observasi satu kali saja dan pengukuran variabel subjek dilakukan pada saat pemeriksaan tersebut.

3.2 Frame Work



3.3 Populasi, Sampel dan Sampling

3.3.1 Populasi

Populasi adalah setiap subjek (dapat berupa manusia, binatang percobaan, dan lain-lain) yang memenuhi karakteristik yang ditentukan

(Sastroasmoro, 1995). Ada dua jenis populasi yaitu populasi target dan populasi terjangkau. Dengan perkataan lain populasi terjangkau adalah bagian dari populasi target yang dibatasi oleh tempat dan waktu. Dari populasi terjangkau inilah akan dipilih sampel, yang terdiri dari subjek yang akan diteliti. Pada penelitian ini populasi terjangkaunya adalah pasien yang sakit dan dirawat di ruang perawatan bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang-NTT.

3.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro, 1995). Sampel adalah keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili keseluruhan populasi (Nursalam & Siti Pariani, 2000). Pada penelitian ini sampel diambil dari pasien yang sakit dan dirawat di ruang perawatan bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang-NTT.

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau layak untuk diteliti (Nursalam & Siti Pariani, 2000:65). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah semua pasien bedah yang sadar dengan GCS=15, tidak mengalami gangguan orientasi realita, tidak cedera otak ringan, sedang dan berat, post operasi yang sudah sadar dengan GCS = 15, bebas dari pengaruh obat anastesi, jenis kelamin laki-laki dan perempuan dengan umur 20-60 tahun, tingkat pendidikan SMA, akademi, sarjana (S1-S3), hanya untuk kasus bedah yang dirawat di ruang perawatan bedah, bersedia menjadi responden.

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek dari penelitian karena berbagai sebab dengan atau kata lain tidak layak untuk diteliti

atau tidak memenuhi kriteria inklusi pada saat penelitian berlangsung (Nursalam & Siti Pariani, 2000:66). Yang termasuk kriteria eksklusi : pasien yang mengalami cedera otak ringan, sedang, berat ; GCS <15 ; mengalami gangguan orientasi realita ; tidak sadar, post operasi yang belum sadar penuh ; terpengaruh obat anastesi ; laki dan perempuan yang berumur < 20 dan > 60 tahun ; tingkat pendidikan SD dan SMP, bukan kasus bedah dan menolak menjadi responden. Dalam penelitian ini besar sampel ditetapkan berdasarkan rumus sebagai berikut (Anwar.A, 1987)

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dimana :

- n = perkiraan jumlah sampel
- N = perkiraan besar populasi.
- Z = nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$ (1,96)
- p = perkiraan proporsi, jika tidak diketahui dianggap 50% (0,5)
- q = 1 - p (0,5)
- d = tingkat kesalahan, yang dipilih (d = 0,05).

Sehingga sampel yang dibutuhkan pada penelitian ini sebesar :

$$n = \frac{50 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,05)^2 \cdot (50-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{48,02}{1,08} = 44,46 = 44 \text{ orang}$$

3.3.3 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam&Siti Pariani,2000:66). Penelitian ini menggunakan *stratified random sampling* atau pengambilan sampel secara acak sederhana yang merupakan salah satu jenis probability samples atau random sample (sampel acak) (Notoatmodjo,1993:81). Hakikat dari pengambilan sampel jenis ini karena populasi dalam penelitian ini terdiri dari unit yang mempunyai karakteristik berbeda-beda atau heterogen (Notoatmodjo, 1993:1). Hal ini dilakukan dengan cara mengidentifikasi karakteristik umum dari anggota populasi kemudian menentukan strata atau lapisan dari jenis karakteristik unit-unit tersebut. Setelah ditentukan stratanya barulah dari masing-masing strata ini diambil sampel yang mewakili strata tersebut secara random atau acak (Notoatmodjo, 1993:81). Pengambilan sampel dari masing-masing strata sebaiknya dilakukan berdasarkan perimbangan (proporsional). Pada sampling ini harus diyakinkan bahwa semua variabel yang diidentifikasi akan secara representatif mewakili populasi (Nursalam & Siti Pariani, 2000:67).

3.4 Identifikasi Variabel

3.4.1 Variabel independen

Variabel independen adalah faktor yang diduga sebagai faktor yang mempengaruhi variabel dependen (Nursalam & Siti Pariani, 2000:166). Variabel independennya adalah komunikasi verbal dan non verbal perawat.

3.4.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas atau variabel independen (Nursalam & Siti Pariani, 2000:167). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kepuasan pasien.

3.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Independen ❖ Komunikasi verbal	Kemampuan wawancara perawat dari dimensi cara dan isi dalam praktek keperawatan profesional.	Memberikan salam, memperkenalkan diri, menanyakan nama pasien, waktu, tanggung jawab dan peran, bahasa sederhana atau biasa di gunakan, kata jelas, bahasa mudah dimengerti atau bukan bahasa medis, pesan ringkas dan tidak tergesa-gesa, topik kebutuhan yang akan didiskusikan, berdiskusi bersama tentang rencana keperawatan, melakukan tindak lanjut terhadap topik yang disetujui, menyimpulkan proses dan hasil wawancara berdasarkan tujuan, mengakhiri wawancara dengan cara yang baik	Kuesioner dengan format jawaban dikotomi berskala dua tingkatan yaitu ya dan tidak. jumlah pertanyaan pada kuesioner no. 1-15.	Ordinal	Baik = 75 – 100 % Cukup = 60 – 74 % Kurang = 40 – 59 %
❖ Komunikasi non verbal	Dimensi sikap atau tingkah laku perawat pada saat wawancara atau komunikasi verbal dengan klien dalam praktek keperawatan profesional.	Mempertahankan kontak mata yang wajar, berhadapan, ekspresi wajah senyum, mendengarkan, sedikit miring atau membungkuk, postur terbuka : lengan, postur terbuka : kaki, mempertahankan jarak yang wajar : 50-60 cm	Kuesioner dengan format jawaban dikotomi berskala dua tingkatan yaitu ya dan tidak. Jumlah pertanyaan pada kuesioner no.16-23.	Ordinal	Baik = 75 – 100 % Cukup = 60 – 74 % Kurang = 40 – 59 %

<p>Variabel Dependen > Kepuasan</p>	<p>Respon emosional atau kognitif yang dibangun oleh pasien atas dasar persepsi atau evaluasi terhadap harapan nilai sikap atau perilaku yang ada dalam komunikasi verbal dan non verbal yang merupakan kemampuan terapeutik perawat sebelum dan setelah perolehan (acquisition) dan pemakaiannya.</p> <p>Puas : sesuai harapan terhadap nilai, sikap dan perilaku yang ada dalam komunikasi verbal dan non verbal yang merupakan kemampuan terapeutik perawat. Tidak Puas : gagal dan tidak sesuai dengan harapan.</p>	<p>Pasien puas jika perawat memperkenalkan diri, cara berkomunikasi yang baik dan benar, isi komunikasi yang jelas, bahasa sederhana, kata jelas, bahasa mudah dimengerti atau bukan bahasa medis, tidak tergesa-gesa saat berkomunikasi, perilaku komunikasi yang sopan, bersahabat, menghargai dan menghormati.</p>	<p>Format jawaban skala likert dengan berdasarkan kontinum kepuasan lima tingkatan. Dengan jumlah pertanyaan no.1-10.</p>	<p>Ordinal</p>	<p>1 = Sangat Tidak Puas (STP) 2 = Tidak Puas (TP) 3 = Netral (N) 4 = Puas (P) 5 = Sangat Puas (SP)</p> <p>Setelah dianalisa data dari skala lima titik (likert) dapat diubah menjadi skala dua titik yaitu 1 = tidak puas (jika <25). 2 = puas (jika ≥ 25)</p>
--	---	---	---	----------------	--

3.6 Pengumpulan Data

3.6.1 Instrumen

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dengan format jawaban dikotomi dua tingkatan untuk komunikasi verbal dan non verbal serta format jawaban tipe likert untuk tingkat kepuasan pasien. Format tipe likert dirancang untuk memungkinkan pasien menjawab dalam berbagai tingkatan pada setiap butir pernyataan. Alasan penggunaan format tipe likert dalam penelitian ini adalah bahwa tipe likert tercermin dalam keragaman skor (*variability of scorer*) sebagai akibat penggunaan skala yang berkisar antara 1–5, sehingga memungkinkan pasien mengekspresikan tingkat pendapat mereka terhadap perilaku verbal dan nonverbal perawat lebih mendekati kenyataan sebenarnya. Dari segi pandangan statistik, skala dalam lima tingkatan (1–5) lebih tinggi keandalannya dari skala dengan dua tingkatan yaitu ya atau tidak (Lissita & Green, 1975) yang dikutip oleh Supranto.

3.6.2 Tempat dan waktu

Penelitian ini dilakukan di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang - NTT. Waktu dilakukan penelitian ini adalah pada bulan Pebruari sampai dengan April 2002.

3.6.3 Analisa Data

Setelah mendapatkan ijin dari Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang-NTT. Peneliti mengadakan pendekatan kepada klien untuk mendapatkan persetujuan dari klien sebagai responden peneliti. Data dikumpulkan dengan menggunakan likert scale dilakukan dengan cara diskriptif dengan menggunakan

tabel distribusi yang dikonfirmasi dalam bentuk persentase dan narasi. Kemudian dilakukan tabulasi silang (Nursalam & Siti Pariani, 2000). Untuk mengetahui apakah ada hubungan tingkat kepuasan pasien dengan komunikasi verbal dan nonverbal digunakan uji dengan regresi logistik dengan derajat kemaknaan $p < 0,05$ artinya ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, maka H_0 ditolak. Uji regresi logistik akan dipandu dengan program SPSS.

3.7 Masalah Etika (Ethical Clearance)

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya dan permintaan ijin ke Direktur RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang-NTT. Setelah mendapat persetujuan kemudian dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi:

3.7.1 Informed Consent

Lembar persetujuan diberikan pada subyek yang akan diteliti. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset dilakukan. Jika subyek bersedia diteliti maka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika subyek menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

3.7.2 Anonymity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas, peneliti tidak akan mencantumkan nama subyek pada lembar likert scale yang diisi oleh subyek. Lembar tersebut hanya diseri nomor kode tertentu.

3.7.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Peneliti menjamin kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden.

3.8 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian (Burns dan Grove, 1991). Dalam penelitian ini keterbatasan yang dihadapi peneliti adalah:

1) Instrument

Pengumpulan data dengan likert scale memiliki jawaban yang lebih banyak dipengaruhi oleh sikap dan harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif, sehingga hasilnya kurang terwakili secara kualitatif.

2) Sampling Design

Sampel yang digunakan terbatas pada ruangan perawatan bedah RSUD Prof. Dr.W.Z. Johannes Kupang-NTT, sehingga kurang representatif untuk mewakili ruangan perawatan yang lain.

3) Faktor Feasibility

Karena keterbatasan waktu,kemampuan,ketersediaan subyek dan hambatan yang lain maka penelitian ini tidak dapat menggambarkan keadaan yang banyak terjadi di ruangan lain.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

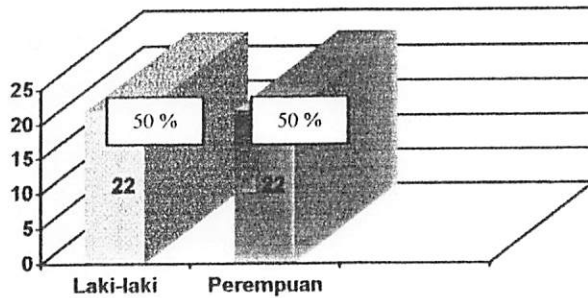
Pada bab ini akan disajikan tentang : 1) Hasil penelitian yang terdiri dari gambaran lokasi penelitian, karakteristik responden (jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan dan pekerjaan) ; gambaran komunikasi verbal dan non verbal perawat menurut persepsi pasien ; tingkat kepuasan pasien terhadap komunikasi verbal dan non verbal perawat ; hubungan komunikasi verbal dan non verbal perawat terhadap tingkat kepuasan pasien ; 2) Pembahasan.

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian.

Lokasi penelitian adalah di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang NTT di mana mempunyai 13 orang tenaga perawat dengan kategori terdiri dari 5 orang tingkat pendidikan SPK, 7 orang dengan tingkat pendidikan AKPER dan 1 orang dengan tingkat pendidikan DIV keperawatan. Jumlah tempat tidur sebanyak 21 tempat tidur dengan BOR bulanan rata –rata 80–90 %. Saat ini digunakan sebagai ruang penerapan metode penugasan Model Praktek Keperawatan Profesional.

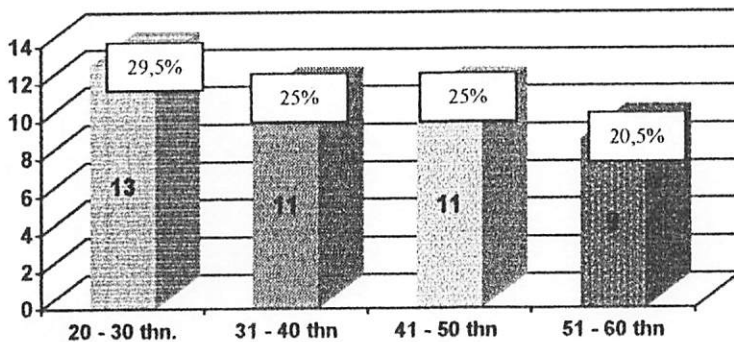
4.1.2 Karakteristik responden menurut jenis kelamin.



Gambar 4.1 Diagram Batang Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tahun 2002

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa terdapat proporsi yang seimbang antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan.

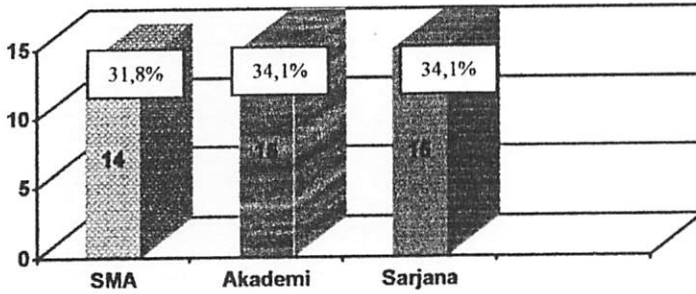
4.1.3 Karakteristik responden menurut umur



Gambar 4.2 Diagram Batang Karakteristik Responden Menurut Umur Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tahun 2002

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa ada proporsi yang seimbang antara umur responden namun pada umur 20–30 tahun terlihat sedikit banyak yaitu 13 (29,5%) orang dan pada umur 51–60 tahun lebih sedikit yaitu 9 (20,5%).

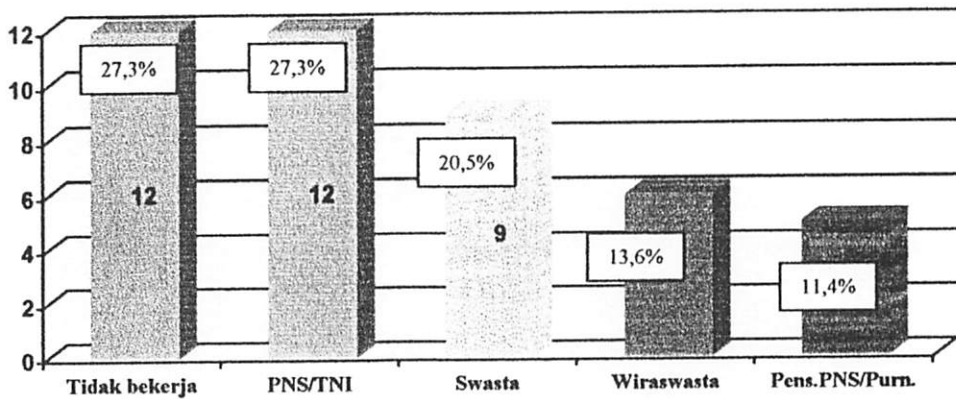
4.1.4 Karakteristik responden menurut tingkat pendidikan



Gambar 4.3 Diagram Batang Karakteristik Responden Menurut Tingkat Pendidikan Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tahun 2002

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa terjadi proporsi yang seimbang antara tingkat pendidikan akademi dan sarjana sedangkan SMA lebih sedikit yaitu 14 (31,8%) orang.

4.1.5 Karakteristik responden menurut pekerjaan

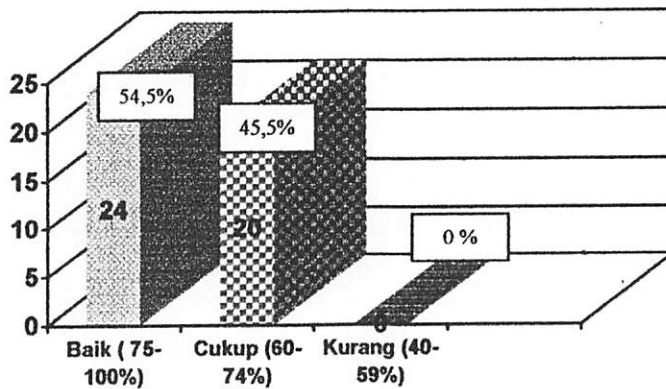


Gambar 4.4 Diagram Batang Karakteristik Responden Menurut Pekerjaan Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tahun 2002

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa proporsi pekerjaan responden seimbang yaitu tidak bekerja dan PNS/TNI, tetapi ada yang lebih sedikit yaitu

pekerjaan sebagai swasta 9 (20,5%), wiraswasta 6 (13,6%) dan pensiunan PNS/Purnawirawan 5 (11,4%).

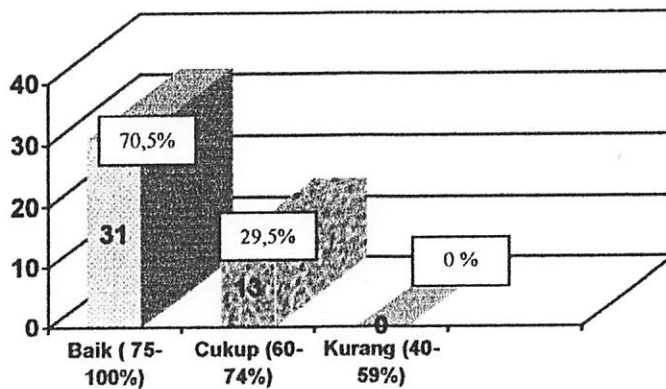
4.1.6 Gambaran komunikasi verbal



Gambar 4.5 Diagram Batang Gambaran Komunikasi Verbal Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tahun 2002

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa lebih banyak responden mengatakan komunikasi verbal baik dibanding komunikasi verbal cukup dan tidak ada yang mengatakan kurang.

4.1.7 Gambaran komunikasi non verbal



Gambar 4.6 Diagram Batang Gambaran Komunikasi Non Verbal Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tahun 2002

Dari gambar di atas dapat dilihat bahwa lebih banyak responden yang mengatakan komunikasi non verbal baik dibandingkan komunikasi verbal cukup dan tidak ada yang mengatakan komunikasi non verbal perawat kurang.

4.1.8 Gambaran komunikasi verbal terhadap tingkat kepuasan

Tabel 4.1 Gambaran Komunikasi Verbal Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tahun 2002.

Komunikasi Verbal	Tingkat Kepuasan				Total	
	Puas		Tidak puas		F	%
	F	%	F	%		
Baik	19	43,2	5	11,4	24	54,5
Cukup	7	15,9	13	29,5	20	45,5
Total	26	59,1	18	40,9	44	100
Df= 1				p = 0,030		

Dari tabel di atas komunikasi verbal baik sebanyak 19 (43,2%) mengatakan puas dan 5 (11,4%) tidak puas, sedangkan komunikasi verbal cukup sebanyak 13 (29,5%) mengatakan tidak puas dan 7 (15,9%) mengatakan puas. Berdasarkan uji statistik regresi logistic diperoleh $p = 0,030$ yang artinya ada hubungan yang signifikan (H_0 ditolak).

4.1.9 Gambaran komunikasi non verbal terhadap tingkat kepuasan

Tabel 4.2 Gambaran Komunikasi Non Verbal Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang Tahun 2002

Komunikasi Non Verbal	Tingkat Kepuasan				Total	
	Puas		Tidak puas		F	%
	F	%	F	%		
Baik	25	56,8	10	22,7	35	79,5
Cukup	1	2,3	8	18,2	9	20,5
Total	26	59,1	18	40,9	44	100
Df= 1				p = 0,023		

Dari tabel di atas komunikasi non verbal yang baik sebanyak 25 (56,8%) mengatakan puas dan 10 (22,7%) mengatakan tidak puas, sedangkan komunikasi verbal yang cukup sebanyak 8 (18,2%) mengatakan tidak puas dan 1 (2,3%) mengatakan puas dari 44 responden. Berdasarkan uji statistik regresi logistic diperoleh $p = 0,023$ yang artinya ada hubungan yang signifikan (H_0 ditolak).

4.2 Pembahasan

4.2.1 Gambaran komunikasi verbal perawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Berdasarkan hasil penelitian di atas dapat dilihat bahwa dari 44 pasien di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang NTT, mayoritas pasien mengatakan komunikasi verbal perawat baik. Hal ini terjadi karena dalam praktek keperawatan profesional perawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang mempertimbangkan faktor yang mempengaruhi komunikasi perawat seperti menurut Potter dan Perry (1993) yaitu 1) Persepsi, adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa. Persepsi dibentuk oleh harapan atau pengalaman. Dalam hal ini terhadap komunikasi verbal dan non verbal perawat selama pasien dirawat. Apabila pengalaman akan komunikasi perawat baik maka persepsi klien yang terbentuk adalah baik dan sebaliknya. Diakui bahwa persepsi interpersonal sangat sulit karena kita tidak akan mampu menangkap seluruh sifat orang lain dari berbagai dimensi perilakunya. Kita cenderung memilih stimuli tertentu saja. Anehnya, sulit mempersepsi orang lain seperti yang dikatakan oleh Sherlock Holmes bahwa

menduga karakteristik orang lain dari petunjuk eksternal yang dapat diamati. Petunjuk itu salah satunya adalah komunikasi. Perbedaan persepsi dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi. Misalnya kata-kata virus mempunyai perbedaan persepsi pada seorang ahli komputer dengan seorang dokter. 2) Nilai, adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang. Perawat perlu berusaha untuk mengetahui dan mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien. Dalam hubungan profesionalnya diharapkan perawat tidak terpengaruh oleh nilai pribadinya. Perbedaan nilai tersebut dapat dicontohkan sebagai berikut, klien memandang abortus tidak merupakan perbuatan dosa sementara perawat memandang bahwa abortus merupakan tindakan dosa. Hal ini dapat menyebabkan konflik antara perawat dan klien. 3) Latar belakang sosial budaya. Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga akan membatasi cara bertindak dan berkomunikasi. Sebagai contoh orang NTT sering berbicara dengan suara yang tinggi dan ini akan diinterpretasi oleh orang lain sebagai tanda tidak menghargai atau marah, tetapi kenyataannya tidak. Jadi faktor sosial budaya sangat mempengaruhi walaupun seorang perawat telah melakukan komunikasi sesuai dengan spirit komunikasi terapeutik, sehingga perawat perlu penjelasan yang cermat dan jelas kepada klien dan keluarga. 4) Emosi, merupakan perasaan subyektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih dan senang akan mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan orang lain atau dengan klien. Perawat perlu mengkaji emosi klien dan keluarganya sehingga perawat mampu memberikan asuhan keperawatan dengan

tepat. Selain itu perawat juga perlu mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya agar dalam melakukan asuhan keperawatan tidak terpengaruh oleh emosi bawah sadarnya. Karena hal ini sangat mempengaruhi persepsi klien terhadap komunikasi perawat. Bisa saja terjadi persepsi klien bias tentang komunikasi perawat karena sementara marah atau sedih.

5) Pengetahuan. Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi komunikasi yang dilakukan. Tingkat pengetahuan berkaitan erat dengan tingkat pendidikan seseorang. Pengetahuan akan semakin baik dengan makin tinggi tingkat pendidikan dan lebih mudah menerima dan mengelola pesan atau komunikasi dengan baik. Seorang dengan tingkat pengetahuan rendah akan sulit merespon pertanyaan yang mengandung bahasa verbal dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi. Perawat perlu mengetahui tingkat pengetahuan klien sehingga perawat dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya memberikan asuhan keperawatan yang tepat kepada klien.

6) Peran dan hubungan. Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antar orang yang berkomunikasi. Cara komunikasi seorang perawat dengan koleganya, dengan cara komunikasi seorang perawat pada klien akan berbeda tergantung perannya. Seperti yang dijelaskan oleh Ellis dan Nowlis (1994), hal penting dalam komunikasi verbal perawat terhadap klien adalah penggunaan bahasa dalam hal kejelasan, keringkasan, kecepatan dan voice tone. Oleh karena hal ini sangat mempengaruhi persepsi klien terhadap komunikasi perawat. Sebagai contoh bahasa medis yang rumit antar perawat tidak relevan jika dikomunikasikan kepada klien.

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa pasien yang mengatakan komunikasi verbal cukup sebanyak 20 (45,5%) orang dan tidak ada yang

mengatakan komunikasi verbal perawat kurang. Hal ini mungkin akibat perbedaan persepsi, nilai, latar belakang sosial budaya, emosi, tingkat pengetahuan, serta peran dan hubungan.

Jadi perawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang dalam melakukan komunikasi verbal dengan pasien dinilai mayoritas baik oleh pasien.

4.2.2 Gambaran komunikasi non verbal perawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Berdasarkan hasil penelitian di atas dapat dilihat bahwa dari 44 pasien di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang NTT, sebagian besar pasien yang mengatakan komunikasi non verbal perawat baik. Hal ini terjadi karena dalam berkomunikasi dengan pasien, perawat melakukan sesuai dengan spirit komunikasi non verbal sebagai komunikasi terapeutik sehingga klien merasa dihargai dan dihormati, dalam hal ini yang diinternalisasikan oleh klien sebagai suatu nilai sikap yang baik untuk perawat dalam melakukan praktek keperawatan professional. Spirit komunikasi non verbal yang terapeutik itu adalah berbicara berhadapan dengan pasien, ada kontak mata, tidak melipat lengan, dan dalam jarak yang dekat. Sejalan dengan itu menurut Johnson, (1984) komunikasi non verbal adalah setiap bentuk perilaku manusia yang langsung dapat diamati oleh orang lain dan yang mengandung informasi tertentu tentang pengirim atau pelakunya. Lebih lanjut Townsend, (1993) mengemukakan bahwa seperti sentuhan, bagi perawat sangat perlu untuk memahami siapa, kapan dan mengapa sentuhan dilakukan karena komunikasi non verbal ini mempunyai efek yang berlainan pada

setiap individu. Namun persepsi tentang sentuhan sangat dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu seseorang, asumsi, dan situasi saat itu. Menurut Keliat, A, B (1992) sikap atau cara menghadirkan diri secara fisik dapat memfasilitasi komunikasi yang terapeutik seperti berhadapan, mempertahankan kontak mata, membungkuk ke arah klien, tidak melipat kaki atau tangan, dan rileks. Ekspresi wajah seperti senyuman sebagai tanda kebahagiaan dan kerutan kening merupakan tanda kesedihan (Ekman dan Friesen, 1975).

Gerakan tubuh dan postur juga merupakan komunikasi non verbal dimana menurut Reece dan Whitmn, (1993), seorang yang hangat dapat ditandai dengan posturnya yang mengarah kepada orang lain, tersenyum dan kontak mata langsung. Seorang dianggap dingin adalah seseorang dengan tingkah laku postur membungkuk, melihat sekeliling ruangan, mengetuk tangan di meja dan tidak tersenyum.

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa pasien yang mengatakan komunikasi non verbal cukup sebanyak 9 (20,5%) dan tidak ada yang mengatakan komunikasi non verbal perawat kurang. Hal ini terjadi karena dalam melakukan komunikasi dengan pasien perawat kurang melakukan sesuai dengan spirit komunikasi non verbal sebagai komunikasi yang terapeutik yaitu antara lain melipat lengan, membelakangi pasien dan berbicara dalam jarak yang jauh. Sehingga klien merasa kurang dihargai dan dihormati di dalam praktek keperawatan profesional. Selanjutnya menurut Potter dan Perry, (1993) faktor lain yang mempengaruhi komunikasi adalah lingkungan dimana akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Suasana yang bising, tidak ada privacy

yang tepat akan menimbulkan ketegangan dan ketidaknyamanan. Selain itu jarak juga dapat mempengaruhi komunikasi.

Jadi perawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. D. W.Z. Johannes Kupang dalam melakukan komunikasi non verbal dengan pasien, dinilai baik oleh pasien dalam memberikan asuhan keperawatan.

4.2.3 Hubungan komunikasi verbal dengan tingkat kepuasan pasien di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Kepuasan pasien yang dimaksud di sini hanyalah semata-mata kepuasan terhadap komunikasi verbal perawat dan bukan terhadap pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Berdasarkan hasil penelitian di atas komunikasi verbal perawat baik sebanyak 19 (43,2%) pasien mengatakan puas dan 5 (11,4%) mengatakan tidak puas, sedangkan komunikasi verbal yang cukup sebanyak 13 (29,5%) mengatakan tidak puas dan 7 (15,9%) mengatakan puas dari 44 responden.

Mayoritas pasien mengatakan puas karena perawat dalam melakukan komunikasi verbal dilakukan secara terapeutik yaitu memberikan keterangan yang jelas tentang peran dan tanggung jawab perawat, penyakit yang diderita atau masalah yang dialami pasien. Selain itu perawat juga melakukan hal-hal yang bersifat terapeutik seperti yang dijelaskan oleh Swansburg (1990), yang mengatakan bahwa pemberi pelayanan kesehatan dapat dan bersedia memberikan perhatian yang cukup kepada pasien secara pribadi, menampung dan mendengarkan semua keluhan, serta menjawab dan memberikan keterangan yang sejelas-jelasnya tentang segala hal yang ingin diketahui oleh pasien. Sehingga hal

ini dapat memberikan kepuasan tersendiri bagi pasien dari sudut keperawatan akan kebutuhan komunikasi dari perawat atau tenaga kesehatan. Kebutuhan klien akan komunikasi merupakan salah satu unsur dalam parameter tingkat kepuasan pasien yang telah dibuat oleh Depkes RI seperti yang dikutip oleh Nursalam dari Depkes RI (1995), sebagai berikut perawat memperkenalkan diri, bersikap sopan dan ramah, menjelaskan peraturan di RS, menjelaskan fasilitas yang tersedia di RS, menjelaskan penyakit atau masalah yang dialami, menjelaskan perawat yang bertanggung jawab setiap pergantian dinas, mendengarkan dan memperhatikan keluhan pasien, menjelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan kepada pasien (tujuan dan manfaat, prosedur, akibat atau resiko samping, alternatif tindakan) dan hal ini dilakukan oleh perawat di Ruang Perawatan RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.

Selain itu sebanyak 5 (11,4%) pasien mengatakan tidak puas terhadap komunikasi verbal yang baik dimana 2 orang dari tingkat pendidikan SMA dengan umur 20–30 tahun, 2 orang dari tingkat pendidikan akademi dengan umur 20–30 tahun, dan 1 orang dari tingkat pendidikan sarjana dengan umur 31-40 tahun. Ini terjadi karena kepuasan pasien dipengaruhi banyak faktor seperti yang dikatakan oleh Wijono D. (1999), antara lain yang bersangkutan dengan pendekatan dan perilaku petugas, perasaan pasien terutama saat pertama kali datang, mutu informasi yang diterima seperti, apa saja yang dikerjakan, yang dapat diharapkan, prosedur perjanjian, waktu tunggu, fasilitas umum, dan outcome terapi dan perawatan yang diterima. Jadi dalam hubungan dengan komunikasi verbal mutu informasi yang diterima dan perasaan pertama kali

datang mungkin kurang dirasakan puas oleh pasien di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Selain itu juga seperti yang dijelaskan oleh Mowen (1995), bahwa kepuasan sangat dipengaruhi oleh sikap keseluruhan terhadap suatu jasa dalam hal ini pelayanan keperawatan. Sikap ini dibangun atas dasar persepsi klien selama dirawat di rumah sakit yang menghasilkan suatu sikap puas atau tidak puas dan ini sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan, nilai, latar belakang sosial budaya, dan emosi (Perry and Potter, 1993)

Berdasarkan penjelasan di atas maka ada hubungan antara komunikasi verbal dengan tingkat kepuasan pasien yang dirawat di Ruang Perawatan RSUD Prof. D. W.Z. Johannes Kupang. Ini didukung dengan hasil uji statistik regresi logistik diperoleh $p = 0,030$ yang artinya ada hubungan yang signifikan (H_0 ditolak).

4.2.4 Hubungan komunikasi non verbal dengan tingkat kepuasan pasien di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang

Kepuasan pasien yang dimaksud di sini hanyalah semata-mata kepuasan terhadap komunikasi non verbal perawat dan bukan terhadap pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

Berdasarkan hasil penelitian di atas komunikasi non verbal yang baik sebanyak 25 (56,8%) mengatakan puas dan 10 (22,7%) mengatakan tidak puas, sedangkan komunikasi non verbal yang cukup sebanyak 8 (18,2%) mengatakan tidak puas dan 1 (2,3%) mengatakan puas dari 44 responden.

Mayoritas pasien mengatakan puas terhadap komunikasi non verbal karena sesuai dengan pendapat Mowen (1995), bahwa kepuasan sangat dipengaruhi oleh sikap keseluruhan terhadap suatu pelayanan jasa yang dalam hal ini mungkin perawat melakukan komunikasi non verbal sesuai dengan spirit terapeutik yang dialami oleh klien selama dirawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang sehingga membentuk suatu respon puas terhadap komunikasi non verbal perawat.

Menurut Dale G. Leathers, (1976) yang dikutip oleh Jalaludin Rakhmat, menyebutkan enam alasan mengapa pesan non verbal sangat penting yaitu 1) faktor-faktor non verbal sangat menentukan makna dalam komunikasi interpersonal, 2) perasaan dan emosi lebih cermat disampaikan lewat pesan non verbal ketimbang pesan verbal, 3) pesan non verbal menyampaikan makna dan maksud yang relatif bebas dari penipuan, distorsi dan kerancuan, 4) pesan non verbal mempunyai fungsi metakomunikatif yang sangat diperlukan untuk mencapai komunikasi yang berkualitas tinggi, 5) pesan non verbal merupakan cara berkomunikasi yang lebih efisien dibandingkan dengan pesan verbal dan 6) pesan non verbal merupakan sarana sugesti yang paling tepat. Ada situasi komunikasi yang menuntut kita untuk mengungkapkan gagasan atau emosi secara tidak langsung. Sugesti disini dimaksudkan menyarankan sesuatu kepada orang lain secara implisit (tersirat). Sugesti paling efektif disampaikan melalui pesan non verbal.

Selain itu sebanyak 10 (22,7%) orang mengatakan tidak puas terhadap komunikasi non verbal yang baik dimana 6 orang tingkat pendidikan SMA

dengan umur 41–50 tahun, 3 orang tingkat pendidikan Akademi dengan umur 20–30 tahun dan 1 orang tingkat pendidikan sarjana dengan umur 51–60 tahun. Hal ini bisa terjadi karena mungkin penampilan fisik secara umum, ekspresi muka, gerakan tubuh dan postur, serta sentuhan perawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang menyebabkan pasien tidak puas. Menurut Ellis (1994), perawat perlu menginterpretasikan tingkah laku non verbal dalam penampilan fisik secara umum yaitu memahami latar belakang orang yang diobservasi dan meluaskan pemahaman dan penajaman akan kemampuan interpretasi tingkah laku non verbal. Menurut Ekman dan Friesen yang dikutip oleh Niven (1975), ekspresi muka/wajah cenderung universal, yang implikasinya kepada perawat adalah membuat pasien lebih tersenyum, merasa lebih baik dan belajar untuk menekan atau mengurangi wajah pada saat mengalami stress dimana bisa mengurangi pengalaman emosional stress itu sendiri.

Menurut Ellis, (1994) sentuhan juga merupakan salah satu komunikasi non verbal dimana menunjukkan sifat keibuan, nyaman atau perhatian. Namun persepsi tentang sentuhan sangat dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu seseorang, asumsi dan situasi saat itu. Selain itu juga seperti yang dijelaskan oleh Mowen (1995), bahwa kepuasan sangat dipengaruhi oleh sikap keseluruhan terhadap suatu jasa dalam hal ini pelayanan keperawatan. Sikap ini dibangun atas dasar persepsi klien selama dirawat di rumah sakit yang menghasilkan suatu sikap puas atau tidak puas dan ini sangat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dimana seseorang dengan tingkat pengetahuan rendah akan sulit merespon komunikasi non verbal.

Emosi, dimana bila seseorang sedang marah atau sedih akan sulit mempersepsikan komunikasi non verbal yang dilakukan perawat (Perry and Potter, 1993)

Berdasarkan penjelasan di atas maka ada hubungan antara komunikasi non verbal dengan tingkat kepuasan pasien yang dirawat di Ruang Perawatan Bedah RSUD Prof. D. W.Z. Johannes Kupang. Hal ini didukung dengan hasil uji statistik regresi logistic diperoleh $p = 0,023$ yang artinya ada hubungan yang signifikan (H_0 ditolak).

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar komunikasi verbal yang dilakukan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien adalah baik yaitu sebanyak 24 (54,5%).
2. Didapatkan bahwa sebagian besar komunikasi non verbal yang dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien adalah baik yaitu 31 (70,5%).
3. Ada hubungan antara komunikasi verbal dengan tingkat kepuasan pasien yang dirawat dimana hasil uji statistik regresi logistic diperoleh $p = 0,030$ yang artinya ada hubungan yang signifikan (H_0 ditolak). Selain itu diperoleh bahwa komunikasi verbal yang baik sebanyak 19 (43,2%) pasien mengatakan puas dan komunikasi verbal yang cukup sebanyak 13 (29,5%) mengatakan tidak puas dan 7 (15,9%) mengatakan puas.
4. Ada hubungan antara komunikasi non verbal dengan tingkat kepuasan pasien yang dirawat dimana hasil uji statistik regresi logistic diperoleh $p = 0,023$ yang artinya ada hubungan yang signifikan (H_0 ditolak). Selain itu diperoleh bahwa komunikasi non verbal yang baik sebanyak 22 (50%) mengatakan puas dan komunikasi verbal yang cukup sebanyak 9 (20,5%) mengatakan tidak puas dan 4 (9%) mengatakan puas.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi rumah sakit

- 1) Meningkatkan kualitas sumber daya manusia bidang keperawatan sebagai pemberi pelayanan keperawatan, khususnya sikap dan ketrampilan dalam berkomunikasi.**
- 2) Melakukan pelatihan komunikasi terapeutik sebagai salah satu upaya yang harus terus menerus dilaksanakan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien atau masyarakat.**

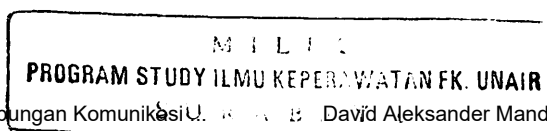
5.2.2 Bagi perawat

- 1) Meningkatkan pengetahuannya dalam upaya menambah kualitas personalnya sebagai “*care giver*”**
- 2) Dapat memberi gambaran atau informasi bagi peneliti berikutnya.**
- 3) Perlu menyadari bahwa komunikasi verbal dan non verbal yang terapeutik penting dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.**
- 4) Cepat tanggap terhadap setiap persoalan yang timbul pada jasa pelayanan keperawatan khususnya komunikasi verbal dan non verbal perawat dalam memberikan kepuasan kepada pasien dan mencari alternatif pemecahannya.**

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, T. (2000). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. UI Press. Jakarta.
- Atkinson, R.L. at all. (2000). *Pengantar Psikologi. Alih bahasa : Wijaja Kusuma*. Interaksara. Batam.
- Aswar. S. (2000). *Skala Psikologi*. Penerbit Pustaka Pelajar Yogyakarta.
- Bart Smet. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Penerbit PT Grasindo, Jakarta.
- Kariyato. (1994). *Pengantar Komunikasi Bagi Siswa Perawat*. EGC. Jakarta
- Mangkunegara, P. A. A. (2001). *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. PT Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Mulyana, D. (2000). *Ilmu Komunikasi ; Suatu Pengantar*. Editor : Muchlis. PT Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Nifen, N.(2002). *Psikologi Kesehatan*.EGC.Jakarta.
- Notoatmodjo. (1993). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Notoatmodjo. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta
- Notoatmodjo. (1993). *Pengantar Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku Kesehatan*. Cetakan I. Andi Offset. Yogyakarta.
- Nurjannah, I. (2001). *Hubungan Terapeutik Perawat Dan Klien*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM. Yogyakarta.
- Scott, B. (1990). *Ketrampilan Berkomunikasi*. Bina Rupa Aksara. Jakarta
- Nursalam & Siti Pariani. (2000). *Metodologi Riset Keperawatan*. CV Sagung Seto. Jakarta.
- Nursalam. (2001). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktek*. Salemba Medika. Jakarta
- Stuart, & Sundeen. (1998). *Keperawatan Jiwa*. Ahli Bahasa Achir Yani. S.H. Edisi III. Cetakan I. Jakarta.
- Pratiknya. (2000). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. PT. Raja Gravindo Persada. Jakarta.



- Purwanto, H. (1994). *Komunikasi untuk Perawat*. Editor : Ni Luh Gede Yasmin Asih. EGC Jakarta.
- Rahmat, J. (2000). *Psikologi Komunikasi*. PT Remaja Rosdakarya. Bandung
- Smith, S.F. (1996). *Clinical Nursing Skill : Basic to Advanced Skill*. 4th.ed. Stanford conecticut.
- Supratiknya, A. (1995). *Komunikasi Antar Pribadi*. Kanisius. Yogyakarta.
- Stuart, & Sundeen. (1998). *Keperawatan Jiwa*. Ahli Bahasa Achir Yani. S.H. Edisi III. Cetakan I. EGC. Jakarta.
- Stuart, & Sundeen. (1998). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 6th ed. Mosby, Inc. United States of America.
- Sastroasmoro, S. & Ismail, S. (1995). *Dasar – dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Binarupa Aksara Jakarta.
- Supranto, J. (1997). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Tim Departemen Kesehatan RI. (1997). *Standar Asuhan Keperawatan*, CV. Sagung Seto, Jakarta
- Tjiptono, F. (2000). *Manajemen dan Pemasaran*. Penerbit Andi Yogyakarta.
- Townsend, M. (1998). *Diagnosa Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri*. EGC. Jakarta.
- Wijono D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori, Strategi dan Aplikasi*. Airlangga University Press, Surabaya.

LAMPIRAN

PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Para Pasien di ruangan Perawatan Bedah RSUD Prof.Dr.W.Z.Yohanes Kupang NTT yang terhormat ...

Salam dan Selamat Bertemu.

Nama saya David. A. Mandala, Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya. Saya akan melakukan penelitian dengan judul "*Analisa Hubungan Komunikasi Verbal dan Non Verbal Perawat Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien di RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang NTT*".

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya penerapan komunikasi verbal dan non verbal perawat yang terapeutik sebagai bagian dari keseluruhan pelayanan kesehatan.

Untuk keperluan diatas saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/ Saudara untuk mengisi kuesioner yang telah saya siapkan dengan sejujur-jujurnya/apa adanya sesuai yang Bapak/Ibu/Saudara alami (rasakan). Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas Bapak/Ibu/Saudara. Untuk itu saya mohon agar tidak mencantumkan nama. Informasi Yang Bapak/Ibu/Saudara berikan dipergunakan sebagai wahana untuk mengembangkan mutu pelayanan keperawatan, tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

Sebagai bukti kesediaannya menjadi responden dalam penelitian ini, Saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara sekalian untuk menandatangani lembaran persetujuan yang telah saya siapkan.

Partisipasi Bapak/Ibu/Saudara dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan terdahulunya diucapkan terimakasih.

Surabaya,, 2002

Hormat saya,

(David A. Mandala)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA PENELITIAN
“ANALISA HUBUNGAN KOMUNIKASI VERBAL DAN NON VERBAL
PERAWAT TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PASIEN DI RSUD
PROF.DR.W.Z.YOHANES KUPANG NTT”**

Oleh

David A. Mandala

Setelah saya membaca maksud dan tujuan dari penelitian ini, maka saya dengan sadar menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Tanda tangan saya dibawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

Tanda Tangan :

Tanggal :

No. Responden :

FORMAT PENGUMPULAN DATA

Judul Penelitian : Analisa Hubungan Komunikasi Verbal dan Nonverbal
Perawat Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien.

Tanggal Penelitian :

Nomer Responden :

Petunjuk : Berilah tanda (\surd) pada kotak jawaban yang anda pilih.

A. Data Demografi

1. Jenis kelamin

1. laki-laki
 2. Perempuan

2. Umur responden

1. 20-30 tahun
 2. 31-40 tahun
 3. 41-50 tahun
 4. 51-60 tahun

3. Tingkat pendidikan

1. SMA
 2. AKADEMI
 3. SARJANA (S1-S3)

4. Pekerjaan

1. Tidak bekerja
 2. Swasta
 3. Wiraswasta
 4. PNS/ABRI
 5. Pensiunan PNS/Purnawirawan

di isi oleh peneliti

B. Pelaksanaan Komunikasi Verbal dan Non Verbal perawat

Agar dapat melayani anda dengan lebih baik dan dalam upaya meningkatkan kepuasan anda, peneliti ingin mengetahui pendapat atau sikap anda tentang komunikasi verbal dan non verbal perawat sesuai dengan pengalaman yang dialami selama dirawat di ruangan perawatan bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang NTT.

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda (√) di kolom yang sesuai pada : Ya (2) dan Tidak (1).

NO	Daftar Pertanyaan	Ya	Tidak	Kode
1.	Apakah perawat memberikan salam pada anda ?			
2.	Apakah perawat memperkenalkan diri dengan jelas pada anda?			
3.	Apakah perawat menanyakan nama panggilan kesukaan anda ?			
4.	Apakah perawat menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk berbicara tentang topik yang sudah disetujui bersama anda ?			
5.	Apakah perawat menjelaskan tanggung jawab dan perannya saat berkomunikasi dengan anda ?			
6.	Apakah perawat menjelaskan tanggung jawab dan peran anda sebagai pasien ?			
7.	Apakah perawat menggunakan bahasa yang sederhana atau yang biasa digunakan saat berkomunikasi dengan anda ?			
8.	Apakah perawat menggunakan kata yang jelas saat berkomunikasi dengan anda ?			
9.	Apakah perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan bukan bahasa medis saat berkomunikasi dengan anda ?			
10.	Apakah perawat menyampaikan pesan yang ringkas dan tidak tergesa-gesa saat berkomunikasi dengan anda ?			
11.	Apakah perawat menanyakan topik pembicaraan yang merupakan kebutuhan utama anda saat ini untuk didiskusikan ?			
12.	Apakah perawat berdiskusi bersama dengan anda tentang rencana keperawatan yang akan diberikan ?			
13.	Apakah perawat melakukan tindak lanjut terhadap masalah perawatan yang ditemukan dan merupakan kebutuhan utama anda saat ini ?			
14.	Apakah perawat menyimpulkan proses dan hasil wawancara berdasarkan tujuan awal bersama dengan anda ?			
15.	Apakah perawat mengakhiri wawancara atau komunikasi dengan cara yang baik ?			
16.	Apakah perawat pada saat wawancara atau komunikasi verbal dengan anda mempertahankan kontak mata yang wajar?			
17.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap berhadapan dengan anda?			
18.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda menunjukkan ekspresi wajah senyum yang wajar dan tepat?			
19.	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mendengarkan dan memberikan perhatian serius terhadap apa yang dikeluhkan?			

20)	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap sedikit miring atau membungkuk ke arah anda?			
21)	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap terbuka yaitu lengan tidak dilipat atau mengepal?			
22)	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan sikap terbuka yaitu kaki tidak dilipat atau menyilang dan mengangkat bahu?			
23)	Apakah perawat pada saat berkomunikasi dengan anda mempertahankan jarak yang wajar (50-60 cm)?			

C. Tingkat kepuasan

Agar dapat melayani anda dengan lebih baik dan dalam upaya meningkatkan kepuasan anda, peneliti ingin mengetahui pendapat atau sikap tentang tingkat kepuasan anda terhadap pelaksanaan komunikasi verbal dan non verbal perawat sesuai dengan pengalaman yang dialami selama dirawat di ruangan perawatan bedah RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang NTT.

Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memberi tanda (√) dikolom yang sesuai pada :

S P = Sangat Puas (5)

TP = Tidak Puas (2)

P = Puas (4)

STP = Sangat Tidak Puas (1)

N = Netral (3)

NO	Daftar pertanyaan	SP	P	N	TP	STP	Kode
1	Perawat saat berkomunikasi dengan anda memperkenalkan identitasnya dengan jelas.						
2	Perawat saat berkomunikasi dengan anda dengan cara yang baik dan benar.						
3	Perawat didalam berkomunikasi dengan anda menyampaikan isi atau topik pembicaraan dengan jelas.						
4	Perawat menggunakan bahasa yang sederhana saat berkomunikasi dengan anda.						
5	Perawat menggunakan kata yang jelas saat berkomunikasi dengan anda.						
6	Perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti atau bukan bahasa medis saat berkomunikasi dengan anda.						
7	Perawat pada saat berkomunikasi dengan anda tidak dilakukan dengan tergesa-gesa.						
8	Perawat saat berkomunikasi dengan anda menunjukkan sikap atau perilaku yang sopan.						
9	Perawat berkomunikasi dengan anda dengan perilaku yang bersahabat.						
10	Perawat saat berkomunikasi dengan anda menunjukkan sikap menghargai dan menghormati.						

IR-Perpustakaan Universitas Airlangga
 Data Pengumpulan David Mandala

	kelamin	umur	pendidik	pekerja	komverb	k.nonver	tkl.keps
1	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
2	2.00	4.00	3.00	5.00	1.00	2.00	2.00
3	1.00	3.00	3.00	3.00	1.00	1.00	1.00
4	1.00	3.00	2.00	4.00	1.00	1.00	1.00
5	1.00	3.00	3.00	4.00	2.00	2.00	1.00
6	2.00	3.00	1.00	4.00	1.00	1.00	1.00
7	1.00	3.00	3.00	4.00	2.00	2.00	1.00
8	1.00	4.00	1.00	4.00	2.00	2.00	2.00
9	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00
10	2.00	3.00	2.00	4.00	1.00	2.00	1.00
11	1.00	3.00	2.00	4.00	2.00	2.00	2.00
12	1.00	4.00	3.00	4.00	2.00	2.00	2.00
13	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	2.00	1.00
14	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00
15	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00
16	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00
17	1.00	1.00	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00
18	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00
19	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00
20	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	1.00
21	1.00	1.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00
22	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00
23	2.00	2.00	2.00	4.00	2.00	2.00	2.00
24	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00
25	1.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00
26	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00
27	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
28	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00
29	1.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00
30	2.00	4.00	2.00	3.00	1.00	2.00	1.00
31	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00
32	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00
33	1.00	1.00	3.00	1.00	2.00	2.00	2.00
34	1.00	1.00	3.00	5.00	2.00	2.00	2.00
35	1.00	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00
36	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00
37	2.00	2.00	3.00	2.00	1.00	2.00	2.00
38	1.00	1.00	1.00	4.00	2.00	1.00	2.00
39	1.00	4.00	1.00	5.00	2.00	1.00	1.00
40	2.00	4.00	2.00	5.00	2.00	2.00	1.00
41	1.00	4.00	3.00	5.00	2.00	2.00	2.00
42	2.00	4.00	2.00	4.00	2.00	2.00	2.00
43	1.00	4.00	3.00	4.00	1.00	2.00	2.00
44	1.00	3.00	2.00	3.00	1.00	1.00	1.00

Uji Regresi Logistic

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Tidak Puas	0
Puas	1

Classification Table^{a,b}

Observed		Predicted			
		Tingkat Kepuasan		Percentage Correct	
		Tidak Puas	Puas		
Step 0	Tingkat Kepuasan	Tidak Puas	0	18	,0
		Puas	0	26	100,0
Overall Percentage					59,1

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 - Constant	,368	,307	1,438	1	,230	1,444

Variables not in the Equation

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	KOMVERB	8,803	1	,003
	K.NONVER	10,775	1	,001
Overall Statistics		14,766	2	,001

Block 1: Method = Enter

Classification Table^a

Observed		Predicted		
		Tingkat Kepuasan		Percentage Correct
		Tidak Puas	Puas	
Step 1	Tingkat Kepuasan	8	10	44,4
	Tidak Puas	1	25	96,2
	Puas			75,0
	Overall Percentage			

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df
Step	KOMVERB	1,642	,754	4,735	1
1	K.NONVER	2,657	1,171	5,144	1
	Constant	-6,944	2,498	7,725	1

Variables in the Equation

		Sig.	Exp(B)
Step	KOMVERB	,030	5,163
1	K.NONVER	,023	14,252
	Constant	,005	,001

a. Variable(s) entered on step 1: KOMVERB, K.NONVER.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases	
	Valid	
	N	Percent
Komunikasi Verbal * Tingkat Kepuasan	44	100,0%
Komunikasi Non Verbal * Tingkat Kepuasan	44	100,0%

Case Processing Summary

	Cases			
	Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent
Komunikasi Verbal * Tingkat Kepuasan	0	,0%	44	100,0%
Komunikasi Non Verbal * Tingkat Kepuasan	0	,0%	44	100,0%

Komunikasi Verbal * Tingkat Kepuasan**Crosstab**

			Tingkat Kepuasan		Total
			Tidak Puas	Puas	
Komunikasi Verbal	Cukup	Count	13	7	20
		% within Komunikasi Verbal	65,0%	35,0%	100,0%
		% of Total	29,5%	15,9%	45,5%
	Baik	Count	5	19	24
		% within Komunikasi Verbal	20,8%	79,2%	100,0%
		% of Total	11,4%	43,2%	54,5%
Total	Count	18	26	44	
	% within Komunikasi Verbal	40,9%	59,1%	100,0%	
	% of Total	40,9%	59,1%	100,0%	

Komunikasi Non Verbal * Tingkat Kepuasan

Crosstab

			Tingkat Kepuasan		Total
			Tidak Puas	Puas	
Komunikasi Non Verbal	Cukup	Count	8	1	9
		% within Komunikasi Non Verbal	88,9%	11,1%	100,0%
		% of Total	18,2%	2,3%	20,5%
	Baik	Count	10	25	35
		% within Komunikasi Non Verbal	28,6%	71,4%	100,0%
		% of Total	22,7%	56,8%	79,5%
Total	Count		18	26	44
	% within Komunikasi Non Verbal		40,9%	59,1%	100,0%
	% of Total		40,9%	59,1%	100,0%

Frequencies**Statistics**

		Komunikasi Verbal	Komunikasi Non Verbal	Tingkat Kepuasan	Tingkat Pendidikan	Jenis Kelamin
N	Valid	44	44	44	44	44
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		Umur	Pekerjaan
N	Valid	44	44
	Missing	0	0

Frequency Table

Komunikasi Verbal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	20	45,5	45,5	45,5
	Baik	24	54,5	54,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Komunikasi Non Verbal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	9	20,5	20,5	20,5
	Baik	35	79,5	79,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Tingkat Kepuasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Puas	18	40,9	40,9	40,9
	Puas	26	59,1	59,1	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Tingkat Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SMA	14	31,8	31,8	31,8
	Akademi	15	34,1	34,1	65,9
	Sarjana	15	34,1	34,1	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	22	50,0	50,0	50,0
	Perempuan	22	50,0	50,0	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-30 tahun	13	29,5	29,5	29,5
	31-40 tahun	11	25,0	25,0	54,5
	41-50 tahun	11	25,0	25,0	79,5
	51-60 tahun	9	20,5	20,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

Pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak bekerja	12	27,3	27,3	27,3
Swasta	9	20,5	20,5	47,7
Wiraswasta	6	13,6	13,6	61,4
PNS/TNI	12	27,3	27,3	88,6
Pensiunan	5	11,4	11,4	100,0
PNS/Purnawirawan				
Total	44	100,0	100,0	

PEMERINTAH PROPINSI NUSA TENGGARA TIMUR

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH RPOF DR.W.Z JOHANNES KUPANG

JALAN DR.MOCH . HATTA NO. 19

TELP. 932892 KUPANG

Kupang, 4 Maret 2002

Kepada

Nomor : 361/860/445/2002
Lampiran :
Perihal : Permohonan Bantuan
Fasilitas pengumpulan Data
Awal mahasiswa PSIK -
FK UNAIR

Yth. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Univertas Airlangga
di
Surabaya

Dengan hormat,

Menunjuk surat Nomor 1295/J03.1.17/D-IV & PSIK/2002, tanggal 3 Januari 2002, perihal sama diatas, dengari ini disampaikan bahwa pada prinsipnya kami mengijinkan saudara :

N a m a : David Alexander Mandala

N I P : 010030206 B

Judul Penelitian "ANALISA HUBUNGAN KOMUNIKASI VERBAL DAN NON VERBAL PERAWAT TERHADAP TINGKAT KEPUASAN PASIEN DI RSUD PROF.DR.W.Z. JOHANNES KUPANG"

sesuai jadwal yang telah ditentukan

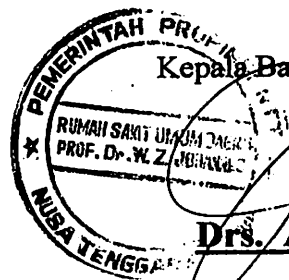
Demikian untuk maklum dan terima kasih.

An. Direktur

Wadir Umum dan Keuangan,

Ub.

Kepala Bagian Kesekretariatan



Drs. Albert Keo

PEMBINA

NIP.620016468

Tembusan :

1. Direktur sebagai laporan
2. Wadir Pelayanan
3. Kepala Bidang Keperawatan
4. Kepala ruangan Perawatan Bedah
5. Arsip.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP : 140 238 226
Pangkat / Golongan : Penata Muda Tkt I / III / B
Tenaga tetap di : PSIK FK Unair

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia / ~~tidak bersedia~~*) untuk menjadi Pembimbing Skripsi mahasiswa PSIK FK UNAIR Angkatan ..VII atas nama: ...David...A....Mandala

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya,

Yang membuat

Nursalam, M. Nurs (Hons)
NIP.: 140 238 226

*) Coret yang tidak perlu

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

N a m a : Bpk. Ahmad Yusuf, S.Kp.

N I P : 132 255 152

Pangkat / Golongan :

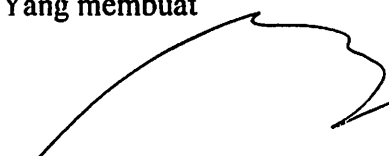
Tenaga tetap di :

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia / ~~tidak bersedia~~*) untuk menjadi Pembimbing Skripsi mahasiswa PSIK FK UNAIR Angkatan ...11 atas nama: ...David...A...Mandala

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 28/11 - 2001

Yang membuat


Bpk. Ahmad Yusuf, S.Kp
NIP.: 132 255 152

*) Coret yang tidak perlu .