

PATIENT ASSESSMENT
ADLN - Perpustakaan Universitas Airlangga
HEALTH SERVICES

TESIS

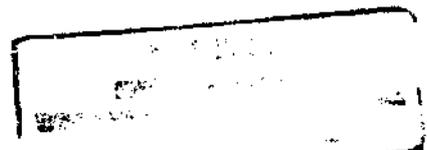
**UPAYA KOMUNIKASI INTERAKTIF
GUNA MENINGKATKAN KEPUASAN PASIEN
DI PUSKESMAS BATURITI II KABUPATEN TABANAN**

KKE
KK
TKA



I KETUT NARIANA

**PROGRAM MAGISTER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**



**UPAYA KOMUNIKASI INTERAKTIF
GUNA MENINGKATKAN KEPUASAN PASIEN
DI PUSKESMAS BATURITI II KABUPATEN TABANAN**

TESIS

Untuk memperoleh gelar Magister
Dalam Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Minat Studi Manajemen Pemasaran dan Keuangan Pelayanan Kesehatan
Pada Program Magister
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga

Oleh :

I Ketut Nariana
0904108011.

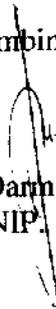
**PROGRAM MAGISTER
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**

LEMBARAN PENGESAHAN

**TESIS INI TELAH DISETUJUI
TANGGAL : 11 SEPTEMBER 2006**

Oleh

Pembimbing Ketua,



Dr. drg. R. Darmawan Setijanto, M.Kes
NIP. 131760381

Pembimbing,



Ratna Dwi Wulandari, SKM., M.Kes
NIP. 132230983

Mengetahui,

Ketua Program Studi
Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.



Dr. drg. Nyoman Anita Damayanti, MS.
NIP. 131871470

Tesis diuji pada

Tanggal: 31 Agustus 2006

PANITIA PENGUJI TESIS

Ketua : Prof. Dr. S. Supriyanto,dr.,MS
Anggota : 1. Dr. drg. R. Darmawan Setijanto, M.Kes
2. Ratna Dwi Wulandari, SKM.,M.Kes
3. dr. Abdurrachman, M.Kes
4. drg. Ernawaty, M.Kes

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan tesis ini tepat pada waktunya. Penulis menyadari bahwa terwujudnya tesis ini bukanlah semata-mata karya penulis pribadi melainkan atas batuan dari berbagai pihak.

Sehubungan dengan hal tersebut perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Dr. drg. R. Darmawan Setijanto, M. Kes selaku pembimbing ketua dan Ibu Ratna Dwi Wulandari. SKM., M.Kes. sebagai pembimbing kedua dengan kesibukan beliau masih menyempatkan waktunya untuk memberikan bimbingan, dorongan, kritik dan saran dari masalah penetapan judul sampai dengan tesis.
2. Ibu Dr. Nyoman Anita Damayanti, drg.,MS, selaku Ketua Minat Studi MPKPK dan selaku Ketua Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga yang banyak memberikan bimbingan dan dorongan dalam penyelesaian tesis.
3. Bapak Prof. Dr. S. Supriyanto, dr.,MS, drg. Ernawaty, M.Kes, serta dr. Abdurrachman, M. Kes. selaku penguji perkenan meluangkan waktunya, bantuan serta dorongan dalam ujian tesis.
4. Direktur Pascasarjana Universitas Airlangga atas kesempatan yang diberikan kepada penulis menjadi mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
5. Bapak dr I Ketut Sumiarta. M.Kes. selaku kepala dinas kesehatan Kabupaten Tabanan yang telah memberikan dorongan dan bimbingan dalam penyelesaian tesis ini.

6. Seluruh staf Puskesmas Baturiti II yang telah banyak membantu dalam proses pencarian data pendukung tesis.
7. Semua kolega dan teman-teman seangkatan yang telah memberikan bantuan dan sumbangan pikiran serta semangat sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Dan akhirnya saya ucapkan terima kasih kepada istri tercinta dan anak-anak tersayang atas pengorbanan waktu dorongan semangat dan dukungan doa sampai selesainya tesis ini.

Tabanan, Agustus 2006

Penulis

RINGKASAN

Komunikasi interaktif adalah suatu teknik mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Teknik tersebut mencakup keterampilan secara verbal maupun non verbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Teknik verbal meliputi pertanyaan terbuka atau tertutup, menggali jawaban atau memvalidasi respon klien. Teknik non verbal meliputi mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan dan kontak mata.

Inti dari pemasaran interaktif oleh dokter, perawat maupun petugas lainnya adalah komunikasi profesional yang terjadi antara dokter atau perawat dengan pasien dalam upaya penyembuhan pasien. Komunikasi terapeutik dalam pemasaran adalah analog dengan komunikasi interaktif.

Latar belakang penelitian ini adalah mutu pelayanan rawat jalan puskesmas belum baik berdasarkan hasil stratifikasi Puskesmas Baturiti II tahun 2002 sampai 2005. Begitu pula dari hasil survey kepuasan pasien dengan menggunakan dimensi RATER menyatakan ketidakpuasan pasien mengenai *assurance*, *empathy* dan *responsiveness* yang memberikan gambaran bagaimana petugas melakukan komunikasi dengan pasien saat memberikan pelayanan.

Berdasarkan masalah tersebut diatas, masalah penelitian ini adalah rendahnya kepuasan pasien rawat jalan terhadap komunikasi interaktif petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan medis dan keperawatan di Puskesmas Baturiti II.

Tujuan penelitian ini adalah menyusun upaya komunikasi interaktif guna meningkatkan kepuasan pasien di Puskesmas Baturiti II.

Desain penelitian ini adalah observasional dengan pengamatan terstruktur terhadap proses komunikasi interaktif dokter maupun perawat di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II, kemudian dilakukan analisis yang dikaitkan dengan faktor

organisasi, faktor pekerjaan dan faktor karakteristik tenaga. Analisis juga dilakukan terhadap harapan pasien terkait komunikasi interaktif. Penelitian ini dilakukan di Puskesmas Baturiti II Kecamatan Baturiti Kabupaten Tabanan Bali dari tanggal 15 Mei 2006 sampai dengan 30 Juni 2006. Jumlah subyek penelitian 2 orang dokter puskesmas dan 6 orang perawat poliklinik puskesmas. Pengamatan komunikasi interaktif dengan total sampel yaitu 50 kasus tatalaksana ISPA. Teknik analisis data menggunakan analisis deskriptif terhadap faktor organisasi, faktor pekerjaan dan faktor karakteristik tenaga terkait dengan pelaksanaan komunikasi interaktif petugas.

Hasil penelitian menunjukkan pada faktor organisasi, sebagian besar petugas tidak pernah mengikuti pelatihan atau seminar tentang komunikasi interaktif dan tatalaksana ISPA. Pemantauan dan pembinaan oleh kepala puskesmas dan dinas kesehatan frekuensinya kurang. Pada faktor pekerjaan ditemui permasalahan pada kelengkapan fasilitas atau peralatan puskesmas yang belum lengkap. Sedangkan pada faktor karakteristik tenaga pengetahuan petugas tentang komunikasi interaktif dan tatalaksana ISPA termasuk kategori kurang. Pada pelaksanaan komunikasi interaktif petugas dibagi dalam 4 komponen pengamatan, meliputi *attending skill*, *respect*, empati dan *responsiveness*. Pelaksanaan *attending skill* petugas termasuk kategori baik. Namun dari komponen *respect* masih ada yang mendapat kategori kurang yaitu petugas menunjukkan kesan terburu-buru. Dari 11 komponen pelaksanaan empati petugas, terdapat 7 komponen dengan kategori kurang, meliputi: sebagian besar petugas tidak mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius, petugas tidak membicarakan tentang penyakit yang diderita pasien, sebagian besar petugas tidak menunjukkan minat dan perhatiannya secara serius kepada pasien, petugas tidak menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti, petugas tidak menjelaskan cara perawatan penderita di rumah, sebagian besar petugas tidak menjelaskan cara

pemberian obat di rumah, sebagian besar petugas tidak menganjurkan pasien untuk kontrol bila keadaan memburuk dan memberi penjelasan tentang keadaan yang dimaksudkan. Dari pelaksanaan *responsiveness* petugas terdapat dua komponen yang pelaksanaannya kurang yaitu: sebagian besar petugas tidak segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan dan petugas belum mampu menangani pasien dengan teliti dan cekatan sesuai dengan protap/SOP yang ada .

Kesimpulan yang dapat diambil untuk menghasilkan pelaksanaan komunikasi interaktif yang mampu memberikan kepuasan pasien diperlukan kecakapan intelektual, ketrampilan dalam hubungan antar manusia, sikap profesional profesi yang terdiri dari perasasaan terlibat, *respect*, empati dan kesungguhan. Hal ini dapat ditunjang dengan pelatihan dan pengembangan petugas untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan *attitude*, pembinaan dan pemantauan secara rutin, pembagian tugas sesuai kompetensi, adanya SOP dalam memberikan pelayanan, fasilitas yang memadai baik jumlah maupun kualitas.

Rekomendasi yang dihasilkan adalah untuk dapat meningkatkan pengetahuan, ketrampilan dan sikap petugas yang profesional sesuai dengan tuntutan kemajuan teknologi dan informasi, perlu dilaksanakan pelatihan untuk *up dating* pengetahuan dan kesempatan untuk mengikuti pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi dari pihak manajemen, pembinaan, pemantauan dan pemberian reward serta upaya lain yang mendukung peningkatan kearah profesional, seperti pembagian tugas sesuai dengan kompetensi, mengoptimalkan penggunaan sarana dan prasarana yang ada, adanya standar operasional prosedur untuk semua kegiatan, dan bagi organisasi adalah mengadakan perubahan mind set serta membangun komitmen untuk dapat memberikan pelayanan yang memuaskan.

SUMMARY

Interactive Communication Effort to Increase Patient's Satisfaction in Baturiti II Public Health Center of Tabanan Regency

Interactive communication is a technique used to invite clients and their relatives to exchange thoughts and to express feelings. This technique covers verbal and non-verbal skill, empathy, high interest and consideration. Verbal technique consists of open and close questions, or to find profound answers, or to validate client's response. Non-verbal technique comprises of active listening, being silent, touching, and making eye-contact.

The essence of an interactive marketing by doctors, nurses or other health staff is in fact a professional communication between doctors/nurses and patients in curative and healing process. As it is, an interactive communication in marketing is analogical with therapeutic communication.

The background of this research is the poor service quality of the outpatient unit based on the 2002 – 2005 stratification result of Baturiti II Public Health Center (PHC). A survey of patient's satisfaction with RATER dimension, also emphasizes patient's dissatisfaction in regards to assurance, empathy and responsiveness correlating to how the health staff carry out communication to patients during service performance.

From the given condition, the observed problem of this research is the outpatients' low satisfaction towards health staff interactive communication throughout medical and nursing service in Baturiti II PHC. The research aims at formulating interactive communication effort in order to improve patient's satisfaction in Baturiti II PHC.

This was a descriptive observational research conducted with structured observation on doctor's and nurse's interactive communication process at the general polyclinic of the Baturiti II PHC. Analysis was done interrelated with organization, occupation and human resource characteristic factors. Patient's feedback -on patient's expectation of interactive communication- was also analyzed. The research location was Baturiti II PHC in Baturiti District, Tabanan Regency, and the length was in 1.5 months starting from May 15th, 2006 until June 30th, 2006. The research observed 2 PHC physicians and 6 PHC polyclinic nurses. Interactive communication was observed throughout the management of Acute Respiratory Tract Infection (ARTI) cases with a total sample method. Data was analyzed descriptively on organization, occupation and human resource characteristic factors, and also on the correlation with the implementation of staff interactive communication.

The result showed that 1) on organization factor: most PHC staff had never attended any training or seminar about interactive communication and ARTI management; and lacked of supervision and cultivation by the heads of PHC and Regency Health Office as well; 2) on occupation factor: incomplete PHC medical and non-medical facilities; and lacked of maintenance; and 3) on human resource characteristic factor: staff knowledge regarding interactive communication and ARTI management were minimum; and lacked of staff reading interest; 4) during interactive communication process, PHC staff was divided into 4 observed components i.e. attending skill, respect, empathy and responsiveness. The implementation of staff attending skill component was in good category, but the respect component was in low category because PHC staff was in rush. From 11 empathy components, there were 7 components in low category i.e. most PHC staff did not listen seriously to

patient's grievances, PHC staff did not explain in pertaining to patient's illness, most PHC staff had no interest nor attention towards patients; no meticulous interview on history of illness, PHC staff did not explain about home-care, most PHC staff did not clarify the use of medicine at home, most PHC staff did not advise patient to re-visit the PHC should patient's condition get worse, and no detailed specification of what "worse condition" was. From the implementation of responsiveness, there were 2 components in low category i.e. most PHC staff did not offer their help immediately to suffering patients, and PHC staff had not been able to manage patient according to Standard Operating Procedure (SOP).

The conclusions were as follows: 1) to provide a good interactive communication in order to satisfy patients, the PHC staff must possess intellectual and human relation skills. professional attitude comprised of being involved, respect, empathy and genuine feeling. It can be supported by trainings to develop knowledge and skill in interactive communication and to develop good attitude in performing health service; 2) routine supervision and nurture; 3) job description according to self-competence; 3) health service SOP; 4) appropriate PHC facilities in quality and quantity-wise; and 5) PHC staff positive attitude.

The recommendations are 1) in order to improve PHC staff knowledge, skill and attitude, training and development of human resources is a compulsory; 2) management support and reward for PHC staff to follow training for up-dating knowledge, supervision, and observation; 3) other efforts to increase professionalism such as describing job according to staff competence, optimizing the present PHC tools and infrastructures, presenting SOP for all PHC activities and building commitment to provide excellent service.

ABSTRACT**Interactive Communication Effort to Increase Patient's Satisfaction
in Baturiti II Public Health Center of Tabanan Regency**

The essence of an interactive marketing by doctors, nurses or other health staff is in fact a professional communication between doctors/nurses and patients in curative and healing process. As it is, an interactive communication in marketing is analogical with therapeutic communication. The background of this research is the poor service quality of the outpatient unit based on a survey of patient's satisfaction with RATER dimension, emphasizing patient's dissatisfaction in regards to assurance, empathy and responsiveness correlating to how the health staff carry out communication to patients during service performance. The research aims at formulating interactive communication effort in order to improve patient's satisfaction in Baturiti II PHC.

This was a descriptive observational research conducted with structured observation on doctor's and nurse's interactive communication process at the general polyclinic of the Baturiti II PHC. The research location was Baturiti II PHC in Baturiti District, Tabanan Regency, conducted from May 15th, 2006 until June 30th, 2006. The research observed 2 PHC physicians and 6 PHC polyclinic nurses. Interactive communication was observed throughout the management of Acute Respiratory Tract Infection cases with a total sample method.

The result showed that throughout interactive communication process, PHC staff was divided into 4 observed components i.e. attending skill, respect, empathy and responsiveness. The implementation of staff attending skill component was in good category, but the respect component was in low category. From 11 empathy components, there were 7 components in low category. From the implementation of responsiveness, there were 2 components in low category.

The conclusions were as follows: to provide a good interactive communication in order to satisfy patients, the PHC staff must possess intellectual and human relation skills, professional attitude. It can be supported by 1) trainings to develop knowledge and skill in interactive communication and to develop good attitude in performing health service; 2) routine supervision and nurture; 3) job description according to self-competence; 3) health service SOP; 4) appropriate PHC facilities in quality and quantity-wise; and 5) PHC staff positive attitude.

Key words: interactive communication, patient's satisfaction, respect, empathy, responsiveness

DAFTAR ISI

Sampul Dalam	i
Sampul Depan	ii
Persyaratan Gelar	iii
Lembar Pengesahaan	iv
Penetapan Panitia Penguji	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Ringkasan	viii
<i>Summary</i>	xi
<i>Abstract</i>	xiii
Daftar Isi	xiv
Daftar Tabel	xvi
Daftar Gambar	xix
Daftar Lampiran	xx
Daftar Singkatan	xxi
BAB 1 : PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Kajian Masalah.....	9
1.3 Pembatasan Masalah.....	21
1.4 Rumusan masalah	21
1.5 Tujuan Penelitian	22
1.5.1 Tujuan umum	22
1.4.2 Tujuan khusus	23
1.6 Manfaat Penelitian	23
BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA	25
2.1 Hakekat Komunikasi.....	25
2.2 Peran Komunikasi dalam Pemasaran.....	26
2.3 Model Komunikasi Pemasaran.....	27
2.4 Komunikasi Interaktif	29
2.5 Mekanisme komunikasi Interaktif.....	36
2.6 Teknik komunikasi interaktif.....	37
2.7 Komunikasi Interaktif Dokter Pasien.....	41
2.8 Keperawatan dan Asuhan Keperawatan.....	48
2.9 Mutu jasa kesehatan.....	65
2.10 Strategi sumber daya manusia dalam pemasaran jasa.....	73

BAB 3 : KERANGKA KONSEPTUAL	78
BAB 4 : METODE PENELITIAN	81
4.1 Rancang bangun penelitian	81
4.2 Unit analisis dan Sumber Informasi.....	81
4.3 Kerangka Operasional Penelitian	82
4.4 Variabel Penelitian	84
4.5 Definisi operasional, cara pengukuran variabel.....	85
4.6 Instrumen Penelitian	89
4.7 Lokasi	90
4.8 Waktu Penelitian.....	90
4.9 Pengumpulan data.....	90
4.10 Kriteria variabel menjadi isu strategis.....	91
BAB 5 : HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS PENELITIAN	92
5.1 Gambaran umum Puskesmas Baturiti II.....	92
5.2 Gambaran poliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	93
5.3 Gambaran subyek penelitian.....	95
5.4 Gambaran faktor organisasi.....	96
5.5 Gambaran faktor pekerjaan.....	100
5.6 Gambaran faktor karakteristik tenaga.....	106
5.7 Gambaran pelaksanaan komunikasi interaktif.....	109
5.8 Analisis hubungan antar variabel.....	111
5.9 Gambaran harapan ibu balita/pengantar terhadap komunikasi interaktif.....	115
5.10 Isu strategis.....	122
5.11 Hasil <i>focus group discussion</i> (FGD).....	125
5.12 Rekomendasi upaya komunikasi interaktif... ..	131
BAB 6 : PEMBAHASAN	134
6.1 Gambaran Subyek Penelitian.....	134
6.2 Kajian terhadap faktor organisasi.....	134
6.3 Kajian terhadap faktor pekerjaan.....	138
6.4 Kajian terhadap faktor karakteristik tenaga.....	143
6.5 Kajian terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif.....	145
6.6 Kajian terhadap hubungan antar variabel.....	156
6.7 Kajian terhadap harapan ibu balita/pengantar.....	159
BAB 7 : KESIMPULAN DAN SARAN	163
7.1 Kesimpulan	163
7.2 Saran	166
Daftar Pustaka	167

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1.1 Mutu pelayanan rawat jalan puskesmas berdasarkan hasil stratifikasi Puskesmas Baturiti II Tahun 2002 – 2005.....	4
1.2 Distribusi tanggapan responden terhadap pelayanan kesehatan perorangan di stratifikasi Puskesmas Baturiti II , Agustus 2005.....	6
1.3 Distribusi frekuensi tanggapan responden terhadap pelayanan kesehatan perorangan di Puskesmas Baturiti II.....	8
1.4 Kategori tingkat kepuasan pasien terhadap dimensi RATER.....	8
5.1 Luas desa, Jumlah penduduk dan jarak ke puskesmas di wilayah kerja Puskesmas Baturiti II.....	92
5.2 Petugas yang bertugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	95
5.3 Distribusi umur petugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	95
5.4 Masa kerja petugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II	96
5.5 Distribusi frekuensi petugas mengikuti pelatihan/seminar.....	96
5.6 Kategori pelatihan dan pengembangan petugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	97
5.7 Distribusi frekuensi pemantaun dan pembinaan oten kepala puskesmas dan Dinas kesehatan kabupaten.....	98
5.8 Kategori pembinaan petugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	99
5.9 Distribusi frekuensi pola pembagian tugas, tugas sesuai kompetensi dan Pengaturan roling petugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	100
5.10 Kategori desain pekerjaan petugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	101
5.11 Distribusi frekuensi adanya masalah dengan atasan atau sejawat dan hambatan Komunikasi dengan pasien petugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	101
5.12 Distribusi frekuensi ketepatan waktu pembuatan laporan petugas.....	102
5.13 Distribusi frekuensi penyelesaian masalah petugas.....	103
5.14 Kategori adanya kesulitan dan hambatan dalam melaksanakan tugas bagi petugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	103

5.15	Distribusi kelengkapan peralatan medis dan sarana bantu komunikasi dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	104
5.16	Distribusi frekuensi pemeliharaan alat medis sehingga dapat berfungsi dengan baik dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	104
5.17	Distribusi frekuensi penggunaan <i>saund timer</i> dalam menghitung frekuensi nafas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	105
5.18	Kategori kelengkapan fasilitas bagi petugas bagi petugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II.....	105
5.19	Distribusi frekuensi pengetahuan petugas terkait dengan ISPA dan komunikasi	106
5.20	Kategori tingkat pengetahuan petugas di poliklinik Puskesmas Baturiti II.....	107
5.21	Distribusi frekuensi sikap petugas terkait pelaksanaan komunikasi Interaktif di poliklinik Puskesmas Baturiti II.....	108
5.22	Distribusi frekuensi hasil pengamatan komunikasi interaktif oleh petugas di Puskesmas Baturiti II tahun 2006	109
5.23	Kategori tingkat pelaksanaan komunikasi interaktif petugas di Puskesmas Baturiti II tahun 2006.....	111
5.24	Tabulasi silang antara pelatihan petugas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.....	111
5.25	Tabulasi silang antara pembinaan petugas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.....	112
5.26	Tabulasi silang antara desain pekerjaan dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.....	113
5.27	Tabulasi silang antara adanya kesulitan petugas dengan pelaksanaa komunikasi interaktif.....	113
5.28	Tabulasi silang antara fasilitas dengan pelaksanaa komunikasi interaktif.....	114
5.29	Tabulasi silang antara pengetahuan petugas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.....	114
5.30	Tabulasi silang antara sikap dengan pelaksanaa komunikasi interaktif.....	115
5.31	Distribusi frekuensi umur responden di poliklinik Puskesmas Baturiti II.....	116

5.32	Distribusi frekuensi pendidikan responden di poliklinik Puskesmas Baturiti II...	116
5.33	Distribusi frekuensi pekerjaan responden di poliklinik Puskesmas Baturiti II.....	117
5.34	Distibusi pengalam berobat responden ke poliklinik Puskesmas Baturiti II.....	117
5.35	Distribusi kesesuaian harapan pengantar/ibu terkait komunikasi interaktif petugas di poliklinik Puskesmas Baturiti II.....	118
5.36	Kategori kesesuaian harapan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif di poliklinik Puskesmas Baturiti II.....	122
5.37	Isu strategis dan hasil FGD.....	125

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Halaman
1.1 Kajian Masalah.....	10
2.1 Elemen proses komunikasi dua arah.....	26
2.2 Segitiga Pemasaran jasa.....	28
2.3 Tingkat komunikasi.....	37
2.4 Macam komunikasi berdasarkan kesetaraan hubungan.....	42
2.5 Hasil akhir profesionalisme mutu tinggi dan memuaskan.....	43
2.6 Posisi komunikasi dokter-pasien dalam transaksi terapeutik.....	44
2.7 Profesi kedokteran bekerja.....	46
2.8 Kemitraan dokter dan perawat dimasyarakat.....	47
2.9 Konsep kepuasan pelanggan.....	69
2.10 Hubungan antara kepuasan konsumen dan profit.....	72
2.11 Persepsi konsumen tentang kualitas dan kepuasan konsumen.....	73
3.1 Kerangka konseptual penelitian.....	78
4.1 Kerangka operasional penelitian.....	82

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Halaman
1. Kuesioner bagi dokter/perawat tentang proses komunikasi interaktif dalam Penatalaksanaan ISPA di Puskesmas Baturiti II	170
2. Lembar pengamatan komunikasi interaktif dokter/perawat dengan pasien dalam tatalaksana ISPA di poliklinik Puskesmas Baturiti II.....	177
3. Kuesioner tentang komunikasi interaktif bagi orang tua/pengantar pasien di Puskesmas Baturiti II	179
4. Pelaksanaan FGD.....	181

DAFTAR SINGKATAN

APBD	= Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
ISPA	= Infeksi Saluran Pernafasan Akut
FGD	= Focus Group Discussion
SOP	= Standar Operasional Prosedure
UKS	= Usaha Kesehatan Sekolah
UKM	= Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	= Upaya Kesehatan Perorangan
P2M	= Pemberantasan Penyakit Menular
PKM	= Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
PKB	= Pendidikan Kedokteran Berkelanjutan
Protap	= Prosedur Tetap

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten atau kota yang berperan menyelenggarakan sebagian dari tugas teknis operasional dinas kesehatan kabupaten atau kota dan merupakan unit pelaksana tingkat pertama dan ujung tombak pembangunan kesehatan di Indonesia, serta bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja puskesmas.

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah tercapainya kecamatan sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat. Kecamatan sehat adalah gambaran masyarakat kecamatan masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan, yakni masyarakat yang hidup dalam lingkungan dan dengan perilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Misi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas adalah mendukung tercapainya misi pembangunan kesehatan nasional, yakni menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya, mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya, memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan serta memelihara dan meningkatkan mutu kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat serta lingkungannya. Dalam perjalanannya, puskesmas telah memberikan kontribusi yang sangat besar dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, namun manajemen puskesmas harus

dapat menyesuaikan serta mengantisipasi berbagai perubahan dengan mengembangkan proses berkelanjutan (*sustainability*), proses yang dapat dipercaya (*accountability*), proses yang dapat dipertanggungjawabkan (*responsibility*), serta proses yang dapat menjawab tantangan (Aditama, 2000).

Pada saat ini telah terjadi perubahan tuntutan pasien karena pengaruh berbagai faktor, antara lain perubahan pola epidemiologi penyakit, tatanan ekonomi dunia, demografi, teknologi, demand terhadap mutu pelayanan kesehatan, kebijakan pemerintah dibidang kesehatan serta berkembangnya jumlah dan jenis sarana pelayanan kesehatan, akan mendorong makin meningkatnya perhatian dan tuntutan masyarakat, termasuk puskesmas dalam menyediakan pelayanan kearah pelayanan yang bermutu dengan berorientasi kepada kebutuhan pelanggan.

Pelanggan dalam hal ini selain pasien dan keluarganya, dokter, perawat, bidan serta karyawan lainnya, penanggung biaya dan pemasok yang secara keseluruhan harus diperhatikan harapan dan kebutuhannya sehingga terjadi interaksi positif dalam pemberian pelayanan di puskesmas. Sesuai dengan arah kebijakan pembangunan kesehatan Kabupaten Tabanan dalam bidang kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu sehingga mampu memberi kesejahteraan pelanggan external dan internal. Puskesmas Baturiti II sebagai unit pelaksana teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Tabanan dituntut mampu memberikan pelayanan berdasarkan nilai-nilai budaya yang diarahkan dalam kebijakan pembangunan kesehatan Kabupaten Tabanan yaitu : disiplin, efektif, efisien, cepat, pasti, sopan, penolong, indah dan nyaman dalam mewujudkan pelayanan yang bermutu.

Produk puskesmas adalah produk jasa, sehingga peranan sumber daya manusia dalam memberikan jasa pelayanan sangat besar. Setiap organisasi yang bergerak dalam bidang jasa termasuk puskesmas akan menghadapi beberapa permasalahan yang berhubungan dengan jasa yang dihasilkan, hal ini karena jasa mempunyai karakteristik khusus. Karakteristik khusus tersebut terdiri dari produk tidak berwujud (*intangible*), sifatnya bervariasi berdasarkan eksistensi tempat dan waktu (*variability*), sulit untuk diulang dan mendapatkan layanan dan hasil yang sama seperti kita membeli barang (*insperisability*), serta sulit untuk membedakan antara proses dan hasil pelayanan (*inseparability*). *Mindset* atau sikap mental yang mapan dari organisasi serta seluruh komponen sumber daya yang dimiliki organisasi harus dipersiapkan dalam menghadapi perubahan lingkungan yang terjadi. Jika anggota organisasi tidak yakin bahwa kelangsungan hidup organisasi ditentukan oleh customer, maka di dalam melayani customer ia akan memperlakukan customer sebagai orang yang membutuhkan produk atau jasa yang kita hasilkan (Supriyanto, 2005).

Usaha kesehatan perorangan (UKP) merupakan salah satu produk pelayanan kesehatan puskesmas yang secara langsung dapat mempengaruhi citra pelayanan. Adapun UKP yang dilaksanakan di puskesmas terdiri dari pelayanan poli umum, oleh dokter dan perawat, pelayanan poli gigi, oleh dokter gigi dan perawat gigi, serta pelayanan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) yang diberikan oleh bidan. Sebagai bentuk kegiatan utama pelayanan kesehatan perorangan yang diberikan pada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Baturiti II belum dapat diwujudkan sebagai pelayanan yang bermutu berdasarkan hasil stratifikasi puskesmas meskipun terjadi peningkatan jumlah kunjungan dari tahun-ketahun.

Tabel 1.1 Mutu pelayanan rawat jalan puskesmas berdasarkan hasil Stratifikasi Puskesmas Baturiti II tahun 2002-2005.

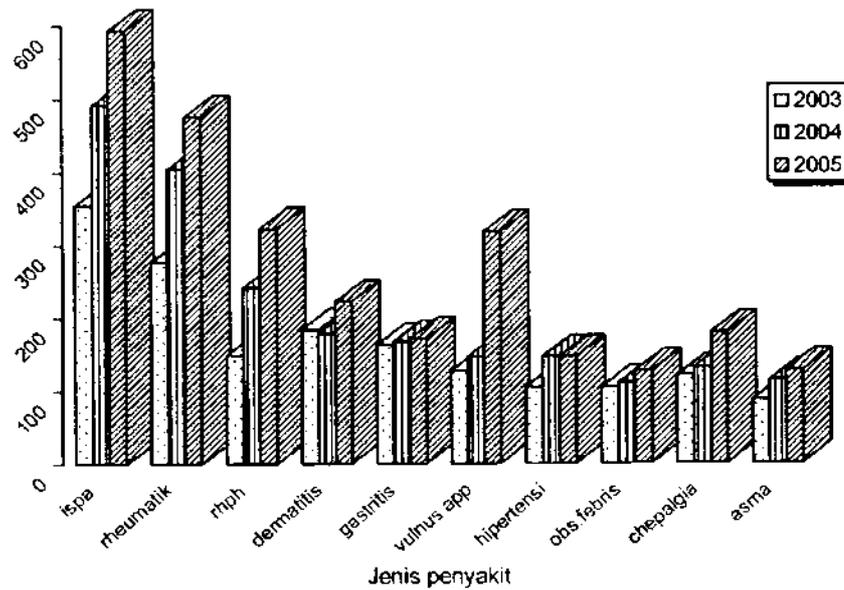
NO	VARIABEL	TH 2002	TH 2003	TH 2004	TH 2005
1.	Jumlah kasus baru (x)	5889	7378	9836	10816
2.	Jumlah kasus lama + kunjungan kasus (y)	1457	1849	2177	2716
3.	Frekwensi kunjungan $f = (x + y) / x$	1.25	1.25	1.22	1.25
4.	Standar	1.5	1.5	1.5	1.5
5.	Prosentase Cakupan	83 %	83 %	81 %	83 %

Sumber data : laporan stratifikasi Puskesmas Baturiti II tahun 2002-2005

Dari tabel 1.1 dapat dipelajari bahwa mutu pelayanan pasien rawat jalan di Puskesmas Baturiti II prosentase cakupannya belum mencapai seratus persen. Berdasarkan standar stratifikasi puskesmas mutu pelayanan rawat jalan dikatakan baik bila nilai cakupan seratus persen.

Dari seluruh kunjungan rawat jalan puskesmas di Puskesmas Baturiti II, kunjungan pasien ke poliklinik umum puskesmas adalah yang terbanyak, dibandingkan dan diantara kasus kunjungan rawat jalan poli umum, kasus ISPA merupakan kasus yang paling banyak ditemui. Seperti diperlihatkan pada grafik dibawah ini yang menggambarkan 10 besar penyakit pada kunjungan poli umum tahun 2003 sampai tahun 2005.

Grafik 1.1 Grafik 10 besar penyakit poli umum Puskesmas Baturiti II tahun 2003 - 2005



Sumber data : register poli umum Puskesmas Baturiti II

Dari grafik 1.1 dapat dipelajari penyakit ISPA selalu menempati urutan pertama sepuluh besar penyakit poli umum di Puskesmas Baturiti II dan selalu mengalami peningkatan dari tahun ketahun. Sebagai kelompok penyakit, ISPA juga merupakan salah satu penyebab utama kunjungan pasien di sarana kesehatan, yaitu sebanyak 40%-60% kunjungan brobat di Puskesmas disebabkan oleh ISPA (Dep-kes RI,2002). Dalam penatalaksanaan kasus ISPA tentu sangat diperlukan sarana dan prasarana yang memadai dan berlangsungnya komunikasi interatif baik oleh dokter dan perawat kepada pasien dalam mencapai kesembuhan dan menurunkan resiko kematian.

Keadaan aktual upaya pelayanan kesehatan perorangan di puskesmas tak dapat dipisahkan dengan dua pelayanan lainnya, yaitu pelayanan loket dimana pasien pertama kali diterima dan menerima informasi, serta pelayanan apotek

dimana pasien mendapatkan obat sebelum meninggalkan puskesmas. Bahkan dalam prosesnya, pasien selain melakukan kontak komunikasi dengan petugas di ketiga tempat tadi juga memungkinkan melakukan komunikasi dengan petugas lainnya seperti petugas laboratorium, gizi dan sanitasi apabila diperlukan pemeriksaan atau konsultasi lanjutan. Peningkatan jumlah kunjungan tidak menjamin kualitas pelayanan yang diberikan sudah baik, hal ini terbukti dari hasil survei pendahuluan yang di lakukan terhadap pasien yang mendapatkan pelayanan di Puskesmas Baturiti II. Survei dilaksanakan dengan mengambil sampel secara acak sebanyak 20 sampel yang terdiri dari: 10 pasien poli umum, 5 pasien poli gigi, dan 5 pasien dari poli KIA (Kesehatan Ibu dan Anak). Berdasarkan hasil wawancara dengan kuesioner pengukuran kepuasan pelanggan yang menggunakan dimensi RATER (*reability, assurance, tangible, empathy, responsiveness*), maka dapat dikategorikan tingkat kepuasan pasien yang menggunakan upaya pelayanan kesehatan perorangan di puskesmas sebagai berikut :

Tabel 1.2 Distribusi tanggapan responden terhadap pelayanan kesehatan perorangan di Puskesmas Baturiti II, Agustus 2005

N O	TANGGAPAN PASIEN	JAWABAN RESPONDEN				Total n x skor
		TIDAK PUAS 1	KURANG PUAS 2	PUAS 3	SANGAT PUAS 4	
1	2	3	4	5	6	7
R	<i>Reability</i> (kehandalan)					
1	Terhadap ketepatan jam buka pelayanan loket.	0	6	14	0	54
2	Terhadap ketepatan waktu dokter/perawat untuk memeriksa.	4	7	9	0	45
3	Terhadap pemberian obat untuk tiga hari.	0	5	15	0	55
1	2	3	4	5	6	7
A	<i>ASSURANCE</i> (jaminan)					
1	Terhadap informasi yang diberikan petugas loket.	2	8	10	0	48
2	Terhadap sikap/ perilaku petugas loket.	1	10	9	0	48
3	Terhadap sikap/perilaku dokter yang sopan.	2	8	10	0	48

N O	TANGGAPAN PASIEN	JAWABAN RESPONDEN				Total n x skor
		TIDAK PUAS	KURANG PUAS	PUAS	SANGAT PUAS	
		1	2	3	4	
4	Terhadap sikap/perilaku perawat yang sopan.	2	9	9	0	47
5	Terhadap penyampaian informasi petugas tentang obat	2	9	8	1	48
T <i>TANGIBLE (tampilan)</i>						
1	Terhadap seragam dan kerapian dokter saat memeriksa pasien.	0	3	14	3	60
2	Terhadap bentuk kemasan obat berupa pil.	1	7	9	3	50
3	Terhadap ruangan periksa saat ini.	1	8	11	0	50
4	Terhadap kelengkapan alat kesehatan yang dipakai.	0	7	13	0	53
5	Terhadap kebersihan kamar mandi dan WC yang ada.	0	8	12	0	52
6	Terhadap kemudahan tempat parkir.	0	2	15	3	61
7	Terhadap kenyamanan ruang tunggu yang ada.	0	7	10	3	56
8	Terhadap kartu berobat saat ini.	0	8	12	0	52
E <i>EMPATHY (empati)</i>						
1	Terhadap perhatian petugas mau mendengarkan keluhan dengan serius	3	8	9	0	46
2	Terhadap penyampaian informasi petugas tentang rencana tindakan yang akan diberikan	2	9	9	0	47
3	Terhadap penjelasan petugas untuk perawatan selanjutnya/kontrol	3	9	8	0	45
4	Terhadap kesungguhan petugas menunjukan minat dan perhatiannya	2	8	10	0	48
R <i>RESPONSIVENESS (daya tanggap)</i>						
1	Terhadap perhatian petugas untuk segera menawarkan bantuan saat anda mengalami kesulitan.	2	11	7	0	45
2	Terhadap kemampuan petugas yang memeriksa anda dengan teliti dan cekatan.	3	9	8	0	45
3	Terhadap perhatian (bila dipanggil /diperlukan,cepat datang) yang diberikan perawat	2	10	8	0	46
4	Terhadap perhatian (segera melayani resep yang masuk) yang diberikan petugas obat.	3	8	9	0	46
5	Terhadap perhatian (segera melayani, mengambilkan status dan mencatat keluhan) yang diberikan petugas loket?	3	9	8	0	45

Sumber : Hasil survei pelanggan oleh puskesmas bersama mahasiswa FKG Mahasaraswati yang melaksanakan PKL di Puskesmas Baturiti II. Agustus 2005

Pada tabel 1.2 diatas setiap tanggapan responden diberi skor, tanggapan tidak puas diberi skor 1, kurang puas skor 2, puas skor 3, dan tanggapan sangat puas diberi skor 4. Total $n \times$ skor adalah jumlah dari $n \times$ skor pada tiap kategori jawaban responden. Berdasarkan tabel tersebut diatas, maka tingkat kepuasan pasien dapat dikategorikan seperti tabel berikut :

Tabel 1.3 Distribusi frekwensi tanggapan responden terhadap pelayanan kesehatan perorangan di Puskesmas Baturuti II, Agustus 2005

No	Kategori	skor	frekwensi	%
1	Tidak puas	20 - 34	0	0
2	Kurang puas	35 - 49	15	60
3	Puas	50 - 64	10	40
4	Sangat puas	65 - 80	0	0
	Total		25	100

Dari tabel 1.3 dapat dipelajari sebagian besar tanggapan pasien terhadap kuesioner dimensi RATER pada upaya pelayanan kesehatan perorangan di Puskesmas Baturuti II merasa kurang puas 60%, memberikan tanggapan puas 40% serta tidak ada nilai pada kategori sangat puas terhadap pelayanan yang didapatkan. Tabel dibawah memperlihatkan rata-rata skor dan katagori dari tiap dimensi RATER.

Tabel 1.4 Kategori tingkat kepuasan pasien terhadap dimensi RATER

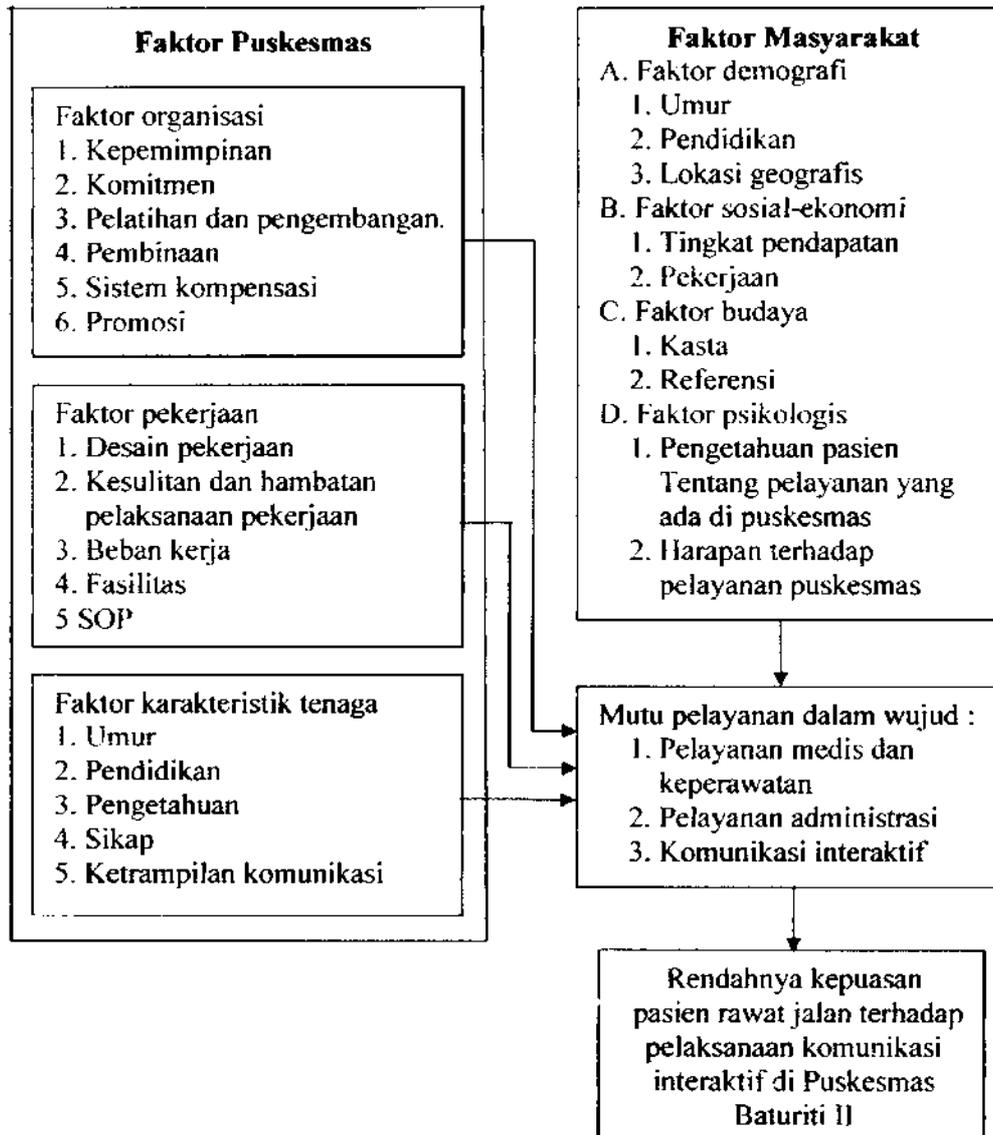
No	Kriteria tanggapan pasien	Total skor	Rata-rata	Kategori
1.	<i>Reability</i> (kehandalan)	154	51.3	Puas
2.	<i>Assurance</i> (jaminan)	239	47.8	Kurang puas
3.	<i>Tangible</i> (tampilan)	418	52.3	Puas
4.	<i>Empathy</i> (empati)	186	46.5	Kurang puas
5.	<i>Responsiveness</i> (daya tanggap)	227	45.4	Kurang puas

Tabel 1.4 di atas dapat memberikan gambaran tanggapan responden yang masuk katagori puas adalah pada dimensi *reability* dan *tangible*. yang mana pada

saat ini tampilan fisik puskesmas masih cukup baik, penampilan dokter/perawat yang sopan dan rapi dalam pelayanan., sementara dimensi RATER lainnya seperti *assurance*, *empathy* dan *responsiveness* mendapatkan tanggapan kurang puas. Bila diperingkat maka yang menjadi urutan pertama kekurangpuasan pasien adalah pada kriteria *responsiveness*, kemudian *empathy* dan *assurance* yang mana dapat memperlihatkan gambaran dari sikap, perilaku dan daya tanggap petugas puskesmas dalam melakukan komunikasi saat memberikan pelayanan. Komunikasi yang dilakukan petugas kesehatan dengan pasien dalam upaya penyembuhan pasien adalah komunikasi terapeutik dan dalam pemasaran dikenal dengan komunikasi interaktif. Berdasarkan hal tersebut diatas, maka masalah yang dikemukakan dalam penelitian ini adalah rendahnya kepuasan pasien rawat jalan terhadap komunikasi interaktif oleh petugas kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan di Puskesmas Baturiti II (tingkat kekurangpuasan 60 % dan tidak ada responden sampai pada tingkat sangat puas).

1.2 Kajian Masalah

Dari latar belakang masalah diatas kemungkinan faktor yang menyebabkan rendahnya kepuasan pelanggan terhadap pelayanan kesehatan perorangan pada Puskesmas Baturiti II adalah faktor organisasi puskesmas, faktor pekerjaan, karakteristik tenaga dan faktor masyarakat seperti gambar berikut :



Gambar 1.1 Kajian Masalah

Sumber: Modifikasi Muchlas (1997)

Dari gambar 1.1 beberapa faktor yang mungkin berpengaruh terhadap rendahnya kepuasan pasien rawat jalan terhadap komunikasi interaktif adalah :

1.2.1 Faktor organisasi puskesmas

1. Kepemimpinan

Puskesmas Baturiti II dipimpin oleh seorang dokter umum, dalam melaksanakan tugasnya kepala puskesmas belum mampu secara optimal menerapkan kepemimpinan yang fasilitatif dan delegatif. Belum memberikan wewenang kepada bawahan untuk mengambil keputusan pelaksanaan dari bawah.. walaupun ada kalanya beberapa keputusan diambil dari bawah tapi masih sangat terbatas. Pimpinan mengharapkan semua petugas merasa dihargai dan menumbuhkan inisiatif, inovasi dan kebanggaan untuk mewujudkan kebersamaan namun belum dapat diterjemahkan oleh staf secara keseluruhan.

2. Komitmen

Puskesmas Baturiti II sedang membangun komitmen untuk membangun puskesmas ke depan dengan perbaikan mutu pelayanan kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Dalam mengimplementasikan pelayanan bermutu kepada masyarakat puskesmas belum memiliki komitmen yang kuat baik dari pengambilan keputusan sampai pada pelaksanaan keputusan sehingga apa yang menjadi tujuan organisasi belum dapat diwujudkan. Dalam membangun komitmennya, puskesmas perlu belajar dari organisasi/puskesmas yang telah berhasil dalam membangun organisasinya.

3. Pelatihan dan pengembangan SDM

Pelatihan dan mengikuti seminar merupakan kegiatan yang sangat berguna dan dibutuhkan oleh tenaga kesehatan baik tenaga dokter maupun perawat guna meningkatkan ketrampilan dan wawasan keilmuan yang terkini (Simamora, 1997). Pengembangan SDM di puskesmas dalam meningkatkan pengetahuan dan

keterampilan teknis dilakukan melalui pelatihan-pelatihan baik oleh dinas kesehatan kabupaten maupun pusat pendidikan dan latihan propinsi dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan masih sangat terbatas. Pengembangan SDM puskesmas baru mampu memberikan kesempatan kepada kepala puskesmas untuk mengikuti pendidikan S2, dan bagi tenaga bidan belum mendapatkan bantuan untuk mengikuti pendidikan kebidanan lanjutan (DIII Kebidanan). Tenaga perawat (SPK) juga belum mendapatkan bantuan atau kesempatan untuk mengikuti pendidikan pada jenjang yang lebih tinggi. Pengembangan SDM puskesmas dengan mengikuti seminar-seminar keprofesian belum banyak mendapat perhatian baik oleh puskesmas maupun dinas kesehatan kabupaten dalam meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam memberikan pelayanan khususnya pelayanan kesehatan perorangan.

Moh Agus Tulus (1996) dalam Rivai (2000) menuliskan bahwa pelatihan merupakan kegiatan yang bermaksud memperbaiki dan mengembangkan sikap, perilaku, ketrampilan dan pengetahuan karyawan sesuai dengan keinginan organisasi. Pelatihan berhubungan dengan kepuasan pelanggan, karyawan seharusnya mendapat pelatihan yang cukup tentang produk dan pelayanan yang ditawarkan organisasi serta cara menghadapi kemarahan pelanggan (Johnson, 1996). Pelatihan tentang komunikasi interaktif untuk petugas di Puskesmas Baturiti II belum pernah dilakukan.

4. Pembinaan

Kegiatan pembinaan yang mendorong keterbukaan dalam pemecahan masalah bersama dapat membuat tenaga kesehatan baik dokter maupun perawat merasa lebih puas terhadap pekerjaannya. Peran kepala puskesmas dalam

memberikan perhatian kepada bawahannya sangat penting dan menentukan dalam memberikan pembinaan kepada seluruh anggota organisasi dalam mewujudkan pelayanan yang lebih baik. Kegiatan pembinaan oleh kepala puskesmas begitu juga oleh dinas kesehatan belum dilaksanakan secara optimal.

5. Sistem kompensasi

Banyak kompensasi baik yang berupa imbalan intrinsik maupun ekstrinsik yang dikendalikan oleh organisasi dapat digunakan sebagai alat memotivasi dan memuaskan karyawan. Untuk pengaturan insentif atau jasa pelayanan yang diterima, puskesmas belum memiliki sistem yang baku seperti sistem remunerasi. masih menggunakan pola sama rata, sehingga belum dapat mencerminkan keadilan dalam membangun kinerja petugas untuk dapat memberikan pelayanan yang lebih baik. Untuk kompensasi non material seperti usulan tenaga medis dan paramedis teladan belum dirasakan sebagai kompensasi begitu pula dengan kenaikan pangkat, tenaga puskesmas masih merasakan sulit dalam pengurusannya di dinas kesehatan sehingga tidak merasakan kenaikan pangkat sebagai bagian dari sistem kompensasi.

6. Promosi

Promosi merupakan salah satu bentuk pengembangan karier dan bila tidak berjalan baik akan mengakibatkan kurang didayagunakannya potensi karyawan dan hal ini dapat menimbulkan ketidakpuasan pada karyawan (Simamora, 1997). Promosi tenaga kesehatan di puskesmas mungkin tidak begitu menonjol karena tenaga yang ada disesuaikan dengan kemampuan teknisnya masing-masing.

1.2.2 Faktor pekerjaan

1. Desain pekerjaan

Desain pekerjaan adalah fungsi penetapan kegiatan kerja seorang individu atau kelompok karyawan secara organisasional. Tujuannya adalah mengatur penugasan kerja untuk memenuhi kebutuhan organisasi, teknologi, dan berperilaku (Handoko, 2000). Puskesmas Baturiti II sebagai sebuah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten dalam melaksanakan upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat melakukan desain pekerjaan berdasarkan latar belakang pendidikan dan kemampuan teknis yang dimiliki oleh petugas yang ada dengan harapan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas baik untuk upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat. Dalam melaksanakan pembagian tugas beberapa petugas mengerjakan tugas-tugas diluar kompetensinya karena keterbatasan tenaga yang ada.

2. Kesulitan dan hambatan pelaksanaan pekerjaan.

Kesulitan dan hambatan dalam melaksanakan tugas biasanya disebabkan oleh karena tugas yang menjadi tanggungjawabnya belum dituangkan dalam rencana kerja harian dan belum dikerjakan secara konsisten. Disamping itu karena kurangnya sarana dan prasarana yang membantu petugas dalam menyelesaikan kegiatannya seperti terbatasnya ATK, kurangnya meja kerja, kurangnya sarana komputer, terbatasnya anggaran puskesmas akan berpengaruh terhadap timbulnya kesulitan dan hambatan pelaksanaan pekerjaan di puskesmas, karena pada dasarnya seluruh kegiatan yang dilaksanakan harus didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai dalam mewujudkan pelayanan yang berkualitas yang menjadi tujuan organisasi.

menentukan dalam proses pemberian pelayanan baik upaya kesehatan perorangan maupun upaya kesehatan masyarakat.

1.2.3 Faktor karakteristik tenaga

1. Umur

Umur sangat menentukan produktivitas seseorang. Hubungan umur dengan produktivitas yaitu bahwa produktivitas seorang karyawan akan menurun disebabkan bertambahnya umur. Hal ini dikarenakan ketrampilan fisik yang dimilikinya seperti kecepatan, kelenturan, kekuatan dan koordinasi akan menurun dengan bertambahnya umur. tetapi produktivitas karyawan yang sudah tua tidak bisa diabaikan karena pengalamannya dan kebijakannya dalam pengambilan keputusan (Robin, 2000). Petugas dan perawat yang ada di Puskesmas Baturiti II sebagian besar umurnya relatif muda dan sangat produktif, hal ini sebenarnya dapat menguntungkan bagi puskesmas karena tenaga yang masih muda ini lebih mudah untuk menerima perubahan namun harus diikuti oleh peningkatan pengetahuan dan kemampuan yang memadai sehingga mampu memberikan yang lebih baik.

2. Pendidikan

Pendidikan perawat yang semakin tinggi akan menambah pengetahuan yang dimilikinya (Hidayati,1996) dan Rivai (2000) menyebutkan semakin tinggi pendidikan perawat semakin baik kinerjanya, sedangkan Hacman dan Oldham dalam Fottler (1988) menyampaikan hubungan dengan kinerja dan kepuasan kerja seseorang. Tingkat pendidikan perawat yang bertugas di Puskesmas Baturiti II semuanya lulusan SPK (7 orang) dan belum mendapatkan kesempatan dan bantuan untuk mengikuti pendidikan lanjutan. Tenaga bidan juga belum

mendapatkan kesempatan dan bantuan untuk melanjutkan pendidikan D III kebidanan (dari 8 tenaga bidan 1 bidan sudah menyelesaikan pendidikan D III kebidanan).

3. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan sesuatu yang terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Pengetahuan petugas kesehatan sangat mempengaruhi proses pelayanan yang diberikan. Dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan tenaga baik tenaga medis, tenaga perawat dan bidan puskesmas, secara bertahap diberikan kesempatan untuk mengikuti jenjang pendidikan yang lebih tinggi. disamping itu pelatihan tekhnis fungsional juga dapat meningkatkan pengetahuan petugas sehingga mutu pelayanan dapat ditingkatkan dalam mewujudkan kepuasan pelanggan. Namun saat ini puskesmas maupun dinas kesehatan baru mampu memberikan bantuan pada kepala puskesmas untuk mengikuti pendidikan pada jenjang yang lebih tinggi.

4. Sikap

Sikap seseorang terhadap sesuatu akan mempengaruhinya dalam berperilaku. Jika seseorang memiliki sikap yang positif terhadap pekerjaannya, maka mereka akan bersemangat dalam bekerja, dan akan melakukan pekerjaannya dengan baik. Penampilan seorang tenaga dokter, perawat dan petugas lainnya yang tulus akan tercermin dari sikapnya yang sopan dan sederhana, senyum yang tulus, bahasa yang baik, menawarkan bantuan, mendengarkan keluhan dengan baik, tanpa bermaksud untuk melecehkannya atau mencemoohkannya. Sikap petugas yang tulus akan membantu meringankan beban pasien dan membuat pasien merasa tenang dan nyaman bahkan merasa telah sembuh. Sikap petugas di Puskesmas

Baturiti II sebagian belum dapat menunjukkan sikap yang tulus dalam menerima pasien, hal ini dapat diketahui dari beberapa laporan atau masukan dari masyarakat. Misalnya petugas loket yang kurang mendengar dan mencatat keluhan pasien, dokter memberikan penjelasan tergesa-gesa, komunikasi perawat juga masih kurang. Juga petugas apotik yang kurang jelas dalam memberikan penjelasan cara minum obat, serta efek samping dari obat tersebut sehingga belum dapat memberikan kepuasan kepada pasien.

5. Ketrampilan komunikasi

Ketrampilan komunikasi petugas kesehatan sangat penting sehingga petunjuk dan saran yang ingin disampaikan kepada pasien dapat dipahami dan dapat memberikan empati dengan mendengarkan dan menanggapi keluhan pasien dengan sopan, namun ketrampilan komunikasi harus disertai dengan pengetahuan yang cukup, sikap dan komitmen petugas terhadap organisasinya. Ada dua hal penting yang menjadi hambatan orang dalam berkomunikasi yaitu, karena salah paham, dan halangan komunikasi yang terjadi karena interpersonal, meliputi persepsi, status orang yang berkomunikasi, perasaan negatif, asumsi, bahasa yang digunakan, tidak mampu mendengar. Halangan komunikasi yang sering dijumpai di puskesmas sebagian di pengaruhi oleh interpersonal pasien, dan spesialisasi kerja (penggunaan bahasa atau istilah-istilah medis yang tidak dimengerti oleh pasien). Karena faktor budaya (kaṣta) masih sangat kental di wilayah kerja puskesmas maka, kemampuan dan ketrampilan berbahasa daerah juga mempengaruhi komunikasi antara petugas dengan pelanggan puskesmas dalam memberikan pelayanan yang lebih baik.

1.2.3 Faktor masyarakat

1. Faktor Demografi

Faktor demografi yang dimaksud antara lain meliputi umur, pendidikan dan lokasi geografi.

a. Umur

Selera akan barang dan jasa yang dibeli oleh pelanggan seringkali berhubungan dengan umur. Membeli juga dibentuk oleh tahap daur hidup keluarga, yaitu tahap yang mungkin dilalui oleh seseorang sesuai dengan kedewasaannya (Kotler, 1996).

b. Tingkat pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi status kesehatan seseorang dan permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Pada umumnya seseorang yang berpendidikan tinggi memiliki pengetahuan tentang kesehatan yang lebih tinggi dibanding orang yang berpendidikan rendah (Kotler, 1996).

c. Lokasi geografis

Dimana seorang konsumen tinggal akan mempengaruhi pola konsumsinya (Sumarwan, 2005). Orang yang tinggal di desa akan memiliki akses yang terbatas kepada berbagai produk dan jasa. Sebaliknya, konsumen yang tinggal di kota lebih mudah memperoleh barang dan jasa yang dibutuhkannya. Demikian juga faktor jarak tempat tinggal dengan akses pelayanan kesehatan maka seseorang akan cenderung memilih tempat pelayanan kesehatan lebih dekat.

2. Faktor Sosio Ekonomi

Hampir setiap masyarakat memiliki semacam bentuk struktur kelas sosial. Kelas sosial diukur sebagai kombinasi dari pekerjaan, pendapatan, pendidikan,

kekayaan, dan variabel lain. Kelas sosial menunjukkan pemilihan barang dan jasa tertentu (Kotler, 1996). Pekerjaan memiliki kaitan erat dengan tingkat pendapatan. Dengan hilangnya pekerjaan, yang berarti pula menurunnya tingkat pendapatan seseorang, masalah kesehatan bukan lagi menjadi prioritas utama baginya dan merupakan sesuatu yang mahal yang kurang dapat dijangkau.

3. Faktor Kebudayaan.

Budaya merupakan kumpulan nilai dasar, persepsi, keinginan, dan tingkah laku yang dipelajari oleh seorang anggota masyarakat dari keluarga dan lembaga penting lainnya. Faktor kebudayaan (kasta dan referensi) dapat menjadi penyebab seseorang untuk memilih tempat pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Faktor kasta pada masyarakat Bali berkaitan dengan kedudukannya di masyarakat, kelompok serta sifat-sifat pribadi. Kasta dapat menjadi penghalang dalam berkomunikasi. Biasanya orang yang mempunyai kasta lebih tinggi akan lebih mudah berkomunikasi dengan orang yang kastanya lebih rendah darinya, demikian sebaliknya yang lebih rendah akan sulit berkomunikasi dengan yang lebih tinggi kastanya dibandingkan dirinya.

Seringkali yang terjadi keputusan untuk memilih tempat pelayanan tidak diputuskan oleh pasien, tapi ditentukan oleh keluarga atau kelompok masyarakat yang menjadi acuan dan mempengaruhi individu dalam menentukan pilihannya (Engel, 1994).

4. Faktor psikologis

Pilihan barang dan jasa yang dibeli oleh seorang pasien, lebih lanjut dipengaruhi oleh faktor psikologis antara lain pengetahuan pasien tentang semua informasi yang dimiliki pasien tentang puskesmas, serta pengetahuan lainnya yang

terkait dengan produk yang ada di puskesmas. Harapan pasien adalah keyakinan dari pasien atau keluarganya tentang pelayanan yang seharusnya yang mereka terima dan kepuasan pelayanan di puskesmas merupakan fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapannya. Tidak terjadinya komunikasi interaktif yang baik antara petugas puskesmas dan pasien akan menyebabkan ketidakpuasan pelanggan puskesmas.

Beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang untuk memilih dan memanfaatkan suatu tempat pelayanan kesehatan merupakan modifikasi dari faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pembelian pelanggan menurut Kotler (1997), yang meliputi faktor kebudayaan, faktor pribadi, dan faktor psikologis.

1.3 Pembatasan Masalah

Dari latar belakang masalah dan kajian masalah di atas penelitian ini dibatasi pada komunikasi interaktif dan hubungannya dengan faktor organisasi (pelatihan dan pembinaan), faktor pekerjaan (desain pekerjaan, kesulitan dan hambatan pelaksanaan pekerjaan, fasilitas), faktor karakteristik tenaga (tingkat pengetahuan dan sikap) serta kesesuaian harapan pasien terhadap pelayanan puskesmas terkait dengan komunikasi interaktif. Pembatasan faktor-faktor penelitian ini karena keterbatasan waktu penelitian serta mempertimbangkan faktor yang paling memungkinkan untuk dilakukan intervensi dan perbaikan.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan setelah mempelajari kajian masalah yang ada, maka rumusan masalah dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Bagaimana faktor organisasi yang meliputi pelatihan dan pengembangan serta pembinaan yang terkait dengan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II ?
2. Bagaimana faktor pekerjaan yang meliputi desain pekerjaan, kesulitan dan hambatan pekerjaan serta fasilitas terkait dengan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II?
3. Bagaimana faktor karakteristik tenaga yang meliputi tingkat pengetahuan dan sikap tentang komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II ?
4. Bagaimana pelaksanaan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II ?
5. Bagaimana hubungan faktor organisasi (pelatihan dan pengembangan, pembinaan) dengan pelaksanaan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II ?
6. Bagaimana hubungan antara faktor pekerjaan (desain pekerjaan, kesulitan dan hambatan pelaksanaan pekerjaan, fasilitas) dengan pelaksanaan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II ?
7. Bagaimana hubungan antara faktor karakteristik tenaga (tingkat pengetahuan, sikap) dengan pelaksanaan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II ?
8. Bagaimana harapan pasien terhadap komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II ?
9. Bagaimana upaya komunikasi interaktif untuk meningkatkan kepuasan pasien di Puskesmas Baturiti II ?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan umum

Menyusun rekomendasi upaya komunikasi interaktif guna meningkatkan kepuasan pasien di Puskesmas Baturiti II.

1.5.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi faktor organisasi yang meliputi pelatihan dan pengembangan serta pembinaan yang terkait dengan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II.
2. Mengidentifikasi faktor pekerjaan yang meliputi desain pekerjaan, kesulitan dan hambatan pekerjaan serta fasilitas yang terkait dengan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II.
3. Mengidentifikasi faktor karakteristik tenaga yang meliputi tingkat pengetahuan dan sikap yang terkait dengan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II .
4. Mengidentifikasi pelaksanaan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II.
5. Menganalisis hubungan faktor organisasi (pelatihan dan pengembangan, pembinaan) dengan pelaksanaan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II.
6. Menganalisis hubungan antara faktor pekerjaan (desain pekerjaan, kesulitan dan hambatan pelaksanaan pekerjaan, fasilitas) dengan pelaksanaan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II.

7. Menganalisis hubungan antara faktor karakteristik tenaga (tingkat pengetahuan, sikap) dengan pelaksanaan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II
8. Mengidentifikasi harapan pasien terhadap komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II.
9. Menyusun upaya komunikasi interaktif untuk meningkatkan kepuasan pasien di Puskesmas Baturiti II.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat bagi manajemen puskesmas dan dinas kesehatan

Sebagai bahan masukan bagi puskesmas dan dinas kesehatan dalam melaksanakan pelayanan dengan proses komunikasi interaktif.

1.6.2 Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan evaluasi mahasiswa dalam penerapan ilmu yang diperoleh selama kegiatan belajar mengajar di Minat Studi MPKPK Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan Pascasarjana Unair.

1.6.3 Bagi Peneliti

Sebagai sarana untuk menerapkan ilmu pengetahuan, khususnya Ilmu Manajemen Pemasaran selama mengikuti pendidikan di Minat Studi MPKPK Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan Pasca Sarjana Unair.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Hakekat komunikasi

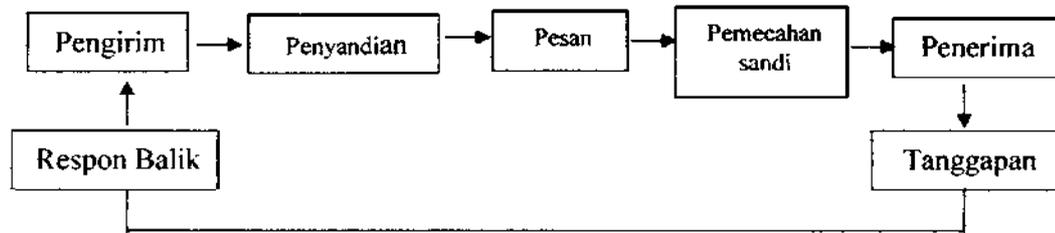
Menurut Supriyanto (2002), komunikasi berarti pengiriman dan penerimaan pesan, berita atau amanat, rencana tindakan, harapan antara dua orang atau lebih dengan cara yang tepat, sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami dan dimengerti.

Menurut Onong (1986), komunikasi adalah proses penyampaian suatu pesan oleh seseorang kepada orang lain untuk memberi tahu atau untuk mengubah sikap, pendapat atau perilaku, baik langsung secara lisan maupun tidak langsung melalui media.

Ada tiga komponen pokok yang membangun komunikasi, yaitu komunikator, komunikan dan komunike. Dalam bahasa komunikasi yang dimaksud dengan komponen tersebut adalah:

- a. Komunikator adalah orang yang menyampaikan sesuatu kepada orang yang diajak berkomunikasi.
- b. Komunike adalah sesuatu hal (pesan, rencana tindak medis, harapan pasien) yang disampaikan.
- c. Komunikan adalah orang yang menerima pesan.

Dalam suatu proses komunikasi, dalam konteks hubungan interpersonal, tidak dapat terjadi secara searah (*one way communication*), melainkan dua arah timbal balik antara dua pribadi yang terlibat didalamnya. Hal ini dapat diperjelas dengan gambar di bawah ini :



Gambar 2.1 Elemen Proses Komunikasi Dua Arah
(Supriyanto, 2003)

Gambar 2.1 menunjukkan sebuah proses komunikasi dua arah yang didalamnya ada hubungan timbal balik antara dua pihak. Pengirim akan menyandikan pikiran atau perasaan atau pengetahuannya ke dalam bentuk pesan untuk dikomunikasikan kepada pihak penerima. Penerima akan mengubah sandi yang telah diterima dan menafsirkan pesan yang akhirnya akan memiliki pikiran dan perasaan sebagai hasilnya. Pikiran dan perasaan penerima ini bisa sesuai atau tidak sesuai dengan pesan yang dimaksudkan oleh pengirim, yang kemudian akan disandikan untuk dikirimkan kembali ke pengirim awal sebagai bentuk tanggapan penerima.

2.2 Peran komunikasi dalam pemasaran

Komunikasi pemasaran merupakan usaha untuk menyampaikan pesan kepada *public* terutama konsumen sasaran, mengenai keberadaan produk di pasar. Pada tingkat dasar, komunikasi dapat menginformasikan (*informing*) dan membuat konsumen potensial menyadari atas keberadaan produk yang ditawarkan. Komunikasi juga dapat berusaha membujuk (*persuading*) konsumen saat ini dan konsumen potensial agar berhasrat masuk ke dalam hubungan pertukaran (*exchange relationship*). Pesan semacam ini disampaikan dalam bentuk komunikasi yang bersifat persuasif, yaitu bagaimana membujuk konsumen agar mau melakukan tindakan pembelian. Komunikasi juga dapat dijadikan sebagai pengingat (*reminding*) bagi konsumen mengenai keberadaan produk, yang pada masa lalu pernah dilakukan

transaksi pertukaran pada produk itu. Proses komunikasi yang bersifat mengingatkan ini sangat penting artinya bagi kelangsungan hidup perusahaan. Perusahaan dapat bertahan karena adanya konsumen dan mencari atau memperoleh konsumen merupakan sesuatu hal yang sulit. Oleh karena itu ketika perusahaan sudah mendapatkan konsumen kemudian melupakannya maka berarti perusahaan tidak berusaha menjaga konsumen yang telah diraihnya (Sutisna, 2002).

2.3 Model komunikasi pemasaran.

Komunikasi pemasaran memegang peranan yang sangat penting bagi pemasar. Tanpa komunikasi konsumen maupun masyarakat secara keseluruhan tidak akan mengetahui keberadaan produk di pasar. Komunikasi pemasaran juga menyedot anggaran yang sangat besar oleh karena itu pemasar harus secara hati-hati dan penuh perhitungan dalam menyusun rencana komunikasi pemasaran (Sutisna, 2002).

Pada perusahaan jasa, saluran komunikasi pemasaran adalah sangat penting karena dengannya perusahaan dapat menciptakan *image* yang *wonderful*, kepercayaan dan jaminan tentang *brand* perusahaan dan identitas produknya pada konsumen (Lovelock, 2002).

Sebuah perusahaan yang memanfaatkan beberapa jenis sarana dalam menyalurkan komunikasinya harus memastikan bahwa konsumen akan mendapatkan informasi dan janji penawaran yang seragam, sehingga benar-benar dapat mewakili *brand* perusahaan tersebut. Untuk itu sangat diperlukan perencanaan yang matang dalam menyusun rencana pemasaran.

Menurut Supriyanto, 2002 pemasaran yang berfokus pelanggan dikelompokkan dalam 3 layanan yaitu :

1. pemasaran eksternal
2. pemasaran internal

yang disampaikan melalui pemasaran eksternal konsisten dengan apa yang disampaikan oleh karyawan melalui pemasaran interaktif. Untuk mendapatkannya, sisi ketiga dari segitiga pemasaran, pemasaran internal harus dikelola dengan baik sehingga pesan yang disampaikan dari perusahaan kepada karyawannya sama akurat, lengkap, dan konsisten dengan yang didapatkan oleh konsumen (Zeithaml dan Bitner, 2000).

Di puskesmas seorang pasien biasanya membutuhkan kontak dengan beberapa unit pelayanan walaupun tidak sebanyak unit pelayanan rumah sakit. Maka dari itu informasi pelayanan yang disediakan oleh pihak puskesmas perlu dipasarkan, baik oleh unit yang menjadi tanggung jawabnya maupun unit di luar tanggung jawabnya sebagai bagian integral organisasi puskesmas. Pemasaran yang memberikan informasi yang memuaskan pasien akan menghasilkan pasien yang loyal dan advokator. Idealnya semua karyawan berkewajiban untuk dapat berperan sebagai pemasar (Rustikawati, 2003).

2.4 Komunikasi interaktif

2.4.1 Pengertian

Menurut Supriyanto (2005), inti dari pemasaran interaktif oleh dokter, perawat maupun petugas lainnya adalah komunikasi yang terjadi antara dokter atau perawat dengan pasien dalam upaya penyembuhan pasien. Komunikasi interaktif dalam pemasaran adalah analog dengan komunikasi terapeutik.

Komunikasi interaktif adalah suatu teknik dimana usaha mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Teknik tersebut mencakup keterampilan secara verbal maupun non verbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Teknik verbal meliputi pertanyaan terbuka atau tertutup, menggali jawaban atau memvalidasi respon klien. Teknik non verbal meliputi mendengarkan secara

aktif, diam, sentuhan dan kontak mata. Mendengarkan secara aktif merupakan suatu hal yang penting dalam pengumpulan data tetapi juga merupakan sesuatu yang sulit untuk dipelajari (Nursalam, 2001).

Menurut Purwanto (1993) komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara perawat dengan pasien. Persoalan mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan kedalam komunikasi pribadi antara perawat dan pasien. Hubungan perawat-pasien yang terapeutik adalah pengalaman belajar bersama dan pengalaman untuk memperbaiki emosi pasien. Hubungan terapeutik antara perawat-pasien adalah hubungan kerja sama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan dan pikiran dalam membina hubungan intim yang terapeutik.

2.4.2 Prinsip komunikasi interaktif

Prinsip komunikasi interaktif menurut Supriyanto, 2003 yaitu:

- a. Saling memberikan pengertian kedua belah pihak untuk saling menerima, saling percaya, dan saling menghargai.
- b. Ada unsur belajar bersama dan *sharing* pengalaman.
- c. Saling membutuhkan untuk mencapai tujuan.
- d. Ada unsur *take and give* atau *win-win solution*, saling membantu, tukar emosi, perasaan dan pikiran, serta menyadari peran masing-masing.
- e. Menciptakan suasana untuk saling terbuka, bebas dari rasa takut, dan jujur.
- f. Empati

2.4.3 Perbedaan komunikasi interaktif dengan komunikasi sosial

1. Komunikasi interaktif :

- a. Terjadi antara perawat dengan pasien atau anggota tim kesehatan lainnya.
- b. Komunikasi ini umumnya lebih akrab karena mempunyai tujuan, berfokus pada pasien yang membutuhkan bantuan.
- c. Perawat secara aktif mendengarkan dan memberi respons kepada pasien dengan cara menunjukkan sikap mau menerima dan mau memahami sehingga dapat mendorong pasien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya. Selain itu membantu pasien untuk melihat dan memperhatikan apa yang tidak disadari sebelumnya.

2. Komunikasi sosial:

- a. Terjadi setiap hari antar orang perorang baik dalam pergaulan maupun dalam lingkungan kerja.
- b. Komunikasi bersifat dangkal karena tidak mempunyai tujuan.
- c. Lebih banyak terjadi dalam pekerjaan, aktivitas sosial dan lain-lain.
- d. Pembicara tidak mempunyai fokus tertentu, tetapi lebih mengarah kebersamaan dan rasa senang.
- e. Dapat direncanakan, tetapi dapat juga tidak direncanakan.

2.4.4 Indikator komunikasi interaktif

1. *Attending Skill*

Attending skill adalah penampilan fisik petugas ketika berkomunikasi dengan pasien. Petugas hadir secara utuh baik fisik dan psikologis saat melakukan komunikasi interaktif. Sikap fisik atau penampilan komunikasi dapat pula disebut sebagai komunikasi non verbal. *Attending skill* yang merupakan penampilan fisik

perawat dalam berkomunikasi diidentifikasi dalam lima cara dengan singkatan *SOLER*, yaitu :

- a. *Squarely* (berhadapan) artinya dari posisi penampilan fisik menunjukkan siap untuk melayani pasien.
- b. *Open posture*, artinya menunjukkan sikap terbuka, misalnya tidak melipat kaki atau tangan.
- c. *Lean* (membungkuk kearah pasien), artinya penampilan fisik yang ingin menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu.
- d. *Eye contact* (mempertahankan kontak mata). Kontak mata yang menunjukkan kita menghargai pasien dan tetap ingin berkomunikasi.
- e. *Relaxed* artinya petugas dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon dan tindakan pada pasien.

2. *Respect*

Sikap dan perilaku hormat tenaga kesehatan terhadap pasien. Indikator *respect* adalah keramah-tamahan dan perhatian.

3. Empati

Sikap dan perilaku tenaga kesehatan untuk mau mendengarkan. Dimensi empati terkait dengan kebutuhan ego dan aktualisasi diri dari teori kebutuhan Maslow. Indikator empati adalah komunikasi interaktif, mau mendengarkan dan memahami keluhan pasien dan mau ikut membantu menyelesaikan untuk penyembuhan penyakitnya. Jadi pelayanan yang diberikan kearah pelayanan yang berfokus pelanggan (pemenuhan kebutuhan spesifik, yang sifatnya individual).

4. *Responsiveness*

Sikap dan perilaku tenaga kesehatan untuk segera melayani bila diperlukan. Indikator atau standar kecepatan adalah dinamis sesuai dengan perkembangan

tuntutan akan mutu. Waktu tunggu antar unit pelayanan (*response time*) juga merupakan ukuran indikator *responsiveness*.

2.4.5 Respons dan tindakan terapeutik dalam hubungan perawat-pasien.

Respons dan tindakan terapeutik perawat terhadap pasien terdiri dari 2 dimensi yaitu dimensi respons dan dimensi tindakan:

a. Dimensi respons

Dimensi respons perawat sangat penting pada awal berhubungan dengan pasien untuk membina hubungan saling percaya dan komunikasi yang terbuka. Respons ini terus dipertahankan sampai pada akhir hubungan.

Dimensi respons terdiri dari:

1) Kesungguhan

Perawat menyatakan melalui keterbukaan, kejujuran, ketulusan dan berperan aktif dalam berhubungan dengan pasien. Perawat berespons dengan tulus, tidak berpura-pura, mengekspresikan perasaan yang sebenarnya dan spontan.

2) *Respect*

Perawat menerima pasien apa adanya. Sikap perawat harus tidak menghakimi, tidak mengkritik, tidak mengejek atau tidak menghina. Rasa menghargai dapat dikomunikasikan melalui duduk diam bersama pasien yang menangis, minta maaf atas hal yang tidak disukai pasien, menerima permintaan pasien untuk tidak menanyakan pengalaman tertentu.

3) Empati

Empati merupakan kemampuan perawat ikut merasakan apa yang dirasakan oleh pasien. Perawat memandang permasalahan melalui pandangan pasien, merasakan melalui perasaan pasien dan kemudian mengidentifikasi masalah pasien serta membantu pasien mengatasi masalah tersebut. Mansfield (dikutip

oleh Stuart dan Sundeen, 1987) mengidentifikasi perilaku verbal dan non verbal yang menunjukkan tingkat empati yang tinggi sebagai berikut: memperkenalkan diri pada pasien, kepala dan badan membungkuk kearah pasien. Respons non verbal terhadap pendapat pasien khususnya pada kekuatan sumber daya pasien, kontak mata dan berespons pada tanda non verbal pasien (misalnya nada suara, gelisah, ekspresi wajah), menunjukkan perhatian dan minat serta kehangatan melalui ekspresi wajah, nada suara konsisten dengan ekspresi wajah dan respons non verbal.

4) Konkrit

Perawat menggunakan terminology yang spesifik, bukan abstrak, ini perlu untuk menghindari keraguan dan ketidak jelasan. Kegunaannya ada tiga, yaitu mempertahankan respons perawat terhadap perasaan pasien, pemberian penjelasan yang akurat oleh perawat dan mendorong pasien memikirkan masalah yang spesifik.

b. Dimensi tindakan

Dimensi tindakan tidak dapat dipisahkan dengan dimensi respons. Tindakan yang dilaksanakan harus dalam konteks kehangatan dan pengertian. Dimensi tindakan terdiri dari konfrontasi, ketanggapan, keterbukaan, emosional katarsis dan menjadi model peran.

1) Konfrontasi

Konfrontasi merupakan ekspresi perasaan perawat tentang perilaku pasien yang tidak sesuai. Carkhuff (dikutip Stuart dan Sundeen, 1987) mengidentifikasi tiga kategori konfrontasi, yaitu : ketidaksesuaian antara konsep diri pasien dengan keinginan atau ideal diri pasien, ketidaksesuaian antara ekspresi non verbal dan perilaku pasien dan ketidaksesuaian antara

pengalaman pasien dengan pengalaman perawat. Konfrontasi berguna untuk meningkatkan kesadaran pasien akan kesesuaian perasaan, sikap, kepercayaan dan perilaku. Konfrontasi dilakukan secara asertif, bukan marah atau agresif.

2. *Responsiveness* atau ketanggapan

Responsiveness atau ketanggapan berfokus pada interaksi dan hubungan perawat-pasien saat ini. Perawat sensitif terhadap perasaan pasien dan berkeinginan membantu dengan segera.

3. Keterbukaan

Perawat membuka diri tentang pengalaman yang berguna untuk terapi pasien. Tukar pengalaman ini memberi keuntungan pada pasien untuk mendukung kerjasama dan memberi sokongan. Menurut penelitian ditemukan bahwa peningkatan keterbukaan antara perawat-pasien menurunkan tingkat kecemasan.

4. Emosional katarsis

Emosional katarsis terjadi jika pasien diminta bicara tentang hal yang sangat mengganggu dirinya. Ketakutan, perasaan dan pengalaman dibuka dan menjadi topik diskusi antara perawat-pasien. Jika pasien mengalami kesukaran mengekspresikan perasaannya, perawat dapat membantu dengan mengekspresikan perasaannya jika berada pada situasi pasien. Jika pasien menyadari bahwa ia mengekspresikan perasaan dalam suasana yang diterima dan aman maka pasien akan memperluas kesadaran dan penerimaan dirinya.

5. Menjadi model peran

Menjadi model peran adalah melakukan peran pada situasi tertentu. Hal ini berguna untuk meningkatkan kesadaran dalam berhubungan dan kemampuan melihat situasi dari pandangan orang lain. Bermain peran menjembatani antara

perasaan dan perilaku, pasien merasa bebas mempraktekkan perilaku baru pada lingkungan yang aman. Perawat senantiasa harus mencoba berbagai teknik, cara dan sikap yang dapat meningkatkan efektivitas komunikasi dan hubungan perawat-pasien (Keliat, 1992).

2.5 Mekanisme komunikasi interaktif

1. Komunikasi klise.

Kata klise, artinya sudah biasa atau suatu kebiasaan. Komunikasi klise merupakan bentuk komunikasi personal yang bersifat kebiasaan dan tidak mengutamakan intensitas emosional sehingga memberikan kesan komunikasi basa basi. Komunikasi ini lebih mengutamakan faktor luar (*performance*), namun hanya dapat terjadi kalau subyek yang terlibat di dalamnya sudah terbiasa. dengan situasi yang memungkinkan terjadinya komunikasi klise.

2. Komunikasi obyektif

Kalau komunikasi klise lebih bersifat komunikasi internal emosional, komunikasi obyektif lebih bersifat eksternal. Komunikasi ini lebih cenderung mengambil obyek-obyek atau sesuatu yang disetujui oleh kedua belah pihak. Contoh: ngrumpi, ngrasani, keluhan penyakit.

3. Komunikasi *argumentative*.

Komunikasi yang didasari oleh hal-hal yang bersifat rasional. Komunikasi bisa mengarah pada perdebatan dan negoisasi.

4. Komunikasi dialogal.

Komunikasi yang berfokus pada relasi emosional, artinya aspek yang ditonjolkan dalam komunikasi adalah hubungan yang mengacu pada perasaan. Dalam komunikasi ini setiap subyek tidak saja memahami dan mengerti apa yang dikomunikasikan, tetapi lebih mengerti perasaan mitra dialog. Persyaratan komunikasi

dialogal adalah setiap peserta harus diterima sebagai subyek, tidak boleh obyek. Komunikasi dialogal tidak terjadi dengan sendirinya, melainkan melalui proses pembinaan dan penyempurnaan terus menerus. Setiap subyek harus menyadari bahwa setiap orang atau individu mempunyai kewajiban untuk saling menyempurnakan hubungan interaktif.

Tingkat komunikasi dapat dilihat pada gambar 2.3 berikut ini.



Sumber: Pemasaran interaktif, Bahan Kuliah, Universitas Airlangga, Supriyanto, 2005

Gambar 2.3 Tingkat komunikasi

Penjelasan dan tingkat komunikasi adalah sebagai berikut:

Lingkar di sebelah kiri adalah komunikator, sedangkan di sebelah kanan adalah komunikan terlibat dalam suatu komunikasi interaktif lapis pertama terjadi komunikasi klise. Pada lapis ke dua adalah komunikasi obyektif, selanjutnya komunikasi argumentatif, komunikasi yang melibatkan perasaan dan lapis yang paling dalam adalah komunikasi dialog.

2.6 Teknik komunikasi interaktif

Teknik komunikasi interaktif terdiri dari mendengarkan dengan aktif, pertanyaan terbuka, mengulang kembali, klarifikasi, refleksi, memfokuskan pembicaraan, membagi persepsi, identifikasi tema, diam, memberi saran, memberi kesempatan pada pasien untuk memulai pembicaraan dan memberi penghargaan atau *respect*.

1. Mendengarkan dengan aktif

Mendengar merupakan dasar utama dalam komunikasi, dengan mendengar perawat mengetahui perasaan pasien. Perawat harus menjadi pendengar yang aktif. Menjadi pendengar yang baik merupakan ketrampilan dasar dalam melakukan hubungan perawat-pasien. Selama mendengarkan, secara aktif perawat mengikuti apa yang dibicarakan pasien dan memberikan perhatiannya. Perawat memberikan tanggapan dengan tepat dan tidak memotong pembicaraan pasien. Perawat menunjukkan perhatian bahwa perawat mempunyai waktu untuk mendengarkan.

2. Pertanyaan terbuka

Pertanyaan yang tidak memerlukan jawaban ya dan mungkin, tetapi pertanyaan memerlukan jawaban yang luas, sehingga pasien dapat mengemukakan masalahnya, perasaannya dengan menggunakan kata sendiri atau dapat memberikan informasi yang diperlukan.

3. Mengulang kembali

Perawat mengulang sebagian pernyataan pasien dengan kata-kata sendiri, yang menunjukkan bahwa perawat mendengar apa yang dikatakan atau yang dikemukakan pasien. Apabila isi pikirannya tidak dimengerti maka pasien dapat mengulang kembali apa yang pernah diucapkannya, sehingga menjadi jelas.

5. Klarifikasi

Menjelaskan kembali ungkapan pikiran yang dikemukakan pasien yang kurang jelas bagi perawat, agar tidak terjadi salah pengertian.

6. Refleksi

Perawat mengulang kembali apa yang dibicarakan pasien untuk menunjukkan bahwa perawat mendengar dan mengerti apa yang dibicarakan pasien. Refleksi ini memberi kesempatan kepada pasien untuk memahami sikapnya sendiri, mengerti

perasaan dan kebingungan, keragu-raguan serta persepsinya yang benar, diungkapkan oleh orang lain dengan caranya sendiri. Teknik ini digunakan untuk membantu pasien dalam mengungkapkan masalahnya agar menjadi lebih jelas. Ketika pasien mengekspresikan perasaan dan idenya, maka perawat sebaiknya menghargai dan menerima serta merefleksikan perasaan dan ide tersebut.

7. Memfokuskan pembicaraan

Perawat membantu pasien untuk memfokuskan pembicaraan agar lebih spesifik dan terarah. Biasanya teknik ini diperlukan untuk mendapatkan informasi yang lebih mendalam tentang suatu masalah.

8. Membagi persepsi

Perawat mengungkapkan persepsinya tentang pasien dan meminta umpan balik dari pasien.

9. Identifikasi tema

Gunanya untuk meningkatkan pengertian dan mengeksplorasi masalah yang penting, menggali lebih dalam ide, pengalaman, masalah pasien yang perlu diketahui. Banyak pasien yang berbicara hanya hal yang ringan saja, seperti halnya pasien sedang menguji apakah perawat cukup tertarik untuk mengetahui lebih lanjut. Atau pasien menganggap bahwa pengalaman masa lalu seakan-akan tidak penting.

10. Diam

Diam yang positif dan penuh penerimaan merupakan media terapeutik yang sangat berharga karena dapat memotivasi pasien untuk berbicara, mengarahkan isi pikirannya kepada masalah yang dialaminya. Memberi waktu kepada pasien dalam menimbang alternatif tindakan yang perlu dilakukan dan memberi kesempatan untuk merasakan bahwa dirinya diterima sepenuhnya, meskipun pasien tetap berdiam diri atau merasa malu, tetapi pasien tetap merasa bahwa dirinya tetap berharga dan diterima.

Diam dapat mendorong atau menghambat komunikasi, sehingga perawat harus hati-hari dalam menggunakan teknik ini. Bagi pasien depresi diam bisa diartikan sebagai dorongan pengertian dan penerimaan.

11. Memberi informasi

Memberikan informasi kepada pasien mengenai berbagai hal yang tidak atau belum diketahuinya serta memberikan informasi yang diperlukan bila pasien bertanya. Bisa juga sebagai suatu cara untuk membina hubungan saling percaya dengan pasien sehingga menambah pengetahuan pasien yang akan berguna baginya untuk mengambil keputusan secara realistis. Misalnya perawat memperkenalkan diri pada pasien dan menerangkan tentang jam berkunjung serta apa yang akan pasien alami selama dirawat.

12. Memberi saran

Merupakan teknik komunikasi yang baik bila digunakan pada waktu yang tepat dan cara yang konstruktif, sehingga pasien bisa memilih.

13. Memberi kesempatan pada pasien untuk memulai pembicaraan

Memberikan pasien kesempatan untuk mengambil inisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Ciptakan suasana dimana pasien merasa terlibat penuh dalam suatu pembicaraan. Bagi pasien yang merasa ragu dan tidak pasti tentang peranannya dalam suatu interaksi, maka perawat dapat mengarahkan pasien.

14. *Respect* atau memberi penghargaan

Memberikan salam kepada pasien dengan menyebut namanya, menunjukkan kesadaran tentang perubahan yang terjadi, menghargai pasien sebagai manusia seutuhnya yang mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sendiri sebagai individu.

Perawat perlu menganalisa teknik yang tepat pada setiap komunikasi dengan pasien. Melalui komunikasi verbal dapat disampaikan informasi yang akurat, namun aspek emosi dan perasaan tidak dapat diungkapkan seluruhnya melalui komunikasi verbal. Dengan mengerti proses komunikasi dan mempunyai berbagai ketrampilan komunikasi, diharapkan perawat dapat memakai dirinya secara utuh (verbal dan non verbal) untuk memberi efek terapeutik pada pasien (Keliat, 1992 dan Purwanto, 1994).

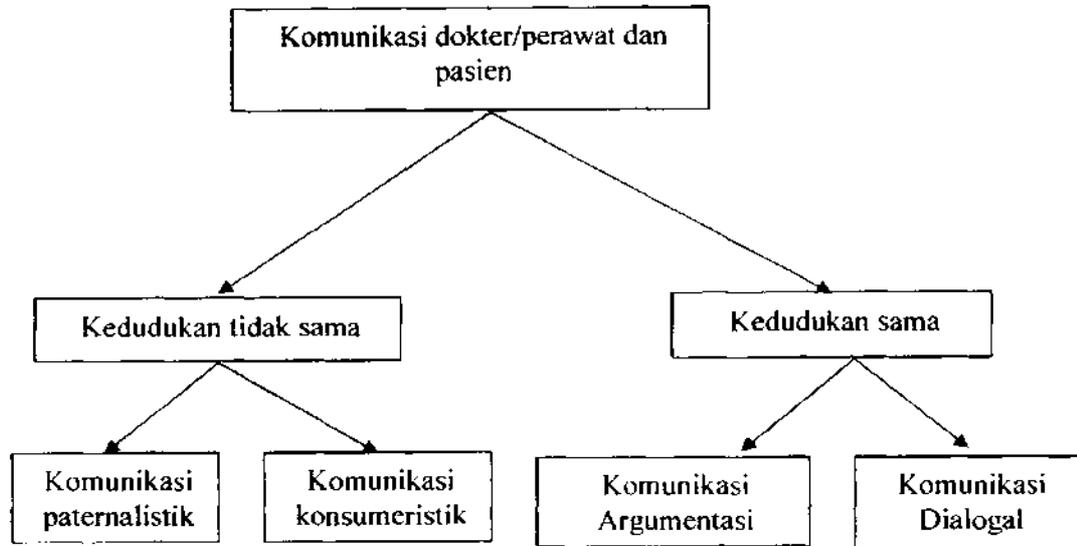
2.7 Komunikasi interaktif dokter-pasien

Komunikasi yang terjadi antara dokter dan pasien, dengan bentuk komunikasi langsung interpersonal, dianggap paling efektif dalam hal upaya mengubah sikap, pendapat, atau perilaku seseorang, karena sifatnya yang dialogis berupa percakapan. Dokter sebagai komunikator dapat mengetahui tanggapan komunikan saat itu juga, meliputi apakah komunikasinya itu positif atau negatif, berhasil atau tidak. Jika tidak berhasil komunikator dapat meyakinkan komunikan ketika itu juga karena ia dapat memberi kesempatan pada komunikannya untuk bertanya seluas-luasnya.

Komunikasi yang terjadi antara dokter dan pasien berdasarkan kesetaraan hubungannya dapat dibagi menjadi :

- a. Komunikasi paternalistik adalah komunikasi vertikal dimana tenaga kesehatan lebih dominan daripada pasien.
- b. Komunikasi konsumeristik adalah komunikasi vertikal dimana pasien lebih dominan daripada tenaga kesehatan.
- c. Komunikasi interaktif adalah komunikasi dimana kedudukan tenaga kesehatan dan pasien mempunyai kedudukan yang sama.

Penjelasan tentang macam komunikasi berdasarkan kesetaraan hubungan seperti penjelasan sebelumnya dapat digambarkan dalam diagram sebagai berikut:



Gambar 2.4 Macam Komunikasi Berdasarkan Kesetaraan Hubungan
(Supriyanto, 2003)

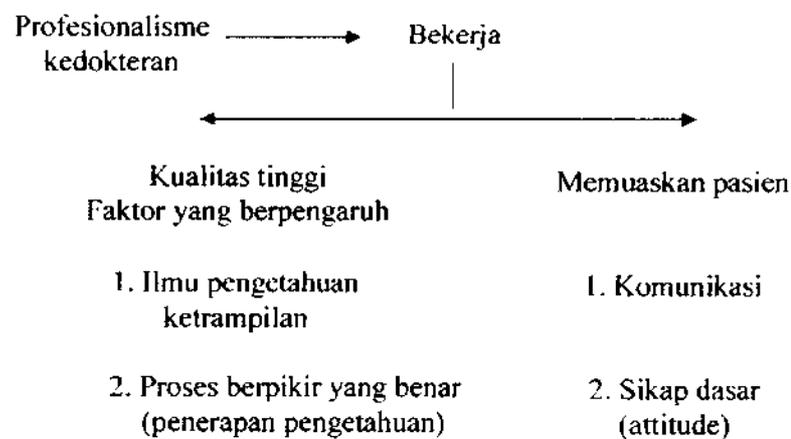
Loebis (2000), mengatakan bilamana komunikasi antara dokter dan pasien dilakukan atas dasar positif dengan tujuan mendidik dan membantu pasien maka akan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan serta berdampak pada kepuasan pasien yang meningkat.

Jones et al, seperti dikutip oleh Carroll et al (1993), berpendapat bahwa komunikasi yang baik antara dokter dan pasien adalah melakukan pertukaran informasi secara maksimum pada waktu dilaksanakan pelayanan kesehatan terhadap pasien.

Komunikasi interpersonal bersifat lebih akrab karena memiliki tujuan dan berfokus pada pasien yang membutuhkan bantuan. Dokter atau perawat secara aktif mendengarkan, penuh perhatian, segera memberikan tanggapan kepada pasien dengan menunjukkan sikap mau menerima, mendengarkan, dan memahami, sehingga dapat mendorong pasien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya.

Menurut Daldiyono, 2006 setelah dokter melakukan anamnese dan melakukan pemeriksaan jasmani langkah berikutnya adalah merumuskan masalah, pengkajian masalah, penentuan diagnosis. Setelah itu menyusun rencana asuhan medis berupa rancangan diagnosis, rancangan terapi dan rencana penyuluhan. Sampai disini yang berperan adalah proses berpikir, sedangkan proses bekerja adalah menuliskan kesemuanya itu dalam rekam medis. Proses berikutnya yang sangat penting adalah proses komunikasi antara dokter dan pasien dalam pelaksanaan rencana asuhan medis.

Apabila puncak berpikir dokter berada pada perumusan masalah dan penentuan diagnosis, maka puncak dokter bekerja sebenarnya adalah komunikasi dokter dan pasien. Barangkali kita tidak terlalu pandai, tetapi bila mahir dalam berkomunikasi dapat diharapkan tidak akan timbul permasalahan atau kekecewaan, maupun tuntutan dari pasien.



Gambar 2.5 Hasil akhir profesionalisme mutu tinggi dan memuaskan (Daldiyono.2006)

Komunikasi dokter dan pasien sudah dimulai sejak awal transaksi interaktif dan berlangsung terus-menerus sampai komunikasi interaktif berakhir. Bila dibagi dari sudut kronologi (tahapan) akan terlihat sebagai berikut :

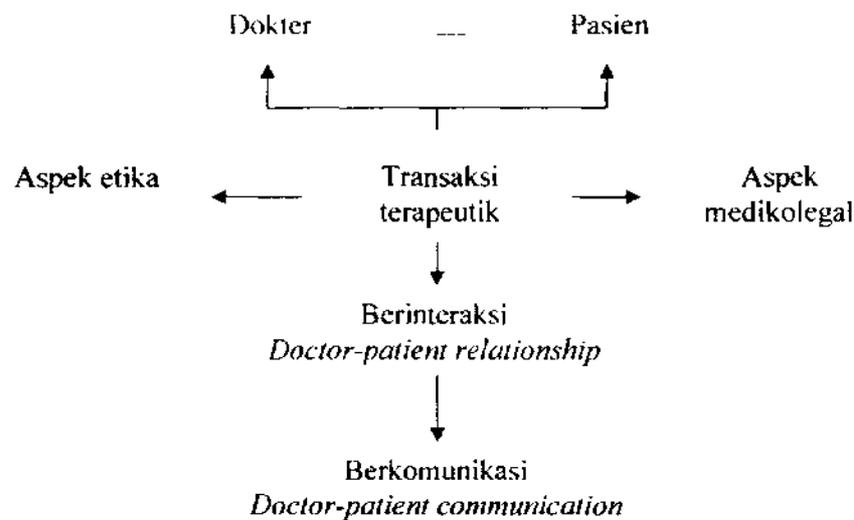
- a. Awali dengan salam

- b. Komunikasi mengumpulkan data klinik saat anamnesis dan pemeriksaan jasmani.
- c. Komunikasi dalam menjelaskan rencana asuhan medis
- d. Komunikasi dalam pelaksanaan rencana
- e. Komunikasi selama pemantauan
- f. Komunikasi pada hasil akhir atau evaluasi keseluruhan

Meskipun terdapat berbagai fase komunikasi, pembahasan tidaklah perlu satu persatu. Dapat dibahas secara kesatuan dalam suatu proses keseluruhan. Agar komunikasi berlangsung dengan baik diperlukan suatu ketrampilan komunikasi interpersonal.

2.7.1 Ruang lingkup keilmuan (*scientific prame work*)

Betapa pentingnya komunikasi dalam keseluruhan dokter bekerja, pada bagan di bawah dilukiskan posisi komunikasi tersebut dalam keseluruhan proses.



Gambar 2.6 Posisi komunikasi dokter pasien dalam transaksi interaktif (Daldiyono, 2006)

Dalam pelaksanaannya komunikasi dokter pasien setelah disusun rencana asuhan medis dengan sendirinya komunikasi yang akan dilakukan harus direncanakan dulu dan yang perlu dikerjakan oleh dokter adalah sebagai berikut:

1. Eksposisi

Yang dimaksud adalah menjelaskan pada pasien maupun keluarganya apa yang telah didapatkan dari anamnesis, pemeriksaan jasmani, ataupun pemeriksaan penunjang, serta masalah apa yang dirumuskan oleh dokter.

2. Memperhatikan reaksi pasien dan keluarganya.

Tahap ini sangat penting karena masuk dalam persiapan pemahaman pasien (keluarganya) terhadap dirinya sendiri. Ada suatu teori yang diajukan oleh Elizabeth Kubler-Ros tentang reaksi pasien terhadap berita (keputusan) dokter yang diberi rumus sebagai berikut:

D – *Denial*, menyangkal atau tidak percaya

A – *Anger*, kaget, rasa marah, bertanya-jawab, minta pembuktian

B = *Bargaining*, tawar-menawar

D = *Depression*

A = *Acceptance*, penerimaan

Fase ini sangat penting, kepribadian, kesabaran, serta bujuk rayu dokter kepada pasien sangat teruji. Pada kebanyakan kasus reaksi DABDA tidak terlihat, hanya timbul bila informasinya tidak menyenangkan pasien. Apabila pasien sangsi atau tidak menerima argumentasi dan tetap tidak menerima maka tidaklah dibenarkan dokter lepas tangan bahkan marah. Maka dianjurkan sikap dokter sebagai berikut:

- a. Menerima keputusan pasien (keluarganya) dengan pesan bila ada tanda bahaya misalnya makin lemas, tidak dapat minum/makan, segera menghubungi dokter atau saran melaksanakan rujukan ke rumah sakit. Dalam hal ini prinsip keselamatan dan kepentingan pasien adalah yang utama.
- b. Menganjurkan pasien berbicara dengan keluarga yang lain kemudian menghubungi dokter kembali.

c. Mengajukan pasien untuk mencari dokter lain untuk konfirmasi.

3. Menerangkan obat apa yang tertulis pada resep yang akan diberikan.

Hal ini sampai sekarang tidak pernah bahkan jarang dikerjakan oleh dokter di Indonesia banyak sekali kecmahan yang dilakukan oleh para dokter kalau tidak boleh disebut sebagai kecerobohan. Beberapa hal perlu disebut:

- a. Resep dibuat dengan tulisan yang sangat tidak jelas. Resep berarti permohonan agar diberi obat sesuai dengan yang tertulis.
- b. Setiap obat sebaiknya dijelaskan untuk tujuan apa.
- c. Apa yang dapat terjadi atau dirasakan bila obat dimakan.
- d. Sebaiknya diberitahu gejala kemungkinan efek samping yang mungkin timbul.

4. Menerangkan prosedur apa yang akan dikerjakan.

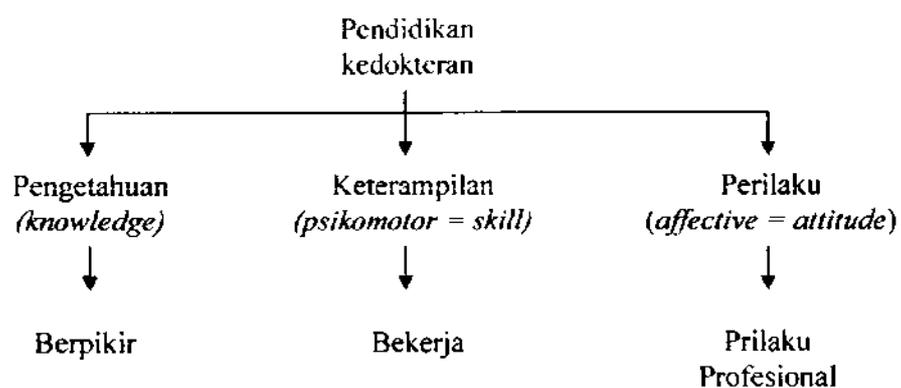
5. Kepada pasien ditanyakan apakah sudah paham dengan keterangan yang diberikan.

6. Mempersilahkan pasien mengambil keputusan sendiri.

2.7.2 Perilaku profesi dokter

Pendidikan khususnya pendidikan kedokteran, terdiri dari tiga ranah (*domain*) yaitu ranah pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), ranah perilaku (*attitude*).

Kaitan antara pendidikan dan aplikasi profesi dapat dilihat dalam bagan berikut:



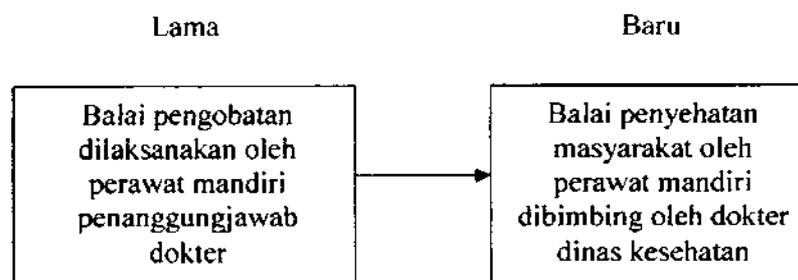
Gambar 2.7 Profesi kedokteran bekerja

(Daldiyono, 2006)

Pendidikan perilaku masih mengandalkan model suri teladan dari pendahulunya. Sedang diketahui bahwa tidak semua senior memiliki perilaku yang ideal menurut ukuran kode etik atau moralitas kewajaran. Dengan demikian belum dapat digambarkan model perilaku rata-rata dokter di Indonesia. Apabila kita membahas perilaku dalam kedokteran, yang dapat terlihat adalah perilaku profesional sehari-hari para dokter terhadap pasien.

2.7.3 Kemitraan dokter dan perawat di masyarakat

Kemitraan dokter dan perawat di masyarakat sudah dibicarakan dalam seminar "Legislasi Keperawatan dalam Praktik Keperawatan Profesional" 8 November 2001, yang diselenggarakan oleh Akademi Keperawatan Kharisma, Karawang. Dalam seminar tersebut penulis mengingatkan agar jangan terjebak pada konsep lama yaitu balai pengobatan yang dipimpin oleh seorang perawat dengan penanggungjawab seorang dokter namun perlu diubah menjadi konsep balai penyehatan masyarakat yang dipimpin oleh perawat mandiri yang dibimbing oleh seorang dokter. Agar upaya kesehatan masyarakat berlangsung terintegrasi dan komprehensif yaitu promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta mencegah kecacatan dokter yang membimbing adalah yang bekerja dalam sistem birokrasi (pejabat) dinas kesehatan setempat atau petugas puskesmas yang dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2.8 Kemitraan dokter dan perawat di masyarakat
(Daldiyono, 2006)

2.8 Keperawatan dan asuhan keperawatan

2.8.1 Pengertian dan konsep keperawatan

Pengertian Keperawatan di Indonesia menurut hasil Lokakarya Nasional Keperawatan tahun 1983 di Jakarta dalam Pesik, 1999 adalah sebagai berikut: Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

Keperawatan yang komprehensif menurut Gaffar (1999) adalah memperhatikan pasien sebagai individu, keluarga dan masyarakat dengan membantu mengadakan penyesuaian diri yang dibutuhkan akibat penyakit yang dideritanya sehingga mampu melaksanakan aktivitas sehari-hari. Keperawatan mengakui dan menghargai keluhuran martabat manusia, tidak membedakan jenis kelamin, umur, warna kulit, ras, agama, bangsa, kepercayaan dan tingkat sosial budaya termasuk ekonomi. Keperawatan merupakan ilmu terapan yang menggunakan ketrampilan intelektual, Ketrampilan teknis dan ketrampilan interpersonal serta menggunakan proses keperawatan dalam membantu pasien mencapai tingkat kesehatan optimal.

Sebagai suatu profesi, keperawatan memiliki falsafah yang bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan. Dalam hal ini, pertama keperawatan menganut pandangan yang holistik terhadap manusia yaitu keutuhan manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosial dan spiritual. Kedua, kegiatan keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistik dalam arti menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada pasien serta menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia. Ketiga, keperawatan bersifat universal dalam arti tidak

dibedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik agama, aliran politik dan status ekonomi sosial. Keempat, keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan serta kelima, bahwa keperawatan menganggap pasien sebagai partner aktif dalam arti perawat selalu bekerjasama dengan pasien dalam pemberian asuhan keperawatan.

2.8.2 Proses Keperawatan

Proses keperawatan terdiri atas pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Gaffar, 1999). Dengan proses keperawatan, perawat memakai latar belakang pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah dan diagnosis, merencanakan intervensi, mengimplementasikan rencana dan mengevaluasi intervensi keperawatan (Keliat, 1994)

Proses keperawatan berfungsi sebagai:

- a. Sebagai kerangka berpikir untuk fungsi dan tanggung jawab keperawatan dalam ruang lingkup yang sangat luas.
- b. Sebagai alat untuk mengenal masalah pasien, merencanakan secara sistematis, melaksanakan rencana dan menilai hasil.

Dalam melaksanakan proses keperawatan seorang perawat harus memiliki beberapa kemampuan antara lain:

- a. Kecakapan intelektual, yang memungkinkan perawat mampu membuat keputusan dan berpikir secara kritis dalam memecahkan masalah pasien.
- b. Ketrampilan dalam berhubungan antar manusia yang memudahkan perawat dalam mengadakan hubungan baik dengan pasien maupun anggota tim kesehatan lainnya.

- c. Kemampuan teknis keperawatan, merupakan kunci keberhasilan dalam memberikan asuhan keperawatan, mulai dari pengkajian masalah, menyusun rencana perawatan, melaksanakan tindakan dan prosedur keperawatan secara menyeluruh baik fisik, mental, sosial, spiritual dan mengevaluasi hasil tindakan keperawatan (Effendy, 1995).

2.8.3 Pengertian asuhan keperawatan

Menurut Sukanda, 1997 dalam Pesik, 1999 asuhan keperawatan (*nursing care*) adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik etiket keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang dilaksanakan oleh tenaga keperawatan. Mutu asuhan keperawatan sangat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan dan bahkan sering menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan dimata masyarakat. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, diperlukan alat ukur yaitu standar asuhan keperawatan yang berfungsi sebagai pedoman maupun tolak ukur dalam pelaksanaan praktek keperawatan. Guna memenuhi kebutuhan adanya standar asuhan keperawatan sebagai pedoman dan sebagai dasar evaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan telah diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 660/menkes/SK/IX/1987 yang dilengkapi Surat Edaran Direktur Jenderal Pelayanan medik nomor 105/Yan.Med/RS.Umdik/Raw/1/88 tentang Penerapan Standar Praktek Keperawatan Bagi Perawat Kesehatan di Rumah Sakit (Tim Depkes RI, 1994).

Lingkup standar asuhan keperawatan meliputi (I) standar falsafah keperawatan, (II) standar tujuan keperawatan, (III) pengkajian keperawatan, (IV) diagnosa keperawatan, (V) perencanaan keperawatan, (VI) intervensi keperawatan, (VII) evaluasi keperawatan dan (VIII) catatan asuhan keperawatan. Intervensi keperawatan meliputi prosedur keperawatan umum bagi 14 komponen unsur keperawatan yaitu: (1) memenuhi kebutuhan oksigen, (2) memenuhi kebutuhan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, (3) memenuhi kebutuhan eliminasi, (4) memenuhi kebutuhan keamanan, (5) memenuhi kebutuhan kebersihan dan kenyamanan fisik, (6) memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur, (7) memenuhi kebutuhan gerak dan kegiatan jasmani, (8) memenuhi kebutuhan spiritual, (9) memenuhi kebutuhan emosional, (10) memenuhi kebutuhan komunikasi, (11) mencegah dan mengatasi reaksi psikologis, (12) memenuhi kebutuhan pengobatan dan membantu proses penyembuhan, (13) memenuhi kebutuhan penyuluhan dan (14) memenuhi kebutuhan rehabilitasi.

Penelitian ini memfokuskan pada standar VI yaitu intervensi keperawatan pada unsur pemenuhan kebutuhan emosional dan pemenuhan kebutuhan komunikasi.

Pemenuhan kebutuhan emosional dan komunikasi antara lain:

1. Secara langsung/lisan dengan kriteria:
 - a. Memanggil pasien sesuai dengan nama dan statusnya
 - b. Menampilkan sikap sopan dan ramah
 - c. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti
 - d. Memperhatikan dan mendengarkan keluhan pasien
 - e. Menyampaikan informasi secara jelas, lengkap dan tepat waktu
 - f. Memotivasi pasien untuk mengemukakan perasaannya
 - g. Observasi respon pasien
2. Menggunakan isyarat dengan kriteria :

- a. Memahami isyarat dari pasien
- b. Memberi respon dengan isyarat yang dipahami pasien.

2.8.4 Sikap profesional perawat

Profesi perawat oleh banyak orang disebut sebagai tugas yang mulia tetapi juga berat. Pilihan untuk memilih profesi keperawatan berarti memilih untuk suatu pendidikan tertentu (Stevens, 2000). Dalam Undang-undang Kesehatan nomor 23 tahun 1992 disebutkan perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Seorang perawat dikatakan profesional jika memiliki ilmu pengetahuan, ketrampilan keperawatan profesional serta memiliki sikap profesional sesuai kode etik profesi (Gaffar, 1999).

Stevens, 2000 menyebutkan beberapa dasar pengertian yang dapat dikenal dari sikap profesional seorang perawat yaitu perasaan terlibat, *respect*, empati dan kesungguhan.

1. Keterlibatan

Merawat orang sakit harus merasa terlibat dengan pasien. Keterlibatan dapat dilukiskan sebagai perhatian yang aktif terhadap pribadi pasien. Sebagai perawat tidak boleh mengambil sikap menunggu, tapi harus aktif mengambil inisiatif yang tertuju pada pasien.

2. *Respect*

Menunjukkan *respect* berarti bersabar dan ikut memperhitungkan kemungkinan dan keterbatasan pasien, *respect* akan memberikan kepercayaan. Pasien merasa dirinya dihargai sebagai manusia dan tidak takut dirinya akan dicemoohkan. Sikap penuh rasa hormat juga berarti menjaga jarak tertentu dengan pasien. Dari sikap itu terlihat bahwa pasien dianggap tidak sebagai teman, tapi sebagai manusia yang punya

hubungan sederajat dalam relasi dan tugas. Dari relasi yang terbuka dan penuh rasa hormat memungkinkan perawat untuk mendampingi orang lain, menghibur dan penuh rasa hormat memungkinkan perawat untuk mendampingi orang lain, menghibur dan menguatkan. Membangkitkan *respect* terhadap seseorang bahwa orang itu diberi ruang untuk dapat menentukan pendiriannya.

3. Empati

Empati berarti ikut merasakan, kemampuan untuk ikut merasakan situasi orang lain. Ini juga berarti menempatkan diri sebagaimana yang dialami orang yang bersangkutan dan sebagaimana situasi itu terlihat menurut pandangannya. Pengertian ikut merasakan tidak begitu saja timbul. Perawat harus ikut terlibat dan kemudian harus ada suatu perhatian yang aktif untuk orang yang bersangkutan dan memberi ruang gerak yang cukup.

4. Kesungguhan

Kesungguhan dalam sikap dan tingkah laku berarti bahwa perawat tidak memainkan peranan yang dibuat-buat. Perawat memperlihatkan diri sebagaimana adanya. Untuk itu perawat harus terbuka tentang yang dialami, tentang kebenaran, pendapat, pertimbangan dan perasaannya. Jika sikap perawat tidak sungguh-sungguh, dibuat-buat, maka tidak dapat menyatakan keterlibatan yang sejujurnya, *respect* yang sungguh dan empati yang jujur.

Persepsi masyarakat terhadap perawat adalah bahwa di dalam profesi perawat terdapat berbagai sifat baik dari pelayanan dan kesetiaan dengan imbalan uang yang sangat sedikit. Salah satu gambaran ekstrim yang dimiliki masyarakat terhadap seorang perawat adalah seorang malaikat penolong yang menyelamatkan hidup sebagai pekerjaannya sehari-hari dan bekerja serta tidak menuntut pengakuan dari pelayanan ini. Kualitas kemurnian dan kebaikan seperti orang suci, aktual ataupun

bayangan dalam individu perawat. Persepsi masyarakat tentang seorang perawat adalah sebuah isu yang cukup penting. Perawat adalah pemain utama dalam sebuah tim kesehatan yang multidisiplin, yang memajukan dan memperbaiki kesehatan masyarakat (Ellis, 2000).

Iyer Patricia W. et al. (1986) dalam Damayanti (2000) mengkategorikan peran dan fungsi perawat sebagai berikut:

- a. Fungsi *dependent* (fungsi terapeutik) adalah tindakan keperawatan yang merupakan pelimpahan tugas dari profesi lain yaitu dokter atau dengan kata lain fungsi perawat dalam hal melaksanakan program dokter (*medical order*).
- b. Fungsi *interdependent* (koordinasi dan kolaborasi) adalah tindakan keperawatan yang bekerjasama dengan tenaga kesehatan lain misalnya ahli gizi, physiotherapis dan sejenisnya.
- c. Fungsi *Independent* atau *caring role* atau *maternal role* (fungsi mandiri) adalah tindakan mandiri perawat berdasarkan pendidikan dan pengalamannya secara normatif, proporsi fungsi *independent* adalah yang terbesar.

2.8.5 Hubungan perawat dan pasien

Merawat pada dasarnya merupakan hubungan timbal balik dan dinamis antara perawat dan pasien. Hubungan perawat-pasien merupakan faktor penentu utama bagi efektivitas intervensi keperawatan. Pasien menjadi mitra penuh didalam perawatan, dimana mereka dan orang terdekat mereka sekarang ini diberdayakan untuk ikut terlibat sepenuhnya dalam setiap proses pembuatan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan mereka. Perawat harus mengenal dan menghargai keunikan dan martabat setiap pasien dan berespons terhadap kebutuhan perawatan mereka, terlepas dari asal etnik, kepercayaan, agama, sifat-sifat pribadi, sifat masalah kesehatan mereka dan semua faktor lain. Segala perubahan dapat terjadi, namun satu unsur yang tetap

bertahan, yaitu hubungan yang akrab dan bersifat unik antara perawat dan pasien. Untuk mencapai kehangatan dan ketulusan dalam hubungan perawat-pasien diperlukan penciptaan suatu iklim dimana pasien merasa aman, dimana terjadi saling membagi pemahaman, pendapat dan pikiran. Ketrampilan interpersonal dan terapeutik yang pada awalnya dianggap sebagai bagian keperawatan psikiatri dan mental sekarang diyakini berkaitan dengan semua area perawatan (Ellis, 2000).

Dalam konteks hubungan perawat-pasien, perawat dapat berperan sebagai konselor pada saat pasien mengungkapkan kejadian dan perasaan tentang penyakitnya. Perawat dapat pula berperan sebagai pengganti orang tua, saudara kandung atau teman bagi pasien dalam mengungkapkan perasaannya. Dalam konteks hubungan perawat-pasien maka setiap hubungan harus didahului dengan kontrak dan kesepakatan bersama dimana pasien mempunyai peran sebagai pasien dan perawat sebagai perawat (Priharjo, 1995).

2.8.6 Kiat keperawatan

Profesi keperawatan membantu individu secara utuh, bukan hanya merawat penyakitnya, tetapi lengkap semua aspek yaitu bio-psiko-sosial (Keliat, 1994). Dalam Gaffar (1999) kiat keperawatan (*nursing arts*) lebih difokuskan pada kemampuan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan sentuhan seni dalam arti menggunakan kiat-kiat tertentu dalam upaya memberikan kepuasan dan kenyamanan pada pasien. Kiat-kiat dalam keperawatan adalah:

- a. *Nursing is caring*, artinya perawat berperan dalam pemberian asuhan keperawatan. Perawat harus memperlihatkan bahwa dalam pemberian asuhan keperawatan tidak dikenal pasien atau kasus pribadi, semua pasien diperlakukan sama.

- b. *Nursing is sharing*, berarti dalam pemberian asuhan keperawatan, perawat selalu melakukan *sharing* atau diskusi antara sesama perawat lainnya dan kepada pasien.
- c. *Nursing is laughing*, yang berarti perawat meyakini bahwa senyum merupakan suatu kiat dalam asuhan keperawatan untuk meningkatkan rasa nyaman pasien.
- d. *Nursing is crying*, artinya perawat menerima respon emosional dari perawat atau orang lain sebagai sesuatu hal yang biasa pada situasi senang atau duka.
- e. *Nursing is touching*, artinya perawat dapat menggunakan sentuhan untuk meningkatkan rasa nyaman, misalnya menyentuh pasien ketika mengatakan memahami apa yang akan dilakukan untuk menolong pasien.
- f. *Nursing is helping*, berarti bahwa asuhan keperawatan dilakukan untuk menolong pasien dengan sepenuhnya memahami kondisinya.
- g. *Nursing is believing in others*, artinya perawat meyakini bahwa orang lain memiliki hasrat dan kemampuan untuk meningkatkan status kesehatan.
- h. *Nursing is trusting*, mengandung arti bahwa perawat harus menjaga kepercayaan pasien yaitu dengan menjaga mutu asuhan keperawatan.
- i. *Nursing is believing in self*, yaitu perawat yakin bahwa dirinya memiliki pengetahuan dan mampu untuk menolong orang lain dalam memelihara kesehatannya.
- j. *Nursing is learning*, artinya perawat selalu belajar atau mengembangkan pengetahuan dan ketrampilan keperawatan professional melalui asuhan keperawatan yang dilakukan.

- k. *Nursing is respecting*, artinya perawat memperlihatkan rasa hormat dan penghargaan kepada pasien dan keluarganya dengan menjaga kepercayaan dan rahasia pasien.
- l. *Nursing is listening*, bermakna bahwa perawat harus mau menjadi pendengar yang baik ketika pasien berbicara atau mengeluh.
- m. *Nursing is doing*, berarti perawat melakukan pengkajian dan intervensi keperawatan berdasarkan pengetahuannya untuk memberikan rasa aman dan nyaman serta asuhan keperawatan secara komprehensif.
- n. *Nursing is feeling*, berarti perawat dapat menerima, merasakan dan memahami perasaan duka, senang, frustrasi dan rasa puas pasien.
- o. *Nursing is accepting*, yang berarti bahwa perawat harus menerima diri sendiri sebelum dapat menerima orang lain.

Pelayanan keperawatan dikatakan bersifat komprehensif jika asuhan keperawatan yang diberikan bersifat menyeluruh meliputi aspek biologi, psikologi, sosial dan spiritual. Hal ini berarti dalam memberikan asuhan keperawatan perawat tidak hanya mampu memenuhi aspek biologi atau penyakit fisiknya saja, tetapi juga meliputi aspek psikologi, sosial dan spiritual. Dalam merawat pasien perawat tidak hanya merawat penyakitnya saja tetapi harus memenuhi kebutuhan sosial seperti perasaan mencintai dan dimiliki, mencintai dan dicintai. Aspek psikologis seperti kebutuhan harga diri yang positif. Sedangkan kebutuhan spiritual yang harus dipenuhi seperti kebutuhan melakukan ibadah sesuai dengan agama dan keyakinan yang dianutnya.

2.8.7 Komunikasi interaktif perawat dan pasien

Model keperawatan saat ini dalam Abraham dan Shanley (1997) mengusulkan definisi peran antara perawat dan pasien yang memprioritaskan pemahaman terhadap

kebutuhan pasien. Interpretasi dan perasaan pasien dihargai sebagai faktor yang mungkin berpengaruh pada masalah-masalah yang muncul dan juga penyelesaian masalahnya. Model keperawatan ini meletakkan dasar bagi komunikasi terbuka antara perawat dan pasien dalam keterlibatan perawat yang efektif. Proses keperawatan lebih lanjut menekankan pentingnya komunikasi, pengkajian dan evaluasi bersandar pada komunikasi yang memperhatikan pengalaman dan kebutuhan pasien. Perencanaan bersama tergantung pada komunikasi yang rinci untuk mencapai pemahaman bersama dan komitmen antara perawat dengan pasien serta banyak intervensi juga tergantung pada kualitas komunikasi perawat dengan pasien.

Abraham dan Shanley (1997) juga menyatakan penelitian tentang kecemasan pasien telah menunjukkan bahwa intervensi psikologis dapat jadi bagian terpenting dalam merawat pasien. Menanggapi reaksi psikologis pasien membutuhkan komunikasi khusus antara perawat-pasien. Komunikasi dimana perawat memerlukan waktu untuk menanyakan dan mendengar ketakutan, kekhawatiran, keyakinan mengenai kesehatan dan keadaan pasien sendiri. Hal ini termasuk memberikan dukungan emosional pada pasien dan memberikan informasi yang diarahkan langsung pada perawatan psikologis. Komunikasi semacam ini merupakan hal pokok dalam perawatan dan disebut sebagai perawatan informasional. Komunikasi yang ditujukan untuk menolong pasien untuk melakukan koping secara efektif terhadap kondisi mereka merupakan hal penting sebelum perawat dapat berkomunikasi mengenai tindakan pencegahan ataupun ketaatan. Tenaga kesehatan sering tergoda untuk mengesalkan kecemasan pasien dengan tidak memberitahukan seluruh kebenaran prognosis atau efek samping pengobatan. Bukti yang ada mengatakan bahwa stres disebabkan kurangnya informasi. Menyembunyikan informasi bagi pasien adalah bukan berdasarkan demi kepentingan pasien. Perawatan informasional menuntut

komunikasi terbuka dan dukungan dalam menerima kabar buruk. Pasien yang tidak diberi penjelasan yang memadai akan menjurus kepada kecemasan dan stress tambahan yang selanjutnya akan memperparah masalah komunikasi (Ellis, 2000).

Banyak penelitian menunjukkan bahwa komunikasi yang tepat dapat mengurangi kecemasan pasien, intervensi berdasarkan komunikasi dapat mengurangi kecemasan, rasa nyeri, penggunaan analgetika dan lama rawatan di rumah sakit bagi pasien yang mengalami operasi. Abraham dan Shanley (1997) mengutip Weinman dan Johnstone (1988) menyatakan pentingnya mengidentifikasi berbagai sifat kecemasan pasien dan menyediakan informasi yang sesuai dalam waktu yang tepat. Mathews dan Ridgeway (1984) dalam Abraham dan Shanley (1997) membagi intervensi berdasarkan komunikasi sebagai berikut:

- a. Informasi prosedural yang membantu pasien memahami apa yang sebenarnya terjadi selama dalam satu prosedur.
- b. Informasi sensasi yang membantu pasien mengantisipasi bagaimana atau apa yang sebenarnya akan mereka rasakan selama atau sesudah suatu prosedur.
- c. Informasi instruksional yang membantu pasien mengontrol tindakan atau tingkah laku mereka secara tepat.
- d. Latihan relaksasi yang membantu mereka rileks perlahan-lahan dan mengurangi ketegangan otot.
- e. Latihan penanggulangan kognitif yang membantu pasien mengantisipasi dan menghadapi respon psikologis.

Kepastian informasi dapat efektif mengurangi kecemasan pasien dan mempercepat penyembuhan. Meskipun beberapa bukti menyarankan bahwa intervensi yang berdasar pada komunikasi adalah efektif pengaruhnya dalam klinik perawatan, pada kenyataannya tidak begitu banyak dilakukan. Hal ini mungkin karena para

perawat memang memiliki kesulitan pribadi dalam memulai komunikasi terbuka dengan pasiennya (Abraham dan Shanley, 1997).

2.8.8 Peran perawat profesional di masa mendatang

Menurut Nursalam, 2001 pelayanan keperawatan di masa mendatang harus dapat memberikan *consumer minded* terhadap pelayanan yang diterima. Hal ini didasarkan pada "*trends*" perubahan saat ini dan persaingan yang semakin ketat. Oleh karena itu perawat diharapkan dapat mendefinisikan, mengimplementasikan dan mengukur perbedaan bahwa praktek keperawatan harus dapat sebagai indikator terpenuhinya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang profesional di masa depan. Sementara itu kualitas layanan keperawatan di masa mendatang belum jelas, maka perawat profesional di masa mendatang harus dapat memberikan dampak yang positif terhadap kualitas sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

Ada 4 hal yang harus dijadikan perhatian utama keperawatan di Indonesia: (1) Memahami dan menerapkan peran perawat, (2) Komitmen terhadap identitas keperawatan, (3) Perhatian terhadap perubahan dan *trens* pelayanan kesehatan kepada masyarakat, dan (4) Komitmen dalam memenuhi tuntutan tantangan sistem pelayanan kesehatan melalui upaya yang kreatif dan inovatif. Implikasi pelayanan keperawatan di masa mendatang dapat dijawab dengan menterjemahkan tuntutan masyarakat akan pelayanan keperawatan yang profesional berdasarkan " Profil Perawat Profesional dan Millenium" tersebut di bawah ini. Karakteristik " *Nurse Millenium*" yang diharapkan adalah:

C = <i>Career</i>	A = <i>Activity</i> ,
R = <i>Role</i>	E = <i>Enhancement</i> .

Keterangan:**C = Career**

Perawat harus memiliki dasar pendidikan dan keahlian yang memadai. karena dengan dasar pendidikan dan keahlian yang tinggi sebagai indikator jaminan kualitas layanan kepada konsumen dan menghindarkan dari kesalahan-kesalahan yang fatal. Perawat juga dituntut untuk menguasai konsep manajemen secara keseluruhan, khususnya manajemen keperawatan. Di masa depan, bukanlah sesuatu yang aneh apabila seorang perawat menduduki jabatan sebagai top menejer di sistem pelayanan kesehatan di Indonesia.

A = Activity

Perawat harus memahami tentang semua tindakan yang dilakukan, baik dari segi keilmuan, maupun etik dan moral keperawatan. Hal ini sesuai dengan tuntutan masa depan akan pelaksanaan pelayanan keperawatan yang profesional.

R = Role

Dalam melaksanakan perannya di masa depan, perawata dituntut mampu bekerja sama dengan profesi lain. Oleh karena itu perawat harus dapat membedakan peran yang dimaksudkan.

E = Enhancement.

Prinsip utama asuhan keperawatan adalah pengembangan diri secara terus-menerus seiring dengan perkembangan jaman yang dinamis, berubah setiap saat. Perawat dituntut untuk menunjukkan independensi dalam memberikan asuhan dan tumbuhnya rasa percaya diri yang tinggi. Hal ini bisa ditempuh dengan mempersiapkan dan membekali diri yang baik yang berhubungan dengan penghargaan, memang dipandang kurang layak standar pemberian gaji bagi

perawat di pelayanan, khususnya yang berhubungan dengan insentif layanan bagi perawat yang bekerja di instansi pemerintah. Maka di masa depan perlu diperjuangkan dan di tata tentang sistem pemberian penghargaan khususnya berupa jasa pelayanan.

Yang terpenting dimasa depan bagi seorang perawat, yaitu dalam memberikan asuhan keperawatan harus didasarkan pada ilmu yang dipelajari dan tepat dalam mengaplikasikan tugas pekerjaannya. Artinya, ilmu keperawatan yang ada harus diidentifikasi dengan kondisi budaya, agama yang berbeda, agar dapat diterapkan di Indonesia. Untuk menghindari kesalahan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien maka perlu dilakukan tindakan keperawatan dengan prinsip CWIPAT:

<p>C = Check the orders & equipment W = Wash your hands I = Identify the patient P = Provide for safety & privacy A = Asses the problem T = Tell the person or teach the patient about what you are going to do (Alfaro, 1998 dalam Nursalam, 2001)</p>

2.8.9 Hambatan komunikasi dengan pasien

Pasien dengan masalah kesehatan fisik juga dapat mengalami pengaruh pada kapasitas komunikasinya. Tanggapan-tanggapan psikologis pasien terhadap kondisi mereka (misalnya rasa nyeri) dan lingkungan perawatan dapat mempengaruhi ingatan mereka dan menyebabkan penolakan pasien dalam berkomunikasi dengan perawat. Kecemasan merupakan salah satu dari kebanyakan reaksi umum terhadap penyakit dan pengobatan atau pemeriksaan. Jika kekhawatiran ini tidak dibicarakan maka akan mengganggu komunikasi antara perawat dan pasien. Kecemasan yang diabaikan juga menyebabkan kegagalan dalam mengenal isi pesan dan memori sehingga pasien tidak memahami atau mengingat instruksi, nasehat atau penjelasan perawat. Kegagalan

dalam mendiagnosis dan memantau kecemasan pasien dapat sangat mengganggu komunikasi perawat pasien (Abraham dan Shanley, 1997). Peristiwa masuk rumah sakit itu sendiri sudah menimbulkan stress dan paling sering disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif. Pasien dan orang dekatnya mungkin diberi informasi dalam bentuk yang tidak mereka mengerti (istilah medis). Mereka tidak mampu untuk cukup asertif untuk meminta penjelasan dan akibatnya stress mereka meningkat karena kurangnya pemahaman. Setiap stress baik yang terbuka atau disembunyikan harus dihadapi dengan benar untuk meningkatkan komunikasi yang optimum dalam hubungan pengasuhan (Ellis, 2000).

Menurut Nursalam, 2001 hambatan yang terjadi selama mendengarkan secara aktif ada dua penyebab yaitu internal dan eksternal.

a. Hambatan internal meliputi:

1. Pandangan atau pendapat klien berbeda dengan persepsi petugas
2. Cara bicara klien atau penampilan klien berbeda
3. Klien dalam keadaan cemas atau kesakitan
4. Petugas merasa tidak senang dengan klien
5. Petugas memikirkan sesuatu hal yang lain
6. Petugas merasa terburu-buru
7. Klien mengebu-gebu dalam bertanya

b. Hambatan eksternal meliputi:

1. Suara yang gaduh dari peralatan
2. Pembicaraan (suara gaduh), TV dan lain-lain
3. Kurang kerahasiaan
4. Ruang atau tempat yang tidak memadai untuk berbicara
5. Adanya interupsi atau pertanyaan dari petugas lainnya

Penelitian telah membuktikan bahwa pemahaman pasien terhadap terminologi medis yang digunakan oleh para perawat adalah terbatas. Perawat harus sangat berhati-hati dalam menilai pemahaman pasien terhadap tubuh mereka dan proses penyakit sebelum membicarakan masalah-masalah tersebut. Penggunaan bahasa teknis yang tidak tepat dapat juga berdampak penting bagi perasaan pasien tentang diri mereka, persepsinya terhadap para perawat dan jenis hubungan yang mereka harapkan. Penggunaan bahasa profesional yang sesuai dengan pemahaman pasien merupakan hal penting bagi kesuksesan pembinaan hubungan dan kepuasan pasien (Abraham dan Shanley, 1997). Perbedaan bahasa yang diakibatkan oleh penggunaan istilah atau ungkapan teknis antara pasien dan perawat dapat mempengaruhi komunikasi. Beberapa kata juga memiliki kesan yang menakutkan bagi pasien. Kurangnya pemahaman ini mencetuskan stress dan berakibat pada masalah komunikasi yang lebih besar lagi (Ellis, 2000).

Perawat mungkin mencoba mengkompensasi keterbatasan komunikasi dokter-pasien, namun komunikasi perawat juga merupakan masalah. Beberapa penelitian secara konsisten menggarisbawahi ketidakadekuatan komunikasi perawat-pasien, komunikasi perawat-pasien gagal menyediakan perawatan informasional. Gaya komunikasi yang berfokus pada tugas dan bukan berfokus pada pasien mengurangi kelangsungan hubungan dan perawatan perseorangan. Pada saat pasien mengenalkan masalah mereka, mereka mungkin diabaikan. Perawat mungkin mengalihkan diri secara tidak relevan dari masalah pasien, MacLeod Clark (1981) menyatakan berbagai respons stereotip seperti itu sebagai *nurse ese*. *Nurse ese* secara jelas tidak mengarah pada pelaksanaan perawatan informasional dan menurunkan tujuan keperawatan holistik.

Terdapat penemuan bahwa perhatian yang baik dari perawat terhadap komunikasi perawat-pasien diturunkan oleh keterbatasan waktu dan staf. *Nurse ese* merupakan cara yang efektif untuk menghilangkan interaksi yang mungkin melepaskan perawat dari tanggung jawab peran utamanya. Perawat mengontrol dan membatasi komunikasi pasien dalam upaya melindungi diri mereka sendiri dan waktu mereka dari gangguan aspek periferal interaksi perawat-pasien. Suatu pendekatan untuk meningkatkan komunikasi adalah memperbanyak waktu yang dialokasikan pada permasalahan ini dalam program pendidikan keperawatan. Fokus pada hubungan antara definisi pada peran perawat, komunikasi perawat-pasien, keyakinan dan perilaku sehat pasien pada suatu pelatihan dasar akan memperjelas fungsi komunikasi. Pembelajaran seperti itu dapat ditingkatkan dengan memberikan perhatian yang lebih besar pada pengajaran dan praktek ketrampilan komunikasi berpusat pada pasien (Abraham dan Shanley, 1997).

2.9 Mutu jasa kesehatan

Supriyanto (2003) menyebutkan bahwa mutu selalu berkembang sesuai dengan tuntutan teknologi, pelanggan, persaingan yang ada. Di Amerika ada tiga tokoh mutu yaitu **P. Crosby** *quality Conformance to (customer) requirements*, **Deming** *... .. quality top management must satisfy customer needs*, **Jurax**, *quality fitness for use*. Semua tersebut mengarah pada pemenuhan kebutuhan dan harapan pelanggan, yang akhirnya pada kepuasan pelanggan.

Filosofi Dasar Pelayanan Kesehatan adalah *To Cure Sometimes; To Relief Often; To Comfort Always*. Ini berarti bahwa kenyamanan pasien adalah hal yang selalu harus dijalankan oleh petugas layanan kesehatan, tanpa membedakan tugas dan fungsi pokoknya. Klien baik rawat jalan maupun rawat inap membutuhkan sentuhan kemanusiaan (*human touch*), perawatan (*caring*), *compassion* (empati) dan kasih

(love). Hal ini akan terasa pada layanan kesehatan dimana secara medis teknis tidak bisa berbuat banyak.

Bila *customer* memilih institusi pelayanan kesehatan yang berdasarkan kualitas maka faktor yang paling mempengaruhi pemilihannya adalah pelayanan (*service*) karena pelayananlah yang dapat mereka nilai dengan baik, bukan dimensi mediknya.

Dengan meningkatnya kemampuan atau daya beli masyarakat ada kecenderungan bahwa faktor biaya tidak lagi menjadi pertimbangan utama. Bila ada dua institusi pelayanan kesehatan dengan tarif maupun sarana dan prasarana yang sama maka dimensi *service* yang menjadi pertimbangan utamanya.

Bahkan *customer* cenderung memilih institusi pelayanan kesehatan yang menyediakan pelayanan yang dapat memberikan kenyamanan dari pada institusi pelayanan kesehatan yang hanya menekankan pada aspek medik. (*high quality service is much harder to achieve than high quality product*, yang artinya bahwa kualitas pelayanan yang tinggi lebih susah diraih dibandingkan dengan kualitas produk yang tinggi. Hal ini berarti untuk memberikan pelayanan yang berkualitas itu lebih sulit dibandingkan dengan produk yang berkualitas.

Bahkan *customer* sering kali menggunakan, dimensi *service* untuk menilai kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Artinya bila *customer* merasa *service* yang diberikan tidak memuaskan maka mereka akan mengatakan bahwa institusi pelayanan kesehatan tersebut tidak berkualitas. Meskipun kebanyakan pasien masih mengikuti saran dokter dalam memilih fasilitas/ institusi pelayanan kesehatan, namun saat ini ada kecenderungan pasien menggunakan kebebasannya untuk memilih, pasien dan keluarganya cenderung akan mencari informasi dan akhirnya memutuskan untuk memilih Puskesmas atau Rumah Sakit yang mampu memberikan

"Pelayanan Prima" (*service excellence*) sebaik kemampuan tehnik medik yang ditawarkan.

2.9.1 Orientasi mutu (perubahan paradigma)

Meliputi ;

1. Mutu adalah kualitas (*no defect*), bebas dari kerusakan atau cacat.
2. Mutu adalah kesesuaian penggunaan (*fitness for use*)
3. Kesesuaian dengan persyaratan atau tuntutan.
4. Melakukan sesuatu dengan benar (sesuai standar profesi).
5. Pemenuhan kebutuhan kliens (pasien dan lingkungannya)
6. Mutu adalah kepuasan pemakaian (*Customer's satisfaction*)
7. Mutu adalah kepuasan stakeholder (pasien, profesi, manajemen).

Jadi mutu adalah gambaran dan katakterisik menyeluruh dari barang, atau jasa yang menunjukkan kemampuannya dalam memuaskan kebutuhan pelanggan baik berupa kebutuban yang dinyatakan maupun kebutuhan yang tersirat.

2.9.2 Kepuasan dan loyalitas pelanggan

Menurut Supriyanto (2001) ada lima kategori konsumen, yaitu :

1. Prospek

Masyarakat yang tahu tentang keberadaan tempat pelayanan kesehatan (rumah sakit, puskesmas, klinik, dokter keluarga).
2. Pelanggan potensial.

Masyarakat yang pernah berkunjung ke tempat pelayanan kesehatan, tetapi belum memanfaatkan, contoh: pengantar pasien.
3. Pelanggan.

Masyarakat yang pernah menggunakan tempat pelayanan kesehatan, umumnya pengguna pertama kali.

4. Pasien loyal.

Masyarakat yang telah berulang kali menggunakan tempat pelayanan kesehatan yang sama, dengan penyakit yang sama atau berbeda.

5. Penganjur (advokasi)

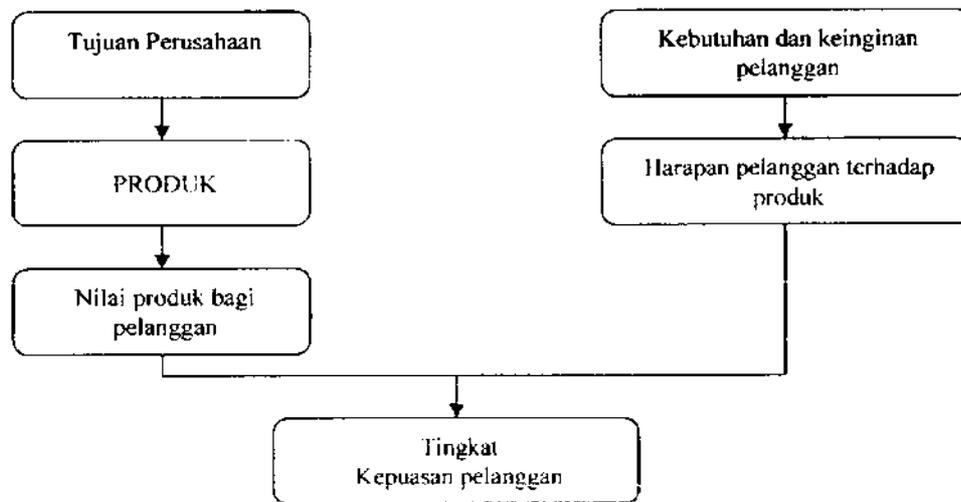
Pasien yang mau membela kita dan mau menganjurkan orang lain (bila sakit) untuk menggunakan tempat pelayanan kesehatan.

Wikkie (1990) dalam, Kotler, et al.(1996) mendefinisikan kepuasan sebagai suatu tanggapan emosional pada evaluasi terhadap pengalaman konsumsi suatu produk atau jasa.

Pendapat Engel, et al.(1990) dalam. Kotler, et al.(1996) menyatakan kepuasan pelanggan merupakan evaluasi purnabeli di mana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau, melampaui harapan pelanggan, sedangkan ketidakpuasan timbul apabila hasil (*outcome*) tidak memenuhi harapan. Menurut Kotler, et al. (1996) kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang ia rasakan dibandingkan dengan harapannya.

Menurut Tse dan Wilton (1998) dalam Tjiptono,F (1997) kepuasan dan ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya (atau norma kinerja lainnya) dan kinerja akhir produk yang dirasakan setelah pemakaiannya.

Dari berbagai definisi dapat ditarik kesimpulan bahwa pada dasarnya kepuasan pelanggan mencakup perbedaan antara harapan dan kinerja atau hasil yang dirasakan.



Sumber : Tjipto, F (1997) Strategi Pemasaran. Penerbit Andi. Yogyakarta.

Gambar 2.9 Konsep Kepuasan Pelanggan

Menurut Schnaars (1991) dalam Tjiptono, F (1997) pada dasarnya tujuan dari suatu bisnis adalah untuk menciptakan para pelanggan yang merasa puas. Terciptanya kepuasan pelanggan dapat memberikan beberapa manfaat, diantaranya hubungan antara perusahaan dan pelanggannya menjadi harmonis, memberikan dasar yang baik bagi pembelian ulang dan terciptanya loyalitas pelanggan dan membentuk suatu rekomendasi dan mulut ke mulut (*word-of-mouth*) yang menguntungkan bagi perusahaan.

Merupakan tantangan bagi perusahaan untuk membangun suatu kebudayaan, sehingga semua orang dalam perusahaan bertujuan menyenangkan pelanggan. Sekarang, perusahaan atau organisasi menyadari pentingnya mempertahankan pelanggan yang ada dengan cara memuaskan pelanggannya. Pada dasarnya penjualan suatu perusahaan berasal dari dua kelompok: pelanggan baru dan pelanggan ulang. Selalu lebih mahal mendapatkan pelanggan baru daripada mempertahankan pelanggan

yang ada. Jadi mempertahankan pelanggan lebih penting daripada menarik pelanggan. Kunci mempertahankan pelanggan adalah kepuasan pelanggan.

Untuk perusahaan berwawasan pelanggan kepuasan pelanggan adalah sasaran sekaligus kiat pemasaran (Kotler, 1999). Kepuasan pelanggan adalah tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (atau hasil) yang dia rasakan dibandingkan dengan harapannya. Kepuasan pelanggan sesudah pembelian tergantung dari kinerja penawaran dibandingkan dengan harapannya.

Jadi tingkat kepuasan adalah fungsi dari perbedaan antara kinerja yang dirasakan dengan harapan. Pelanggan dapat mengalami salah satu dari tingkat kepuasan yang umum. Kalau kinerja di bawah harapan, pelanggan kecewa. Kalau kinerja sesuai harapan, pelanggan puas. Kalau kinerja melebihi harapan, pelanggan sangat puas, senang atau gembira. Pelanggan yang hanya puas masih mudah berganti pemasok, jika ada tawaran lain yang lebih baik, tetapi kalau pelanggan sangat puas tidak mudah berganti. Orang yang sangat puas atau senang akan memiliki ikatan emosional dengan mereknya, bukan hanya preferensi rasional dan hal ini menyebabkan loyalitas pelanggan yang tinggi (Kotler, 2000).

Apabila ada pelanggan yang tidak puas, maka masing-masing pelanggan tersebut akan menceritakan ketidak puasannya setidaknya kepada sembilan orang lainnya dan tiga belas persen dari pelanggan yang tidak senang akan menceritakan kepada lebih dari dua puluh orang lainnya tentang pengalaman negatifnya (Sciffman, L.G dan Kanuk, L. L, 2000).

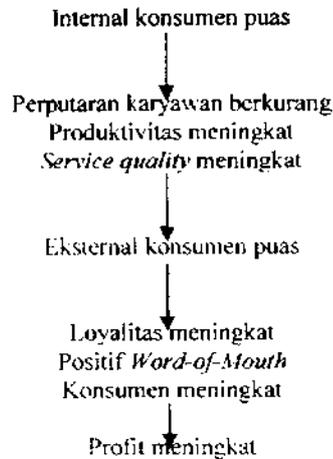
Menurut penelitian Prasetijo (2001) kesetiaan konsumen sangat ditentukan keberhasilan kontak pelayanan antara personil garis depan perusahaan dengan pembelinya. bukan hanya oleh kualitas pelayanan. Kontak pelayanan yang berhasil akan menghasilkan kepuasan yang tinggi pada konsumen, mendorong terjadinya

hubungan baik yang didasari oleh kepercayaan, membuat konsumen setia dan selanjutnya menyebarkan citra positif perusahaan dan atau produk kepada orang lain.

Mutu sering didefinisikan. kecocokan penggunaan, kesesuaian pada kebutuhan, bebas dari penyimpangan. Menurut *American Society for Quality Control* yang dianut di seluruh dunia, mutu adalah keseluruhan ciri serta sifat barang dan jasa yang berpengaruh pada kemampuannya memenuhi kebutuhan yang dinyatakan maupun yang tersirat (Kotler 2000).

Ada hubungan yang erat antara mutu barang dan jasa dengan kepuasan pelanggan serta keuntungan perusahaan. Mutu yang lebih tinggi menghasilkan kepuasan pelanggan yang lebih tinggi sekaligus mendukung harga lebih tinggi dan sering juga biaya yang lebih rendah.

Konsumen dapat dikelompokkan menjadi 2 (dua), yaitu. eksternal konsumen yang merupakan konsumen yang mengeluarkan uangnya untuk membayar *service* dan internal konsumen merupakan seluruh orang yang bekerja di dalam perusahaan. Keduanya saling berkaitan dan saling mempengaruhi pihak manajemen bisa saja meningkatkan pendapatannya dan mendapatkan profit dengan memuaskan eksternal konsumen, namun tidak akan mendapatkan hasil yang maksimal apabila mengabaikan kepuasan internal konsumen (Thio, S, 69-70).



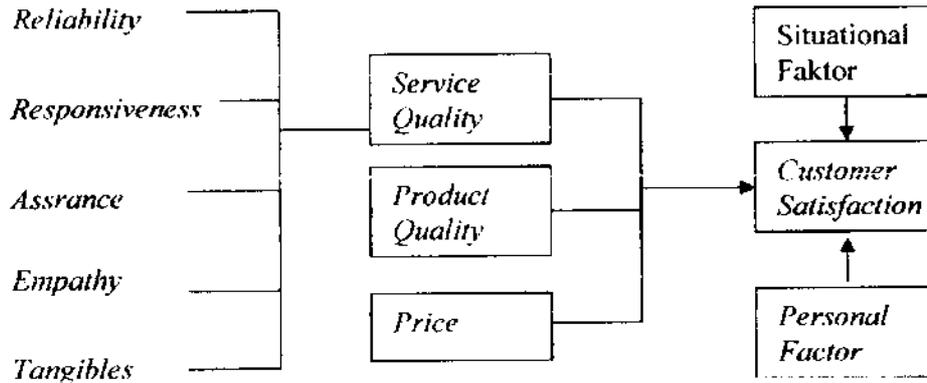
Sumber : Thio, S.(2001) Membangun Service Quality untuk mencapai kepuasan konsumen di Industri Hospitality. Jurnal Manajemen dan Kewirausahaan. Vol.3. No. 1, Maret 2001.

Gambar 2.10 Hubungan antara kepuasan konsumen dan profit

Untuk menghasilkan service quality yang maksimal, maka manajemen harus mengetahui apa yang menjadi ekspektasi atau harapan konsumen yang didasarkan pada pengalaman konsumen di masa lalu, pendapat dari teman dan yang lainnya mengenai pelayanan fasilitas, janji yang diberikan pihak penyedia service kepada konsumen. Kepuasan konsumen dalam melakukan transaksi atau pembelian sangat tergantung pada bagaimana produk dan jasa itu dapat memenuhi ekspektasi dari konsumen.

Untuk dapat memberikan kepuasan kepada pelanggan, salah satu cara yang digunakan oleh organisasi adalah dengan memberikan produk dan layanan yang berkualitas dan memiliki daya saing. Apabila pelanggan mempunyai pengalaman yang baik terhadap, kualitas suatu fasilitas pelayanan kesehatan, maka pelanggan merupakan iklan yang efektif dalam merekomendasikan kepada pelanggan lain dan selanjutnya akan tercipta loyalitas pelanggan. Menurut penelitian Soesanto (1998) bahwa ada hubungan positif antara kepuasan pasien dengan minat dalam pembelian ulang suatu jasa dan minat untuk membeli kembali (*rebuying*) tersebut akan sangat dipengaruhi oleh pengalamannya yang lalu dalam membeli produk yang sama.

Persepsi *provider* dalam memberikan pelayanan belum tentu sama dengan persepsi konsumen. Hubungan kualitas pelayanan menurut persepsi konsumen dan kepuasan konsumen dapat dilihat pada gambar berikut :



Sumber: Zeithaml, V.A. dan Bitner, M.J. (2000) *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across The Firm*. Irwin McGraw-Hill, Second Edition, Page 75

Gambar 2.11 Persepsi konsumen tentang kualitas dan kepuasan konsumen

2.10 Strategi sumber daya manusia dalam pemasaran jasa

Dalam pemasaran jasa, kesuksesannya sangat tergantung pada sumber daya manusia (SDM) yang dimiliki. Apalagi untuk mencapai hasil yang optimal diperlukan keterlibatan langsung antara penyedia jasa dengan konsumennya. Puskesmas sebagai penyedia jasa harus mengantisipasi segala kemungkinan terjadinya permasalahan dalam pengelolaan SDM, mulai dari tahap seleksi hingga proses manajemen SDM yang lebih kompleks (Lupiyoadi, 2001).

Menurut Lupiyoadi (2001) tingkat perhatian dan penekanan pada peran SDM dalam memasarkan jasa adalah sangat penting, apalagi pada era globalisasi saat ini dimana tidak akan ada batas mobilitas sumber daya termasuk SDM. Supriyanto (2003) mengatakan hal senada, bahwa karyawan harus memasarkan puskesmas, termasuk sumber daya yang dimiliki puskesmas dan *brand image* dari puskesmas.

Kemampuan karyawan untuk berinteraksi dengan pasien mengharuskan setiap karyawan memiliki keterampilan dan profesionalisme dalam melayani pasien. Untuk

memuaskan dan memenuhi kebutuhan dan harapan pasien, karyawan harus senantiasa tampil menarik, murah senyum, mau mendengarkan keluhan (empati), siap bila diperlukan (*responsiveness*), saling menegur sapa, hormat (*respect*), sabar, jujur, dan bila dipercayai (*rehability*).

Menurut Payne (1993), peran penting SDM dalam perusahaan jasa harus dibedakan untuk pengelolaannya lebih lanjut, yang pada umumnya dapat dikelompokkan atas:

1. *Contactors*, adalah SDM yang berhubungan erat dengan konsumen dan memiliki aktivitas memasarkan secara konvensional. SDM yang terlibat dalam peran ini membutuhkan pelatihan, persiapan, dan motivasi yang tinggi untuk melayani konsumen sehari – hari.
2. *Modifiers*, adalah SDM yang tidak terlibat secara langsung dalam aktivitas pemasaran
3. *Influencers*, adalah SDM yang memiliki peran lebih terfokus pada implementasi dari strategi pemasaran perusahaan
4. *Isolated*, adalah SDM yang memiliki peran ini akan sulit berhasil bila tidak mendapat dukungan yang memadai dari manajemen terutama untuk memotivasi mereka.

2.10.1 Pengelolaan SDM di perusahaan jasa

Menyadari bahwa manajemen SDM merupakan suatu kegiatan menyeluruh dari perusahaan yang melibatkan hubungan antara organisasi dengan para karyawan. Karyawan adalah kekayaan utama dalam pemasaran jasa, sehingga diperlukan suatu komitmen yang tinggi dari seluruh elemen di dalamnya. Setiap karyawan organisasi mengupayakan kontribusi yang optimal kepada konsumen dalam melaksanakan komitmennya pada perusahaan.

Proses manajemen yang penting dalam pengelolaan SDM ini menurut Groonross dalam Lupiyoadi (2001) adalah :

1. *Attitude management*, yang meliputi sikap dan motivasi karyawan dalam pelaksanaan kegiatan perusahaan. Pihak manajemen perlu bersikap proaktif terutama dalam perencanaan dan pengawasan kegiatan karyawannya.
2. *Commitment management*, merupakan proses manajemen dalam menyampaikan setiap informasi yang bertujuan untuk memberikan petunjuk kerja dan memberikan pula kesempatan pada karyawan untuk menyampaikan segala permasalahan yang dihadapi.

2.10.2 Motivasi karyawan

Robbins dan Stephen (2001) mendefinisikan motivasi sebagai kesediaan untuk mengeluarkan tingkat upaya yang tinggi untuk tujuan organisasi, yang dikondisikan oleh kemampuan upaya itu untuk memenuhi kebutuhan individual.

Gray dalam Winardi (2001) menyatakan bahwa motivasi adalah proses yang bersifat internal atau external bagi individu, yang menimbulkan sikap antusias dan persistensi untuk mengikuti arah tindakan tertentu. Kinerja s manajer, dan bahkan tidak dipahami secara sadar oleh pekerja. Terdapat adanya kesetujuan pandangan bahwa kedua variabel yang paling penting dalam hal menerangkan kinerja adalah motivasi dan kemampuan pekerjaan.

Fredrick Herzberg dalam tulisan Sedarmayanti (2001) menyatakan bahwa pada manusia berlaku faktor motivasi dan factor pemeliharaan di lingkungan pekerjaannya. Faktor motivator yang dapat digunakan sebagai pendorong prestasi kerja personel adalah:

- a. Kesuksesan atau keberhasilan
- b. Pengakuan

- c. Tanggung jawab
- d. Pekerjaan itu sendiri
- e. Pengembangan
- f. Pertumbuhan diri.

Sedangkan untuk pemeliharaan terdapat 10 faktor yang perlu diperhatikan yaitu :

- a. Kebijakan dan administrasi perusahaan
- b. Supervisi teknis
- c. Hubungan antar manusia dengan atasan
- d. Hubungan antar manusia dan pembinanya
- e. Hubungan antar manusia dengan bawahan
- f. Gaji atau upah
- g. Kestabilan kerja
- h. Kehidupan pribadi
- i. Kondisi tempat kerja
- j. Status

Adanya faktor pemeliharaan tidak terlalu kuat dalam memberikan motivasi kepada personel tetapi menimbulkan ketidakpuasan bila faktor tersebut tidak hadir.

Dalam penelitian ini yang akan dipelajari adalah aspek *attending skill*, *respect*, empati dan *responsiveness* perawat dalam komunikasi terapeutik, karena aspek ini mempunyai nilai tinggi terhadap kepuasan pasien.

Menurut Purnama (2001) faktor penentu yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menilai kualitas, yaitu:

1. *Tangibles*: penampilan fisik layanan, contohnya gedung, peralatan, perlengkapan dan sebagainya.

2. *Empathy*: kesediaan dan keinginan untuk melayani secara ramah, hangat dan bersahabat.
3. *Responsiveness*: kesediaan dan kesiapan karyawan untuk memberi layanan.
4. *Assurance*: patut dipercaya, dapat dipercaya, jujur dan menarik hati konsumen.
5. *Reliability*: konsistensi dalam performa dan dapat dipercaya.

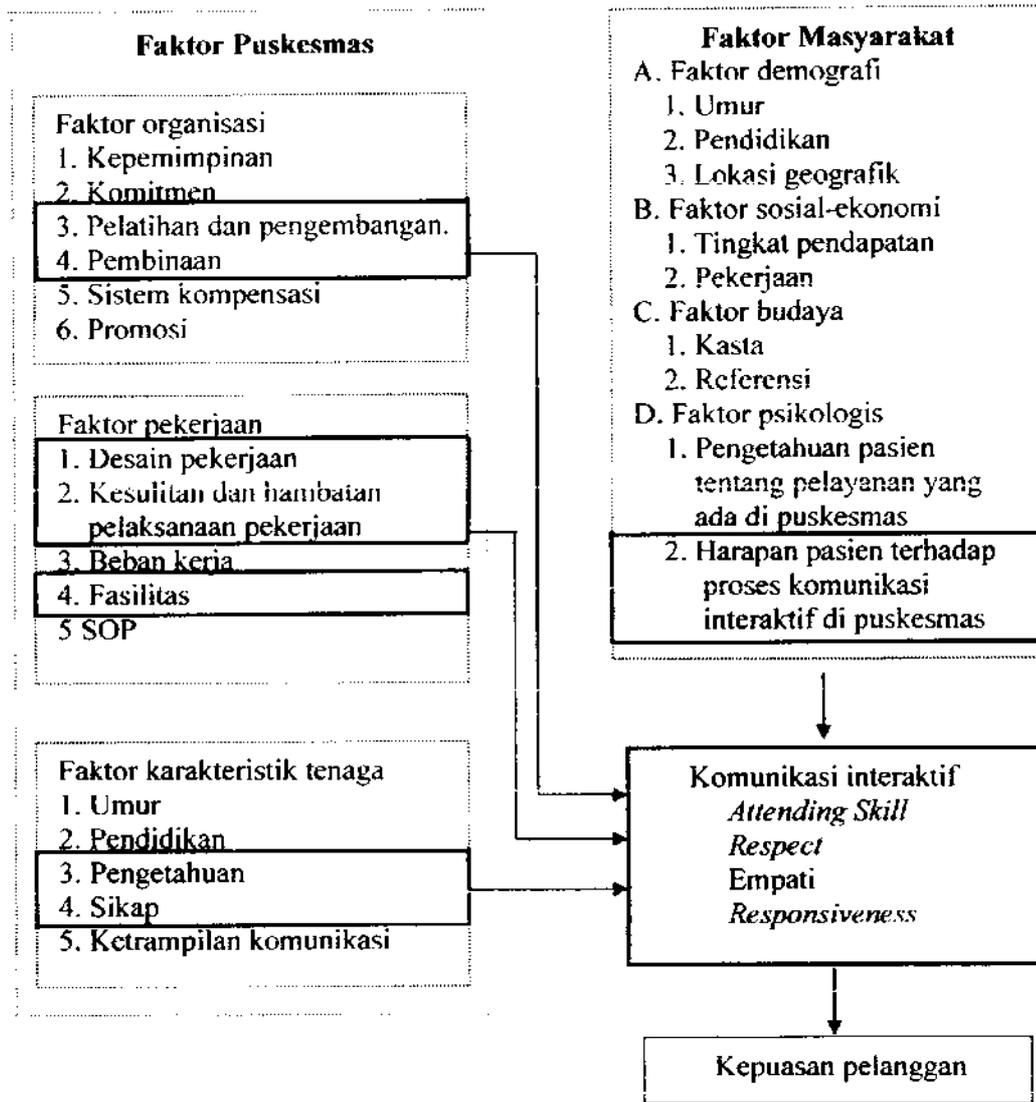
Berdasarkan Parasuraman, et al., 1985 dalam Yazid (1999) evaluasi kepuasan terhadap produk, jasa yang bersifat *intangible*, konsumen umumnya menggunakan beberapa atribut atau faktor berikut:

1. Bukti langsung (*tangibles*), meliputi fasilitas fisik, perlengkapan pegawai dan sarana komunikasi.
2. Keandalan (*reliability*), yakni kemampuan memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan segera, akurat dan memuaskan.
3. Daya tanggap (*responsiveness*), yaitu keinginan para staf dan karyawan untuk membantu para pelanggan dan memberikan pelayanan dengan tanggap.
4. Jaminan (*assurance*), mencakup pengetahuan, kemampuan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan.
5. Empati, meliputi kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi dan memahami kebutuhan para pelanggan.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

Kerangka konseptual penelitian, terlihat pada gambar berikut :



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Sumber: Modifikasi Muchlas (1997)

Keterangan: : diteliti
 : tidak diteliti

Berdasarkan gambar 3.1 dapat dijelaskan bahwa kepuasan pelanggan di puskesmas dipengaruhi oleh proses komunikasi interaktif antara petugas dengan pasien saat pelanggan menggunakan pelayanan puskesmas dan terjadinya komunikasi interaktif yang baik dipengaruhi oleh faktor masyarakat dan faktor puskesmas yaitu faktor organisasi, faktor pekerjaan dan faktor karakteristik tenaga. Keberhasilan proses pelayanan dalam menghasilkan pelayanan yang mampu memberikan kepuasan pelanggan salah satunya adalah keberhasilan dalam melaksanakan komunikasi interaktif, yang merupakan komunikasi antara petugas kesehatan dengan pasien, dimana setiap petugas dituntut mampu melakukan komunikasi interaktif dengan baik sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan antara lain :

1. Keyakinan akan adanya kebenaran, manfaat yang bisa dirasakan/diperoleh.
2. Sikap menerima, juga diterima sehingga terjadi dialog.
3. Menghargai dan mau mendengarkan.
4. Kejujuran, kerelaan dan keterbukaan.
5. Mengerti sehingga dapat memahami moral, tujuan, yang dirasakan mitra, menangkap dan memahami isi pembicaraan, nilai hidup yang dihayati mitra dialog, kebutuhan dan masalah mitra serta posisi masing-masing.
6. Empati yaitu menempati diri pada posisi pihak lain.
7. Sehingga mendapat persamaan persepsi.

Indikator adanya kegiatan proses komunikasi interaktif adalah: *attending skill* (penampilan fisik petugas ketika berkomunikasi dengan pasien), *respect* (sikap menghargai petugas terhadap pasien), *empati* (kemampuan perawat ikut merasakan apa yang dirasakan oleh pasien), *responsiveness* (keinginan untuk

membantu pasien dan memberikan pelayanan dengan tanggap) dan keempat indikator ini saling terkait, sulit dipisahkan secara diskrit dalam proses pemberian pelayanan. Meskipun terdapat berbagai fase komunikasi, pembahasannya tidaklah perlu satu-persatu. Dapat dibahas secara kesatuan dalam suatu proses keseluruhan.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancang Bangun Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional* yang dilaksanakan dengan melakukan pengamatan terstruktur terhadap proses komunikasi interaktif petugas kesehatan dengan pasien yang menggunakan sarana poliklinik umum di Puskesmas Baturiti II. Pengamatan dilakukan terhadap komunikasi antara dokter dengan pasien dan perawat dengan pasien saat memberikan pelayanan. Rancangan penelitiannya adalah dengan pendekatan studi *cross sectional* karena semua variabel diamati pada satu waktu tertentu.

4.2 Unit analisis dan sumber informasi

4.2.1 Unit analisis

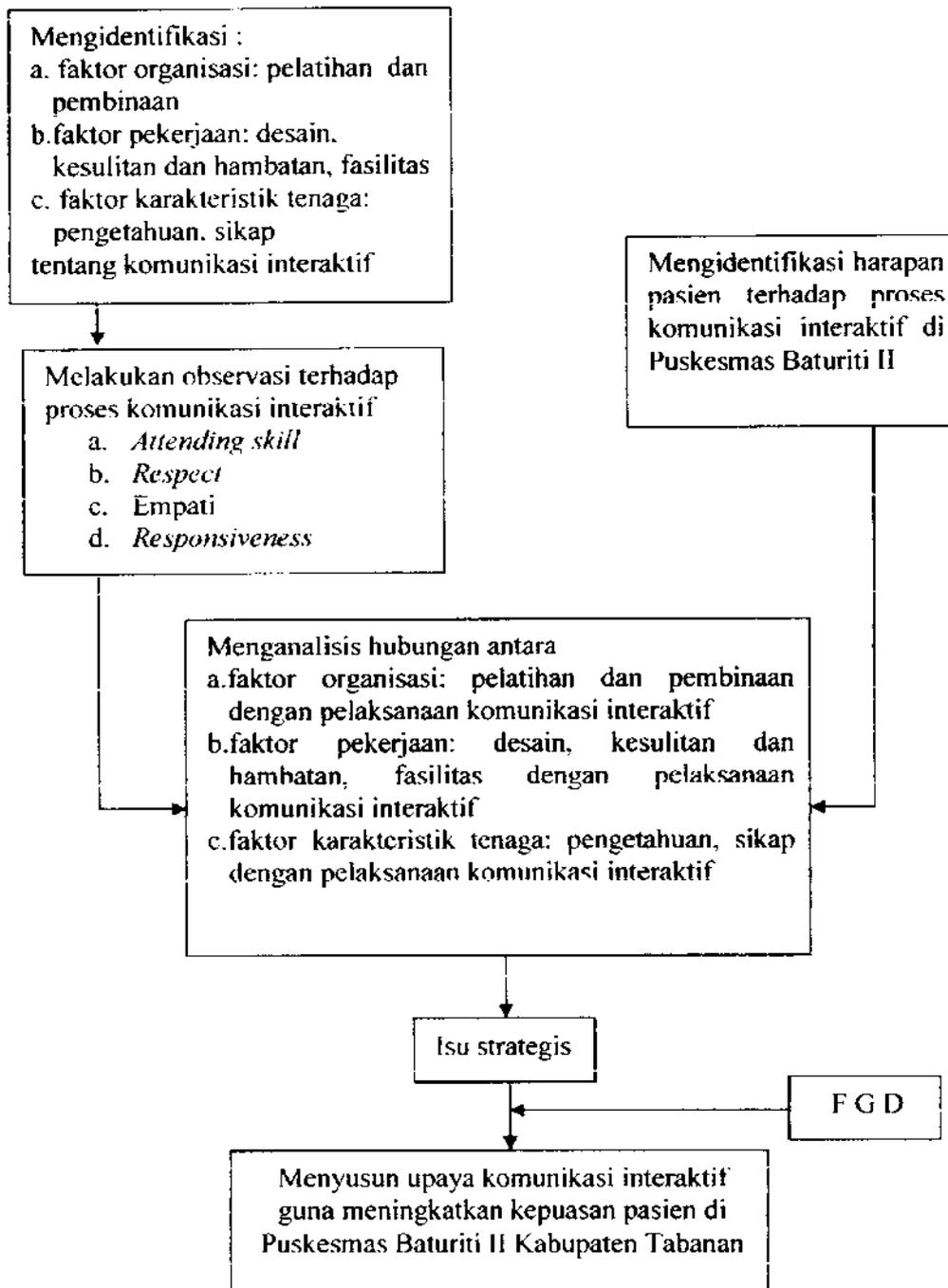
Unit analisis dalam penelitian ini adalah Puskesmas Baturiti II dan pasien yang menggunakan sarana poliklinik umum di Puskesmas Baturiti II.

4.2.2 Sumber informasi

Sumber informasi penelitian pada kelompok petugas adalah dua orang dokter yang ditugaskan di poliklinik umum puskesmas, dan 6 orang perawat. Sedangkan sumber informasi penelitian pada unit analisis pasien adalah ibu/pengantar balita. Jumlah sumber informasi pasien dengan menggunakan total sampel kasus ISPA balita selama penelitian yaitu sebesar 50 kasus ISPA yang menggunakan fasilitas poliklinik umum puskesmas di Puskesmas Baturiti II.

4.3 Kerangka Operasional

Operasionalisasi penelitian ini disusun dalam bagan kerangka operasional pada gambar 4.1 berikut ini :



Gambar 4.1 : Kerangka operasional penelitian

Adapun kerangka operasional penelitian yang merupakan langkah dari penelitian dimulai dari proses pengumpulan data dengan menggunakan instrumen penelitian sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi faktor organisasi yang meliputi pelatihan dan pengembangan, serta pembinaan. faktor pekerjaan yang meliputi desain, kesulitan/hambatan dan fasilitas, faktor karakteristik tenaga yang meliputi pengetahuan dan sikap tentang komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II yang nantinya dilakukan analisis untuk mengetahui apakah faktor tersebut ada hubungannya dengan komunikasi interaktif di puskesmas.
2. Melakukan observasi terhadap proses komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II yang dilanjutkan dengan pengisian lembar pengamatan terhadap: *Attending skill*, *Respect*, Empati, *Responsiveness* petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien di poliklinik umum puskesmas.
3. Menganalisis hubungan antara faktor organisasi yang meliputi pelatihan dan pengembangan, pembinaan, faktor pekerjaan yang meliputi desain, kesulitan dan hambatan, fasilitas, faktor karakteristik tenaga yang meliputi pengetahuan, sikap dengan komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II sehingga dapat diketahui apakah faktor-faktor tersebut berhubungan dengan proses komunikasi interaktif di puskesmas.
4. Mengidentifikasi harapan pasien terhadap proses komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II sehingga dapat diketahui sejauh mana komunikasi interaktif petugas puskesmas dalam memberikan pelayanan telah sesuai

dengan harapan pasien sehingga dapat menjadi isu strategis bagi puskesmas.

5. Melaksanakan FGD berdasarkan isu strategis yang ada untuk menyusun upaya komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di puskesmas yaitu meningkatkan kepuasan pasien yang menggunakan puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan.

4.4 Variabel Penelitian

4.4.1 Variabel faktor organisasi

- a. Pelatihan dan pengembangan
- b. Pembinaan

4.4.2 Variabel faktor pekerjaan

- a. Desain pekerjaan
- b. Kesulitan dan hambatan pelaksanaan pekerjaan
- c. Fasilitas

4.4.3 Variabel faktor karakteristik tenaga

- a. Pengetahuan
- b. Sikap

4.4.4 Variabel komunikasi interaktif

- a. *Attending skill*
- b. *Respect*
- c. Empati
- d. *Responsiveness*

4.4.5 Variabel umpan balik

- a. Umpan balik terhadap *attending skill*

- b. Umpan balik terhadap *respect*
- c. Umpan balik terhadap empati
- d. Umpan balik terhadap *responsiveness*

4.5 Definisi operasional, cara pengukuran variabel dan skala data

Agar penelitian ini menjadi jelas, maka perlu diberikan batasan operasional pada masing-masing variabel sebagai berikut:

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala
1.	Pelatihan dan pengembangan	Kesempatan yang diberikan oleh puskesmas kepada dokter dan perawat untuk mengikuti kegiatan pelatihan, seminar dan penyediaan buku-buku pedoman untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.	Pengisian kuesioner oleh responden dengan lima buah pertanyaan Skor ; 15 - 20 10 -14 5 - 9	Ordinal (baik, cukup, kurang)
2.	Pembinaan	Petunjuk dan perhatian yang dilakukan oleh kepala puskesmas dan dinas kesehatan terhadap dokter dan perawat yang bertugas di poliklinik umum puskesmas dalam melakukan komunikasi dengan pasien untuk menciptakan kepuasan pasien menggunakan pelayanan di puskesmas.	Pengisian kuesioner oleh responden dengan lima buah pertanyaan Skor : 15 - 20 10 -14 5 - 9	Ordinal (baik, cukup, kurang)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala
3.	Desain pekerjaan	Kesesuaian pembagian tugas yang dibebankan kepada petugas puskesmas menurut persepsi responden	Pengisian kuesiner oleh responden dengan tiga pertanyaan Skor : 9 - 12 6 - 8 3 - 5	Ordinal (baik, cukup, kurang)
4.	Kesulitan dan hambatan pelaksanaan pekerjaan	Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan pekerjaan petugas.	Pengisian kuesiner oleh responden dengan enam pertanyaan Skor : 18 - 24 12 - 17 6 - 11	Ordinal (sulit, cukup, mudah)
5.	Fasilitas	Sarana medis dan komunikasi yang tersedia dan berfungsi dengan baik pada saat melaksanakan pekerjaan petugas	Pengisian kuesiner oleh responden dengan empat buah pertanyaan Skor : 12 - 16 8 - 11 4 - 7	Ordinal (lengkap, cukup, kurang)
6.	Pengetahuan	Segala sesuatu yang diketahui oleh petugas tentang proses komunikasi interaktif dalam penatalaksanaan ISPA meliputi pengertian, komponen, metode, manfaat, serta tanggungjawabnya dalam melakukan komunikasi dengan pasien.	Pengisian kuesiner oleh responden dengan sembilan buah pertanyaan. Skor ; 15 - 18 12 - 14 9 - 11	Ordinal (baik, cukup, kurang)
7.	Sikap	Kecenderungan yang mempengaruhi perilaku petugas dalam melaksanakan tugas sehubungan dengan kemampuannya berkomunikasi dan melakukan komunikasi dengan pasien saat bertemu dan memberikan pelayanan pada pasien	Pengisian kuesiner oleh responden dengan lima buah pertanyaan Skor : 15 - 20 10 - 14 5 - 9	Ordinal (sangat setuju, setuju, kurang setuju)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara pengukuran	Skala
8.	Komunikasi interaktif	Percakapan yang dilakukan antara dokter /perawat dengan pasien saat men dapatkan pelayanan kesehatan di poliklinik umum puskesmas, yang terdiri dari komponen attending skill, respect, empati, dan responsiveness yang dikaitkan dengan pelayanan kasus ISPA	Melalui pengamatan menggunakan lembar pengamatan dengan 25 komponen pengamatan Skor : 43 – 50 34 – 42 25 – 33	Ordinal (baik, cukup, kurang)
9.	<i>Attending skill</i>	Penampilan fisik petugas kesehatan ketika berkomunikasi dengan pasien yang terdiri dari empat komponen meliputi: a. Ketika berbicara petugas menghadap kearah pasien (<i>Squarely</i>). b. Ketika berbicara petugas tidak menyalangkan kaki atau tangannya di dada (<i>Open postur</i>). c. Ketika berbicara mata petugas menatap mata pasien (<i>Eye contact</i>) d. Ketika berbicara petugas tetap relaks dan tidak tegang (<i>Relaxed</i>)	Melalui pengamatan terstruktur dengan menggunakan lembar pengamatan dengan 4 komponen pengamatan. Skor : 6.66 - 8.00 5.33 – 6.65 4.00 – 5.32	Ordinal (baik, cukup, kurang)
10.	<i>Respect</i>	Prilaku hormat tenaga kesehatan terhadap pasien yang meliputi keramahtamahan dan perhatian petugas saat memberikan pelayanan	Melalui pengamatan terstruktur dengan menggunakan lembar pengamatan dengan lima komponen pengamatan. Skor : 8.34 – 10.00 6.67 – 8.33 5.00 – 6.66	Ordinal (baik, cukup, kurang)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala
11.	Empati	Prilaku petugas untuk mau mendengarkan dan memahami keluhan pasien dan mau ikut membantu menyelesaikan untuk penyembuhan penyakitnya saat memberikan pelayanan	Melalui pengamatan terstruktur dengan menggunakan lembar pengamatan dengan 11 komponen pengamatan. Skor ; 18.34 – 22.00 14.67 – 18.33 11.00 – 14.66	Ordinal (baik, cukup, kurang)
12.	<i>Responsiveness</i>	Prilaku petugas untuk dapat dengan segera memberikan pelayanan dalam melaksanakan tugasnya.	Melalui pengamatan terstruktur dengan menggunakan lembar pengamatan dengan 5 komponen pengamatan. Skor ; 8.34 – 10.00 6.67 – 8.33 5.00 – 6.66	Ordinal (baik, cukup, kurang)
13.	Umpan balik	Penyampaian pendapat pasien terhadap kesesuaian harapannya terhadap komunikasi interaktif yang dilakukan oleh dokter/perawat yang didapatkan pasien saat mendapatkan pelayanan kesehatan di puskesmas.	Melalui wawancara dengan kuesioner kepada responden dengan 24 pertanyaan. Skor ; 72 – 96 48 – 71 24 – 47	Ordinal (sesuai, cukup, kurang sesuai)
14.	Umpan balik terhadap <i>attending skill</i>	Penyampaian pendapat pasien terhadap kesesuaian harapannya dengan penampilan fisik dokter/perawat ketika berkomunikasi dengan pasien saat mendapatkan pelayanan dipoliklinik umum puskesmas.	Pengisian kuesioner oleh responden dengan tiga buah pertanyaan. Skor : 9 – 12 6 – 8 3 – 5	Ordinal (sesuai, cukup, kurang sesuai)

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Skala
15.	Umpan balik terhadap <i>respect</i>	Penyampaian pendapat pasien terhadap kesesuaian harapannya dengan perilaku yang saling menghormati dokter/perawat dengan pasien saat men dapatkan pelayanan kesehatan	Pengisian kuesioner oleh responden dengan enam buah pertanyaan. Skor : 18 – 24 12 – 17 6 - 11	Ordinal (sesuai, cukup, kurang sesuai)
16.	Umpan balik terhadap empati	Penyampaian pendapat pasien terhadap kesesuaian harapannya dengan perilaku petugas untuk mau mendengarkan dan memahami keluhan pasien dan mau ikut membantu menyelesaikan untuk penyembuhan penyakitnya.	Pengisian kuesioner oleh responden dengan 11 buah pertanyaan. Skor : 33 – 44 22 – 32 11 – 21	Ordinal (sesuai, cukup, kurang sesuai)
17.	Umpan balik terhadap <i>responsiveness</i>	Penyampaian pendapat pasien terhadap kesesuaian harapannya dengan perilaku petugas untuk dapat dengan segera memberikan pelayanan melayani bila diperlukan.	Pengisian kuesioner oleh responden dengan empat buah pertanyaan. Skor : 12 – 16 8 – 11 4 7	Ordinal (sesuai, cukup, kurang sesuai)

4.6 Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah :

1. Untuk pengukuran pelatihan dan pengembangan, pembinaan, desain pekerjaan, kesulitan dan hambatan pelaksanaan pekerjaan, fasilitas, pengetahuan dan sikap dilakukan dengan pengisian kuesioner oleh petugas.

2. Untuk pengukuran pelaksanaan proses komunikasi interaktif dilakukan dengan melakukan observasi dan pengisian lembar pengamatan oleh peneliti dengan menggunakan enumerator.
3. Untuk pengukuran kesesuaian komunikasi interaktif yang didapatkan pasien pada waktu mendapatkan pelayanan dilakukan dengan pengisian kuesioner dengan bimbingan terlebih dahulu oleh enumerator.

4.7 Lokasi

Penelitian dilakukan di Puskesmas Baturiti II kecamatan Baturiti kabupaten Tabanan.

4.8 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei sampai dengan bulan Juni tahun 2006.

4.9 Pengumpulan data

4.9.1 Data primer penelitian

Data primer diperoleh langsung dari unit analisis penelitian dengan menggunakan instrumen penelitian. Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara pengisian lembar pengamatan sesuai hasil *observasi* yang dilakukan oleh enumerator. Data dari petugas dan pasien diperoleh dengan pengisian kuesioner oleh petugas dan pengisian kuesioner oleh ibu balita/pengantar dengan bimbingan peneliti.

4.9.2 Analisis data

Analisis pelaksanaan komunikasi interaktif dan analisis faktor organisasi, faktor pekerjaan dan faktor tenaga menggunakan distribusi frekwensi dan nilai rata-rata yang kemudian dibuat urutan dimulai dari nilai yang paling rendah.

Untuk analisis hubungan antara pelaksanaan komunikasi interaktif dengan faktor organisasi, faktor pekerjaan, dan faktor tenaga dilakukan analisis secara deskriptif dengan menggunakan tabulasi silang.

4.10 Kriteria variabel yang menjadi isu strategis

Isu strategis adalah masalah krusial yang ditemukan di poliklinik puskesmas Baturiti II dari hasil analisis dengan kategori kurang pada faktor organisasi yang meliputi pelatihan dan pengembangan petugas, pembinaan, faktor pekerjaan yang meliputi desain pekerjaan, adanya kesulitan dan hambatan dalam melaksanakan tugas, fasilitas, faktor karakteristik tenaga meliputi pengetahuan dan sikap, pengamatan terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif petugas dan umpan balik ibu/pengantar dengan kesesuaian harapannya terkait pelaksanaan komunikasi interaktif petugas.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran umum Puskesmas Baturiti II

Puskesmas Baturiti II merupakan salah satu puskesmas pedesaan dari 19 puskesmas yang ada di Kabupaten Tabanan, yang mewilayahi Kecamatan Baturiti wilayah selatan dengan luas wilayah sekitar 26,95 km persegi yang meliputi 5 desa dengan 25 dusun/banjar.

Karakteristik pedesaan dengan ketinggian lebih kurang 900 meter di atas permukaan laut, suhu udara rata-rata 23 derajat celcius dengan curah hujan yang cukup tinggi. Sebagian besar wilayah Puskesmas Baturiti II dimanfaatkan untuk lahan pertanian dan sisanya untuk pemukiman penduduk. Mata pencaharian penduduk 75 % adalah petani, dan sisanya pegawai negeri, pedagang, dan peternak.

Tabel 5.1 Luas desa, jumlah penduduk dan jarak ke puskesmas di wilayah kerja Puskesmas Baturiti II Tahun 2005

No	Nama Desa	Luas / Km2	Jarak ke puskesmas	Jumlah penduduk
1	Perean Kangin	5.16	0-2 km	2.889
2	Perean Tengah	2.69	1-4 km	2.325
3	Perean	5.42	3-4 km	4.229
4	Luwus	8.06	5-6 km	3.931
5	Mekarsari	5.62	7-10 km	4.167
	Total	26.95		17.541

Sumber data : laporan tahunan puskesmas tahun 2005

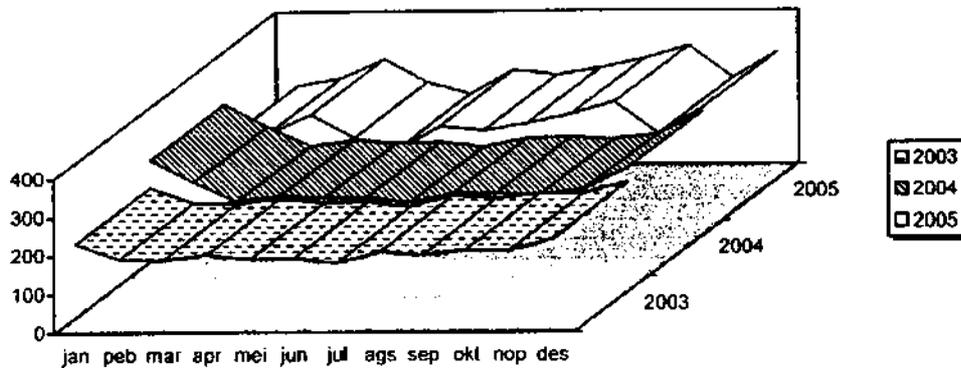
Disamping desa-desa tersebut diatas masih terdapat 5 dusun di luar wilayah kerja Puskesmas Baturiti II yang menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan khususnya upaya kesehatan perorangan, yakni: Dusun Cau Kec.Marga, Dusun Padang Aling Kec.Mengwi, Dusun Babakan kec. Mengwi, Dusun Sribupati Kec. Marga dan wilayah kerja Puskesmas Baturiti I.

5.2 Gambaran poliklinik umum Puskesmas Baturiti II

Poliklinik umum Puskesmas Baturiti II berukuran 3 x 3 meter, dengan fasilitas satu bed pasien, dua set meja dan kursi untuk dokter dan perawat, dua kursi pasien dan sebuah wastafel dan baru pada trimester dua tahun 2006 dilengkapi dengan sebuah lemari untuk menyimpan peralatan medis, satu tabung oksigen, satu lampu khusus bedah dan satu buah sterilisator.

Dalam memberikan pelayanan perorangan (UKP) poliklinik puskesmas memberikan pelayanan yang sebagian besar bersifat kuratif dan rehabilitatif. Petugas yang memberikan pelayanan terdiri dari 2 dokter umum, satu berstatus dokter kontrak dan satunya lagi dokter PTT. Tenaga perawat berjumlah 6 orang yang semuanya PNS dan memiliki latar belakang pendidikan SPK.

Pembagian tugas di poliklinik menggunakan sistem piket, mulai dari piket hari senin sampai sabtu, jadi semua perawat memiliki tanggungjawab penuh terhadap tugas-tugas di poliklinik sekali dalam seminggu, sedangkan untuk hari yang lain petugas melaksanakan kegiatan lainnya yang juga menjadi tanggungjawabnya seperti membuat laporan ataupun melaksanakan program yang bersifat UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat), yang mana kegiatannya sebagian besar berlangsung di luar gedung misalnya UKS, PKM, P2M atau tugas lainnya yang juga dibebankan pada mereka adalah sebagai bendahara puskesmas, petugas lab, perencanaan, petugas apotik dan pengelola askes dan pengelola askes keluarga miskin.



Sumber data : register poliklinik umum Puskesmas Baturiti II

Grafik 5.1 Jumlah kunjungan poliklinik umum Puskesmas Baturiti II dari tahun 2003 - 2005

Dari grafik 5.1 dapat dilihat jumlah kunjungan poliklinik umum Puskesmas Baturiti II dari tahun 2003-2005. Adapun jumlah kunjungan pasien ke poliklinik umum puskesmas dari tahun 2003-2005 adalah pada tahun 2003 sebanyak 2465, tahun 2004 sebanyak 2710, tahun 2005 sebanyak 2947. Pada grafik di atas digambarkan jumlah kunjungan poliklinik tiap bulan dari tahun 2002-2005 mengalami peningkatan jumlah kunjungan, walaupun tidak terlalu tinggi. Meskipun jumlah kunjungan mengalami peningkatan dari tahun ketahun namun belum dapat menilai tinggi-rendahnya mutu pelayanan yang diberikan.

Puskesmas belum menerapkan standar pelayanan minimal, belum memiliki SOP yang baku untuk sebagian besar bidang pelayanan, kecuali SOP pada program P2 ISPA, P2 diare, dan syok anafilaktik. Sesuai standar pelayanan semestinya SOP dimiliki oleh semua program begitu pula dengan poliklinik umum yang menjadi panduan bagi dokter maupun perawat yang bertugas di poliklinik umum puskesmas.

5.3 Gambaran subyek penelitian

Tabel 5.2 Petugas yang bertugas dipoliklinik umum Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Petugas	Jumlah	Persentase
1	Dokter	2	25
2	Perawat (SPK)	6	75
Total		8	100

Sumber: data primer

Dari tabel 5.2 dapat dipelajari subyek penelitian adalah dokter dan perawat yang bertugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II yang terdiri dari 25% tenaga dokter dan 75% tenaga perawat yang seluruhnya masih memiliki latar belakang pendidikan SPK. Ini juga menunjukkan bahwa dari segi tingkat pendidikan rata-rata perawat masih perlu meningkatkan dan mengembangkan pengetahuan dengan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi misalnya Akademi Perawat atau SI Keperawatan.

Tabel 5.3 Distribusi umur petugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Umur (tahun)	Jumlah	Persentase
1	25-29	1	12.5
2	30-34	6	75.0
3	35-39	-	-
4	40-44	-	-
5	45-49	1	12.5
Total		8	100.0

Sumber : data primer

Dari tabel 5.3 dapat dipelajari sebagian besar petugas yang bertugas di poliklinik umum puskesmas berumur antara 30-34 tahun yaitu sebesar 75%, yang berumur 25-29 sebesar 12.5% dan yang berumur 45-49 tahun 12.5%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar petugas berusia relatif muda dan berada pada usia produktif, sehingga masih memiliki semangat kerja yang tinggi serta mudah

menerima masukan atau pengembangan berbagai hal baru, serta memiliki banyak kesempatan untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.

Tabel 5.4 Masa kerja petugas yang bertugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Masa kerja (tahun)	Jumlah	Persentase
1	0-3	3	37.5
2	> 3-6	1	12.5
3	> 9-12	2	25.0
4	> 12-15	1	12.5
5	> 15	1	12.5
Total		8	100.0

Sumber: data primer

Dari tabel 5.4 dapat dipelajari masa kerja petugas yang bertugas di poliklinik umum puskesmas sebagian besar 0-3 tahun atau 37,5% yang terdiri dari 1 orang dokter PTT dengan masa kerja 6 bulan dan seorang dokter kontrak dengan masa kerja 1 tahun serta seorang perawat dengan masa kerja 1,5 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa kedua dokter yang bertugas di poliklinik puskesmas masih sangat baru sehingga masih kurang memiliki pengalaman dan ketrampilan namun masih segar dan bersemangat dalam bekerja.

5.4 Gambaran faktor organisasi

5.4.1 Faktor pelatihan

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi petugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II mengikuti pelatihan/seminar, bulan Juni 2006

No	Frekuensi mengikuti pelatihan	sering		pernah		jarang		tidak pernah		Rata-rata
		f	%	f	%	f	%	f	%	
1	Mengikuti pelatihan selama bertugas	0	0	0	0	4	50.0	4	50.0	1.50
2	Mengikuti pelatihan komunikasi interaktif	0	0	0	0	3	37.5	5	62.5	1.38
3	Mengikuti pelatihan tentang ISPA	0	0	0	0	3	37.5	5	62.5	1.38
4	Mengikuti seminar keprofesian baik oleh IDI/PPNI	0	0	1	12.5	3	37.5	4	50.0	1.63

Sumber: data primer, Juni 2006

Keterangan:

1.00 - 1.99 = kurang 3.00 - 4.00 = baik

2.00 - 2.99 = cukup

Dari tabel 5.5 dapat dilihat pada komponen pertama 50% petugas menyatakan sangat jarang mendapatkan pelatihan dan 50% sisanya menyatakan tidak pernah mendapatkan pelatihan selama diangkat sebagai petugas puskesmas. Hal ini menunjukkan frekwensi pelatihan dan pengembangan petugas selama diangkat sebagai petugas dengan nilai rata-rata 1.50 termasuk kategori kurang. Komponen berikutnya 5 orang atau 62.5% menyatakan tidak pernah mengikuti pelatihan interaktif dan sisanya sebanyak 3 orang atau 37.5% menyatakan jarang. Jadi frekuensi petugas mengikuti pelatihan interaktif dengan nilai rata-rata 1.38 juga termasuk kategori kurang. Untuk pelatihan tentang ISPA 5 orang atau 62.5% menyatakan tidak pernah mengikuti pelatihan tentang ISPA dan 3 orang atau 37.5% menyatakan jarang. Jadi dengan nilai rata-rata 1.38 termasuk kategori kurang. Dapat juga dilihat pada komponen terakhir 4 orang atau 50% petugas menyatakan tidak pernah mengikuti seminar-seminar keprofesian, 3 orang atau 37.5% menyatakan jarang dan hanya 1 orang atau 12.5% pernah mengikuti seminar keprofesian. Jadi dengan nilai rata-rata 1.63 frekuensi petugas mengikuti seminar-seminar keprofesian baik oleh IDI/PPNI termasuk kategori kurang.

Tabel 5.6 Kategori pelatihan petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006

No	Kategori pelatihan petugas	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	0	0
2.	Cukup	1	12.5
3.	Kurang	7	87.5
Total		8	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.6 dapat dipelajari kategori pelatihan petugas di Puskesmas Baturiti II dari 8 petugas yang bertugas dipoliklinik umum 7 orang (87.5%) dengan kategori kurang dan 1 orang (12.5%) dengan kategori cukup dan tidak ada dengan kategori baik.

5.4.2 Faktor pembinaan.

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi pemantauan dan pembinaan oleh kepala puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten di Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006.

No	Frekuensi pemantauan dan pembinaan	Sering		Pernah		Jarang		Tidak pernah		Rata-rata
		f	%	f	%	f	%	f	%	
1.	Pemantauan poliklinik oleh kepala puskesmas	0	0	2	25	3	37.5	3	37.5	1.75
2.	Pembinaan dalam menciptakan kepuasan pelanggan	0	0	1	12.5	3	37.5	4	50.0	1.63
3.	Tatacara melakukan komunikasi dengan pasien	0	0	1	12.5	4	50.0	3	37.5	1.75
4.	Tatalaksana ISPA oleh kepala puskesmas	0	0	1	12.5	2	25.0	5	62.5	1.50
5.	Tatalaksana ISPA oleh dinkes kabupaten	0	0	1	12.5	2	25.0	5	62.5	1.50

Sumber: data primer, Juni 2006

Keterangan:

1.00 - 1.99 = kurang

2.00 - 2.99 = cukup

3.00 - 4.00 = baik

Dari tabel 5.7 pada komponen pertama dapat dilihat 3 orang atau 37.5% petugas menjawab jarang mendapat pemantauan dari kepala puskesmas dalam memberikan pelayanan dipoliklinik umum, 3 orang atau 37.5% menjawab tidak pernah mendapat pemantauan dan hanya 2 orang atau 25% yang menyatakan sering. Dengan nilai rata-rata 1.75 dapat dikategorikan kurang mendapatkan pemantauan oleh kepala puskesmas dalam memberikan pelayanan di poliklinik umum puskesmas. Komponen kedua pembinaan petugas dalam menciptakan kepuasan pelanggan 4 orang atau 50% menjawab tidak pernah, 3 orang atau 37.5% menyatakan jarang dan hanya 1 orang atau 12.5% yang menyatakan sering. Jadi pemantauan oleh kepala puskesmas dalam menciptakan kepuasan pelanggan, dengan nilai rata-rata 1.63 termasuk kategori kurang. Pada komponen ketiga dapat dilihat pembinaan tentang tatacara melakukan komunikasi dengan pasien 3 orang atau 37.5% tidak pernah mendapatkan pembinaan, 4 orang atau 50% menjawab jarang dan sisanya hanya 1 orang atau 12.5% menyatakan pernah, dengan nilai rata-rata 1.75 termasuk kategori kurang. Untuk

pembinaan tentang penatalaksanaan ISPA oleh kepala puskesmas 5 orang atau 62.5% menjawab tidak pernah, 2 orang atau 25% menyatakan jarang dan hanya 1 orang atau 12.5% yang menyatakan pernah dengan nilai rata-rata 1.50 termasuk kategori kurang. Komponen terakhir pembinaan tatalaksana ISPA oleh dinas kesehatan kabupaten 5 orang atau 62.5% menjawab tidak pernah, 2 orang atau 25% menyatakan jarang dan hanya 1 orang atau 12.5% menyatakan pernah. Jadi frekuensi pembinaan tatalaksana ISPA baik oleh kepala puskesmas maupun dari dinas kesehatan kabupaten mendapat nilai rata-rata sama yaitu 1.50 dan termasuk kategori kurang.

Tabel 5.8 Kategori pembinaan petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006

No	Kategori pembinaan petugas	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	0	0
2.	Cukup	2	25
3.	Kurang	6	75
Total		8	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.8 dapat dipelajari kategori pembinaan yang diberikan kepada petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II tentang menciptakan kepuasan pelanggan, tatacara berkomunikasi dengan pasien, tatalaksana ISPA baik oleh kepala puskesmas maupun dinas kabupaten yaitu 6 orang (75%) dengan kategori kurang, 2 orang (25%) dengan kategori cukup dan tidak ada dengan kategori baik.

5.5 Gambaran faktor pekerjaan

5.5.1 Desain pekerjaan

Tabel 5.9 Distribusi frekuensi pola pembagian tugas di puskesmas, tugas sesuai dengan kompetensi dan pengaturan roling petugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Desain pekerjaan	Jawaban responden								Rata-rata
		Sangat setuju		Setuju		Kurang setuju		Tidak setuju		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
1.	Pola pembagian tugas saat ini sudah baik	0	0	4	50.0	4	50.0	0	0	2.50
2.	Tugas sesuai dengan kompetensi	0	0	4	50.0	4	50.0	0	0	2.50
3.	Pengaturan petugas dengan roling	1	12.5	5	62.5	2	25.0	0	0	2.88

Sumber: data primer, Juni 2006

Keterangan:

1.00 - 1.99 = kurang

2.00 - 2.99 = cukup

3.00 - 4.00 = baik

Dari tabel 5.9 dapat dilihat 4 orang atau 50% menyatakan kurang setuju dengan pembagian tugas yang dilakukan saat ini dan 4 orang atau 50% lainnya menjawab setuju dengan nilai rata-rata 2.50 pola pembagian tugas saat ini di puskesmas termasuk kategori cukup. Untuk desain pekerjaan berdasarkan kompetensi yang dimiliki petugas saat ini mendapat nilai rata-rata 2.50 termasuk kategori cukup dengan rincian 4 orang atau 50% menyatakan kurang setuju dan 4 orang atau 50% lainnya menyatakan setuju. Untuk komponen terakhir pengaturan pelaksanaan roling petugas untuk penyegaran 5 orang atau 62.5% menyatakan setuju 2 orang atau 25% menyatakan kurang setuju dan 1 orang atau 12.5% menyatakan sangat setuju. Jadi untuk pengaturan roling petugas dengan nilai rata-rata 2.88 termasuk kategori cukup. Dari keseluruhan hasil diatas dapat dilihat kesimpulan secara umum hasil frekuensi petugas terhadap desain pekerjaan seperti pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.10 Kategori desain pekerjaan petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II dalam mendukung kegiatannya bulan Juni 2006

No	Kategori desain pekerjaan	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	2	25
2.	Cukup	6	75
3.	Kurang	0	0
Total		8	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.10 dapat dipelajari kategori desain pekerjaan petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II yaitu 6 orang (75%) dengan kategori cukup, 2 orang (25%) dengan kategori baik dan tidak ada dengan kategori kurang.

5.5.2 Kesulitan dan hambatan pelaksanaan pekerjaan

Tabel 5.11 Distribusi frekuensi adanya masalah dengan atasan atau sejawat dan hambatan komunikasi dengan pasien pada petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II. bulan Juni 2006

No	Frekuensi adanya masalah	Jawaban responden								Rata-rata
		Sering		Pernah		Jarang		Tidak pernah		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
1.	Adanya masalah dengan atasan atau sejawat	0	0	3	37.5	4	50.0	1	12.5	2.25
2.	Adanya hambatan komunikasi dengan pasien	0	0	2	25.0	6	75.0	0	0	2.25
3.	Hambatan komunikasi karena pasien menggunakan bahasa daerah	0	0	0	0	5	62.5	3	37.5	1.63
4.	Kesulitan berkomunikasi karena pasien dari kasta yang lebih tinggi	0	0	0	0	5	62.5	3	37.5	1.63

Sumber: data primer, Juni 2006

Keterangan:

1.00 - 1.99 = mudah

2.00 - 2.99 = cukup

3.00 - 4.00 = besar

Dari tabel 5.11 dapat dilihat pada komponen adanya masalah dengan atasan atau sejawat 3 orang atau 37.5% menyatakan pernah ada masalah, 4 orang atau 50% menyatakan jarang dan hanya 1 orang 12.5% menyatakan tidak pernah, dengan nilai rata-rata 2.25 termasuk kategori cukup. Untuk komponen adanya hambatan dalam melakukan komunikasi dengan pasien 6 orang atau 75% menyatakan jarang dan sisanya 2 orang atau 25% menyatakan pernah, dengan nilai rata-rata 2.25 termasuk

kategori cukup bermasalah. Pada komponen ketiga dapat dilihat 5 orang atau 62.5% petugas menjawab jarang ada hambatan komunikasi karena pasien menggunakan bahasa daerah, 3 orang atau 37.5% menyatakan tidak pernah ada hambatan karena pasien berbahasa daerah, jadi adanya hambatan komunikasi karena pasien berbahasa daerah mendapat nilai rata-rata 1.63 termasuk pada kategori mudah. Komponen terakhir yaitu kesulitan berkomunikasi karena pasien dari golongan kasta yang lebih tinggi 5 orang atau 62.5% menyatakan jarang ada masalah dan 3 orang atau 37.5% menyatakan tidak pernah ada masalah, jadi dengan nilai rata-rata 1.63 kesulitan berkomunikasi karena pasien dari golongan kasta yang lebih tinggi termasuk kategori mudah.

Tabel 5.12 Distribusi frekuensi ketepatan waktu pembuatan laporan petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006

No	Ketepatan waktu pembuatan laporan	Frekuensi	Persentase
1.	Tidak tepat waktu	3	37.5
2.	Sebagian kecil tepat waktu	1	12.5
3.	Sebagian besar tepat waktu	4	50.0
4.	Tepat waktu	0	0
Total		8	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.12 dapat dilihat 3 orang atau 37.5% petugas tidak mampu menyelesaikan laporan tepat pada waktunya, 1 orang menjawab sebagian kecil tepat waktu dan 4 orang atau 50% menjawab sebagian besar tepat waktu. Dapat disimpulkan ketepatan waktu petugas dalam membuat laporan mendapat nilai rata-rata 2.88 termasuk kategori cukup.

Tabel 5.13 Distribusi frekuensi penyelesaian masalah petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II dalam mendukung kegiatannya bulan Juni 2006

No	Penyelesaian masalah petugas	Frekuensi	Persentase
1.	Tidak dapat diselesaikan	0	0
2.	Sebagian kecil dapat diselesaikan	0	0
3.	Sebagian besar dapat diselesaikan	6	75
4.	Semua dapat diselesaikan	2	25
Total		8	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.13 dapat dilihat 6 orang atau 75% petugas menjawab sebagian besar masalahnya dapat diselesaikan dan 2 orang atau 25% menyatakan semua masalahnya dapat diselesaikannya dengan baik. Dapat disimpulkan penyelesaian masalah oleh petugas mendapat nilai rata-rata 1.75 termasuk pada kategori mudah.

Tabel 5.14 Kategori adanya kesulitan dan hambatan dalam melaksanakan tugas bagi petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006

No	Kategori adanya kesulitan dan hambatan	Frekuensi	Persentase
1.	Besar	0	0
2.	Sedang	7	87.5
3.	Mudah	1	12.5
Total		8	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.14 dapat dipelajari kategori adanya kesulitan dan hambatan dalam melaksanakan tugas bagi petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II yaitu 1 orang (12.5%) dengan kategori mudah, 7 orang lainnya (87.5%) dengan kategori sedang dan tidak ada petugas menyatakan mempunyai kesulitan dan hambatan yang besar dalam melaksanakan tugasnya.

5.5.3 Fasilitas dalam melaksanakan pekerjaan.

Tabel 5.15 Distribusi frekuensi kelengkapan peralatan medis dan sarana bantu komunikasi di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006

No	Frekuensi kelengkapan fasilitas	Jawaban responden								Rata-rata
		Sangat lengkap		Sebagian besar ada		Sebagian kecil ada		Kurang tersedia		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
1.	Kelengkapan peralatan medis untuk menunjang kegiatan petugas	0	0	1	12.5	4	50.0	3	37.5	1.75
2.	Kelengkapan sarana bantu komunikasi seperti poster, <i>plifchart</i>	0	0	0	0	3	37.5	5	62.5	1.38

Sumber: data primer, Juni 2006

Keterangan:

1.00 - 1.99 = kurang

2.00 - 2.99 = cukup

3.00 - 4.00 = baik

Dari tabel 5.15 dapat dilihat 3 orang atau 37.5% petugas menjawab peralatan yang ada di puskesmas kurang tersedia, 4 orang atau 50% menyatakan tersedia hanya sebagian kecil dan 1 orang menyatakan sebagian besar peralatan tersedia. Dapat disimpulkan kelengkapan peralatan medis di puskesmas mendapat nilai rata-rata 1.75 termasuk kategori kurang. Pada komponen kedua dapat dilihat 5 orang atau 62.5% petugas menjawab peralatan atau sarana bantu untuk mengadakan komunikasi dengan pasien tidak tersedia, 3 orang atau 37.5% menyatakan sebagian kecil tersedia. Kesimpulannya adalah kelengkapan sarana bantu seperti *plifcart*, poster di puskesmas termasuk kategori kurang dengan nilai rata-rata 1.38.

Tabel 5.16 Distribusi frekuensi pemeliharaan alat medis sehingga dapat berfungsi dengan baik di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006

No	Alat terpelihara dan berfungsi	Frekuensi	Persentase
1	Baik	0	0
2	Cukup	0	0
3	Kurang	3	37.5
4	Tidak baik	5	62.5
Total		8	100.0

Sumber: data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.16 dapat dilihat 5 orang atau 62.5% petugas menjawab peralatan yang ada terpelihara dan berfungsi dengan tidak baik, 3 orang atau 37.5% menyatakan

kurang terpelihara dan kurang berfungsi dengan baik. Dapat disimpulkan pemeliharaan peralatan yang ada termasuk kategori kurang dengan nilai rata-rata 1.38.

Tabel 5.17 Distribusi frekuensi penggunaan *saund timer* untuk menghitung frekuensi nafas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Item jawaban	Frekuensi	Persentase
1	Rutin (setiap kasus)	0	0
2	Sering (sebagian besar kasus)	0	0
3	Jarang (sebagian kecil kasus)	3	37.5
4	Tidak pernah	5	62.5
		8	100.0

Sumber: data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.17 dapat dilihat 5 orang atau 62.5% menyatakan tidak menggunakan *saund timer* dalam menghitung frekuensi nafas pada kasus ISPA, 3 orang atau 37.5% menyatakan jarang menggunakan *saund timer* untuk melakukan penghitungan frekuensi nafas. Kesimpulannya adalah petugas dalam menghitung frekuensi nafas menggunakan *saund timer* termasuk pada kategori kurang dengan nilai rata-rata 1.38.

Tabel 5.18 Kategori kelengkapan fasilitas bagi petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006

No	Kategori kelengkapan fasilitas	Frekuensi	Persentase
1.	Lengkap	0	0
2.	Cukup	2	25
3.	Kurang	6	75
Total		8	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Dari tabel 5.18 dapat dipelajari kategori kelengkapan fasilitas bagi petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II dalam menunjang kegiatannya yaitu 6 orang (75%) menyatakan kurang, 2 orang (25%) menyatakan cukup. Dan tidak ada yang menyatakan lengkap.

5.6 Gambaran faktor karakteristik tenaga

5.6.1 Pengetahuan

Tabel 5.19 Distribusi frekuensi pengetahuan petugas tentang komunikasi interaktif dan tatalaksana ISPA, bulan Juni 2006

No	Item Pertanyaan	Jawaban Responden				Rata-rata
		Benar		Salah		
		f	%	f	%	
1	2	2	3	4	5	6
1	Pengertian komunikasi interaktif	4	50	4	50.0	1.50
2	Inti atau kunci dari komunikasi interaktif	3	37.5	5	62.5	1.38
3	Bahasa tubuh yang tidak dapat dipisahkan dalam komunikasi interaktif	2	25.0	6	75.0	1.25
4	Pengelompokan ISPA berdasarkan golongan umur	2	25.0	6	75.0	1.25
5	Adanya tanda bahaya dalam penanganan kasus ISPA	3	37.5	5	62.5	1.38
6	Diagnosa ISPA pada anak dibawah 2 bulan	2	25.0	6	75.0	1.25
7	Faktor risiko yang meningkatkan insiden pneumoni pada anak	4	50.0	4	50.0	1.50
8	Kombinasi obat utama dan menjadi pilihan pertama tatalaksana ISPA	5	62.5	3	37.5	1.63
9	Diagnosa penyakit bila "bukan pneumoni"	4	50.0	4	50.0	1.50

Sumber data: primer

Keterangan:

1.00 - 1.32 = kurang

1.33 - 1.65 = cukup

1.66 - 2.00 = baik

Dari tabel 5.19 dapat dilihat bahwa 50% petugas memberikan jawaban benar pada pengertian komunikasi interaktif dan 50% menjawab salah, dengan nilai rata-rata 1.50 termasuk kategori cukup. Yang menjawab benar pada inti atau kunci dari komunikasi interaktif adalah sebesar 37.5% dan menjawab salah sebesar 62.5%, dengan nilai rata-rata 1.38 termasuk kategori cukup. Untuk bahasa tubuh dalam komunikasi interaktif yang memberikan jawaban benar 25% dan 75% menjawab salah dengan nilai rata-rata 1.25 termasuk kategori kurang. Begitu pula untuk jawaban pengelompokan ISPA berdasarkan golongan umur 25% menjawab benar dan 75% menjawab salah. Termasuk kategori kurang dengan nilai rata-rata 1.25. Adanya tanda bahaya dalam ISPA 37.5% menjawab benar dan 62.5% petugas

memberikan jawaban salah, dengan nilai rata-rata 1.38 termasuk kategori cukup dan untuk diagnosa ISPA pada anak dibawah 2 bulan 75% petugas menjawab salah, dan 25% menjawab benar, dengan nilai rata-rata 1.25 juga termasuk kategori kurang. Untuk pertanyaan penggolongan diagnosa penyakit bila bukan pnemonia juga dengan jawaban 50% salah dan 50% benar termasuk kategori cukup dengan nilai rata-rata 1.50. Sedangkan faktor resiko yang meningkatkan insiden ISPA yaitu sebesar 25% benar dan 75% yang menjawab salah dengan nilai rata-rata 1.25 termasuk kategori kurang.

Jawaban yang mempunyai nilai paling besar adalah pada pertanyaan tentang penggunaan kombinasi obat utama pada ISPA yaitu sebesar 62.5% menjawab benar dan 37.5% menjawab salah, dengan rata-rata 1.63 termasuk kategori cukup. Berdasarkan tabel distribusi frekuensi diatas, tingkat pengetahuan petugas terkait dengan komunikasi interaktif dan tatalaksan ISPA dapat dikategorikan seperti tabel berikut.

Tabel 5.20 Kategori tingkat pengetahuan petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II terkait dengan komunikasi interaktif dan tatalaksana ISPA bulan Juni 2006

No	Kategori tingkat pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	0	0
2.	Cukup	6	75
3.	Kurang	2	25
Total		8	100

Sumber: data primer

Dari tabel 5.20 dapat dipelajari kategori tingkat pengetahuan petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II terkait dengan komunikasi interaktif dan ISPA yaitu 6 orang (75%) dengan tingkat pengetahuan cukup, 2 orang (25%) dengan tingkat pengetahuan kurang. Jadi sebagian besar petugas memiliki pengetahuan yang cukup

terkait dengan komunikasi interaktif dan ISPA dan tidak ada pada kategori tingkat pengetahuan yang baik.

5.6.2 Sikap petugas terkait dengan komunikasi interaktif

Tabel 5.21 Distribusi frekuensi sikap petugas terkait pelaksanaan komunikasi interaktif di puskesmas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Item pertanyaan	Jawaban responden								Rata-rata
		Sangat setuju		Setuju		Kurang setuju		Tidak setuju		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
1	Kesetujuannya terhadap peningkatan kemampuan komunikasi	6	75.0	2	25.0	0	0	0	0	3.75
2	Pernyataan pelanggan adalah raja	4	50.0	3	37.5	1	12.5	0	0	3.38
3	Pernyataan kepuasan pelanggan adalah kepuasan kita semua	6	75.0	2	25.0	0	0	0	0	3.75
4	Ketika berjumpa dengan pasien kita menyapa terlebih dahulu	3	37.5	4	50.0	1	12.5	0	0	3.25

Sumber: data primer, Juni 2006

Keterangan:

1.00 - 1.99 = kurang

2.00 - 2.99 = cukup

3.00 - 4.00 = baik

Dari tabel 5.21 dapat dilihat sikap petugas 75% menyatakan sangat setuju dengan peningkatan kemampuan komunikasinya dan 25% menyatakan setuju. Untuk pernyataan pelanggan adalah raja 50% menyatakan sangat setuju, 37.5% menyatakan setuju dan 1 orang atau 12.5% menyatakan kurang setuju. Pernyataan kepuasan pelanggan adalah kepuasan kita semua serta kasus ISPA dapat menimbulkan kematian bila tidak ditangani dan dikomunikasikan dengan baik mendapatkan nilai yang sama dengan masing-masing 6 orang atau 75% menyatakan sangat setuju dan 25% menyatakan setuju. Sedangkan untuk pernyataan bahwa petugas menyapa terlebih dahulu bila berjumpa dengan pelanggan 37.5% menyatakan sangat setuju, 50% menyatakan setuju dan 12.5% menyatakan kurang setuju. Kesimpulan dari frekuensi sikap petugas terkait pelaksanaan komunikasi interaktif di puskesmas dengan melihat

nilai rata-rata antara 3.25-3.75 dari semua komponen termasuk kategori baik, dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

5.7 Gambaran pelaksanaan komunikasi interaktif

Pengamatan pelaksanaan komunikasi interaktif dokter dan perawat yang bertugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II dilakukan oleh seorang enumerator. Pengamatan dilakukan terhadap petugas dalam memberikan pelayanan di poliklinik umum khususnya dalam melakukan penatalaksanaan kasus ISPA. Pengamatan dilakukan terhadap 50 penatalaksanaan kasus ISPA selama penelitian di Puskesmas Baturiti II. Distribusi frekuensi kesesuaian dalam pelaksanaan komunikasi interaktif oleh petugas terlihat dalam tabel berikut :

Tabel 5.22 Distribusi frekuensi hasil pengamatan komunikasi interaktif petugas di Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006

No	Aspek yang dinilai	Hasil Observasi				Rata-rata	Ket
		Sesuai		Tidak			
		f	%	f	%		
1	2	3	4	5	6	7	8
A	Attending Skill						
1	Menghadap kearah pasien	8	100	0	0	2.00	Baik
2	Tidak melipat tangan di dada	8	100	0	0	2.00	Baik
3	Mempertahankan kontak mata	3	37.5	5	62.5	1.38	Cukup
4	Petugas rileks dan tidak tegang	8	100	0	0	2.00	Baik
B	Respect						
1	Petugas menyapa pasien terlebih dahulu dengan menyebut nama	4	50	4	50	1.50	Cukup
2	Petugas tidak memotong pembicaraan pasien	5	62.5	3	37.5	1.63	Cukup
3	Petugas menunjukkan kesan terburu-buru	1	12.5	7	87.5	1.13	Kurang
4	Mendengarkan keluhan pasien tidak sambil memalingkan wajah/berbicara dengan orang lain	6	75	2	25	1.75	Baik
5	Selagi pasien belum selesai diperiksa petugas meninggalkan ruangan	7	87.5	1	12.5	1.88	Baik
C	Empati						
1	Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti	8	100	0	0	2.00	Baik
2	Tidak berbicara kasar atau membentak pasien	8	100	0	0	2.00	Baik
3	Selalu memperhatikan situasi dan keadaan pasien	5	62.5	3	37.5	1.63	Cukup
4	Mau mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius	1	12.5	7	87.5	1.13	Kurang

No	Aspek yang dinilai	Hasil Observasi				Rata-rata	Ket
		Sesuai		Tidak			
		f	%	f	%		
5	Mau berbincang tentang penyakit yang diderita pasien	0	0	8	100	1.00	Kurang
6	Menunjukkan minat dan perhatiannya	1	12.5	7	87.5	1.13	Kurang
7	Melihat reaksi pasien	4	50	4	50	1.50	Cukup
8	Menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti	0	0	8	100	1.00	Kurang
9	Menjelaskan cara perawatan penderita di rumah	0	0	8	100	1.00	Kurang
10	Menjelaskan cara pemberian obat di rumah	2	25	6	75	1.25	Kurang
11	Menganjurkan pasien untuk kontrol bila keadaan memburuk	1	12.5	7	87.5	1.13	Kurang
D	Responsiveness						
1	Segera datang bila dipanggil	5	62.5	3	37.5	1.63	Cukup
2	Segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan	0	0	8	100	1.00	Kurang
3	Segera tanggap terhadap keluhan pasien	5	62.5	3	37.5	1.63	Cukup
4	Menangani pasien dengan cekatan dan teliti	0	0	8	100	1.00	Kurang
5	Segera mengambil keputusan dalam menangani kasus yang harus dirujuk	0	0	8	100	1.00	Kurang

Sumber: data primer, Juni 2006

Keterangan:

F = frekuensi

1.00 - 1.32 = kurang

1.33 - 1.65 = cukup

1.66 - 2.00 = baik

Berdasarkan tabel 5.22 tersebut di atas, menunjukkan bahwa 100% petugas sudah mampu melaksanakan komunikasi interaktif dengan baik yaitu pada komponen: komunikasi dilakukan menghadap kearah pasien, melipat tangan di dada, menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan tidak berbicara kasar atau membentak pasien. Beberapa yang sudah dilakukan namun belum secara optimal berdasarkan hasil pengamatan antara lain mempertahankan kontak mata, menyapa pasien lebih dahulu, petugas menunjukkan kesan terburu-buru, mau mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius dan menunjukkan minat dan perhatiannya. Sedangkan yang sama sekali belum dilaksanakan adalah petugas menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti, menjelaskan cara perawatan penderita di rumah, segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan,

menangani pasien dengan cekatan dan teliti, petugas mau berbincang tentang penyakit yang diderita pasien serta petugas segera mengambil keputusan dalam menangani kasus yang harus dirujuk.

Berdasarkan distribusi frekuensi tersebut di atas, maka dapat dikelompokkan tingkat pelaksanaan komunikasi interaktif sesuai dengan tabel di bawah ini:

Tabel 5.23 Tingkat pelaksanaan komunikasi interaktif oleh petugas di Puskesmas Baturiti II bulan Juni tahun 2006

No	Tingkat Komunikasi Interaktif	Frekuensi	Persentase
1.	Baik	0	0
2.	Cukup	5	62.5
3.	Kurang	3	37.5
Total		8	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Berdasarkan tabel 5.23 menunjukkan bahwa sebagian besar (62.5%) pelaksanaan komunikasi interaktif sudah cukup dilaksanakan dan hanya 37.5% yang kurang dan tidak ada dengan kategori baik. Dengan pelaksanaan komunikasi interaktif yang cukup dalam pelaksanaan akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan.

5.8 Analisis hubungan antar variabel

Tabel 5.24 Tabulasi silang antara pelatihan petugas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.

No	Pelatihan petugas	Pelaksanaan Komunikasi Interaktif				Jumlah	%
		Cukup		Kurang			
		Jml	%	Jml	%		
1	Cukup	1	100	0	0	1	100
2	Kurang	4	57.1	3	42.9	7	100
	Jumlah	5	62.5	3	37.5	8	100

Dari tabel 5.24 dapat dipelajari tidak ada petugas memiliki kategori pelatihan dengan kategori baik, demikian pula tidak ada petugas pelaksanaan komunikasi

interaktif dengan kategori baik. Dari 100% petugas yang memiliki kategori pelatihan dengan kategori cukup, 100% pelaksanaan komunikasi interaktifnya cukup. Petugas dengan kategori pelatihan kurang 57.1% melaksanakan komunikasi interaktif dengan kategori cukup dan sisanya 42.9% melaksanakan komunikasi interaktif dengan kategori kurang. Dari tabel tersebut dapat diambil suatu kesimpulan bahwa petugas dengan pelatihan yang cukup ada kecenderungan pelaksanaan komunikasi interaktifnya cukup.

Tabel 5.25 Tabulasi silang antara pembinaan petugas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.

No	Pembinaan petugas	Pelaksanaan Komunikasi Interaktif				Jumlah	%
		Cukup		Kurang			
		Jml	%	Jml	%		
1	Cukup	2	100	0	0	2	100
2	Kurang	3	50	3	50	6	100
	Jumlah	5	62.5	3	37.5	8	100

Dari tabel 5.25 dapat dipelajari tidak ada petugas memiliki kategori pembinaan yang baik, demikian pula tidak ada yang melakukan pelaksanaan komunikasi interaktif dengan kategori baik. Dari kategori pembinaan yang cukup 100% didapat hasil pelaksanaan komunikasi interaktifnya dengan kategori cukup. Dari petugas dengan kategori pembinaan yang kurang 50% pelaksanaan komunikasi interaktifnya kurang dan sisanya 50% pelaksanaan komunikasi interaktifnya cukup. Jadi dapat diambil suatu kesimpulan bahwa petugas dengan pembinaan cukup ada kecenderungan pelaksanaan komunikasi interaktifnya cukup.

Tabel 5.26 Tabulasi silang antara desain pekerjaan petugas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.

No	Desain pekerjaan	Pelaksanaan Komunikasi Interaktif				Jumlah	%
		Cukup		Kurang			
		Jml	%	Jml	%		
1	Cukup	2	100	0	0	2	100
2	Kurang	3	50	3	50	6	100
	Jumlah	5	62.5	3	37.5	8	100

Dari tabel 5.26 dapat dipelajari tidak ada petugas memiliki kategori desain tugas yang baik, demikian pula tidak ada yang melakukan pelaksanaan komunikasi interaktif dengan kategori baik. Dari yang memiliki kategori desain yang cukup 100% pelaksanaan komunikasi interaktifnya dengan kategori cukup. Dari petugas dengan kategori desain yang kurang, 50% pelaksanaan komunikasi interaktifnya kurang dan sisanya 50% pelaksanaan komunikasi interaktifnya cukup. Jadi dapat diambil suatu kesimpulan bahwa petugas dengan desain pekerjaan cukup ada kecenderungan pelaksanaan komunikasi interaktifnya cukup.

Tabel 5.27 Tabulasi silang antara adanya kesulitan dan hambatan petugas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.

No	Adanya kesulitan	Pelaksanaan Komunikasi Interaktif				Jumlah	%
		Cukup		Kurang			
		Jml	%	Jml	%		
1	Cukup	4	57.1	3	42.9	7	100
2	Mudah	1	100	0	0	1	100
	Jumlah	5	62.5	3	37.5	8	100

Dari tabel 5.27 dapat dipelajari tidak ada petugas memiliki kesulitan dan hambatan yang besar dalam melaksanakan tugasnya, namun tidak ada dari petugas yang melakukan pelaksanaan komunikasi interaktif dengan kategori baik. Dari yang memiliki kategori kesulitan yang cukup 57,1% pelaksanaan komunikasi interaktifnya

dengan kategori cukup dan 42,9% dengan kategori kurang. Dari petugas yang ada dalam kategori mudah, 100% pelaksanaan komunikasi interaktifnya dengan kategori cukup. Jadi dapat diambil suatu kesimpulan bahwa petugas dengan kesulitan dan hambatan dengan kategori cukup ada kecenderungan pelaksanaan komunikasi interaktifnya dengan kategori cukup.

Tabel 5.28 Tabulasi silang antara fasilitas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.

No	Fasilitas	Pelaksanaan Komunikasi Interaktif				Jumlah	%
		Cukup		Kurang			
		Jml	%	Jml	%		
1	Cukup	2	100	0	0	2	100
2	Kurang	3	50	3	50	6	100
	Jumlah	5	62.5	3	37.5	8	100

Dari tabel 5.28 dapat dipelajari fasilitas yang mendukung pelaksanaan pekerjaan petugas tidak ada dengan kategori lengkap dan tidak ada pelaksanaan komunikasi interaktifnya dengan kategori baik, dari 100% yang menyatakan fasilitas dengan kategori cukup pelaksanaan komunikasi interaktifnya dengan kategori cukup. Dari yang menyatakan fasilitas dengan kategori kurang pelaksanaan komunikasi interaktifnya 50% dengan kategori cukup, sisanya 50% dengan kategori kurang. Jadi dapat diambil suatu kesimpulan bahwa petugas dengan kategori fasilitas cukup ada kecenderungan pelaksanaan komunikasi interaktifnya cukup.

Tabel 5.29 Tabulasi silang antara pengetahuan petugas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.

No	Pengetahuan	Pelaksanaan Komunikasi Interaktif				Jumlah	%
		Cukup		Kurang			
		Jml	%	Jml	%		
1	Cukup	5	83.3	1	16.7	6	100
2	Kurang	0	0	2	100	2	100
	Jumlah	5	62.5	3	37.5	8	100

Dari tabel 5.29 dapat dipelajari tidak ada petugas dengan kategori pengetahuan yang baik dan tidak ada pelaksanaan komunikasi interaktifnya dengan kategori baik. Dari yang memiliki kategori pengetahuan cukup 83.3% kategori pelaksanaan

komunikasi interaktifnya dengan kategori cukup dan dari yang memiliki kategori pengetahuan kurang 100% pelaksanaan komunikasi interaktifnya dengan kategori kurang. Dari tabel tersebut dapat diambil suatu kesimpulan bahwa petugas dengan pengetahuan yang cukup ada kecenderungan pelaksanaan komunikasi interaktifnya cukup dan petugas dengan pengetahuan kurang ada kecenderungan pelaksanaan komunikasi interaktifnya kurang.

Tabel 5.30 Tabulasi silang antara sikap petugas dengan pelaksanaan komunikasi interaktif.

No	Sikap	Pelaksanaan Komunikasi Interaktif				Jumlah	%
		Cukup		Kurang			
		Jml	%	Jml	%		
1	Setuju	5	62.5	3	37.5	8	100
	Jumlah	5	62.5	3	37.5	8	100

Dari tabel 5.30 dapat dipelajari semua petugas menyatakan setuju terhadap dengan pelaksanaan komunikasi interaktif namun pelaksanaan komunikasi interaktifnya tidak ada dengan kategori baik, 65% pelaksanaan komunikasi interaktifnya dengan kategori sedang dan 37.5% dengan kategori kurang. Dari tabel tersebut dapat diambil suatu kesimpulan bahwa petugas dengan sikap setuju ada kecenderungan pelaksanaan komunikasi interaktifnya cukup.

5.9 Gambaran harapan ibu/pengantar balita terhadap komunikasi interaktif

Penelitian ini menggunakan petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II baik dokter puskesmas maupun perawat sebagai subyek penelitian. Penelitian dilakukan dengan melakukan pengamatan atau observasi terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif petugas saat memberikan pelayanan terhadap pasien yang menggunakan poli umum puskesmas khususnya pada penanganan kasus ISPA pada anak dibawah umur 5 tahun. Untuk melihat sejauh mana pelaksanaan komunikasi interaktif petugas

dibandingkan dengan harapannya maka ibu/pengantar diminta untuk memberikan umpan balik. Berikut digambarkan karakteristik ibu/pengantar dan juga umpan balik yang diberikan terkait pelaksanaan komunikasi interaktif petugas poliklinik umum Puskesmas Baturiti II.

Tabel 5.31 Distribusi frekuensi umur responden di poliklinik Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Umur	frekuensi	persentase
1	21-25 th	3	6.0
2	26-30 th	19	38.0
3	31-35 th	13	26.0
4	36-40 th	9	18.0
5	41-45 th	6	12.0
	Total	50	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Menurut tabel 5.31 sebagian besar responden (38%) berumur relatif muda antara 26-30 tahun, mereka adalah ibu-ibu muda atau orang tua yang masih mempunyai anak balita. Responden dengan frekuensi berumur 21-25 tahun (6%).

Tabel 5.32 Distribusi frekuensi pendidikan responden di poliklinik Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Pendidikan	frekuensi	persentase
1	SD	5	10.0
2	SMP	18	36.0
2	SMA	22	44.0
3	DIPLOMA/AKADEMI	5	10.0
	Total	50	100

Sumber: data primer, Juni 2006

Pada tabel 5.32 dapat dilihat sebagian besar responden mempunyai latar belakang pendidikan SMA atau setingkatnya sebesar 44%, sedangkan yang terkecil memiliki latar belakang pendidikan SD sebesar 10% dan diploma sebesar 10%. Dari keseluruhan latar belakang pendidikan responden dapat dikatakan memiliki tingkat pendidikan yang cukup.

Tabel 5.33 Distribusi frekuensi pekerjaan responden di poliklinik Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Pekerjaan	frekuensi	persentase
1.	Pelajar	1	2.0
2.	Petani/buruh	24	48.0
3.	Pedagang	6	12.0
4.	Karyawan swasta	12	24.0
5.	PNS	6	12.0
6.	TNI/POLRI	1	2.0
	Total	50	100.0

Sumber: data primer, Juni 2006

Pada tabel 5.33 dapat dilihat sebagian besar responden (48%) memiliki pekerjaan sebagai petani atau buruh, termasuk ibu rumah tangga yang juga memiliki pekerjaan tambahan sebagai petani, karena lokasi puskesmas sendiri terletak di daerah pedesaan, yang mana sebagian besar penduduknya adalah petani. Jenis pekerjaan yang paling sedikit adalah TNI dan pelajar sebesar 2%.

Tabel 5.34 Distribusi frekuensi pengalaman berobat responden di poliklinik Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Pengalamam berobat	frekuensi	persentase
1	Belum pernah berobat sebelumnya	5	10.0
2	Sudah pernah berobat sebelumnya	45	90.0
	Total	50	100.0

Sumber: data primer, Juni 2006

Pada tabel 5.34 dapat dilihat sebagian besar responden (90%) sudah pernah berobat sebelumnya, sehingga mempunyai perbandingan dengan pengalaman sebelumnya. Hanya 10% yang menyatakan belum pernah.

Gambaran kesesuaian harapan ibu/pengantar terkait komunikasi interaktif petugas yang meliputi komponen *Attending Skill*, *respect*, *Empati*, *Responsiveness* dapat digambarkan pada tabel berikut:

Tabel 5.35 Distribusi frekuensi harapan pasien terkait komunikasi interaktif petugas di poliklinik Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006

No	Aspek yang dinilai	Jawaban Responden								Rata-rata	Ket
		Kurang sesuai		Cukup		Sesuai		Sangat sesuai			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
A	Attending Skill										
1	Menghadap kearah anda	0	0	0	0	40	80	10	20	3.20	S
2	Melipat tangan di dada	2	4	0	0	39	78	9	18	3.10	S
3	Rileks dan tidak tegang saat	0	0	0	0	42	84	8	16	3.16	S
B	Respect										
1	Menyapa pasien terlebih dahulu	15	30	0	0	31	62	4	8	2.48	C
2	Memotong pembicaraan anda	1	2	10	20	31	62	8	16	2.92	C
3	Memalingkan wajah	0	0	21	42	29	58	0	0	2.58	C
4	Menjawab pertanyaan dengan baik	0	0	10	20	39	78	1	2	2.82	C
5	Menunjukkan kesan terburu-buru	10	20	15	30	25	50	0	0	2.30	C
6	Petugas meninggalkan ruangan	0	0	0	0	47	94	3	6	3.06	S
C	Empati										
1	Petugas mendengarkan keluhan anda dengan serius	0	0	19	38	31	62	0	0	2.62	C
2	Petugas menunjukkan minat dan perhatian	0	0	20	40	29	58	1	2	2.62	C
3	Petugas menyentuh tangan anda untuk memberikan dukungan	47	94	1	2	2	4	0	0	1.10	K
4	Petugas tidak berbicara kasar dengan anda	0	0	0	0	44	88	6	12	3.12	S
5	Petugas tidak menggunakan bahasa yang sulit dimengerti	0	0	3	6	44	88	3	6	3.00	S
6	Petugas mau berbincang tentang penyakit anda	12	24	17	34	21	42	0	0	2.18	C
7	Petugas menanyakan keluhan anda dengan teliti tentang riwayat penyakit	6	12	29	58	15	30	0	0	2.18	C
8	Petugas menjelaskan cara perawatan penderita di rumah	37	74	11	22	2	4	0	0	1.30	K
9	Petugas menjelaskan cara pemberian obat di rumah	25	50	23	46	2	4	0	0	1.54	K
10	Petugas menjelaskan tanda bahaya pada penyakit anak anda	37	74	10	20	3	6	0	0	1.32	K
11	Petugas menganjurkan anda agar segera kembali bila keadaan penderita memburuk	21	42	20	40	9	18	0	0	1.76	K

No	Aspek yang dinilai	Jawaban Responden								Rata-rata	Ket
		Kurang sesuai		Cukup		Sesuai		Sangat sesuai			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
D	Responsiveness										
1	Petugas segera datang bila dipanggil	1	2	2	4	43	86	4	8	3.00	S
2	Petugas menanyakan berbagai hal yang perlu dibantu	20	40	12	24	18	36	0	0	1.96	K
3	Petugas segera tanggap terhadap keluhan anda	0	0	19	38	31	62	0	0	2.62	C
4	Petugas menangani anda dengan teliti dan cekatan	0	0	22	44	28	56	0	0	2.56	C

Sumber: data primer, Juni 2006

Keterangan:

F = frekuensi

1,00 – 1,99 = kurang sesuai

2,00 – 2,99 = cukup

3,00 – 4,00 = sesuai

K : Kurang sesuai

C : Cukup

S : Sesuai

Pada tabel 5.35 dapat dilihat harapan pasien mengenai *attending skill* petugas di poliklinik umum puskesmas menyatakan petugas menghadap ke arah anda/menatap anda sangat sesuai harapan 20%, dan sesuai harapan 80% dengan nilai rata-rata 3.20 termasuk kategori baik. Petugas tidak melipat tangan di dada mendapat hasil sesuai 78%, sangat sesuai 18%, kurang sesuai sebesar 4% dengan rata-rata 3.10 termasuk kategori baik, sementara petugas rileks dan tidak tegang mendapat tanggapan sesuai 84% sesuai, dan 16% sangat sesuai dengan nilai rata-rata 3.16 juga termasuk kategori baik. Jadi kesesuaian harapan pasien mengenai *attending skill* petugas dari semua komponen termasuk kategori baik.

Harapan pasien terhadap pelaksanaan *respect* terkait dengan komunikasi interaktif petugas di poliklinik Puskesmas Baturiti II menyatakan petugas tidak meninggalkan ruangan selagi pasien masih berada di dalam ruangan 94% menyatakan sesuai, dan 6% sangat sesuai, dengan nilai rata-rata 3.06 termasuk kategori baik. Petugas tidak memotong pembicaraan pasien 2% kurang sesuai, 20% cukup, 62% sesuai dan 16% sangat sesuai dengan nilai rata-rata 2.92 termasuk kategori cukup. Petugas menjawab pertanyaan anda dengan baik 20% cukup, 78% sesuai, dan 2%

sangat sesuai dengan nilai rata-rata 2.82 termasuk kategori cukup. Petugas mendengarkan anda tidak sambil berbicara dengan orang lain atau memalingkan wajah 42% cukup, 58% sesuai dengan nilai rata-rata 2.58 termasuk kategori cukup. Komponen ketika bertemu petugas memberi salam/menyapa anda lebih dahulu sangat sesuai harapan 8%, sesuai 62%, tapi masih banyak yang kurang sesuai 30% dengan nilai rata-rata 2.48 termasuk kategori cukup, petugas tidak menunjukkan kesan terburu-buru mendapat jawaban sesuai dengan harapan pasien 50%, cukup 30%, kurang sesuai 20% dengan nilai rata-rata 2.30 termasuk kategori cukup.

Harapan pasien terhadap *empati* dimana petugas tidak berbicara kasar dengan anda mendapat 88% sesuai, 12% sangat sesuai dengan nilai rata-rata 3.12 termasuk kategori baik. Petugas tidak menggunakan bahasa yang sulit dimengerti 88% sesuai dengan harapan pasien, 6% sangat sesuai dan 6% menyatakan cukup sesuai dengan nilai rata-rata 3.00 termasuk kategori baik. Petugas mendengarkan keluhan anda dengan serius 38% menjawab cukup sesuai, 62% sesuai dengan nilai rata-rata 2.62 termasuk kategori cukup dan petugas menunjukkan minat dan perhatian mendapat jawaban 40% cukup sesuai, 58% sesuai dan 2% sangat sesuai, dengan nilai rata-rata 2.62 termasuk kategori cukup. Petugas mau berbincang tentang penyakit anda mendapat nilai 42% sesuai dengan harapan pasien, cukup 34%, dan kurang sesuai dengan harapan 24%, dengan nilai rata-rata 2.18 termasuk pada kategori cukup. Petugas menanyakan keluhan anda dengan teliti tentang riwayat penyakit dengan nilai rata-rata 2.18 termasuk kategori cukup, yaitu 30% menyatakan sesuai, 58% cukup, dan 12% kurang sesuai dengan harapan pasien.

Adapun komponen yang termasuk kategori kurang antara lain petugas menganjurkan anda agar segera kembali bila keadaan penderita memburuk termasuk kategori kurang dengan nilai rata-rata 1.76. menyatakan kurang sesuai dengan

harapan 42%, 40% cukup dan hanya 18% yang sesuai dengan harapan pasien. Petugas menjelaskan cara pemberian obat di rumah dengan nilai rata-rata 1.54 termasuk kategori kurang, 50% responden menyatakan kurang sesuai, 46% cukup dan sedikit sekali (4%) yang sesuai dengan harapan pasien. Petugas menjelaskan tanda bahaya pada penyakit anak anda dengan nilai rata-rata 1.32 termasuk kategori kurang, sebagian besar responden 74% menyatakan kurang sesuai dengan harapan pasien, 20% cukup, dan hanya 6% yang menyatakan sesuai dengan harapan. Petugas menjelaskan cara perawatan penderita di rumah, dengan nilai rata-rata 1.30 termasuk kategori kurang dengan rincian 74% menyatakan kurang sesuai dengan harapan, 22% cukup sesuai dan 4% yang menyatakan sesuai dengan harapan. Petugas menyentuh tangan anda untuk memberikan dukungan, dengan nilai rata-rata 1.10 termasuk kategori kurang, dengan rincian sebagian besar responden (94%) menyatakan kurang sesuai dengan harapan pasien, 2% menyatakan cukup, dan 4% yang menyatakan sesuai dengan harapannya.

Harapan pasien mengenai *responsiveness* petugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II, dibagi dalam 4 komponen yang menjadi bagian dari *responsiveness* petugas. Petugas segera datang bila dipanggil menjawab kurang sesuai 2%, cukup sesuai 4%, sesuai 86% dan 8% menjawab sangat sesuai, dengan nilai rata-rata 3.00 termasuk kategori baik, petugas segera tanggap terhadap keluhan anda mendapat jawaban 38% cukup sesuai, 62% sesuai dengan nilai rata-rata 2.62 termasuk kategori cukup. Petugas menangani anda dengan teliti dan cekatan 44% menjawab cukup sesuai dan 56% sesuai dengan nilai rata-rata 2.56 juga termasuk kategori cukup. Tetapi komponen petugas menanyakan berbagai hal yang perlu dibantu masih berada pada kategori kurang dengan nilai rata-rata 1.96, dengan rincian yang sesuai dengan harapan pasien 36%, cukup sesuai 24%, dan yang kurang sesuai

40%. Berdasarkan distribusi frekuensi kesesuaian harapan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif di poliklinik Puskesmas Baturiti II dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.36 Kategori kesesuaian harapan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif di poliklinik Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006

No	Kategori	frekuensi	persentase
1.	Sesuai	5	10
2.	Cukup	45	90
3.	Kurang	0	0
	Total	50	100

Dari tabel 5.36 dapat dilihat kesesuaian harapan ibu/pengantar terhadap komunikasi interaktif petugas 90% dengan kategori cukup dan hanya 10% dengan kategori sesuai. Untuk mendapatkan kepuasan pasien tentu hal ini perlu mendapat perhatian untuk upaya perbaikan kearah peningkatan mutu pelayanan dalam memberikan kepuasan pada pelanggannya.

5.10 Isu strategis

Isu strategis adalah masalah krusial yang ditemukan di poliklinik puskesmas Baturiti II dari hasil analisis faktor organisasi yang meliputi pelatihan dan pengembangan petugas, pembinaan, faktor pekerjaan yang meliputi desain pekerjaan, adanya kesulitan dan hambatan dalam melaksanakan tugas, fasilitas, faktor karakteristik tenaga meliputi pengetahuan dan sikap, pengamatan terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif petugas dan umpan balik ibu/pengantar dengan kesesuaian harapannya terkait pelaksanaan komunikasi interaktif petugas. Hal-hal yang diambil sebagai isu strategis adalah:

5.10.1 Variabel pelatihan

Sebagian besar petugas tidak pernah mengikuti pelatihan baik tentang komunikasi interaktif dan tatalaksana ISPA maupun seminar-seminar keprofesian yang diselenggarakan baik oleh IDI/PPNI.

5.10.2 Variabel pembinaan

1. Pemantauan oleh kepala puskesmas kurang dalam memberikan pelayanan dan pembinaan tentang menciptakan kepuasan pasien/tatacara berkomunikasi dengan pasien.
2. Pemantauan dan pembinaan program khususnya tatalaksana ISPA oleh dinas kesehatan kurang

5.10.3 Variabel fasilitas

1. Jumlah peralatan medis maupun alat bantu komunikasi di puskesmas masih kurang
2. Petugas kurang memperhatikan pemeliharaan alat-alat di puskesmas
3. Sebagian besar petugas tidak menggunakan *sound timer* untuk menghitung frekuensi pernapasan pada pasien ISPA

5.10.4 Variabel pengetahuan

1. Pengetahuan petugas tentang bahasa tubuh yang tidak dapat dipisahkan dalam komunikasi interaktif kurang
2. Pengetahuan petugas tentang pengelompokkan ISPA berdasarkan golongan umur dan diagnosa ISPA pada anak umur di bawah 2 bulan kurang

5.10.5 Variabel pelaksanaan komunikasi Interaktif

1. Sebagian besar petugas saat memberi pelayanan menunjukkan kesan terburu-buru (*respect*)

2. Sebagian besar petugas mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien tidak dengan serius (empati)
3. Petugas tidak pernah membicarakan tentang penyakit yang diderita pasien (empati)
4. Sebagian besar petugas tidak menunjukkan minat dan perhatiannya secara serius kepada pasien (empati)
5. Petugas tidak menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti (empati)
6. Petugas tidak menjelaskan cara perawatan penderita di rumah (empati).
7. Sebagian besar petugas tidak menjelaskan cara pemberian obat di rumah (empati)
8. Sebagian besar petugas tidak menganjurkan pasien untuk kontrol bila keadaan memburuk dan memberi penjelasan keadaan yang dimaksudkan (empati)
9. Sebagian besar petugas tidak segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan (*responsiveness*)
10. Petugas belum mampu menangani pasien dengan teliti dan cekatan sesuai dengan protap/SOP yang ada (*responsiveness*)

5.10.6 Harapan pasien terkait pelaksanaan komunikasi interaktif petugas di Puskesmas Baturiti II.

1. Sebagian besar petugas belum mampu memberikan dukungan dengan cara menyentuh tangan pasien (empati).
2. Sebagian besar petugas tidak menjelaskan cara perawatan penderita di rumah (empati).
3. Sebagian besar petugas tidak menjelaskan cara pemberian obat di rumah (empati).

4. Sebagian besar petugas tidak menjelaskan tanda bahaya pada penyakit pasien (empati).
5. Sebagian besar petugas tidak menganjurkan pasien agar segera kembali bila keadaan penderita memburuk dengan memberikan penjelasan tentang keadaan yang dimaksud (empati).
6. Sebagian besar petugas tidak menanyakan kepada pasien tentang berbagai hal yang perlu dibantu (*responsiveness*)

5.11 Hasil *Focus Group Discussion* (FGD)

Pelaksanaan FGD dilakukan dalam rangka menyusun rekomendasi berkaitan dengan peningkatan upaya komunikasi interaktif di Puskesmas Baturiti II. FGD dilaksanakan pada hari Rabu, 16 Agustus 2006 di Ruang Rapat Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tabanan. Diskusi dihadiri oleh 10 peserta, 2 dokter poliklinik puskesmas, dan 6 orang perawat yang semuanya bertugas di Puskesmas Baturiti II. Sedangkan dari dinas kesehatan sendiri dihadiri oleh Kepala Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tabanan dan Kepala bidang P2M Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tabanan.

Tujuan dari pelaksanaan FGD adalah klarifikasi data hasil penelitian, mencari penyebab isu strategis dan mencari solusi pemecahan dari permasalahan yang ada.

Tabel 5.37 Isu strategis dan hasil FGD

No	Isu strategis	Penyebab	Hasil FGD
I.1a	Faktor organisasi Sebagian besar petugas tidak pernah mengikuti pelatihan tentang komunikasi inter aktif dan tata- laksana ISPA maupun seminar-seminar keprofesian yang diselenggarakan baik oleh IDI/PPNI	1. Pelatihan yang diadakan di dinas kesehatan propinsi /BPKTK hanya diwakili oleh beberapa puskesmas saja 2. Pelatihan yang di selenggarakan di dinas kesehatan kabupaten	1. Dinas kesehatan kabupaten memprogramkan pelatihan/seminar secara rutin sesuai dengan prioritas/anggaran 2. Pelatihan dilakukan berbentuk work shop atau simulasi kasus sehingga

No	Isu Strategis	Penyebab	Hasil FGD
		<p>tidak dilaksanakan secara rutin dan tidak pernah melakukan pelatihan tentang komunikasi interaktif atau <i>service exelence</i></p> <p>3. Pelatihan bersifat undangan saja, tidak pernah diadakan di puskesmas sendiri</p> <p>4. Petugas yang sudah dilatih tidak mau melatih petugas yang lain</p> <p>5. Belum pernah dialokasikan anggaran untuk pelatihan khususnya pada alokasi anggaran operasional puskesmas, karena terbatasnya anggaran</p> <p>6. Kurangnya frekuensi pelatihan ISPA disebabkan karena timbulnya kasus-kasus baru yang mempunyai tingkat mortalitas yang lebih tinggi seperti demam berdarah dan flu burung.</p>	<p>lebih tepat sasaran</p> <p>3. Puskesmas melakukan pelatihan di kantor sendiri dengan mengundang nara sumber bila memungkinkan.</p> <p>4. Puskesmas mewajibkan petugas yang sudah dilatih untuk melatih petugas lain (ketok tular)</p> <p>5. Menyarankan IDI/PPNI untuk lebih sering melakukan seminar yang bersifat <i>updating</i> pengetahuan untuk semua anggota organisasinya baik di puskesmas maupun rumah sakit</p>
Ib	<p>Pemantauan oleh kepala puskesmas dalam memberikan pelayanan dan pembinaan tentang menciptakan kepuasan pasien kurang, begitu pula pemantauan dan pembinaan oleh dinas kesehatan kurang khususnya program P2 ISPA</p>	<p>1. Kepala puskesmas belum menyadari bahwa pembinaan harus dilakukan secara berkala untuk mengetahui perkembangan mutu pelayanan.</p> <p>2. Kepala puskesmas lebih banyak tersita waktunya untuk mengurus tugas-tugas manajemen dan koordinasi dan belum bisa mengelola waktu dalam memberikan pembinaan secara rutin</p>	<p>1. Perlu perencanaan pelaksanaan tugas yang lebih baik dari kepala puskesmas dengan membuat jadwal pembinaan dan melakukan evaluasi secara berkala khususnya tentang <i>service exelence</i>.</p> <p>2. Dinas kesehatan lebih mengefektifkan program yang telah direncanakan dalam melakukan pembinaan dan supervisi ke puskesmas.</p> <p>3. Melalui rapat rutin petugas diberikan</p>

No	Isu Strategis	Penyebab	Hasil FGD
		3. Dinas kesehatan belum mengoptimalkan jadwal pembinaan/supervisi ke puskesmas secara berkala	<p>pembinaan secara langsung tentang <i>service exelence</i>.</p> <p>4. Inovasi puskesmas untuk melakukan pengukuran kepuasan pelanggan secara berkala</p> <p>5. Kepala puskesmas selalu memberi motivasi untuk kemajuan petugas.</p>
2.	Faktor pekerjaan Jumlah peralatan medis maupun alat bantu komunikasi di puskesmas masih kurang, petugas juga kurang memperhatikan pemeliharaan alat di puskesmas.	<p>1. Usulan peralatan dari puskesmas belum bisa dipenuhi oleh dinas kesehatan kabupaten atau pada saat realisasi peralatan yang diterima kadang kurang sesuai dengan apa yang diusulkan, baik dalam jumlah maupun mutunya.</p> <p>2. Pemeliharaannya kurang karena tidak ada tempat penyimpanan yang baik</p> <p>3. Petugas merasa kurang bertanggungjawab apabila ada peralatan yang rusak atau hilang</p> <p>4. Tidak ada alokasi anggaran untuk pemeliharaan alat-alat</p> <p>5. Petugas belum mengoptimalkan penggunaan alat-alat di puskesmas</p>	<p>1. Pengadaan alat oleh dinas kesehatan hendaknya disesuaikan dengan usulan kebutuhan puskesmas baik jumlah dan mutunya</p> <p>2. Usulan sarana untuk penyimpanan alat yang memadai.</p> <p>3. Membuat daftar inventaris barang dan dievaluasi secara rutin.</p> <p>4. Meningkatkan rasa memiliki terhadap puskesmas</p> <p>5. Memberikan tanggungjawab untuk pemeliharaan alat-alat kepada petugas logistik puskesmas melalui pengawasan kepala puskesmas</p> <p>6. Mengoptimalkan penggunaan alat-alat yang ada sehingga bisa efektif dan efisien.</p>
3.	Faktor karakteristik tenaga Pengetahuan petugas tentang komunikasi interaktif dan tatalaksana ISPA kurang	<p>1. Kurangnya pelatihan dan pembinaan yang diberikan berkaitan dengan komunikasi interaktif</p> <p>2. Rendahnya minat membaca buku-buku pedoman puskesmas</p> <p>3. Latar belakang pendidikan perawat yang masih rendah (SPK).</p>	<p>1. <i>Updating</i> pengetahuan petugas secara berkesinambungan oleh kepala puskesmas maupun dinas kesehatan</p> <p>2. Menumbuhkan minat baca, menata buku-buku puskesmas untuk memudahkan pencarian dan menarik minat baca</p> <p>3. Menugaskan pegawai yang sudah dilatih untuk</p>

No	Isu Strategis	Penyebab	Rekomendasi
		4. Petugas merasa tidak ada tuntutan untuk menjadi lebih maju 5. Petugas tidak mampu mengelola waktu dengan baik sehingga kehilangan kesempatan untuk membaca.	membuat laporan hasil pelatihan dan melakukan ketok tular kepada petugas lainnya 4. Memberikan kesempatan kepada petugas mengikuti pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.
4 4a.	Pelaksanaan komunikasi <i>Respect</i> , sebagian besar petugas saat memberi pelayanan menunjukkan kesan terburu-buru.	1. Petugas bekerja di bawah tekanan waktu ketika banyak pasien yang harus dilayani 2. Pasien datang berbarengan sehingga kita terkesan terburu-buru biar pasien tidak lama menunggu 3. Pasien datang saat jam puskesmas mau tutup. 4. Protap pelayanan tidak ada 5. Petugas belum memiliki kesadaran akan sikap profesional profesi untuk memberikan penghargaan (<i>respect</i>) kepada pasien 6. <i>Mind set</i> petugas tentang mutu pelayanan belum terbentuk dan petugas masih menggunakan paradigma lama bahwa pasien yang lebih membutuhkan petugas 7. Petugas tidak menunjukkan kesungguhannya dalam membantu pasien tetapi cenderung ingin segera menyelesaikan tugas/ fokus pada tugas bukan pada pasien.	1. Puskesmas membangun komitmen untuk menjadikan puskesmas sebagai tempat pelayanan yang menjadi pilihan pasien dan mampu memberikan kepuasan pelayanan (sikap profesional profesi) 2. Membangun visi dan misi puskesmas tidak sekedar wacana namun menjadikannya sebagai suatu bentuk pelayanan yang memuaskan (perubahan <i>mind set</i> petugas) 3. Protap tatalaksana ISPA sudah ada pada tiap puskesmas, perlu ditingkatkan pembinaan dan motivasi petugas 4. Kepala puskesmas secara rutin melakukan pembinaan khususnya tentang komunikasi interaktif dan <i>customer service</i> 5. Memberikan pelatihan tentang <i>customer service</i> dengan mencari nara sumber yang lebih berkompeten di bidangnya 6. Puskesmas harus memiliki protap untuk setiap kegiatan.

No	Isu Strategis	Penyebab	Rekomendasi
			7. Menyediakan buku bacaan khususnya tentang <i>service exelence</i> di puskesmas
4b	<p>Empati</p> <p>Dari 11 komponen pelaksanaan empati petugas, terdapat 7 komponen dengan kategori kurang. meliputi: (1) Sebagian besar petugas tidak mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius (2) Petugas tidak membicarakan tentang penyakit yang diderita pasien (3) Sebagian besar petugas tidak menunjukkan minat dan perhatiannya secara serius kepada pasien (4) Petugas tidak menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti (5) Petugas tidak menjelaskan cara perawatan penderita di rumah (6) Sebagian besar petugas tidak menjelaskan cara pemberian obat di rumah (7) Sebagian besar petugas tidak menganjurkan pasien untuk kontrol bila keadaan memburuk dan memberi penjelasan tentang keadaan yang dimaksudkan.</p> <p>Hal ini juga terlihat dari umpan balik harapan pasien terhadap</p>	<p>1. Adanya hambatan komunikasi yang disebabkan karena petugas memikirkan hal lain. mendapat interupsi dari petugas lain atau petugas memang memiliki kesulitan pribadi dalam memulai komunikasi yang terbuka dengan pasien</p> <p>2. Petugas menganggap keluhan pasien biasa saja (sakit ringan)</p> <p>3. Rasa memiliki terhadap puskesmas kurang.</p> <p>4. tergantung pribadi dan motivasi masing-masing petugas</p> <p>5. Petugas belum mampu menempatkan diri dalam keadaan dan kondisi pasien</p> <p>6. <i>Mind set</i> petugas tentang mutu pelayanan belum terbentuk dan petugas masih menggunakan paradigma lama pelayanan</p> <p>7. Petugas kurang menggali keluhan pasien</p> <p>8. Petugas kurang memberikan kesempatan bertanya pada pasien.</p> <p>9. Keengganan petugas untuk menjelaskan penyakit pasien mungkin juga disebabkan karena kurangnya waktu</p>	<p>1. Membangun komitmen petugas tentang mutu pelayanan (sikap profesional profesi: perasaan terlibat, respect, empati dan kesungguhan)</p> <p>2. Membangun komitmen tentang paradigma baru pelayanan bahwa puskesmas yang membutuhkan pasien bukan sebaliknya.</p> <p>3. Kepala puskesmas secara rutin melakukan pembinaan khususnya tentang teknik dan ketrampilan komunikasi interaktif yang baik dan profesional</p> <p>4. Mengharuskan petugas dalam melakukan tindakan/pelayanan disesuaikan dengan SOP yang ada.</p> <p>5. Dokter poliklinik melatih petugas untuk menerangkan obat apa yang tertulis pada resep yang akan diberikan dan cara pemberian obat kepada pasien di rumah.</p> <p>6. Melakukan penilaian kinerja dan memberikan reward kepada petugas dengan kinerja yang baik, bukan saja dalam bentuk DP3.</p> <p>7. Dinas kesehatan kabupaten diharapkan melakukan pembinaan secara rutin dan berkesinambungan ke puskesmas dalam</p>

No	Isu strategis	Penyebab	Rekomendasi
	<p>petugas yang termasuk kategori kurang meliputi: petugas tidak menyentuh tangan pasien untuk memberi dukungan, petugas tidak menjelaskan cara perawatan penderita di rumah, petugas tidak menjelaskan cara pemberian obat di rumah, petugas tidak menjelaskan tanda bahaya pada penyakit pasien, petugas tidak menganjurkan pasien agar segera kembali bila keadaan penderita memburuk</p>	<p>sehingga petugas terburu-buru ingin cepat menyelesaikan pekerjaannya</p> <p>10. Petugas menganggap pasien tidak perlu dan tidak ingin tahu tentang penyakitnya.</p>	<p>mendukung pembangunan mutu pelayanan.</p>
4c.	<p>Dari pelaksanaan <i>responsiveness</i> petugas terdapat dua komponen yang pelaksanaannya kurang yaitu: sebagian besar petugas tidak segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan dan petugas belum mampu menangani pasien dengan teliti dan cekatan sesuai dengan protap/SOP yang ada</p> <p>Hal ini juga terlihat pada harapan pasien dengan kategori kurang yaitu petugas tidak menanyakan kepada pasien tentang berbagai hal yang perlu dibantu</p>	<p>1. Penanganan pasien adalah tim, bukan saja tanggungjawab dokter dan perawat saja.</p> <p>2. Kesadaran memiliki puskesmas kurang petugas masih dengan paradigma lama dimana pasien yang membutuhkan petugas/puskesmas.</p> <p>3. Motivasi petugas kurang, tergantung individu</p> <p>4. <i>Mind set</i> petugas tentang mutu pelayanan belum terbentuk</p> <p>5. Masih banyak petugas tidak mematuhi prosedur tetap (SOP) dalam penatalaksanaan ISPA</p> <p>6. Kurangnya pengawasan dan pembinaan serta pelatihan-pelatihan tentang <i>updating</i> kasus-kasus tertentu.</p>	<p>1. Membangun komitmen petugas tentang mutu pelayanan (sikap profesional profesi) yang diikuti dengan perubahan <i>mind set</i> setiap petugas.</p> <p>2. <i>Updating</i> pengetahuan dan ketrampilan petugas secara rutin baik oleh kepala puskesmas maupun dinas kesehatan.</p> <p>3. Pembinaan dan memotivasi staf secara berkesinambungan oleh kepala puskesmas</p> <p>4. Pemberian penghargaan kepada petugas dengan kinerja baik.</p> <p>5. Melatih senyum dalam memberikan pelayanan.</p>

5.11 Rekomendasi Upaya Pelaksanaan Komunikasi Interaktif

Dari hasil FGD dan usulan peneliti di atas, untuk dapat melakukan komunikasi interaktif yang mampu memberikan kepuasan pelanggan dapat direkomendasikan sebagai berikut:

1. Diperlukan pelatihan dan pengembangan petugas untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap profesional petugas. Sikap profesional profesi dokter/perawat yang terdiri dari perasaan terlibat, *respect*, empati, kesungguhan dan senyum petugas dalam memberikan pelayanan.
2. Untuk meningkatkan kecakapan intelektual, ketrampilan dan sikap profesional petugas disamping memberikan pelatihan juga dengan meningkatkan minat baca petugas terhadap buku-buku pedoman puskesmas maupun buku-buku tentang pelayanan prima bahkan memberikan kesempatan untuk mengikuti pendidikan pada jenjang yang lebih tinggi.
3. Diperlukan pembinaan secara rutin dan berkesinambungan khususnya oleh kepala puskesmas yang bisa dijadwalkan setiap hari Senin pagi atau minimal dilakukan pembinaan secara langsung pada tiap rapat rutin puskesmas setiap bulan sekali.
4. Diperlukan fasilitas yang memadai baik jumlah maupun kualitasnya dalam mendukung pelayanan yang profesional khususnya dalam tataalksana ISPA seperti: stetoskop, termometer, spatel lidah, senter, timbangan, *saund timer*, poster, *leflet*, *plif chart*.
5. Puskesmas agar membangun komitmen organisasi untuk menjadikan puskesmas sebagai tempat pelayanan yang bermutu dan menjadi pilihan serta mampu memberikan kepuasan kepada pasien, untuk itu diperlukan sikap yang positif dan motivasi petugas disertai perubahan *mind set* setiap petugas

sehingga visi dan misi puskesmas tidak hanya sekedar wacana tapi dalam wujud pelayanan yang nyata.

6. Diperlukan sikap positif yang sesuai dengan prinsip komunikasi interaktif yaitu: saling memberikan pengertian kedua belah pihak untuk saling menerima, saling percaya, dan saling menghargai, ada unsur belajar bersama dan *sharing* pengalaman, saling membutuhkan untuk mencapai tujuan, ada unsur *take and give* atau *win-win solution*, saling membantu, tukar emosi, perasaan dan pikiran, serta menyadari peran masing-masing, menciptakan suasana saling terbuka, bebas dari rasa takut, jujur, empati dan mampu menjadi pendengar yang baik.
7. Petugas harus mengasah keterampilan komunikasinya, yang membutuhkan upaya yang disengaja dan kemauan untuk mempelajari perilaku yang baru melalui proses belajar terstruktur dengan teknik komunikasi interaktif meliputi: mendengarkan dengan aktif, pertanyaan terbuka, mengulang kembali, klarifikasi, refleksi, memfokuskan pembicaraan, membagi persepsi, identifikasi tema, diam, memberi informasi, memberi saran, memberikan kesempatan pada pasien untuk memulai pembicaraan, *respect* atau memberikan penghargaan.
8. Menyusun protap untuk masing-masing unit sebagai acuan pelaksanaan kegiatan.
9. Diperlukan inovasi dari puskesmas untuk melakukan pengukuran kepuasan pelanggan secara berkala untuk mengetahui perkembangan pelaksanaan komunikasi interaktif petugas dalam memberi pelayanan yaitu pada akhir tahun.

10. Diperlukan dukungan dari dinas kesehatan dalam membangun sistem pelayanan yang bermutu khususnya dalam melakukan komunikasi interaktif dengan melakukan pembinaan secara berkala ke puskesmas.

BAB 6

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data yang telah dilakukan, serta beberapa konsep yang mendasari penelitian ini, maka peneliti membahas sebagai berikut:

6.1 Gambaran subyek penelitian

Subyek penelitian adalah dokter dan perawat yang bertugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II yang terdiri dari 2 tenaga dokter dan 6 tenaga perawat. Petugas di poliklinik umum puskesmas sebagian besar berumur dibawah 34 tahun yaitu sebesar 87.5%. Hal ini menggambarkan bahwa sebagian besar petugas berusia relatif muda dan produktif, masih memiliki kesempatan untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi serta lebih mudah menerima masukan-masukan dan pengembangan berbagai hal baru.

Dua orang dokter yang bertugas di poliklinik umum puskesmas terdiri dari seorang dokter PTT dengan masa kerja 6 bulan dan seorang dokter kontrak dengan masa kerja setahun. Hal ini menggambarkan bahwa kedua dokter yang bertugas di poliklinik puskesmas masih sangat baru sehingga pengalaman dan ketrampilannya dalam menangani pasien masih kurang.

6.2. Kajian terhadap faktor organisasi

6.2.1 Pelatihan

Berdasarkan hasil penelitian variabel pelatihan petugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II secara umum dibagi dalam tiga kategori yaitu kategori baik, cukup dan kurang. Adapun termasuk kategori kurang 87.5%, cukup 12.5% dan tidak ada pada kategori baik. Hal ini dapat dilihat pada komponen frekwensi petugas mengikuti pelatihan komunikasi interaktif atau pelatihan pelayanan prima dan

komponen frekwensi petugas mengikuti pelatihan /seminar tentang tata laksana ISPA sangat jarang bahkan ada yang menyatakan tidak pernah mengikuti pelatihan tersebut.

Selama ini memang tidak pernah dilaksanakan pelatihan-pelatihan yang menyangkut kepuasan pelanggan baik oleh dinas kesehatan kabupaten, maupun dinas kesehatan tingkat propinsi. Pelatihan ISPA sendiri sangat jarang dilakukan dan yang mengikuti pelatihan hanya pemegang program P2 ISPA puskesmas, sehingga petugas lain kurang memahami perkembangan program tersebut. Menurut hasil FGD jarangya pelatihan program ISPA karena terbatasnya anggaran sementara muncul kasus-kasus lain yang mempunyai mortalitas yang lebih tinggi seperti demam berdarah dan flu burung sehingga anggaran difokuskan pada hal tersebut. Setiap petugas yang mendapat pelatihan diwajibkan untuk melaksanakan ketok tular terhadap sejawatnya. Pelatihan sangat diperlukan untuk kemajuan sebuah organisasi. Tuntutan terhadap kebutuhan ini akan meningkat sejalan dengan kemajuan teknologi dan tuntutan profesionalisme yang lebih tinggi karena program pengembangan SDM yang dilakukan secara konstan akan dapat mencegah penurunan dalam hal ilmu pengetahuan dan kompetensi (Swasburg, 2001). Menurut McDowell, 1989 dalam Abraham dan Shanley (1997) dalam penelitiannya menemukan tersedianya pendidikan berkelanjutan dan pengembangan profesional sebagai hal yang dirasakan penting bagi perawat yang akan dapat meningkatkan kepuasan terhadap pekerjaannya dan memantapkan keputusan untuk tetap bekerja dibidang keperawatan. Moh Agus Tulus (1996) dalam Rivai (2000) menuliskan bahwa pelatihan merupakan kegiatan yang bermaksud memperbaiki dan mengembangkan sikap, perilaku, ketrampilan dan pengetahuan karyawan sesuai dengan keinginan organisasi.

Komponen frekwensi petugas mengikuti pelatihan selama diangkat sebagai petugas puskesmas serta frekwensinya dalam mengikuti seminar-seminar keprofesian

yang ada baik seminar oleh IDI/PPNI termasuk kategori kurang, sebagian besar petugas menyatakan tidak pernah mengikuti seminar-seminar keprofesian seperti Pelatihan Kedokteran Berkelanjutan (PKB), atau pelatihan teknis keperawatan padahal sering mendapat undangan untuk menghadirinya, hal ini karena mahal nya biaya yang diperlukan untuk mengikuti pelatihan, sedangkan anggaran biaya untuk semua pelatihan belum pernah dialokasikan. Menurut hasil FGD puskesmas maupun dinas kesehatan agar mengalokasikan anggaran untuk mengikuti pelatihan/seminar keprofesian dalam upaya meningkatkan pengetahuan dan wawasan petugas.

Menurut Soejitno Irmim, 2005 pelatihan dan training tidak harus di luar kantor dan tidak harus mendatangkan instruktur dari luar, jika memungkinkan bisa dilakukan di kantor sendiri dengan menggunakan instruktur orang dalam. Dalam pelatihan yang penting hasilnya bukan gebyarnya. Gebyarnya saja besar tanpa hasil justru merupakan pemborosan. Atasan harus mampu memberikan pelatihan dengan biaya murah namun menghasilkan output yang maksimal. Pelatihan yang tepat akan menghemat anggaran perusahaan sampai sepersepuluh dari biasanya dan pelatihan yang berhasil dan benar akan menghasilkan potensi sebesar sepuluh kali lipat.

Komponen petugas membaca setiap buku pedoman puskesmas khususnya pedoman tentang ISPA dalam meningkatkan pengetahuan petugas sebagian besar menyatakan kurang bahkan ada yang tidak pernah. Kurangnya membaca menyebabkan petugas tidak memahami dan mendalami perkembangan penyakit khususnya ISPA lebih lanjut, sehingga protap yang ada tentang ISPA terabaikan. Menurut Thomson, 2002 menyatakan bekerja di dalam organisasi merupakan proses belajar yang berkelanjutan, dan belajar adalah jantung dari seluruh aktifitas pelatihan. Pelatihan adalah suatu proses dimana orang-orang mencapai kemampuan tertentu untuk membantu mencapai tujuan organisasi.

6.2.2 Pembinaan

Menurut hasil penelitian distribusi pembinaan petugas dibagi dalam tiga kategori yaitu kategori baik, cukup, dan kategori kurang. Adapun 75% termasuk kategori kurang, 25% termasuk kategori cukup dan tidak ada kategori baik. Bila dilihat dari 5 komponen distribusi pembinaan petugas yang meliputi pemantauan poliklinik oleh kepala puskesmas, pembinaan dalam hal menciptakan kepuasan pelanggan, tentang tatacara melakukan komunikasi dengan pasien serta pembinaan terhadap tatalaksana ISPA oleh kepala puskesmas maupun dinas kesehatan kabupaten mendapat nilai rata-rata di bawah 2.00 jadi semua komponen termasuk kategori kurang. Menurut hasil FGD hal ini disebabkan karena kepala puskesmas belum melakukan pembinaan secara berkala untuk mengetahui perkembangan mutu pelayanan, kepala puskesmas lebih banyak tersita waktunya untuk mengurus tugas-tugas manajemen dan koordinasi. Perlu perencanaan yang lebih baik dari kepala puskesmas dengan membuat jadwal pembinaan dan evaluasi secara berkala khususnya tentang *service exelence*. Dinas kesehatan mengaktifkan program pembinaan/supervisi yang telah dijadwalkan ke puskesmas.

Menurut Wijono, 1999 pembinaan dilaksanakan agar mutu pelayanan semakin meningkat dan tetap memenuhi persyaratan medik yang ditentukan, serta semakin luas kearah penerapan fungsi sosialnya, melakukan usaha-usaha promotif, preventif dan kuratif, menjalankan sistem rujukan dengan benar serta teratur dalam pencatatan pelaporan. Tata cara pembinaan dapat dilakukan melalui bimbingan berkala langsung, pertemuan berkala, latihan/pendidikan, bantuan sarana prasarana, dan memberikan dorongan yang mendidik. Pengawasan dilakukan agar teknis pelayanan diselenggarakan sesuai dengan prosedur tekhnis, ethis dan jasa pelayanan yang diminta sesuai ketentuan.

Perlu dipertimbangkan juga cara yang efektif meningkatkan kinerja bawahan adalah dengan memberikan mereka kepercayaan, keleluasaan untuk melakukan apapun yang mereka inginkan. Biarkan mereka mandiri dan memiliki kesadaran untuk mengawasi dirinya sendiri. Tumbuhkan iklim yang mendukung lahirnya kreatifitas dan inovasi. Sekali-sekali jangan memberikan kesan pengawasan yang terlalu ketat. Sikap otoriter akan membuat potensi karyawan sulit berkembang (Soejitno Irmim, 2005).

6.3 Kajian terhadap faktor pekerjaan

6.3.1 Desain pekerjaan

Perencanaan sumber daya manusia membutuhkan audit dari pekerjaan sekarang. Uraian pekerjaan saat ini memberikan detail dasar yang diperlukan untuk penilaian internal ini, termasuk faktor-faktor seperti pekerjaan yang tersedia, jumlah pekerjaan dan posisi saat ini dan hubungan pelaporan dari pekerjaan. Dengan mengidentifikasi fungsi-fungsi yang saat ini dilaksanakan dan menghitung waktu yang digunakan untuk melaksanakannya maka pimpinan dapat mendesain ulang pekerjaan untuk menghilangkan tugas-tugas yang tidak perlu dan menggabungkan tanggungjawab bilamana dikehendaki (Thomson, 2002).

Secara umum desain pekerjaan dibagi menjadi tiga kategori yaitu baik, cukup, kurang. Termasuk kategori baik 25%, cukup 75% dan tidak ada pada kategori kurang. Namun yang perlu diperhatikan adalah sebagian petugas menyatakan kurang setuju dengan pembagian tugas saat ini di puskesmas karena mereka juga dibebankan dengan tugas lain yang tidak sesuai dengan kompetensinya seperti bendahara, petugas lab, petugas apotik, petugas askes dan bagian perencanaan. Menurut Soejitno, 2005 ukurlah batas-batas kemampuan petugas untuk mengevaluasi ulang apakah yang bersangkutan cocok dengan pekerjaan yang menjadi tugasnya. Mencari tahu apa

sebab bawahan belum maksimal dalam tugasnya meskipun sudah sesuai dengan keahliannya. Berikanlah pelatihan yang memadai sesuai dengan keahliannya atau pindahkan ketempat lain jika merasa bawahan mulai tidak cocok dengan tugasnya.

Sebagian besar petugas menyatakan setuju dengan diadakan rolling setiap tahun untuk penyegaran. Dalam hal ini puskesmas mengalami kesulitan untuk melakukan rotasi atau pembagian tugas, karena sampai saat ini puskesmas belum memiliki tenaga dengan kemampuan dan ketrampilan khusus untuk tugas-tugas di luar kompetensi perawat yang akhirnya diperbantukan kepada perawat. Hal ini disebabkan perencanaan usulan tenaga oleh puskesmas belum bisa dipenuhi sesuai kebutuhan puskesmas. Menurut Timpe, 1999 seseorang akan merasakan pekerjaan yang tidak begitu berat jika dilakukan rotasi pekerjaan atau pemindahan tugas. Rotasi penting dilakukan karena program rotasi dan pengkayaan pekerjaan dapat mengurangi rasa lelah dan bosan serta kesalahan dalam pelaksanaan kegiatan (Siagian, 1995 ; Handoko, 1997).

6.3.2 Kesulitan dan hambatan

Hasil penelitian tentang adanya kesulitan dan hambatan petugas yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi interaktif dibagi menjadi tiga kategori yaitu kategori besar, sedang dan mudah. Adapun termasuk kategori mudah sebesar 12.5%, termasuk kategori sedang 87.5%, tidak ada kesulitan dengan kategori besar. Ini berarti tidak ada hambatan yang besar dalam melaksanakan tugasnya. Namun masih ada beberapa hal yang perlu mendapat perhatian untuk diperbaiki, yaitu hambatan dalam melakukan hubungan antara sejawat dan atasan, hambatan dalam melakukan komunikasi dengan pasien, penyelesaian pembuatan laporan yang tidak tepat waktu. Hal ini kemungkinan disebabkan karena perawat tidak berani mengemukakan pendapatnya baik berupa masukan atau solusi secara terbuka tanpa diminta oleh

atasan, Jefkins, 2004 mengungkapkan organisasi-organisasi di Amerika serikat dikenal sangat kreatif dalam merumuskan metode untuk memperoleh umpan balik dari para pegawainya. Salah satunya adalah teknik 'pintu terbuka' yang dijalankan oleh pihak manajemen. Teknik ini memerlukan sedikit dorongan dan penjelasan. Setiap pemimpin harus rajin menegaskan dan membuktikan kepada pegawainya bahwa pintu kantornya senantiasa terbuka untuk menampung segala masukan. Pendekatan yang akrab dan ramah perlu dilakukan demi menghilangkan jurang tak terlihat yang terbangun antara pimpinan dengan pegawainya. Pembicaraan tatap muka secara pribadi dan langsung merupakan salah satu cara yang paling efektif untuk memperlihatkan sikap terbuka dari pihak manajemen. Tersedianya suatu fasilitas bagi para pegawai untuk mengadakan komunikasi ke atas dan bagi pihak manajemen untuk melangsungkan komunikasi ke bawah sangat penting demi terciptanya komunikasi yang efektif. Pihak manajemen tidak boleh menganggap komunikasi tersebut sebagai suatu hal yang bersifat monopolistik.

Sementara itu adanya kesulitan hubungan dengan petugas lain misalnya tidak mau saling mengoreksi karena merasa sebagai sejawat dengan kedudukan yang sama tidak berhak memberikan teguran atau koreksi. Menurut flippo, 1997 dan Robbins, 1996 menyebutkan bahwa teman sekerja sebagai salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kepuasan kerja, yang mana hubungan yang baik diantara teman sekerja akan dapat membantu sesama perawat dalam mengurangi kesulitan dan hambatan dalam melaksanakan pekerjaan. Gambaran ini juga menunjukkan petugas belum mempunyai rasa memiliki terhadap kemajuan organisasinya. Menurut hasil FGD semua staf diharapkan meningkatkan rasa memiliki terhadap organisasinya dan menjadi sebuah tim yang mampu memberikan pelayanan yang memuaskan.

Hambatan komunikasi dengan pasien walaupun jarang kemungkinan disebabkan karena kadang kala persepsi pasien dan petugas yang berbeda, adanya interupsi atau pertanyaan dari petugas lainnya, petugas merasa tidak senang dengan pasien karena pasien merasa paling tahu, atau perawat memang memiliki kesulitan pribadi dalam memulai komunikasi secara terbuka dengan pasien. Abraham dan Shanley, 1997 menyebutkan bahwa gaya berkomunikasi yang berfokus pada tugas, dan bukan berfokus pada pasien mengurangi kelangsungan hubungan dan perawatan perseorangan.

Menurut Nursalam, 2001 hambatan yang terjadi selama mendengarkan secara aktif ada dua penyebab yaitu internal dan eksternal. Hambatan internal meliputi; pandangan atau pendapat klien berbeda dengan persepsi petugas, cara bicara klien atau penampilan klien berbeda, klien dalam keadaan cemas atau kesakitan, petugas merasa tidak senang dengan klien, petugas memikirkan sesuatu hal yang lain, petugas merasa terburu-buru, klien mengebu-gebu dalam bertanya. Hambatan eksternal meliputi: suara yang gaduh dari peralatan, pembicaraan, TV dan lain-lain, kurang kerahasiaan, ruangan atau tempat yang tidak memadai untuk berbicara, adanya interupsi atau pertanyaan dari petugas lainnya.

Dalam pembuatan pencatatan dan pelaporan masih ada petugas yang tidak menyelesaikan laporannya tepat waktu kemungkinan karena petugas kurang disiplin melaksanakan rencana kegiatannya, laporan dianggap sebagai rutinitas dan belum mampu mempergunakan laporan sebagai data yang penting untuk rencana kegiatan selanjutnya, kurangnya umpan balik baik dari kepala puskesmas maupun dinas kesehatan terhadap laporan, juga mempengaruhi kedisiplinan petugas dalam menyelesaikan laporannya. Suasana organisasi yang kondusif akan mengurangi adanya hambatan atau kesulitan dalam melaksanakan tugas baik dengan sejawat

maupun dengan atasan. Menurut Soejitno, 2005 langkah baiknya jika atasan mau memberikan perhatian lebih besar terhadap masukan-masukan dari bawahan agar ia dapat memahami secara lebih jernih persoalan yang menjadi tanggungjawabnya. Campur tangan bawahan membuat persoalan lebih mudah ditangani. Atasan sebaiknya mampu menyerap aspirasi dan berusaha menciptakan kondisi yang dinamis dan kondusif sehingga seluruh bawahan dapat menyalurkan pendapatnya dengan bebas dan penuh percaya diri. Dibutuhkan kesadaran yang tinggi bagi atasan untuk memanfaatkan potensi bawahan lebih maksimal lagi dengan cara memberi mereka keleluasaan untuk mengeluarkan pikiran/pendapat secara lisan ataupun tertulis.

Proses yang tidak bisa dipisahkan dalam pelaksanaan asuhan medis/keperawatan adalah proses komunikasi antara dokter/perawat dengan pasien. Agar komunikasi berlangsung dengan baik diperlukan suatu ketrampilan komunikasi interpersonal. Dalam konsep asuhan medis/keperawatan dokter/perawat tidak hanya memberikan obat tetapi ada 4 fungsi lain yaitu menyelesaikan masalah pasien, mengasuh pasien, menyembuhkan penyakit, dan menyenangkan dan memuaskan pasien dan keluarganya (Daldiyono, 2006).

Permasalahan terhadap bahasa sangat kecil baik dalam penggunaan bahasa daerah, atau penggunaan tata bahasa khusus pada golongan/kasta yang lebih tinggi. Hal ini dipengaruhi oleh karena hampir semua petugas adalah penduduk asli Bali yang tentu saja sudah menguasai penggunaan bahasa daerah dengan baik.

6.3.3 Fasilitas

Hasil penelitian tentang ketersediaan peralatan medis di puskesmas dalam mendukung pelaksanaan kegiatan petugas dibagi menjadi tiga kategori yaitu kategori kurang, cukup dan lengkap. Termasuk kategori kurang sebesar 75%, kategori cukup 25% dan tidak ada pada kategori lengkap. Ini berarti fasilitas yang dimiliki puskesmas

masih kurang baik jumlah maupun pemeliharaannya. Hal disebabkan karena usulan peralatan dari puskesmas belum bisa dipenuhi oleh dinas kesehatan kabupaten atau pada saat realisasi peralatan yang diterima kadang kurang sesuai dengan apa yang diusulkan, baik dalam jumlah maupun mutunya. Disamping peralatan medis kelengkapan sarana bantu dalam melakukan komunikasi seperti *flipchart* atau poster masih kurang. Tentang pemeliharaan peralatan medis dan nonmedis di poliklinik puskesmas masih kurang, baik tempat penyimpanannya maupun sistem sterilisasinya hal ini kemungkinan karena petugas merasa kurang merasa bertanggungjawab terhadap peralatan yang rusak ataupun hilang.

Menurut Wijono, 2000 mutu pelayanan bagi petugas kesehatan berarti bebas melakukan segala sesuatu secara profesional untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien dan masyarakat sesuai dengan ilmu pengetahuan dan ketrampilan yang maju, mutu peralatan yang baik dan memenuhi standar yang baik. Salah satu indikator mutu asuhan kesehatan atau pelayanan kesehatan adalah perlengkapan dan peralatan kedokteran. Keterbatasan sarana yang ada akan mempengaruhi petugas dalam memberikan pelayanan.

6.4 Faktor karakteristik tenaga

6.4.1 Pengetahuan

Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan petugas terkait dengan komunikasi interaktif dan tatalaksan ISPA dibagi menjadi tiga kategori yaitu kategori kurang, cukup dan baik. Termasuk kategori kurang sebesar 25%, cukup 75%, dan tidak ada pada tingkat kategori baik. Adapun komponen yang termasuk kategori kurang adalah pengetahuan petugas tentang bahasa tubuh yang tidak dapat dipisahkan dalam komunikasi interaktif, pengelompokan ISPA berdasarkan golongan umur dan diagnosa ISPA pada anak dibawah umur 2 bulan. Menurut hasil FGD hal ini

disebabkan karena kurangnya pelatihan dan pembinaan yang diberikan berkaitan dengan komunikasi interaktif, rendahnya minat membaca buku-buku pedoman puskesmas, latar belakang pendidikan perawat yang masih rendah (SPK), petugas merasa tidak ada tuntutan untuk menjadi lebih maju dan petugas tidak mengelola waktu dengan baik untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasannya.

Menurut Notoatmojo, 2003 pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*over behavior*). Soejitno, 2005 menyatakan setiap petugas memiliki potensi namun tidak semua mampu mengelolanya dengan baik. Potensi bersifat dinamis dan bisa berkembang jika dikelola dengan baik. Salah satu metode untuk mengelola potensi adalah pelatihan dan training.

Di masa depan perawat dalam memberi asuhan kepada klien, harus mempunyai dasar pendidikan dan keahlian yang memadai, karena dengan dasar pendidikan dan keahlian yang tinggi sebagai indikator jaminan kualitas layanan kepada konsumen dan menghindarkan dari kesalahan-kesalahan yang fatal (Nursalam, 2001)

6.4.2 Sikap

Berdasarkan hasil penelitian tentang sikap petugas terkait pelaksanaan komunikasi interaktif di poliklinik umum puskesmas secara umum dibagi menjadi tiga kategori yaitu setuju, kurang setuju, dan tidak setuju. Termasuk kategori setuju sebesar 100%. Ini berarti petugas memiliki sikap yang positif dalam memberikan pelayanan yang berfokus kepada pelanggan, hal ini dapat dilihat dari sikap petugas yang setuju dengan pernyataan antara lain kesetujuan terhadap peningkatan kemampuan komunikasi, kepuasan pelanggan adalah kepuasan kita semua, kasus ISPA bisa menimbulkan kematian bila tidak ditangani dan dikomunikasikan dengan

baik menjadi acuan bahwa petugas mengerti dan memahami maksud ucapan tersebut. Namun masih ada pernyataan petugas yang perlu mendapat perhatian untuk diperbaiki sikap kurang setuju terhadap pernyataan pelanggan adalah raja dan bila berjumpa pelanggan kita menyapa terlebih dahulu, kemungkinan disebabkan karena petugas belum memiliki pengetahuan yang baik tentang pelayanan prima, dan masih berpijak pada paradigma lama yaitu pasienlah yang membutuhkan bantuan dari perawat dan dokter di puskesmas untuk kesembuhan penyakitnya.

Supriyanto, 2005 menyatakan *service excellence* hanya akan menjadi slogan bila tidak disertai perubahan *mind set* dari para pelakunya. Pelaku disini tidak hanya kepala puskesmas, tetapi juga seluruh personil yang ada di puskesmas. Tindakan manusia dalam suatu organisasi sangat ditentukan oleh sikapnya terhadap sesuatu dan sikap terhadap sesuatu ini sangat ditentukan oleh peta mental (*mind set*) yang dimiliki oleh orang tersebut. Karenanya pembentukan dan penyesuaian *mind set* menjadi semakin penting dalam pengelolaan sumberdaya manusia dalam rangka menuju *service excellence*.

6.5 Kajian terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif

Berdasarkan hasil penelitian terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif petugas di poliklinik umum Puskesmas Baturiti II didapatkan pelaksanaan komunikasi interaktif di puskesmas dibagi dalam tiga kategori yaitu baik, cukup dan kurang. Adapun termasuk kategori cukup 62.5%, kategori kurang 37.5%, dan tidak ada pada kategori baik. Pelaksanaan komunikasi interaktif dalam penelitian ini terdiri dari 4 indikator yaitu: *attending skill*, *respect*, empati, dan *responsiveness* petugas, baik dokter maupun perawat. Secara umum pelaksanaan masing-masing indikator dapat dikategorikan sebagai berikut: pelaksanaan *attending skill* petugas dengan kategori baik (100%) pelaksanaan *respect* petugas dengan kategori 25% baik dan 75% cukup.

Untuk pelaksanaan empati petugas tidak ada dengan kategori baik, 62.5% cukup dan 37.5% kurang. Pelaksanaan *responsiveness* petugas tidak ada dengan kategori baik, 50% cukup dan 50% kurang. Pada pembahasan akan dibahas masing-masing komponen dari tiap indikator

6.5.1 Pelaksanaan *attending skill*

Attending skill adalah penampilan fisik petugas ketika berkomunikasi dengan pasien. Petugas hadir secara utuh baik fisik dan psikologis saat melakukan komunikasi interaktif (Supriyanto, 2005)

Pelaksanaan *attending skill* petugas dalam penelitian ini terdiri dari 4 komponen yaitu:

1. Ketika berbicara petugas menghadap kearah pasien
2. Ketika berbicara petugas melipat tangan di dada
3. Ketika berbicara petugas mempertahankan kontak mata
4. Petugas tetap rileks dan tidak tegang

Dari pelaksanaan keempat komponen *attending skill* satu-satunya komponen yang pelaksanaannya termasuk kategori cukup dan perlu diperhatikan untuk upaya perbaikan adalah ketika berbicara dengan pasien petugas mempertahankan kontak mata. Hal ini kemungkinan disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan kesadaran akan sikap profesional petugas dalam hal pentingnya kontak mata dalam berkomunikasi dengan pasien, petugas tidak menunjukkan kesungguhannya dalam membantu pasien tetapi cenderung ingin segera menyelesaikan komunikasi tersebut. Kontak mata adalah bagian penting dari ekspresi wajah, memulai kontak mata dengan orang lain menunjukkan keinginan untuk berkomunikasi. Mempertahankan kontak mata selama pembicaraan menunjukkan kesungguhan, adanya kontak mata secara bermakna mempengaruhi komunikasi (Potter dan Perry, 1985). Sitzia dan Wood.

1997 mengungkapkan kontak mata sangat penting dalam membangun hubungan interpersonal. Pepatah yang mengatakan 'mata adalah jendela jiwa' adalah pasti benar ketika sampai pada pesan non verbal. Mata akan berbicara apakah seseorang bersungguh-sungguh atau tidak (Bredford, 1997). Bila kontak mata terputus maka suasana pembicaraan menjadi lebih formal, tidak personal dan singkat (Kendon, 1997 dalam Sitzia dan wood. 1997)

6.5.2 Pelaksanaan *Respect*

Menurut Supriyanto, 2005 *respect* adalah sikap dan perilaku hormat tenaga kesehatan terhadap pasien. Indikator *respect* adalah keramah-tamahan dan perhatian. Pelaksanaan *respect* petugas dalam penelitian ini terdiri dari 5 komponen yaitu :

1. Ketika bertemu dengan pasien petugas menyapa pasien terlebih dahulu dengan menyebut nama pasien
2. Selagi pasien belum selesai berbicara petugas tidak memotong pembicaraan pasien
3. Petugas tidak menunjukkan kesan terburu-buru
4. Petugas mau mendengarkan keluhan pasien
5. Selagi pasien belum selesai diperiksa petugas tidak meninggalkan ruangan

Dari kelima komponen *respect* dalam pelaksanaan komunikasi interaktif yang perlu diperbaiki adalah ketika bertemu dengan pasien petugas menyapa pasien terlebih dahulu dengan menyebut namanya, hal ini kemungkinan karena perawat tidak menyadari bahwa menyapa pasien dengan menyebut nama akan membuat pasien merasa dihargai dan diperlakukan sebagai pribadi yang baik serta pasien akan merasa mempunyai hubungan yang lebih dekat dengan petugas sehingga pasien dapat menyampaikan permasalahannya dengan lebih terbuka kepada petugas. Norton (1986)

menyatakan standar yang tercakup dalam perilaku *caring* adalah menyapa pasien dengan menyebut namanya.

Potter dan Perry, 1985 menuliskan *caring* sangat penting bagi pasien karena dengan *caring* pasien dapat merasakan petugas adalah pribadi yang baik dan sungguh-sungguh ingin membantu. Komponen berikutnya dengan kategori cukup yaitu petugas tidak memotong pembicaraan pasien dan petugas menunjukkan kesan terburu-buru dengan kategori kurang. Menurut FGD hal ini disebabkan karena ada kalanya petugas bekerja di bawah tekanan waktu ketika banyak pasien yang harus dilayani. Petugas belum menyadari bahwa penghargaan kepada pasien dapat dilakukan dengan memberikan waktu yang cukup kepada pasien untuk menyampaikan keluhannya secara terbuka. Waktu yang disediakan petugas juga menunjukkan perhatiannya pada kesehatan pasien, mendengar tanpa memotong pembicaraan, menunjukkan bahwa petugas menerima apa yang dikatakan pasien (Potter dan Perry, 1985).

La Monika, 1998 menuliskan seorang perawat perlu berkomunikasi secara asertif untuk menciptakan hubungan antar pribadi yang efektif yang memudahkan hubungan interpersonal. Dalam komunikasi yang asertif terdapat kesempatan bagi kedua orang yang berkomunikasi untuk saling mendengar dan merespon, menunjukkan penghargaan pada orang lain adalah merupakan tindakan yang asertif. Sedangkan komponen yang lainnya pelaksanaannya sudah baik. Hal ini sesuai dengan tip untuk perawat yang diberikan oleh Hammerschmidt, 1996 agar pada saat mendengarkan pasien, perawat jangan melakukan hal yang lain, mendengarkan saja. Juga agar perawat meluangkan waktu untuk menunjukkan penghargaan (*respect*) pada pasien.

6.5.3 Pelaksanaan empati

Empati adalah sikap dan perilaku tenaga kesehatan untuk mau mendengarkan dan memahami keluhan pasien dan mau ikut membantu menyelesaikan permasalahan pasien, sehingga pasien bisa sembuh dari penyakitnya. Bradford (1997) menyebutkan bahwa salah satu kunci keberhasilan komunikasi adalah empati, menunjukkan empati adalah suatu pemberian hadiah yang mulia kepada orang lain. Pelaksanaan empati petugas merupakan indikator terbanyak dalam penelitian ini. Pelaksanaan empati petugas terdiri dari 11 komponen. Adapun komponen yang masih kurang dan perlu diperbaiki adalah:

1. Petugas mau mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius
2. Petugas mau berbincang tentang penyakit yang diderita pasien
3. Petugas menunjukkan minat dan perhatiannya.
4. Petugas menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti (terkait kasus ISPA)
5. Petugas menjelaskan cara perawatan penderita di rumah (terkait kasus ISPA)
6. Petugas menjelaskan cara pemberian obat di rumah (terkait kasus ISPA)
7. Petugas menyarankan pasien untuk kontrol bila keadaan memburuk dengan memberikan penjelasan tentang keadaan yang dimaksud (terkait kasus ISPA)

Daldiyono (2006) menuliskan empati dokter terhadap pasiennya adalah suatu perasaan yang dapat merasa dan meraba apa yang diderita atau problem pasien. Empati menjadi suatu faktor yang sangat penting, yang bila dituruti atau ditindaklanjuti dapat menimbulkan kesabaran dokter dan mendorongnya untuk mempertimbangkan matang-matang apa yang akan dikerjakannya.

Komponen yang sudah baik dengan nilai rata-rata 2.00 yaitu petugas menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan petugas tidak berbicara kasar atau

membentak pasien, petugas juga berkomunikasi dengan bahasa daerah yang untuk memudahkan dalam penyampaian pesan atau rencana tindakan serta penyuluhan yang akan diberikan.

Komponen dengan kategori cukup yaitu komponen petugas selalu memperhatikan situasi dan keadaan pasien, dan komponen petugas melihat reaksi pasien dengan cepat. Daldiyono, 2006 menuliskan tahap untuk melihat reaksi pasien sangat penting karena masuk dalam tahap persiapan pemahaman pasien (keluarganya) terhadap dirinya sendiri. Ada suatu teori yang diajukan oleh Elizabeth Kubler-Ross tentang reaksi pasien terhadap berita (keputusan) dokter yang diberi rumus sebagai berikut: D (*Denial* = menyangkal atau tidak percaya), A (*Anger* = kaget, rasa marah, bertanyajawab, minta pembuktian), B (*Bargaining* = tawar menawar), D (*Depression*), A (*Acceptance* = penerimaan). Fase ini sangat penting, kepribadian, kesabaran, serta bujukan dokter kepada pasien sangat teruji. Pada kebanyakan kasus, reaksi DABDA tidak terlihat, hanya timbul bila informasinya tidak menyenangkan pasien. Apabila pasien sangsi atau tidak menerima argumentasi maka tidaklah dibenarkan petugas lepas tangan bahkan marah. Maka dianjurkan sikap petugas sebagai berikut; (1) Menerima keputusan pasien/keluarganya dengan pesan bila ada tanda bahaya, misalnya makin lemas, tidak dapat minum, makan, segera menghubungi dokter atau saran melaksanakan rujukan ke rumah sakit. Dalam hal ini prinsip keselamatan dan kepentingan pasien adalah yang utama; (2) Menganjurkan pasien berbicara dengan keluarga yang lain kemudian menghubungi dokter kembali; (3) Menganjurkan pasien untuk mencari dokter lain untuk konfirmasi.

Adapun komponen yang termasuk kategori kurang dan perlu mendapat perhatian untuk upaya peningkatan adalah komponen petugas mau mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius dan petugas menunjukkan minat dan

perhatiannya. Menurut hasil FGD hal ini disebabkan karena petugas menganggap keluhan pasien biasa saja (tidak penting), petugas belum mampu menempatkan diri dalam keadaan dan kondisi pasien, motivasi dan *mind set* petugas tentang mutu pelayanan belum terbentuk dan petugas masih menggunakan paradigma lama bahwa pasien yang membutuhkan petugas. Menurut Abraham dan Shanly, 1997 hal ini mungkin juga karena petugas sendiri memang memiliki kesulitan pribadi dalam memulai komunikasi terbuka dengan pasiennya dan tanggapan-tanggapan psikologis pasien terhadap kondisi mereka (misalnya rasa nyeri) dan lingkungan perawatan dapat mempengaruhi ingatan mereka dan menyebabkan penolakan pasien dalam berkomunikasi dengan perawat. Kecemasan merupakan salah satu dari reaksi umum terhadap penyakit dan pengobatan pasien. Kecemasan yang diabaikan juga menyebabkan kegagalan dalam mengenal isi pesan dan memori sehingga pasien tidak memahami atau mengingat instruksi, nasehat atau advis dari petugas.

Petugas menjelaskan cara pemberian obat di rumah kepada pasien belum dilakukan dengan baik, menurut hasil FGD hal ini disebabkan karena obat-obatan dikeluarkan dari apotik sehingga menjadi tanggung jawab petugas apotik, dokter atau perawat yang bertugas di poliklinik hanya memberikan resep. Daldiyono, 2006 menuliskan hal ini sampai sekarang tidak pernah (jarang) dikerjakan oleh dokter di Indonesia. Banyak sekali kelemahan yang dilakukan oleh para dokter kalau tidak boleh disebut kecerobohan. Setiap obat sebaiknya dijelaskan tujuannya, apa yang dapat terjadi atau dirasakan bila obat diminum dan sebaiknya diberi tahu gejala kemungkinan efek samping yang mungkin timbul.

Menurut Daldiyono, 2006 setelah disusun rencana asuhan medis dengan sendirinya komunikasi yang akan dilakukan harus direncanakan dulu, disamping memperhatikan reaksi pasien atau keluarga. Menerangkan obat apa yang tertulis pada

resep yang akan diberikan, juga menerangkan prosedur apa yang akan dilakukan, menayakan kepada pasien apakah sudah paham dengan keterangan yang diberikan dan mempersilahkan pasien mengambil keputusan sendiri.

Petugas mau mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius, belum dilakukan dengan baik, menurut hasil FGD hal ini disebabkan karena pasien sering kali merasa enggan untuk mengungkapkan keluhannya, disamping waktu yang terbatas dan petugas terlihat kurang menunjukkan minat dan perhatian atau terburu-buru. Diharapkan petugas mampu menggali keluhan pasien dan lebih meningkatkan sikap profesional petugas.

Begitu pula petugas mau berbincang tentang penyakit yang diderita pasien termasuk kategori kurang, kadang-kadang dokter memberi penjelasan namun pasien tidak memberi umpan balik (komunikasi satu arah) hal ini kemungkinan karena penyakitnya yang mungkin dianggap masih ringan atau karena pengetahuan pasien tentang kesehatan masih rendah. Keengganan petugas untuk menjelaskan penyakit pasien mungkin juga disebabkan karena kurangnya waktu sehingga petugas terburu-buru ingin cepat menyelesaikan pekerjaannya atau petugas menganggap pasien tidak perlu dan tidak ingin tahu tentang penyakitnya, hal ini tentu memerlukan perhatian untuk upaya perbaikan.

Petugas menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti menyangkut umur, lama sakit, adanya demam, sesak nafas, kejang dan kesulitan minum terkait kasus ISPA juga termasuk kategori kurang. Hasil pengamatan memperlihatkan petugas menanyakan secara umum saja seperti nama, umur dan keluhan pasien saat itu, kemudian petugas langsung melakukan pemeriksaan fisik pasien, hal ini kemungkinan disebabkan karena petugas mempersepsikan pasien yang datang ke puskesmas

dianggap penyakitnya masih ringan sehingga petugas kurang teliti dan kurang serius melakukan anamnesis dan pemeriksaan.

Daldiyono, 2006 menyatakan pendidikan kedokteran terdiri dari tiga ranah (domain) yaitu ranah pengetahuan, ranah keterampilan dan ranah perilaku. Kaitan antara pendidikan dan aplikasi profesi dapat digambarkan sebagai berikut pengetahuan akan menghasilkan proses berpikir, keterampilan mempengaruhi hasil kerja dan perilaku akan mempengaruhi perilaku profesional. Dalam memberikan pelayanan komunikasi petugas dan pasien sudah dimulai sejak awal transaksi. Bila dibagi dari sudut kronologi atau tahapan akan dilihat sebagai berikut; diawali dengan salam, komunikasi mengumpulkan data klinik saat anamnesis dan pemeriksaan jasmani, komunikasi dalam menjelaskan rencana asuhan medis, komunikasi dalam pelaksanaan rencana, komunikasi selama pemantauan, komunikasi pada hasil akhir atau hasil evaluasi keseluruhan. Untuk mendapatkan hasil akhir yang baik diperlukan ketelitian petugas saat melakukan anamnesis.

Menurut Potter dan Perry (1985) komunikasi interaktif menentukan perawat untuk menetapkan hubungan kerja dengan klien dan keluarganya. Proses komunikasi interaktif sering kali meliputi kemampuan dan komitmen yang tulus pada pihak perawat untuk membantu klien mencapai keberhasilan keperawatan bersama.

6.5.4 Pelaksanaan *Responsiveness*

Responsiveness adalah sikap dan perilaku tenaga kesehatan untuk segera memberikan pelayanan. Indikator atau standar kecepatan adalah dinamis sesuai dengan perkembangan tuntutan akan mutu (Supriyanto, 2005). *Responsiveness* juga merupakan keinginan para staf membantu para pelanggan dan memberikan layanan dengan tanggap, bersedia mendengar keluhan pasien (Zeithalm, 1996 dalam

Tjiptono, 2000) Pelaksanaan *Responsiveness* komunikasi interaktif petugas di puskesmas dibagi dalam 5 komponen yaitu:

1. Petugas segera datang bila dipanggil
2. Petugas segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan
3. Petugas segera tanggap terhadap keluhan pasien
4. Petugas menangani pasien dengan cepat dan teliti
5. Petugas segera mengambil keputusan dalam menangani kasus yang harus dirujuk

Dari 5 komponen pelaksanaan *responsiveness* komunikasi interaktif di puskesmas terdapat 3 komponen yang pada pelaksanaannya masih kurang, yaitu petugas segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan, petugas menangani pasien dengan cepat dan teliti dan komponen petugas segera mengambil keputusan dalam menangani kasus yang harus dirujuk terkait dengan kasus ISPA.

Kurangnya pelaksanaan *responsiveness* petugas secara umum disebabkan karena kurang pekaanya petugas untuk segera tanggap terhadap keluhan pasien, kurangnya inisiatif petugas menanggapi dengan segera keluhan dan kebutuhan pasien. Apabila dihubungkan dengan masa kerja petugas yang rata-rata belum terlalu lama maka petugas kurang berpengalaman, sehingga kepekaan petugas terhadap segala kebutuhan pasien belum terasah, juga belum mampu mengatur waktu dengan irama kerja mereka. Seperti yang dituliskan Braddford, 1997 menyatakan bahwa waktu adalah komunikasi non verbal yang sangat kuat dan sesuatu yang paling sulit dikelola oleh petugas kesehatan, sedang pasien menginginkan perhatian yang cepat untuk kebutuhan mereka.

Petugas segera menawarkan bantuan saat melihat pasien kesulitan termasuk kategori kurang. Menurut hasil FGD hal ini disebabkan karena petugas masih memiliki paradigma lama. Diperlukan rasa memiliki dan perubahan *mind set* untuk

dapat menjadi super tim yang dapat memberikan kepuasan pada pasien. Padahal pada kenyataannya pasien akan lebih mempercayai perawat yang menunjukkan keinginannya membantu pasien bukan hanya karena tugasnya saja. Thomas et al, 1995 menyatakan *responsiveness* adalah kemauan petugas kesehatan kontak dengan pasien untuk melayani dengan penuh perhatian. Adanya inisiatif yang lebih awal dari perawat untuk mengetahui keluhan maupun kebutuhan yang lain dengan mengunjungi dan bertanya kepada pasien akan menimbulkan kegembiraan dan kepuasan bagi pasien.

Petugas kurang teliti dalam menangani pasien, sesuai prosedur dan cekatan dalam hal ini menyangkut pendidikan dan keterampilan petugas dalam memberi tindakan medis maupun keperawatan. Masih banyak petugas yang belum terampil dan tidak menggunakan prosedur tetap dalam penatalaksanaan ISPA, kemungkinan disebabkan karena kurangnya pengetahuan petugas, rendahnya minat baca, kurangnya pengawasan dan pembinaan, serta pelatihan-pelatihan yang bersifat teknis. Latar belakang pendidikan perawat yang masih kurang, juga menjadi faktor penyebab ketidakpatuhan petugas terhadap protap yang sudah ada dalam memberikan pelayanan khususnya tatalaksana pasien ISPA. Langkah-langkah petugas dalam membuat rencana asuhan medis sampai dengan rencana penyuluhan harus dilakukan secara teliti dan hal ini tidak bisa dipisahkan tiga ranah (*domain*) dalam pendidikan kesehatan yaitu ranah pengetahuan (*knowledge*), ranah keterampilan (*skill*), ranah perilaku (*attitude*) yang mesti dimiliki oleh petugas kesehatan (Daldiyono,2006).

Komponen petugas segera mengambil keputusan dalam menangani kasus yang harus dirujuk tidak dipermasalahkan karena selama pengamatan memang tidak ada kasus yang harus dirujuk.

Menurut Kariasa (2004) untuk menjalin hubungan perawat-klien yang kondusif diperlukan dasar pengetahuan khusus bagi perawat termasuk teknik-teknik komunikasi dari hubungan interpersonal dan sikap dasar tertentu dari perawat. Keterampilan komunikasi dapat dikembangkan bila perawat mulai mengerti proses komunikasi itu sendiri dan belajar keterampilan interpersonal yang spesifik, yaitu keterampilan komunikasi interaktif. Dibutuhkan banyak waktu, pikiran, dan tenaga serta wawasan yang cukup untuk mengembangkan keterampilan komunikasi yang efektif, akan tetapi sekali keterampilan ini dipelajari maka akan selalu menjadi bagian pembendaharaan keterampilan perawat (Norton, 1986 dalam Bradford, 1997)

6.6 Kajian terhadap hubungan antar variabel

Seperti telah dibahas pada variabel-variabel di atas, didapatkan suatu kesimpulan tentang hubungan yang ada dari masing-masing variabel sebagai berikut:

Berdasarkan hasil penelitian faktor organisasi, faktor pekerjaan dan faktor karakteristik tenaga, terkait pelaksanaan komunikasi interaktif terdapat hubungan yang terkait satu dengan yang lain. Faktor organisasi pada variabel penelitian meliputi pelatihan pengembangan, pembinaan. Pada variabel pelatihandan pengembangan, dan pembinaan petugas di puskesmas Baturiti II termasuk kategori kurang, hal ini tentunya berhubungan dengan tingkat keprofesionalan petugas dalam memberi layanan khususnya dalam pelaksanaan komunikasi interaktif. mengingat perubahan-perubahan yang terjadi sangat cepat, diperlukan *up dating* pengetahuan untuk menyikapinya. Begitu juga dengan faktor pekerjaan, adanya faktor organisasi yang baik, pembagian tugas yang diberikan tetap mengacu pada kompetensi masing-masing sehingga petugas bekerja secara profesional sesuai bidangnya. Misalnya perawat bertanggungjawab terhadap kegiatan di puskesmas dalam bentuk asuhan keperawatan. Dalam pelaksanaannya tentu diperlukan kelengkapan fasilitas untuk mendukung

kegiatannya. Dan sebagai acuan dari setiap tindakan yang diberikan perlu adanya sebuah aturan baku dalam bentuk SOP guna menghindari terjadinya kesalahan-kesalahan yang tentunya berakibat fatal bagi pasien. Faktor karakteristik tenaga juga terkait dengan dua faktor sebelumnya mempunyai peran penting dalam mewujudkan pelayanan yang bermutu khususnya pelaksanaan komunikasi interaktif. Variabel faktor karakteristik tenaga dalam penelitian meliputi : pengetahuan dan sikap petugas. Tingkat pengetahuan, erat hubungannya dengan pelayanan medis dan keperawatan yang akan diberikan. Apabila tingkat pengetahuan petugas kurang, tentu akan berpengaruh dalam analisa terhadap keluhan atau riwayat penyakit pasien, penegakan diagnosenya, serta tindakan atau terapi yang semestinya diberikan begitu pula dengan pelaksanaan komunikasi interaktifnya

Faktor yang paling erat kaitannya dengan mutu pelayanan dalam wujud pelaksanaan komunikasi interaktif adalah adanya sikap profesional petugas dan komitmen dari petugas dan organisasi itu sendiri untuk mengadakan perubahan *mind set* untuk memberikan *service exelence*. Secara garis besar tingkat pelaksanaan komunikasi interaktif dipengaruhi oleh tiga aspek yaitu pengetahuan, ketrampilan dan sikap profesional petugas. Hal ini ditunjang dengan adanya pelatihan dan pengembangan secara berkala, pembinaan, fasilitas yang memadai, pembagian tugas sesuai kompetensi dan tersedianya SOP sebagai acuan dalam melaksanakan tugas

Menurut Gaffar, 1999 perawat profesional memiliki ilmu pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang profesional. Adapun ketrampilan yang harus dikuasai oleh seorang perawat adalah ketrampilan keperawatan dan ketrampilan komunikasi interaktif. Hal ini juga dipertegas oleh Daldiyono, 2006 langkah-langkah petugas baik dokter ataupun perawat dalam memberikan asuhan medis/asuhan keperawatan, tidak

bisa lepas dari tiga ranah penting dalam pendidikan kesehatan, yaitu ranah pengetahuan (*knowledge*), ranah keterampilan (*skill*), ranah perilaku (*attitude*).

Dari ketiga domain, memiliki hubungan yang sangat erat. Pengetahuan petugas yang baik, bahkan sangat baik belum tentu menjamin kepuasan pasien terhadap mutu pelayanan yang diberikan, apabila tidak mempunyai ketrampilan maupun sikap yang profesional. Demikian sebaliknya, sikap yang baik tanpa disertai pengetahuan dan ketrampilan yang baik juga tidak dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Keterampilan komunikasi interaktif sebagai cerminan dari seluruh kegiatan dan pelayanan yang didapatkan pasien. Hampir sebagian besar permasalahan dengan pasien di puskesmas bersumber dari rendahnya tingkat ketrampilan komunikasi petugas dengan pasien. Untuk dapat meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, dan sikap petugas yang profesional sesuai dengan tuntutan kemajuan teknologi dan informasi, perlu dilaksanakan pelatihan dan pengembangan SDM untuk *up dating* pengetahuan, pembinaan dan pemantauan serta dorongan untuk mengikuti pendidikan dari pihak manajemen serta upaya lain yang mendukung peningkatan kearah profesional, seperti pembagian tugas sesuai dengan kompetensi, sarana dan prasarana yang memadai, adanya standar operasional prosedur untuk semua kegiatan, dan hal yang paling penting untuk mendasari ketiga domain tersebut adalah adanya komitmen yang positif dan perubahan *mind set* dari semua petugas untuk tuntutan akan kemajuan/profesional di bidangnya. Apabila sebagian saja dari komponen di atas dapat dikerjakan tentu hasilnya akan lebih baik, kepuasan pasien akan pelayanan di puskesmas tentunya dapat ditingkatkan. Levinson dan Cassel (2000) menyatakan komunikasi dokter-pasien berhubungan dengan kepuasan pasien dan penelitiannya menunjukkan mutu komunikasi berkorelasi dengan *out come* biologik. Hal ini senada dengan pernyataan Hammerschmidt, 1996 bahwa semakin tinggi teknologi, semakin

besar sentuhan kemanusiaan, kualitas pribadi sebagai perawat dapat sama pentingnya secara terapeutik seperti halnya obat atau perawatan. Maka pada masa yang akan datang dimana teknologi semakin maju dan peralatan kesehatan semakin canggih justru semakin meningkat kebutuhan akan pelayanan dengan sentuhan pribadi yang tinggi.

6.7 Kajian terhadap harapan ibu/pengantar balita

Distribusi frekuensi harapan ibu/pengantar terkait pelaksanaan komunikasi interaktif petugas di Puskesmas Baturiti II dapat dijadikan acuan bagi petugas untuk melakukan evaluasi terhadap kinerja petugas dalam memberikan pelayanan. Adapun aspek yang dinilai memiliki kesamaan dengan komponen pengamatan pelaksanaan komunikasi interaktif yaitu dibagi dalam 4 variabel antara lain: *attending skill*, *respect*, empati dan *responsiveness*.

Dari semua variabel, satu-satunya yang mendapat kategori baik, yaitu variabel *attending skill* petugas. Dari tiga komponennya semua responden menyatakan sebagian besar sesuai, dan sangat sesuai dengan harapan pasien. Namun yang termasuk kategori kurang dan menjadi isu strategis untuk upaya peningkatan mutu pelayanan antara lain:

1. Sebagian besar petugas belum mampu memberikan dukungan dengan cara menyentuh tangan pasien (empati).
2. Sebagian besar petugas tidak menjelaskan cara perawatan penderita di rumah terkait kasus ISPA (empati).
3. Sebagian besar petugas tidak menjelaskan cara pemberian obat di rumah terkait kasus ISPA (empati).
4. Sebagian besar petugas tidak menjelaskan tanda bahaya pada penyakit pasien terkait kasus ISPA (empati).

5. Sebagian besar petugas tidak menganjurkan pasien agar segera kembali bila keadaan penderita memburuk dengan memberikan penjelasan tentang keadaan yang dimaksud terkait kasus ISPA (*empathy*).
6. Sebagian besar petugas tidak menanyakan kepada pasien tentang berbagai hal yang perlu dibantu (*responsiveness*)

Sedangkan komponen yang termasuk kategori cukup, dan perlu mendapat perhatian sehingga tidak menjadi masalah adalah:

1. Petugas menyapa pasien terlebih dahulu
2. Petugas tidak memotong pembicaraan pasien
3. Petugas tidak memalingkan wajah saat pasien berbicara
4. Petugas menjawab pertanyaan pasien dengan baik
5. Petugas tidak menunjukkan kesan terburu-buru
6. Petugas mendengarkan keluhan anda dengan serius
7. Petugas menunjukkan minat dan perhatian
8. Petugas mau berbincang tentang penyakit pasien
9. Petugas menanyakan keluhan tentang riwayat penyakit pasien dengan teliti
10. Petugas segera tanggap terhadap keluhan pasien
11. Petugas menangani pasien dengan teliti dan cekatan

Untuk mendapatkan pelaksanaan komunikasi yang optimal sesuai yang diharapkan pasien tentunya diperlukan tingkat pengetahuan, keterampilan khususnya keterampilan komunikasi interaktif/terapeutik yang baik dan sikap profesional petugas. Adapun teknik komunikasi interaktif adalah sebagai berikut:

1. Mendengarkan dengan aktif, yang merupakan dasar utama suatu komunikasi, meliputi perawat memberikan tanggapan dengan tepat tanpa memotong

- pembicaraan pasien, serta menunjukkan minat dan perhatian bahwa perawat mempunyai waktu untuk mendengarkan keluhan pasien.
2. Pertanyaan terbuka artinya pertanyaan yang memerlukan jawaban yang luas, sehingga pasien dapat mengemukakan masalahnya perasaannya dengan menggunakan bahasa sendiri.
 3. Mengulang kembali pernyataan pasien dengan kata-kata sendiri, dengan maksud bahwa perawat mendengar apa yang dikatakan atau dikemukakan pasien.
 4. Klarifikasi yaitu menjelaskan kembali ungkapan pikiran yang dikemukakan pasien yang kurang jelas agar tidak terjadi salah pengertian.
 5. Memfokuskan pembicaraan agar lebih spesifik dan terarah untuk mendapat informasi yang lebih mendalam.
 6. Membagi persepsi yaitu perawat mengungkapkan persepsinya tentang pasien dan meminta umpan balik dari pasien.
 7. Mengidentifikasi tema dengan maksud banyak pasien yang berbicara hanya tentang hal yang ringan saja, karena pasien menganggap pengalaman masa lalu tidak penting.
 8. Diam yang positif dan penuh penerimaan merupakan media interaktif yang sangat berharga karena dapat memotivasi pasien untuk berbicara, mengarahkan isi pikirannya kepada masalah yang dialaminya. Diam dapat mendorong dan menghambat komunikasi sehingga perawat harus hati-hati menggunakan teknik ini.
 9. Memberikan informasi kepada pasien mengenai berbagai hal yang tidak atau belum diketahuinya serta memberikan informasi yang diperlukan bila pasien bertanya. Bisa juga sebagai suatu cara untuk membina hubungan saling

percaya dengan pasien sehingga menambah pengetahuan pasien dan berguna baginya untuk mengambil keputusan secara realistik.

10. Memberi saran merupakan teknik yang baik digunakan pada waktu yang tepat, sehingga pasien bisa memilih.
11. Memberikan penghargaan dapat dilakukan dengan menyebut nama pasien, menunjukkan perubahan yang terjadi, menghargai pasien sebagai manusia seutuhnya yang mempunyai hak dan tanggungjawab atas dirinya sendiri sebagai individu.

Menurut Gaffar, 1999 kiat keperawatan (*nursing art*) lebih difokuskan pada kemampuan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan sentuhan seni dalam arti menggunakan kiat-kiat tertentu dalam upaya memberikan kepuasan dan nyaman kepada pasien. Yang meliputi: *nursing is caring* (perawat memberikan asuhan keperawatan), *nursing is sharing* (perawat selalu berdiskusi dengan sejawat dan juga pasien), *nursing is laughing* (memberikan senyum dapat memberi rasa nyaman pasien), *nursing is touching* (menggunakan sentuhan untuk memberi rasa nyaman kepada pasien), *nursing is helping* (menolong pasien dengan sepenuhnya), *nursing is believing in others* (meyakini kemampuan orang lain), *nursing is trusting* (menjaga kepercayaan pasien), *nursing is believing in self* (kepercayaan diri sendiri), *nursing is learning* (perawat selalu belajar), *nursing is respecting* (memiliki rasa hormat dan penghargaan kepada pasien), *nursing is listening* (menjadi pendengar yang baik), *nursing is doing* (melakukan pengkajian dan intervensi keperawatan), *nursing is feeling* (perawat dapat menerima, merasakan, dan memahami perasaan pasien)

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan analisis data dan pembahasannya, maka hasil penelitian ini dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Sebagian besar petugas tidak pernah mengikuti pelatihan-pelatihan terkait komunikasi interaktif baik yang diselenggarakan oleh dinas kesehatan kabupaten maupun dinas kesehatan propinsi. Demikian juga dengan seminar-seminar keprofesian yang diselenggarakan oleh IDI ataupun PPNI dalam meningkatkan kemampuan, ketrampilan dan sikap profesional petugas.
2. Secara umum minat baca petugas kurang dalam membaca setiap buku-buku pedoman puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan dan wawasannya khususnya tentang perkembangan program-program yang dilaksanakan oleh puskesmas.
3. Pembinaan dan pemantauan secara langsung oleh kepala puskesmas pelaksanaannya masih kurang. Demikian pula dari dinas kesehatan belum mengefektifkan program pembinaan/supervisi yang telah dijadwalkan secara berkala ke puskesmas dalam menciptakan mutu pelayanan yang memuaskan pasien.
4. Pada desain pekerjaan pekerjaan sebagian besar petugas mengharapkan dilakukan rotasi tugas secara berkala, sebagian besar menyatakan tugasnya kurang sesuai dengan kompetensinya.
5. Kesulitan dan hambatan, masih ada petugas mengalami hambatan komunikasi dengan atasan atau dengan pasien. Tidak ada hambatan komunikasi karena pasien menggunakan bahasa daerah atau dari golongan kasta yang lebih tinggi. Untuk

- ketepatan waktu pembuatan laporan, sebagian besar petugas menyatakan dapat menyelesaikan laporan tepat waktu.
6. Peralatan medis maupun alat bantu komunikasi di puskesmas masih kurang baik jumlah maupun mutunya dalam menunjang pelaksanaan kegiatan. Pemeliharaan fasilitas yang ada juga kurang, begitu juga tempat penyimpanannya. Penggunaan alat saund timer oleh petugas untuk menghitung frekuensi nafas, hampir sebagian besar petugas tidak mengerjakannya.
 7. Sebagian besar pengetahuan petugas terkait komunikasi interaktif dan tatalaksana ISPA kurang, tidak ada dengan kategori baik.
 8. Sikap petugas terkait pelaksanaan komunikasi interaktif dan ISPA semua dengan kategori setuju, namun untuk pernyataan pelanggan adalah raja dan pernyataan bila berjumpa pasien kita menyapa terlebih dulu masih ada yang menyatakan kurang setuju.
 7. Pelaksanaan *attending skill* atau penampilan fisik petugas ketika berkomunikasi dengan pasien yang telah dilaksanakan dengan baik yaitu: petugas menghadap kearah pasien, petugas tidak melipat tangan didada, petugas tetap relaks dan tidak tegang. Satu komponen *attending skill* yang pelaksanaannya dengan kategori cukup adalah ketika berbicara dengan pasien petugas mempertahankan kontak mata.
 8. Pelaksanaan *respect* Dari kelima komponen *respect* dua komponen telah dilaksanakan dengan baik yaitu: petugas mendengarkan keluhan pasien tidak sambil memalingkan wajah atau berbicara dengan petugas lain dan petugas tidak meninggalkan ruangan selagi pasien masih dalam ruangan. Dua komponen dengan kategori cukup adalah petugas menyapa pasien terlebih dahulu dengan menyebut

namanya dan petugas tidak memotong pembicaraan pasien selagi pasien belum selesai bicara. Komponen *respect* dengan kategori kurang adalah komponen petugas menunjukkan kesan terburu-buru.

9. Pelaksanaan empati petugas merupakan indikator terbanyak dalam penelitian ini terdiri dari 11 komponen. Komponen yang telah dilakukan dengan baik ada dua yaitu: petugas menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan petugas tidak berbicara kasar atau membentak pasien. Dua komponen lainnya dengan kategori cukup adalah: petugas memperhatikan situasi dan keadaan pasien dan petugas melihat reaksi pasien. Ada tujuh komponen dalam empati pelaksanaannya masih kurang dan perlu diperbaiki adalah: komponen petugas mau mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius, petugas mau berbincang tentang penyakit yang diderita pasien, petugas menunjukkan minat dan perhatiannya, petugas menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti, petugas menjelaskan cara perawatan penderita dan cara pemberian obat di rumah, dan komponen petugas menganjurkan pasien untuk kontrol bila keadaan pasien memburuk terkait tatalaksana ISPA.
10. Pelaksanaan *responsiveness* komunikasi interaktif yang diamati dua dengan kategori cukup yaitu: petugas segera datang bila dipanggil dan petugas segera tanggap terhadap keluhan pasien. Dua komponen dengan kategori kurang yaitu: petugas segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan dan petugas menangani pasien dengan cekatan dan teliti.
10. Secara keseluruhan pelaksanaan komunikasi interaktif sebagian besar dengan kategori cukup, tidak ada dengan kategori baik.

11. Secara keseluruhan kesesuaian harapan pasien terhadap pelaksanaan komunikasi interaktif petugas sebagian besar dengan kategori cukup dan sisanya dengan kategori sesuai harapan pasien. Tidak ada dengan kategori kurang.

7.2 Saran

1. Diperlukan pelatihan dan pengembangan petugas untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap profesional petugas. Dinas kesehatan agar memprogramkan pelatihan-pelatihan ataupun seminar dalam usaha meningkatkan mutu pelayanan minimal 1 tahun sekali.
2. Memberikan bantuan dana bagi petugas untuk mengikuti seminar keprofesian yang diselenggarakan baik oleh dinas kesehatan maupun puskesmas.
3. Pimpinan puskesmas mewajibkan petugas yang sudah dilatih untuk membuat laporan dan melatih petugas lain yang tidak ikut pelatihan.
4. Dalam meningkatkan kualitas sumber daya manusia di puskesmas juga mendorong dan memberikan kesempatan bagi petugas untuk melanjutkan pendidikan kejenjang yang lebih tinggi.
5. Dalam meningkatkan minat baca puskesmas agar menyiapkan ruang baca serta fasilitas berupa rak untuk menyimpan/menata buku-buku dengan baik sehingga menarik dan memudahkan petugas mencari buku yang diperlukan. Perlu ditambah koleksi buku-buku yang berkaitan dengan *service exelence*.
6. Diperlukan pembinaan secara rutin dan berkesinambungan oleh kepala puskesmas dalam usaha meningkatkan mutu pelayanan dan memotivasi petugas dapat dijadwalkan setiap hari Senin atau setiap rapat rutin puskesmas.

7. Membuat usulan perencanaan kebutuhan alat sesuai kebutuhan untuk disampaikan pada dinas kesehatan. Fasilitas yang ada agar dimanfaatkan secara optimal, dilakukaneliharaan agar terawat dan berfungsi dengan baik dan mengevaluasi inventaris alat setiap akhir tahun.
8. Membuat usulan perencanaan kebutuhan tenaga sesuai kebutuhan bidang tugas yang ada. Melaksanakan rotasi tugas secara berkala setiap dua tahun sekali.
9. Melakukan pernyataan bersama dalam membangun komitmen organisasi untuk menjadikan puskesmas sebagai tempat pelayanan yang bermutu dan menjadi pilihan serta mampu memberikan kepuasan kepada pasien, sehingga visi dan misi puskesmas bisa menjadi wujud pelayanan yang nyata.
6. Memotivasi dan memupuk sikap positif sikap staf yang sesuai dengan prinsip komunikasi interaktif yaitu: saling memberikan pengertian kedua belah pihak untuk saling menerima, saling percaya, dan saling menghargai, ada unsur belajar bersama dan *sharing* pengalaman, saling membutuhkan untuk mencapai tujuan, ada unsur *take and give* atau *win-win solution*, saling membantu, tukar emosi, perasaan dan pikiran, serta menyadari peran masing-masing, menciptakan suasana saling terbuka, bebas dari rasa takut, jujur, empati dan mampu menjadi pendengar yang baik.
7. Setiap petugas diwajibkan untuk melatih/mengasah ketrampilan komunikasinya, yang membutuhkan upaya yang disengaja dan kemauan untuk mempelajari perilaku yang baru dan memoles yang lama yang dapat dilakukan melalui proses belajar yang terstruktur adapun teknik komunikasi interaktif adalah: mendengarkan dengan aktif, pertanyaan terbuka, mengulang kembali, klarifikasi, refleksi, memfokuskan pembicaraan, membagi persepsi, identifikasi tema, diam, memberi informasi.

memberi saran, memberikan kesempatan pada pasien untuk memulai pembicaraan, *respect* atau memberikan penghargaan.

8. Menyusun protap untuk masing-masing unit sebagai acuan pelaksanaan kegiatan dengan melibatkan seluruh petugas pada unitnya.
9. Puskesmas membuat inovasi untuk melakukan pengukuran kepuasan pelanggan secara berkala pada tiap akhir tahun untuk mengetahui perkembangan pelaksanaan komunikasi interaktif.
10. Diharapkan dinas kesehatan memberikan dukungan kepada puskesmas dalam membangun sistem pelayanan yang bermutu khususnya komunikasi interaktif petugas kesehatan dengan melakukan pembinaan secara berkala ke puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C., Shanley, E. (1997) *Psikologi Sosial Untuk Perawat*, alih bahasa Leonny Sally M. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Alma. B. (1998) *Manajemen Pemasaran dan Pemasaran Jasa*. Alfabeta. Jakarta.
- Berry, L. Parasuraman, A. (1991) *Marketing Services : Competing Through Quality*. Maxwell MacMillan International. USA.
- Bradford, V. (1997) *The Total Service Medical Practise: 17 Steps to Satisfying Your Internal and External Customers*, IRWIN Professional Publishing, Chicago.
- Daldiyono. (2006) *Menuju Seni Ilmu Kedokteran Bagaimana Dokter Berpikir dan Bekerja*. Jakarta, PT Gramedia Pustaka Utama
- Depkes R.I.(2000). *Total Quality Manajement. Pengembangan jaminan mutu pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas*. Jakarta
- Depkes R.I.(2004a) Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 128/MENKES/SK/II/2004 tentang *Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Depkes R.I. (2004b) *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Depkes R.I. (1996) *Pedoman Program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut Untuk Penanggulangan Pnemonia Pada Balita Dalam Pelita VI*. Jakarta.
- Depkes R.I. (2002) *Pedoman Program Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernapasan Akut Untuk Penanggulangan Pnemonia Pada Balita*. Jakarta.
- Ellis, R.B. (2000) *Komunikasi Interpersonal Dalam Keperawatan*, alih bahasa Susi Purwoko. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Engel, JF., Bleckwell RD. and Mimard PW. (1992) *Consumer Behavior*. Binarupa Aksara. Jakarta.
- Fandy, T., Gregorius, C. (2005) *Service. Quality & Satisfaction*. Yogyakarta, Penerbit Andi
- Gaffar, L.O.D. (1999) *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Gaspersz, V. (1997) *Manajemen Kualitas Dalam Industri Jasa*. Yayasan Indonesia Emas. Institut Vincent, PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.

- Gates, J., Ellis, B., Kenworthy. (2000) *Komunikasi Interpersonal dalam Keperawatan, Teori dan Praktik*. EGC. Jakarta.
- Jefkins, Yadin. (2004) *Public Relations*. Jakarta, Penerbit Erlangga
- Kariasa. (2004) *Pengembangan Hubungan Efektif Antara Perawat Primer dan Klien/Keluarga*. Jakarta, Fakultas Ilmu Keperawatan U.I
- Kariyoso. (1994) *Pengantar Komunikasi Bagi Siswa Perawat*. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B.A. (1992) *Hubungan Terapeutik Perawat Klien*. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B.A. (1990) *Proses Keperawatan*. Jakarta, Penerbit Buku kedokteran EGC.
- Koppelman, R.E. (1986). *Managing Productivity in Organizations*. McGraw-Hill Book Company. New York
- Kotler, P., Amstrong, G. (1996) *Dasar – Dasar Pemasaran, 7^{ed}*. Prenhallindo. Jakarta.
- Kotler, P.(1997) *Marketing Management, 9^{ed} : Manajemen Pemasaran, Analisis, Perencanaan, Implementasi, dan Kontrol*. Teguh, Hendra, dan Ronny, A. (Penterjemah). PT Padi Karya Abadi. Jakarta.
- La Monica, E.L. (1998) *Kepemimpinan dan Manujemen Keperawatan, Pendekatan Berdasarkan Pengalaman* , alih bahasa Elly Nurachman. Jakata, Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Lovelock, Wirts, Keit. (2002) *Services Marketing in Asia. Managing People, Technology, and Strategy*. Prentice Hall. Singapore.
- Lupiyoadi, R. (2001) *Manajemen Pemasaran Jasa. Teori dan Praktik*. Salemba Empat. Jakarta.
- Muchlas, M. (1997) *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta, CV Banyu Biru
- Mulyadi, Johny, S. (1999) *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen*. Jogjakarta, Aditya Media.
- Nawawi. H. (2001) *Manajemen Sumber Daya Manusia Untuk Bisnis Yang Kompetitif*. Gajah Mada University Press.
- Notoatmojo, S. (2002) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta, PT Rineka Cipta

- Nursalam. (2001) *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta, Salemba Medika.
- Onong, V.E. (1986) *Dinamika Komunikasi*. PT Remaja Rosda Karya. Bandung.
- Pesik, E. (2000) *Hubungan Terapeutik Perawat-Pasien*. Bahan Kuliah MARS Universitas Airlangga Surabaya.
- Ratna, S. (2004) *Nilai-nilai Profesional Sebagai Dasar Pada Praktek Keperawatan*. Fakultas Ilmu Keperawatan U.I
- Robbin, Stephen P. (2001) *Perilaku Organisasi*, 8th, Jilid 1, PT Prenhallindo, Jakarta.
- Roberth, L.M., John,H.J.(2001) *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta, Salemba Empat.
- Siagian, P.S. (2002). *Kiat Meningkatkan Produktifitas Kerja*. P.T. Rineka Cipta. Jakarta.
- Socjitno Irmim, Abdul Rochim. (2005) *Konsep Efektif Meningkatkan Prestasi Bawahan*. Seyma Media.
- Supranto, M.A. (2001). *Pengukuran Tingkat Kepuasan Pelanggan Untuk Meningkatkan Pangsa Pasar*. Jakarta, PT Rineka Cipta
- Supriyanto, S. (1998) *Metodologi Penelitian*. Pasca Sarjana, Universitas Airlangga. Surabaya.
- Supriyanto, S. (2005) *Manajemen Pemasaran*. Pasca Sarjana, Universitas Airlangga. Surabaya.
- Sutisna, SE., M.E.(2001) *Perilaku Konsumen dan Komunikasi Pemasaran*. PT Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Timpe, D. (1993) *Kinerja. Seri Ilmu dan Seni Manajemen Bisnis*. Jakarta, PT Gramedia Asri Media
- Tjiptono, F (2005) *Pemasaran Jasa*, Edisi pertama, Penerbit Bayumedia Publishing
- Wijono, D. (2000) *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori, Strategi dan Aplikasi*. Surabaya. Airlangga University Press.
- Winardi. (2002) *Motivasi dan Pemotivasian dalam Manajemen*. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta.

Zainuddin, M. (2001) *Metodologi Penelitian*. Pasca Sarjana, Universitas Airlangga. Surabaya.

Zeithaml, V.A., Bitner, M.J. (2000) *Services Marketing : Integrating Customer Focus Across The Firm*, 2nd ed. Mc Graw-Hill Company. NY

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A., Berry, L. (1990) *Delivering Quality Service, Balancing Customer Perceptions and Expectation*. The Free Press. NY

Lampiran I

**KUESIONER BAGI DOKTER / PERAWAT
TENTANG PROSES KOMUNIKASI INTERAKTIF DALAM
PENATALAKSANAAN ISPA DI PUSKESMAS BATURITI II
KECAMATAN BATURITI KABUPATEN TABANAN**

Selamat pagi dan salam sejahtera,

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Puskesmas Baturiti II, kami mohon kesediaan bapak/ibu untuk menjawab beberapa pertanyaan dibawah ini dengan sejujurnya. Identitas dan jawaban bapak/ibu kami jamin kerahasiaannya.

Atas kesediaan bapak /ibu kami ucapkan terima kasih

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Umur :
3. Pendidikan :
4. Masa kerja (mulai diangkat sebagai petugas) : tahun, bulan.
5. Pelatihan yang pernah diikuti (5 tahun terakhir)
 - a.
 - b.
 - c.

Lingkarilah salah satu jawaban yang menurut anda paling sesuai !

A. Pelatihan

1. Berapa kali frekwensi saudara mengikuti pelatihan/seminar selama diangkat sebagai petugas puskesmas ?
 - a. Sering (6-10 kali setahun)
 - b. Jarang (3-5 kali setahun)
 - c. Sangat jarang (1-2 kali setahun)
 - d. Tidak pernah
2. Apakah pernah mengikuti pelatihan tentang komunikasi interaktif atau pelatihan tentang pelayanan prima ?
 - a. Sering (4-5 kali setahun)
 - b. Pernah (2-3 kali setahun)
 - c. Jarang (1 kali setahun)
 - d. Tidak pernah
3. Apakah selama ini pernah mengikuti pelatihan/seminar, tentang tata laksana ISPA ?
 - a. Sering (4-5 kali setahun)
 - b. Pernah (2-3 kali setahun)
 - c. Jarang (1 kali setahun)
 - d. Tidak pernah
4. Apakah anda mengikuti seminar-seminar keprofesian yang ada baik IDI/PPNI ?
 - a. Rutin (setiap seminar)
 - b. Pernah (sebagian besar diikuti)
 - c. Jarang (sebagian kecil diikuti)
 - d. Tidak pernah

B. Pembinaan

1. Apakah dalam memeberikan pelayanan di poliklinik dipantau oleh kepala puskesmas ?
 - a. Rutin (setiap hari)
 - b. Sering (3-4 kali seminggu)
 - c. Jarang (1-2 kali seminggu)
 - d. Tidak pernah
2. Apakah pernah diberikan pembinaan khususnya dalam hal menciptakan kepuasan pelanggan oleh kepala puskesmas ?
 - a. Rutin (setiap hari)
 - b. Sering (1 kali seminggu)
 - c. Jarang (setiap bulan)
 - d. Tidak pernah

3. Apakah pernah diberikan pembinaan tentang cara melakukan komunikasi dengan pasien oleh kepala puskesmas ?
 - a. Sering (setiap hari)
 - b. Pernah (setiap minggu)
 - c. Jarang (1-2 kali sebulan)
 - d. Tidak pernah
4. Apakah dilakukan pemantauan dan pembinaan terhadap tata laksana ISPA di poliklinik puskesmas oleh kepala puskesmas ?
 - a. Sering (setiap minggu)
 - b. Pernah (setiap bulan)
 - c. Jarang (1-2 kali setahun)
 - d. Tidak pernah
5. Apakah dilakukan pembinaan dan pemantauan terhadap tata laksana ISPA di poliklinik puskesmas oleh program ISPA kabupaten ?
 - a. Sering (setiap bulan)
 - b. Pernah (3-4 kali setahun)
 - c. Jarang (1-2 kali setahun)
 - d. Tidak pernah

C. Desain Pekerjaan

1. Apakah anda setuju dengan pembagian tugas yang ada saat ini di puskesmas ?
 - a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju
2. Apakah tugas yang anda jalankan sekarang sudah sesuai dengan kompetensi anda ?
 - a. Sangat sesuai
 - b. Sesuai
 - c. Kurang sesuai
 - d. Tidak sesuai
3. Apakah anda setuju bila dilakukan rolling terhadap petugas setiap tahun untuk penyegaran ?
 - a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju

D. Kesulitan dan Hambatan Pelaksanaan Pekerjaan

1. Apakah selama bertugas anda pernah mempunyai masalah dengan atasan atau teman sejawat sehingga menghambat pelaksanaan tugas anda ?
 - a. Sering (setiap minggu ada masalah)
 - b. Pernah (1-2 masalah setiap bulan)
 - c. Jarang (1-2 masalah dalam setahun)
 - d. Tidak pernah

2. Apakah selama bertugas anda pernah mengalami hambatan komunikasi dengan pasien ?
 - a. Sering (setiap minggu ada hambatan)
 - b. Pernah (1-2 hambatan setiap bulan)
 - c. Jarang (1-2 hambatan dalam setahun)
 - d. Tidak pernah

3. Apakah dalam membuat laporan pertanggungjawaban dapat anda selesaikan tepat pada waktunya ?
 - a. Tidak tepat waktu
 - b. Sebagian kecil tepat waktu
 - c. Sebagian besar tepat waktu
 - d. Tepat waktu

4. Apabila ada permasalahan apakah anda dapat menyelesaikannya dengan baik ?
 - a. Tidak dapat diselesaikan
 - b. Sebagian kecil dapat diselesaikan
 - c. Sebagian besar dapat diselesaikan
 - d. Semua dapat diselesaikan

5. Apakah dalam melakukan komunikasi dengan pasien anda menemui permasalahan karena pasien menggunakan bahasa daerah ?
 - a. Semuanya bermasalah
 - b. Sebagian besar bermasalah
 - c. Sebagian kecil bermasalah
 - d. Tidak ada masalah

6. Apakah anda mengalami kesulitan dalam komunikasi karena pasien berasal dari golongan atau kasta yang lebih tinggi ?
 - a. Semuanya bermasalah
 - b. Sebagian besar bermasalah
 - c. Sebagian kecil bermasalah
 - d. Tidak ada masalah

E. Fasilitas

1. Apakah peralatan medis di poliklinik puskesmas sudah lengkap dalam mendukung pelaksanaan tugas anda ?
 - a. Peralatan sangat lengkap
 - b. Sebagian besar peralatan tersedia
 - c. Tersedia hanya sebagian kecil
 - d. Sangat kurang
2. Selain peralatan medis bagaimana kelengkapan sarana bantu untuk melakukan komunikasi dengan pasien seperti plipchart atau lainnya ?
 - a. Semua tersedia
 - b. Sebagian besar ada
 - c. Sebagian kecil ada
 - d. Tidak tersedia
3. Apakah sarana medis dan non medis yang ada di poliklinik terpelihara dan berfungsi dengan baik ?
 - a. Baik
 - b. Cukup
 - c. Kurang
 - d. Tidak baik
4. Apakah anda menggunakan *sound timer* untuk menghitung frekwensi napas pada kasus-kasus gangguan pernafasan/ISPA ?
 - a. Rutin (setiap kasus)
 - b. Sering (sebagian besar kasus)
 - c. Jarang (sebagian kecil kasus)
 - d. Tidak pernah

F. Pengetahuan

1. Yang dimaksud dengan komunikasi interaktif adalah ?
 - a. Komunikasi yang dilakukan oleh bagian promosi perusahaan
 - b. Komunikasi yang dilakukan untuk menjual barang jadi dari perusahaan
 - c. Komunikasi yang dilakukan oleh semua karyawan/petugas saat pelanggan menggunakan produk yang kita miliki
 - d. Semua jawaban diatas benar
2. Inti atau kunci dari komunikasi interaktif adalah kecuali?
 - a. Komunikator
 - b. Penerima pesan
 - c. Umpan balik
 - d. Bahasa tubuh
3. Bahasa tubuh yang tidak dapat dipisahkan dalam komunikasi interaktif adalah ?
 - a. Sikap/prilaku
 - b. Gaya bahasa
 - c. Bahasa sederhana
 - d. Semua jawaban di atas benar

4. Dalam penatalaksanaan ISPA, penderita dikelompokkan menjadi dua berdasarkan golongan umur, yaitu
 - a. < 2 bulan dan 2 bulan -< 5 tahun
 - b. 0-1 tahun dan 1-< 5 tahun
 - c. 0 - 42 hari dan 42 hari - < 5 tahun
 - d. 0 - 6 bulan dan 6 - < 1 tahun
5. Tanda adanya bahaya dalam penanganan kasus ISPA, kecuali
 - a. Napas tambah cepat, sulit bernapas
 - b. Kesadaran menurun
 - c. Kurang atau tidak mau minum
 - d. Adanya wheesing
6. Diagnosa kasus ISPA pada anak umur di bawah 2 bulan adalah ?
 - a. Pneumonia berat, pneumonia, bukan pneumonia
 - b. Pneumonia berat, bukan pneumonia
 - c. Pneumonia, pharingitis, laringitis
 - d. Bukan salah satu di atas
7. Faktor risiko yang dapat meningkatkan terjadinya insiden pneumoni pada anak adalah, kecuali ?
 - a. Umur di bawah 1 tahun
 - b. Gizi kurang
 - c. Berat badan lahir rendah
 - d. Menyelimuti anak berlebihan
8. Kombinasi utama obat yang menjadi pilihan pertama dalam tatalaksana ISPA adalah ?
 - a. Kotrimoksazol dan parasetamol
 - b. Amoksisilin dan parasetamol
 - c. Eritromisin dan parasetamol
 - d. Injeksi Penisilin Prokain
9. Jika seorang balita keadaan penyakitnya termasuk dalam klasifikasi bukan pneumoni pada kasus ISPA, maka diagnose penyakitnya kemungkinan adalah ?
 - a. Pharingitis
 - b. Penyakit ISPA non pneumoni
 - c. Otitis
 - d. Semua jawaban benar

G. Sikap

1. Setujukah anda bila dilaksanakan supervisi dari atasan atau dinas kesehatan dalam meningkatkan kemampuan komunikasi ?
 - a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju

2. **Setujukah anda dengan pernyataan ” Pelanggan adalah Raja ?”**
 - a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju

3. **Setujukah anda dengan pernyataan ” Kepuasan Pelanggan adalah Kepuasan Kita Semua ?”**
 - a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju

4. **Setujukah anda bila berjumpa dengan pasien maka anda akan menyapanya terlebih dahulu ?**
 - a. Sangat setuju
 - b. Setuju
 - c. Kurang setuju
 - d. Tidak setuju

Lampiran 2

**LEMBAR PENGAMATAN KOMUNIKASI INTERAKTIF
DOKTER / PERAWAT DENGAN PASIEN DALAM TATALAKSANA ISPA
DI PUSKESMAS BATURITI II KECAMATAN BATURITI
KABUPATEN TABANAN
(Panduan petugas pengamat)**

Tanggal :
 Petugas yang diamati :
 Pasien yang diamati :
 Ruangan :
 Nama pengamat :

Berilah tanda v pada kolom pilihan jawaban yang paling sesuai dengan temuan selama pengamatan

No	Pernyataan	Ya dilakukan	Tidak dilakukan
A.	<i>ATTENDING SKILL</i> Ketika berbicara dengan pasien :		
1.	Dokter/perawat menghadap kearah pasien		
2.	Dokter/perawat melipat tangan di dada		
3.	Dokter/perawat selalu mempertahankan kontak mata dengan pasien		
4.	Dokter/perawat tetap relaks dan tidak tegang saat memeriksa pasien		
B.	<i>RESPECT</i>		
1.	Ketika bertemu dengan pasien dokter/perawat menyapa pasien terlebih dahulu		
2.	Dokter/perawat tidak memotong pembicaraan pasien selagi pasien belum selesai berbicara		
3.	Ketika berbicara dengan pasien, dokter/perawat menunjukkan kesan terburu-buru		
4.	Dokter/perawat mendengarkan keluhan pasien tidak sambil memalingkan wajah atau berbicara dengan orang lain		
5.	Selagi pasien belum selesai diperiksa, dokter/perawat meninggalkan ruangan		
C.	<i>EMPATI</i>		
1.	Dalam berkomunikasi dokter/perawat menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien		

2.	Dokter/perawat tidak berbicara kasar/membentak pasien		
3.	Dokter/perawat memperhatikan situasi dan keadaan pasien		
4.	Dokter/perawat mau mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius		
5.	Dokter/perawat mau berbincang tentang penyakit yang diderita pasien		
6.	Ketika berbicara dokter/perawat menunjukkan minat dan perhatian		
7.	Dokter/perawat dapat melihat reaksi pasien dengan cepat		
8.	Dokter/perawat menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti (umur, lama sakit, adanya demam, sesak napas, adanya kejang, kesulitan minum)		
9.	Dokter/perawat menjelaskan cara perawatan penderita ISPA di rumah : ASI diteruskan, bersihkan hidung bila tersumbat, jaga bayi agar tidak kedinginan.		
10.	Dokter/perawat menyarankan pasien untuk minum obat dengan teratur dan disiplin		
11.	Dokter/perawat menganjurkan pasien/pengantar pasien untuk kontrol bila keadaan pasien memburuk : napas menjadi cepat, sulit bernapas, sulit menyusu/tidak mau minum		
	D. RESPONSIVENESS		
1.	Dokter/perawat segera datang bila dipanggil		
2.	Dokter/perawat segera menawarkan bantuan saat melihat pasien kesulitan		
3.	Dokter/perawat tanggap terhadap keluhan pasien		
4.	Dokter/perawat menangani pasien dengan cepat dan teliti		
5.	Dokter/perawat segera mengambil keputusan dalam menangani kasus yang harus dirujuk		

Lampiran 3

**KUESIONER TENTANG KOMUNIKASI INTERAKTIF
BAGI ORANG TUA/PENGANTAR PASIEN
DI PUSKESMAS BATURITI II**

Om suastiastu,

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Puskesmas Baturiti II, kami mohon kesediaan bapak/ibu untuk menjawab beberapa pertanyaan dibawah ini dengan sejujurnya sesuai dengan pengalaman bapak/ibu berobat di Puskesmas Baturiti II. Identitas dan jawaban bapak/ibu kami jamin kerahasiaannya.

Atas kesediaan bapak /ibu menjawab pertanyaan ini kami ucapkan terima kasih.

Identitas responden

1. Nama :
2. Umur :
3. Pendidikan :
4. Pekerjaan :
5. Pengalaman berobat sebelumnya : a. belum pernah
b. sudah pernah

Berilah tanda rumput pada kolom yang sesuai dengan harapan anda !

No	Pertanyaan	Kurang sesuai	Cukup	Sesuai	Sangat sesuai
1.	Ketika berbicara dengan anda, petugas menghadap ke arah anda/menatap anda.				
2.	Ketika berbicara dengan anda, petugas tidak melipat tangan di dada				
3.	Ketika berbicara dengan anda, petugas rileks dan tidak tegang				
4.	Ketika bertemu, petugas memberi salam/menyapa anda lebih dahulu.				
5.	Ketika berbicara dengan anda, petugas tidak memotong pembicaraan anda				
6.	Petugas mendengarkan anda tidak sambil : berbicara dengan orang lain/ memalingkan wajah				
7.	Petugas menjawab pertanyaan anda dengan baik				
8.	Petugas tidak menunjukkan kesan terburu-buru saat melayani anda.				
9.	Petugas tidak meninggalkan ruangan selagi anda masih berada di dalam ruangan				

10.	Petugas mendengarkan keluhan anda dengan serius.				
11.	Petugas menunjukkan minat dan perhatian dalam memberikan pelayanan kepada anda.				
12.	Petugas menyentuh tangan anda untuk memberi dukungan.				
13.	Petugas tidak berbicara kasar/sesuai dengan bahasa anda dengan anda.				
14.	Petugas tidak menggunakan bahasa yang sulit dimengerti (bahasa medis)				
15.	Petugas mau berbincang tentang penyakit anda				
16.	Petugas menanyakan keluhan anda dengan teliti tentang riwayat penyakit.(nama, umur, lama sakit, adanya batuk, adanya demam, adanya kejang, kesulitan bernafas, apakah anak dapat minum)				
17.	Petugas menjelaskan cara perawatan penderita di rumah : ASI diteruskan, bersihkan hidung bila tersumbat, jaga bayi agar tidak kedinginan				
18..	Petugas menjelaskan cara pemberian obat di rumah				
19.	Petugas menjelaskan tanda bahaya pada penyakit (nafas bertambah cepat, sulit bernafas, kejang, tidak mau minum)				
20.	Petugas menganjurkan anda agar segera kembali bila keadaan penderita memburuk				
21.	Petugas segera datang bila dipanggil				
22.	Petugas menanyakan berbagai hal yang perlu dibantu.				
23.	Petugas segera tanggap terhadap keluhan anda.				
24.	Petugas menangani anda dengan cekatan				

Lampiran 4

1. Pengertian FGD

Diskusi kelompok yang dilakukan untuk membahas hasil dari penelitian. Hasil dari FGD akan dijadikan bahan untuk menyusun rekomendasi terhadap permasalahan yang ditemukan.

2. Tempat dan Waktu

Hari/tanggal : Rabu 16 Agustus 2006

Waktu : 09.00-11.00 wita

Tempat : Ruang Rapat Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tabanan.

3. Jadwal acara

No	Jam	Kegiatan	Pembicara
1.	09.00-09.15	Acara pembukaan	Moderator
2.	09.15-09.45	Pemaparan hasil penelitian	Peneliti
3.	09.45-10.45	Diskusi dan tanya jawab hasil penelitian	Seluruh peserta
4.	10.45-11.00	Kesimpulan	Moderator
5.	11.00-selesai	Penutup	Moderator

NOTULEN***FOCUS GROUP DISCUSSION*****Peserta Diskusi**

- 1. Kepala Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tabanan**
- 2. Kabid P2M Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tabanan**
- 3. Dr. Putu Listya Ryana Sari**
- 4. Dr. Gede Putu Jarwa Antara**
- 5. I Made Sukata**
- 6. I Wayan Suadnyana**
- 7. I Ketut Sueta**
- 8. Ni Made Muriani**
- 9. I Made Carta**
- 10. Ni Wayan Putri**
- 11. I Wayan Widia (pencatat)**
- 12. I Wayan Susila SKM. M.kes (moderator)**

Pokok Bahasan dalam FGD**Isu strategis, Kemungkinan penyebab, Rekomendasi Peneliti**

No	Isu strategis	Kemungkinan penyebab	Rekomendasi peneliti
1.	Sebagian besar petugas tidak pernah mengikuti pelatihan tentang komunikasi interaktif dan tata-laksana ISPA maupun seminar-seminar keprofesian yang diselenggarakan baik oleh IDI/PPNI	1. Pelatihan yang diadakan di dinas kesehatan propinsi /BPKTK hanya diwakili oleh beberapa puskesmas saja 2. Pelatihan yang diselenggarakan di dinas kesehatan kabupaten tidak dilaksanakan secara rutin dan tidak pernah melakukan pelatihan tentang komunikasi interaktif atau <i>service exelence</i> 3. Pelatihan bersifat undangan saja, tidak pernah diadakan di puskesmas sendiri 4. Petugas yang sudah dilatih tidak mau melatih petugas yang lain 5. Belum pernah dialokasikan anggaran untuk pelatihan khususnya pada alokasi anggaran operasional puskesmas	1. Dinas kesehatan kabupaten harus memprogramkan pelatihan/seminar secara rutin sesuai dengan prioritas kebutuhan (.....dalam setahun) 2. Dinas kesehatan mengalokasikan anggaran khusus untuk program pelatihan dan seminar (peningkatan SDM) 3. Puskesmas mengalokasikan anggaran untuk kegiatan pelatihan/seminar 4. Puskesmas melakukan pelatihan di kantor sendiri dengan mengundang nara sumber (.....dalam setahun) 5. Puskesmas mewajibkan petugas yang sudah dilatih untuk melatih petugas lain
2.	Pemantauan oleh kepala puskesmas dalam memberikan pelayanan dan pembinaan tentang menciptakan kepuasan pasien kurang, begitu pula pemantauan dan pembinaan oleh dinas kesehatan kurang khususnya program P2 ISPA	1. Kepala puskesmas belum menyadari bahwa pembinaan harus dilakukan secara berkala untuk mengetahui perkembangan mutu pelayanan. 2. Kepala puskesmas lebih banyak tersita waktunya untuk mengurus tugas-tugas manajemen dan koordinasi dan belum	1. Perlu perencanaan pelaksanaan tugas yang lebih baik dari kepala puskesmas. 2. Membuat jadwal pembinaan dan melakukan evaluasi secara berkala (.....dalam sebulan) 3. Dinas kesehatan memprogramkan dan mengalokasikan anggaran untuk melakukan pembinaan secara berkala

		<p>bisa mengelola waktu dalam memberikan pembinaan secara rutin</p> <p>3. Dinas kesehatan juga belum memprogramkan pembinaan/supervisi ke puskesmas secara berkala</p>	<p>ke puskesmas. (.....dalam setahun)</p> <p>4. Perlu diberikan <i>feed back</i> terhadap laporan yang sudah dikirim ke dinas kesehatan</p>
3.	<p>Jumlah peralatan medis maupun alat bantu komunikasi di puskesmas masih kurang, petugas juga kurang memperhatikan pemeliharaan alat di puskesmas.</p>	<p>1. Usulan peralatan dari puskesmas belum bisa dipenuhi oleh dinas kesehatan kabupaten atau pada saat realisasi peralatan yang diterima kadang kurang sesuai dengan apa yang diusulkan, baik dalam jumlah maupun mutunya.</p> <p>2. Pemeliharaannya kurang karena tidak ada tempat penyimpanan yang baik</p> <p>3. Petugas merasa tidak bertanggungjawab apabila ada peralatan yang rusak atau hilang</p> <p>4. Tidak ada alokasi anggaran untuk pemeliharaan alat-alat</p>	<p>1. Pengadaan alat oleh dinas kesehatan hendaknya disesuaikan dengan usulan kebutuhan puskesmas baik jumlah dan mutunya</p> <p>2. Puskesmas merencanakan alokasi anggaran untuk pengadaan alat sendiri sesuai dengan prioritas kebutuhan</p> <p>3. Usulan sarana untuk penyimpanan alat yang memadai. (lemari atau rak)</p> <p>4. Membuat daftar inventaris barang dan dievaluasi secara rutin</p> <p>5. Supervisi dari petugas logistik/perencanaan alat dinas kesehatan khusus tentang inventaris puskesmas. (.....dalam setahun)</p> <p>6. Memberikan tanggungjawab untuk pemeliharaan alat-alat yang rusak kepada petugas logistik</p>
4.	<p>Pengetahuan petugas tentang komunikasi interaktif dan tatalaksana ISPA kurang</p>	<p>1. Kurangnya pelatihan dan pembinaan yang diberikan berkaitan dengan komunikasi interaktif</p> <p>2. Rendahnya minat membaca buku-buku pedoman puskesmas</p> <p>3. Latar belakang</p>	<p>1. <i>Updating</i> pengetahuan untuk semua petugas secara rutin dan berkesinambungan baik oleh kepala puskesmas maupun dinas kesehatan</p> <p>2. Menumbuhkan minat membaca dengan mengumpulkan buku-buku pedoman</p>

		<p>pendidikan perawat yang masih rendah (SPK).</p> <p>4. Petugas merasa tidak ada tuntutan untuk menjadi lebih maju</p> <p>5. Petugas tidak mampu mengelola waktu untuk membaca.</p>	<p>puskesmas dalam satu tempat, menata dengan baik untuk memudahkan pencarian dan menyiapkan ruangan baca yang nyaman di puskesmas</p> <p>3. Menugaskan pegawai pelatihan kemudian memberikan latihan kepada petugas lainnya</p> <p>4. Memberikan kesempatan mengikuti pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi</p> <p>5. Menyarankan IDI/PPNI untuk lebih sering melakukan seminar yang bersifat <i>updating</i> pengetahuan untuk semua anggota organisasinya baik yang di puskesmas maupun rumah sakit. (<i>misalnya diselenggarakan saat menyambut HUT IDI/PPNI, ataupun HKN</i>)</p>
5.	Sebagian besar petugas saat memberi pelayanan menunjukkan kesan terburu-buru terkait tatalaksana ISPA (<i>respect</i>)	<p>1. Adakalanya petugas bekerja di bawah tekanan waktu dan tekanan pekerjaan ketika banyak pasien yang harus dilayani</p> <p>2. Petugas belum memiliki kesadaran untuk memberikan penghargaan (<i>respect</i>) kepada pasien</p> <p>3. Mind set petugas tentang mutu pelayanan belum terbentuk dan petugas masih menggunakan paradigma lama bahwa pasienlah yang lebih membutuhkan petugas</p> <p>4. Petugas tidak menunjukkan kesungguhannya dalam</p>	<p>1. Puskesmas membangun komitmen untuk menjadikan puskesmas sebagai tempat pelayanan yang menjadi pilihan pasien dan mampu memberikan kepuasan akan mutu pelayanan (membuat Visi dan Misi puskesmas tidak sekedar wacana)</p> <p>2. Kepala puskesmas secara rutin melakukan pembinaan khususnya tentang komunikasi interaktif dan <i>costumer service</i></p> <p>3. Memberi pelatihan tentang <i>costumer service</i> di puskesmas dengan mencari nara sumber yang lebih berkompeten</p>

		membantu pasien tetapi cenderung ingin segera menyelesaikan tugas/komunikasi tersebut.	di bidangnya.
6.	<p>Dari 11 komponen pelaksanaan empati petugas, terdapat 7 komponen dengan kategori kurang terkait tatalaksana ISPA, meliputi: (1) Sebagian besar petugas tidak mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius (2) Petugas tidak membicarakan tentang penyakit yang diderita pasien (3) Sebagian besar petugas tidak menunjukkan minat dan perhatiannya secara serius kepada pasien (4) Petugas tidak menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti (5) Petugas tidak menjelaskan cara perawatan penderita di rumah (6) Sebagian besar petugas tidak menjelaskan cara pemberian obat di rumah (7) Sebagian besar petugas tidak menganjurkan pasien untuk kontrol bila keadaan memburuk dan memberi penjelasan tentang keadaan yang dimaksudkan.</p> <p>Hal ini juga terlihat dari umpan balik harapan pasien terhadap petugas yang termasuk kategori kurang meliputi: petugas tidak menyentuh tangan pasien untuk memberi</p>	<p>1. Adanya hambatan komunikasi yang disebabkan karena petugas memikirkan hal lain, mendapat interupsi dari petugas lain atau petugas memang memiliki kesulitan pribadi dalam memulai komunikasi yang terbuka dengan pasien</p> <p>2. Petugas menganggap keluhan pasien biasa saja (tidak penting)</p> <p>3. Petugas belum mampu menempatkan diri dalam keadaan dan kondisi pasien</p> <p>4. Mind set petugas tentang mutu pelayanan belum terbentuk dan petugas masih menggunakan paradigma lama bahwa pasienlah yang lebih membutuhkan petugas</p> <p>5. Pasien sendiri sering kali merasa enggan untuk mengungkapkan keluhan tentang perasaannya secara terbuka kepada petugas</p> <p>6. Persepsi petugas menganggap pasien yang menggunakan puskesmas dengan penyakit masih ringan.</p> <p>7. Pengetahuan pasien tentang kesehatan masih rendah sehingga pasien tidak menanyakan tentang keadaan penyakitnya</p> <p>8. Pasien tidak diberikan kesempatan bertanya oleh petugas.</p>	<p>1. Membangun komitmen petugas tentang mutu pelayanan</p> <p>2. Membangun komitmen tentang paradigma yang baru dan menghilangkan paradigma lama bahwa pasienlah yang lebih membutuhkan petugas menjadi sebaliknya</p> <p>3. Kepala puskesmas secara rutin melakukan pembinaan khusus tentang cara menjadi pendengar yang baik</p> <p>4. Dinas kesehatan kabupaten diharapkan melakukan pembinaan secara rutin dan berkesinambungan ke puskesmas guna mendukung pembangunan mutu pelayanan, dengan memberikan pelatihan service excelent dalam rangka meningkatkan mutu SDM</p> <p>5. Mengharuskan petugas dalam melakukan tindakan /pelayanan disesuaikan dengan SOP yang ada.</p> <p>6. Melakukan pembinaan secara rutin dan berkesinambungan tentang kasus-kasus penyakit tertentu bekerjasama dengan dinas kesehatan atau rumah sakit</p> <p>7. Melatih petugas untuk menerangkan obat apa yang tertulis pada resep yang akan diberikan dan cara pemberian obat</p>

	<p>dukungan, petugas tidak menjelaskan cara perawatan penderita di rumah, petugas tidak menjelaskan cara pemberian obat di rumah, petugas tidak menjelaskan tanda bahaya pada penyakit pasien, petugas tidak menganjurkan pasien agar segera kembali bila keadaan penderita memburuk</p>	<p>9.Keengganan petugas untuk menjelaskan penyakit pasien mungkin juga disebabkan karena kurangnya waktu sehingga petugas terburu-buru ingin cepat menyelesaikan pekerjaannya</p> <p>10.Petugas menganggap pasien tidak perlu dan tidak ingin tahu tentang penyakitnya.</p> <p>11. Tanggapan psikologi pasien terhadap kondisi sakitnya(nyeri) dapat membuat pasien tidak mampu berkomunikasi dengan baik</p>	<p>kepada pasien di rumah.</p> <p>8.Melakukan pembinaan dan pemantauan kepada petugas secara rutin.</p> <p>9.Memberikan reward kepada petugas yang dapat melaksanakan komunikasi interaktif dengan baik dalam melaksanakan tugasnya sehari-hari dalam bentuk pemberian nilai DP3 yang baik, untuk persyaratan kenaikan pangkat.</p>
7.	<p>Dari pelaksanaan <i>responsiveness</i> petugas terdapat dua komponen yang pelaksanaannya kurang terkait tatalaksana ISPA yaitu: sebagian besar petugas tidak segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan dan petugas belum mampu menangani pasien dengan teliti dan cekatan sesuai dengan protap/SOP yang ada</p> <p>Hal ini juga terlihat pada kesesuaian harapan pasien dengan kategori kurang yaitu petugas tidak menanyakan kepada pasien tentang berbagai hal yang perlu dibantu</p>	<p>1.Petugas masih memiliki paradigma lama merasa pasienlah yang semestinya minta bantuan terlebih dahulu dan pasien lebih membutuhkan petugas untuk menyelesaikan permasalahannya</p> <p>2.Mind set petugas tentang mutu pelayanan belum terbentuk</p> <p>3.Masih banyak petugas yang belum menggunakan prosedur tetap (SOP) dalam penatalaksanaan ISPA</p> <p>2.Kurangnya pengawasan dan pembinaan serta pelatihan-pelatihan tentang <i>updating</i> kasus-kasus tertentu.</p>	<p>1.Membangun komitmen petugas tentang mutu pelayanan</p> <p>2.Mengadakan pelatihan secara rutin dan berkesinambungan dalam meningkatkan kemampuan SDM puskesmas</p> <p>3.<i>Updating</i> pengetahuan dan ketrampilan petugas secara rutin baik oleh kepala puskesmas maupun dinas kesehatan</p>

Perean Kangin, 14 Agustus 2006

Kepada

Yth. Kepala Dinas kesehatan

dan KB

Kabupaten Tabanan

di Tabanan

Sebagai tindak lanjut dari hasil penelitian kami yang berjudul "Upaya Komunikasi Interaktif Guna Meningkatkan Kepuasan Pasien di Puskesmas Baturiti II Kabupaten Tabanan" yang telah kami laksanakan pada bulan Juni 2006, maka dengan hormat kami mohon untuk dapat dilakukan pembahasan melalui diskusi kelompok di Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tabanan. Adapun hasil dari diskusi kelompok tersebut akan digunakan untuk menyusun rekomendasi.

Demikian atas perkenan dan bantuannya diucapkan terima kasih.

Hormat kami,

dr. I Ketut Nariana

Perean Kangin, 14 Agustus 2006

**Kepada Yth,
Sdr/i
di Baturiti**

Sebagai tindak lanjut dari hasil penelitian kami tentang "Pengamatan Komunikasi Interaktif Petugas di Poliklinik Umum Puskesmas Baturiti II" dan "Kesesuaian Harapan Pasien Terhadap Komunikasi Interaktif Petugas" yang telah kami laksanakan pada bulan Juni 2006, maka perlu dilakukan pembahasan lebih lanjut melalui diskusi kelompok untuk membahas "Upaya Komunikasi Interaktif Guna Meningkatkan Kepuasan Pasien di Puskesmas Baturiti II Kabupaten Tabanan".

Untuk itu kami mohon kehadiran saudara pada:

Hari/tanggal : Rabu, 16 Agustus 2006

Waktu : 08.00-10.00 wita

Tempat : Ruang Rapat Dinas Kesehatan dan KB Kabupaten Tabanan

Atas perhatian dan kehadirannya diucapkan banyak terima kasih.

Peneliti,

dr. I Ketut Nariana

**Distribusi frekuensi hasil pengamatan komunikasi interaktif petugas
di Puskesmas Baturiti II, bulan Juni 2006**

No	Aspek yang dinilai	Hasil Observasi				Rata-rata	Ket
		Sesuai		Tidak			
		f	%	f	%		
1	2	3	4	5	6	7	8
A	Attending Skill						
1	Menghadap kearah pasien	8	100	0	0	2.00	Baik
2	Tidak melipat tangan di dada	8	100	0	0	2.00	Baik
3	Mempertahankan kontak mata	3	37.5	5	62.5	1.38	Cukup
4	Petugas rileks dan tidak tegang	8	100	0	0	2.00	Baik
B	Respect						
1	Petugas menyapa pasien terlebih dahulu dengan menyebut nama	4	50	4	50	1.50	Cukup
2	Petugas tidak memotong pembicaraan pasien	5	62.5	3	37.5	1.63	Cukup
3	Petugas menunjukkan kesan terburu-buru	1	12.5	7	87.5	1.13	Kurang
4	Mendengarkan keluhan pasien tidak sambil memalingkan wajah/berbicara dengan orang lain	6	75	2	25	1.75	Baik
5	Selagi pasien belum selesai diperiksa petugas meninggalkan ruangan	7	87.5	1	12.5	1.88	Baik
C	Empati						
1	Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti	8	100	0	0	2.00	Baik
2	Tidak berbicara kasar atau membentak pasien	8	100	0	0	2.00	Baik
3	Selalu memperhatikan situasi dan keadaan pasien	5	62.5	3	37.5	1.63	Cukup
4	Mau mendengarkan keluhan tentang perasaan pasien dengan serius	1	12.5	7	87.5	1.13	Kurang
5	Mau berbincang tentang penyakit yang diderita pasien	0	0	8	100	1.00	Kurang
6	Menunjukkan minat dan perhatiannya	1	12.5	7	87.5	1.13	Kurang
7	Melihat reaksi pasien	4	50	4	50	1.50	Cukup
8	Menanyakan riwayat penyakit pasien dengan teliti (SOP)	0	0	8	100	1.00	Kurang
9	Menjelaskan cara perawatan penderita di rumah (SOP)	0	0	8	100	1.00	Kurang
10	Menjelaskan cara pemberian obat di rumah	2	25	6	75	1.25	Kurang
11	Menganjurkan pasien untuk kontrol bila keadaan memburuk (SOP)	1	12.5	7	87.5	1.13	Kurang
D	Responsiveness						
1	Segera datang bila dipanggil	5	62.5	3	37.5	1.63	Cukup
2	Segera menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan	0	0	8	100	1.00	Kurang
3	Segera tanggap terhadap keluhan pasien	5	62.5	3	37.5	1.63	Cukup
4	Menangani pasien dengan cekatan dan teliti (SOP)	0	0	8	100	1.00	Kurang
5	Segera mengambil keputusan dalam mengani kasus yang harus dirujuk	0	0	8	100	1.00	Kurang

Distribusi Frekuensi Kesesuaian Harapan Pasien

No	Aspek yang dinilai	Jawaban Responden								Rata-rata	Ket
		Kurang sesuai		Cukup		Sesuai		Sangat sesuai			
		f	%	f	%	f	%	f	%		
A	Attending Skill										
1	Menghadap kearah anda	0	0	0	0	40	80	10	20	3.20	B
2	Melipat tangan di dada	2	4	0	0	39	78	9	18	3.10	B
3	Rileks dan tidak tegang saat	0	0	0	0	42	84	8	16	3.16	B
B	Respect										
1	Menyapa pasien terlebih dahulu	15	30	0	0	31	62	4	8	2.48	C
2	Memotong pembicaraan anda	1	2	10	20	31	62	8	16	2.92	C
3	Memalingkan wajah	0	0	21	42	29	58	0	0	2.58	C
4	Menjawab pertanyaan dengan baik	0	0	10	20	39	78	1	2	2.82	C
5	Menunjukkan kesan terburu-buru	10	20	15	30	25	50	0	0	2.30	C
6	Petugas meninggalkan ruangan	0	0	0	0	47	94	3	6	3.06	B
C	Empati										
1	Petugas mendengarkan keluhan anda dengan serius	0	0	19	38	31	62	0	0	2.62	C
2	Petugas menunjukkan minat dan perhatian	0	0	20	40	29	58	1	2	2.62	C
3	Petugas menyentuh tangan anda untuk memberikan dukungan	47	94	1	2	2	4	0	0	1.10	K
4	Petugas tidak berbicara kasar dengan anda	0	0	0	0	44	88	6	12	3.12	B
5	Petugas tidak menggunakan bahasa yang sulit dimengerti	0	0	3	6	44	88	3	6	3.00	B
6	Petugas mau berbincang tentang penyakit anda	12	24	17	34	21	42	0	0	2.18	C
7	Petugas menanyakan keluhan anda dengan teliti tentang riwayat penyakit	6	12	29	58	15	30	0	0	2.18	C
8	Petugas menjelaskan cara perawatan penderita di rumah	37	74	11	22	2	4	0	0	1.30	K
9	Petugas menjelaskan cara pemberian obat di rumah	25	50	23	46	2	4	0	0	1.54	K
10	Petugas menjelaskan tanda bahaya pada penyakit anak anda	37	74	10	20	3	6	0	0	1.32	K
11	Petugas menganjurkan anda agar segera kembali bila keadaan penderita memburuk (penjelasannya)	21	42	20	40	9	18	0	0	1.76	K
D	Responsiveness										
1	Petugas segera datang bila dipanggil	1	2	2	4	43	86	4	8	3.00	B
2	Petugas menanyakan berbagai hal yang perlu dibantu	20	40	12	24	18	36	0	0	1.96	K
3	Petugas segera tanggap terhadap keluhan anda	0	0	19	38	31	62	0	0	2.62	C
4	Petugas menangani anda dengan teliti dan cekatan	0	0	22	44	28	56	0	0	2.56	C

Pelaksanaan FGD

Moderator :

1. Mengucapkan salam penganjali: Om suastiastu dan memperkenalkan para peserta satu persatu dan memperkenalkan diri, I Wayan Susila,SKM, M.Kes.
2. Menjelaskan tujuan dilakukan FGD serta tata tertib yang berlaku.
3. Menjelaskan topik FGD yaitu hasil pengamatan komunikasi interaktif petugas di Puskesmas Baturiti II bulan Juni 2006.
4. Maksud : berkaitan dengan studi dr Nariana
5. Penyampain isu strategis, kemungkinan penyebab dan rekomendasi peneliti
6. Pelaksanaan diskusi:

Moderator menyampaikan:

Rendahnya pelayanan disebabkan oleh rendahnya komunikasi interaktif petugas berdampak rendahnya kepuasan pasien disebabkan:

Isu I: Petugas tidak pernah mengikuti pelatihan komunikasi interaktif, pelatihan terkait ISPA maupun mengikuti seminar-seminar keprofesian baik IDI/PPNI

- 1 pendapat JR, agar dinas kesehatan juga mengadakan pelatihan komunikasi interaktif, kepada IDI agar lebih sering mengadakan pelatihan/seminar. Undangan seminar PKB oleh fakultas kedokteran Unud biayanya cukup mahal, kalau bisa dibantu biayanya baik oleh puskesmas maupun dinas kesehatan sehingga dapat ditugaskan menghadiri seminar secara bergantian bila anggaran tidak memadai.
- 2 Pendapat CT, terkait tatalaksana ISPA selama menjadi pemegang program tidak pernah mendapat pelatihan, hanya diberi format laporan, pedoman dan CD tentang ISPA dan tidak ada tindak lanjut dan evaluasinya. Juga tidak ada pelatihan komunikasi interaktif.

- 3 Pendapat LS, mungkin anggaran kurang sehingga jarang ada pelatihan, agar bisa dialokasikan anggaran untuk pelatihan dalam meningkatkan wawasan dan pengetahuan dalam memberi pelayanan.
- 4 Pendapat KS, perlu ada rotasi petugas sehingga petugas mempunyai standar pengetahuan yang sama, sehingga semua petugas mempunyai kesempatan untuk mengikuti pelatihan. Biasanya yang sering pelatihan pada program-program tertentu saja.
- 5 Pendapat KD:
 - a. Setuju dengan rekomendasi peneliti, pertama: memang kita jarang mengadakan pelatihan, kedua: respon petugas/kemauannya untuk mengikuti pelatihan kurang, kadang-kadang petugas hadir hanya mengharapkan SPJ dan konsumsi kurang memperhatikan esensi pelatihan. Padahal yang diharapkan adalah peningkatan pengetahuan dan ketrampilan setelah setelah mengikuti pelatihan dan mampu melakukan ketok tular pada temannya. Ini sebenarnya sangat diharapkan mengingat terbatasnya anggaran.
 - b. Pelatihan tentang komunikasi interaktif perlu dalam meningkatkan mutu pelayanan. Kita/dinas memang belum pernah melakukan pengukuran terhadap kepuasan pelanggan yang sebenarnya juga dapat digunakan untuk pengukuran kinerja petugas. Diharapkan kepala puskesmas melakukan inovasi untuk melakukan pengukuran kepuasan pelanggan
 - c. Nanti akan dirancang bentuk pelatihan yang lebih aplikatif dalam bentuk workshop kalau memungkinkan bisa bisa dilakukan dipuskesmas.

- d. Alokasi anggaran kita memang sangat sedikit karena kita masih memakai pola anggaran PEMDA, sehingga pelatihan dalam tatalaksana ISPA juga tidak pernah dilaksanakan karena alokasi anggaran difokuskan pada kasus- kasus dengan mortalitas yang lebih tinggi yaitu adanya ledakan kasus demam berdarah dan flu burung.
- e. Yang juga diharapkan dari pelatihan adalah petugas yang sudah dilatih melakukan getok tular terhadap temannya sehingga semua mendapatkan informasi yang sama.

Isu II: Pemantauan oleh kepala puskesmas dalam memberikan pelayanan dan pembinaan tentang menciptakan kepuasan pasien kurang begitu pula pemantauan dan pembinaan oleh dinas kesehatan kurang.

1. Pendapat WS, kompleknya tugas kepala puskesmas, disamping melaksanakan tugas-tugas manajemen juga melakukan pemeriksaan pasien. Pengarahan dan pembinaan secara langsung dapat disampaikan pada rapat rutin puskesmas.
2. Pendapat JR, kepala puskesmas agar memberikan motivasi kepada staf secara terus menerus dalam meningkatkan mutu pelayanan, khususnya dalam penanganan P2 ISPA bukan saja menjadi tanggung jawab petugas poliklinik saja, tapi seluruh petugas puskesmas.
3. Pendapat KD, kepala puskesmas secara langsung bertanggungjawab terhadap pembinaan petugas di puskesmas baik untuk program UKP maupun program UKM. Dinas kesehatan juga sudah menjadwalkan pembinaan ke puskesmas, namun pelaksanaannya memang perlu dioptimalkan. Kita memang perlu melakukan pengukuran kepuasan pelanggan. Kepala puskesmas diharapkan melakukan inovasi untuk

melakukan pengukuran kepuasan pelanggan. Saya setuju dengan rekomendasi peneliti.

Isu III: Peralatan medis dan alat bantu komunikasi kurang, begitu pula pemeliharaannya kurang.

1. Pendapat KS, terjadi mis komunikasi antara usulan puskesmas dengan droping yang ada, kedepan petugas meningkatkan kesadaran untuk memelihara alat-alat yang ada, diharapkan pengawasan dari kepala puskesmas lebih ditingkatkan terutama meningkatkan fungsi petugas logistik puskesmas.
2. Pendapat JR, usulan dari bawah, sesuai pendapat KS, juga diperlukan anggaran pemeliharaan alat-alat dipuskesmas.
3. Pendapat moderator: kebutuhan alat sebenarnya sudah disesuaikan dengan usulan dari bawah, namum pengadaan alat kalau mengandalkan APBD saja tentu tidak mencukupi, sehingga kita juga minta batuan propinsi dan pusat dan inipun sudah disinkronkan dengan rencana kebutuhan alat dari bawah/puskesmas.
4. Pendapat KD, petugas agar bisa memaksimalkan fungsi alat-alat yang ada walaupun sedikit. Alat bantu seperti leafiat dan buku-buku petunjuk yang ada agar digunakan sebagai alat bantu dalam komunikasi dengan pasien sehingga alat-alat yang ada dapat berfungsi dengan efektif dan efisien. Pelatihan penggunaan alat juga perlu diadakan. Anggaran yang dimiliki memang terbatas, namum kita sudah mengadakan usulan sesuai dengan usulan dari puskesmas

Isu IV: Pengetahuan petugas tentang komunikasi interaktif dan tatalaksana ISPA kurang.

1. Pendapat moderator, isu IV hampir mirip dengan isu I
2. Pendapat KD, minat baca petugas agar ditingkatkan, setuju dengan rekomendasi peneliti, diberi buku-buku pedoman jangan hanya disimpan saja, bahkan tidak ketemu bila dicari. Diharapkan semua buku-buku disimpan dengan rapi, mudah dicari dan merangsang minat baca. Begitu pula dengan petugas yang sudah dilatih agar melakukan ketok tular terhadap temannya.

Isu V: Pelaksanaan indikator respect, dalam memberikan pelayanan petugas menunjukkan kesan terburu-buru (terkait tatalaksana ISPA)

1. Pendapat WS, agar ada protap atau langkah-langkah dalam memberikan pelayanan mulai dari anamnes pemeriksaan sampai pemberian konseling khususnya pada penanganan ISPA, begitu pula pada kasus-kasus lainnya.
2. Pendapat JR, pemberian pelayanan tergantung kondisi/situasional, tapi kita sudah berusaha memberikan pelayanan yang baik, biasanya pasien datangnya berbarengan sehingga kita seperti terburu-buru. Semua staf juga harus diberikan pengertian agar dapat memberikan pelayanan yang terbaik, karena secara keseluruhan pelayanan tidak saja menjadi tanggung jawab dokter dan perawat saja.
3. Pendapat LS, banyak pasien ngantre karena datangnya bersamaan, sehingga kita cepat-cepat memberi pelayanan biar tidak menunggu lama.
4. Pendapat WP, pasien juga kadang kadang datang terlalu siang sehingga kita terburu-buru, kalau bisa jam buka loket ada batasnya misalnya sampai jam 11, sehingga pelayanan tidak dilakukan pada saat puskesmas mau tutup.
5. Pendapat CT, tergantung situasional. tergantung banyak sedikitnya pasien

6. Pendapat KD, memang harus ada protap untuk penanganan tiap kasus, juga protap untuk tiap unit lainnya. Untuk tatalaksana kasus ISPA protapnya sudah ada, begitu pula dengan buku-buku pedomannya sudah dibagikan ke puskesmas bahkan VCD tatalaksana ISPA sudah dibagikan pada tiap puskesmas, memang pelatihan dan pembinaannya kurang. Kalau terburu-buru karena banyak pasien yang ngantre dokter/perawat akan mengkros proses pelayanan sehingga memang terkesan buru-buru, tapi kalau petugas terburu-buru karena kepentingan yang lain tentu tidak dibenarkan, petugas memberikan pelayanan sesuai tahapan pelayanan, ya memang harus ada protap untuk penanganan pada tiap-tiap kasus.

Isu VI: Pelaksanaan empati, moderator menyampaikan komponen yang menjadi isu strategis pada komponen empati (terkait tatalaksana ISPA)

1. Pendapat JR, karena merasa ada pasien ngantre sehingga kita memeriksa pasien cepat-cepat. Tergantung situasional
2. Pendapat LS, penyakitnya kurang berat/serius, sehingga tidak berusaha menggali, ya kalau dipraktek berusaha menggali keluhan kenapa dipuskesmas tidak, memang perlu kesadaran dan rasa memiliki terhadap puskesmas.
3. Pendapat CT, tergantung pribadi masing-masing petugas, juga tergantung motivasi petugas, perlu penegasan terhadap tupoksi masing-masing. Juga tergantung banyak sedikitnya pasien. Khusus tatalaksana ISPA memang perlu diadakan pelatihan.
4. Pendapat KD, memang kunci dalam memberikan pelayanan kesehatan adalah empati, ya kita harus mampu merasa atau merasakan bagaimana

kalau kita yang seperti itu. Kalau kita diberikan pelayanan sekedarnya tentu kita akan protes juga. Kita harus sungguh-sungguh, saya kira petugas harus mampu menggali keluhan pasien sebanyak banyaknya begitupula memberikan penjelasan penyakitnya, cara perawatan penderita dan penjelasan tentang obatnya dan pesan untuk kontrol. Kita harus menghilangkan kesan puskesmas hanya mampu menangani kasus-kasus ringan saja. kesan pasien yang diperiksa seadanya dan sebagainya. Saya setuju dengan rekomendasi peneliti bahwa kita semua harus membangun komitmen untuk dapat memberikan pelayanan terbaik dan betul-betul ditumbuhkan rasa memiliki terhadap puskesmas dan mampu bersikap profesional.

Isu VII: Pelaksanaan *responsiveness*, petugas tidak menawarkan bantuan saat melihat pasien dalam kesulitan

1. Pendapat WS, penanganan pasien harus tim, bukan saja menjadi tanggungjawab dokter dan perawat saja tetapi petugas puskesmas.
2. Pendapat LS, kesadaran rasa memiliki puskesmas dari petugas kurang, kepala puskesmas agar selalu memotivasi staf untuk memberikan pelayanan terbaik
3. Pendapat CT, motivasi petugas kurang, kepala puskesmas agar meningkatkan pengawasan dan pembinaan dalam monitoring kegiatannya seluruh puskesmas.
4. Pendapat WP, petugas belum memahami SOP, dokter yang bertugas dipoli puskesmas melatih petugas/perawat agar memahami SOP dalam menangani pasien.

5. Pendapat JR, harus ada penghargaan bagi petugas yang telah memberikan pelayanan yang baik sehingga lebih memacu lagi semangatnya dalam memberikan pelayanan yang lebih baik lagi. Penghargaan baik oleh puskesmas maupun oleh dinas kesehatan.
6. Pendapat KD, *responsiveness* memang menunjukkan ketanggapan dari petugas dalam memberikan pelayanan, kecepatan dalam memberikan pelayanan dan memang tidak dapat dipisahkan dari empati diatas. Kita memang harus profesional dalam bidang kita, dan saya setuju dengan rekomendasi dari peneliti. Kita harus meningkatkan kesadaran dan membangun komitmen dalam memberikan pelayanan yang memuaskan sehingga visi dan misi yang dibuat tidak menjadi sekedar wacana tapi dalam wujud dan tindakan yang nyata. Rekomendasi yang perlu ditambah peneliti adalah senyum. Hal yang kelihatan sepele juga mudah diucapkan namun sulit dilaksanakan namun sangat penting artinya dalam pelayanan adalah memberikan senyum. Ini perlu dilatih kalau kita mengacu pada *service exelence*, dan salah satu kunci sukses Rumah Sakit Tabanan adalah dengan melatih seluruh petugas untuk tersenyum dengan mendatangkan pelatih khusus. Kita dapat belajar dari sana untuk meningkatkan kepuasan pasien.

Kesimpulan hasil diskusi:

Dari hasil FGD dan rekomendasi peneliti di atas, maka upaya untuk dapat melakukan komunikasi interaktif yang mampu memberikan kepuasan pelanggan dapat di simpulkan sebagai berikut:

- a. Diperlukan sikap profesional profesi dokter/perawat yang terdiri dari *respect*, empati, *responsiveness* dan kesungguhan petugas, juga senyum dalam

- memberikan pelayanan. Diperlukan pelatihan dan pengembangan petugas untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap profesional petugas.
- b. Diperlukan pembinaan secara rutin dan berkesinambungan khususnya oleh kepala puskesmas juga dinas kesehatan dalam membangun komitmen tentang mutu pelayanan dan sikap profesional petugas.
 - c. Diperlukan fasilitas yang memadai baik jumlah maupun kualitasnya dalam mendukung pelayanan yang profesional.
 - d. Puskesmas agar membangun komitmen organisasi untuk menjadikan puskesmas sebagai tempat pelayanan yang bermutu dan menjadi pilihan serta mampu memberikan kepuasan kepada pasien, untuk itu diperlukan sikap yang positif dan motivasi petugas disertai perubahan *mind set* setiap petugas sehingga visi dan misi puskesmas tidak hanya sekedar wacana.
 - e. Diperlukan dukungan dari dinas kesehatan dalam membangun sistem pelayanan yang bermutu diujarkannya dengan melakukan pembinaan secara berkala ke puskesmas.
 - f. Diperlukan inovasi dari puskesmas untuk melakukan pengukuran kepuasan pelanggan secara berkala untuk mengetahui perkembangan mutu pelayanan.
 - g. Diperlukan protap untuk masing-masing unit sebagai acuan pelaksanaan kegiatan.

Penutup

Moderator menutup FGD dengan ucapan terima kasih dan menghaturkan pramasanti: Om santhi-santhi- santhi Om.