

**PERAN KOMUNIKASI KESEHATAN PERAWAT TERHADAP
PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM MUHAMMADIYAH
SUMATERA UTARA**

SKRIPSI

Oleh:

FIRDAUS RISANTO
NPM 1503110050

Program Studi Ilmu Komunikasi



UMSU

Unggul | Cerdas | Terpercaya

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2019**

BERITA ACARA BIMBINGAN SKRIPSI

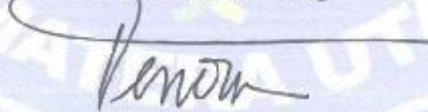
بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Telah selesai diberikan bimbingan dalam penulisan skripsi sehingga naskah skripsi ini telah memenuhi syarat dan dapat disetujui untuk dipertahankan dalam ujian skripsi, oleh:

Nama Lengkap : **Firdaus Risanto**
NPM : 1503110050
Program Studi : Ilmu Komunikasi
Judul : **PERAN KOMUNIKASI KESEHATAN PERAWAT TERHADAP PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA**

Medan, 22 Maret 2019

Dosen Pembimbing



TENERMAN, S.Sos., M.LKOM

Disetujui Oleh

Ketua Program Studi



NURHASANAH NASUTION, S.Sos., M. I.Kom

Dekan



Dr. ARIFIN SALEH, S.Sos., MSP

BERITA ACARA PENGESAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Skripsi ini telah dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Skripsi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Sumatera
Utara oleh:

Nama Lengkap : **FIRDAUS RISANTO**
N P M : 1503110050
Program Studi : Ilmu Komunikasi
Waktu : Pukul 08.45 WIB s/d selesai

TIM PENGUJI

PENGUJI I : **Dr. IRWAN SYARI TANJUNG., MAP** (.....)

PENGUJI II : **Drs. BAHRUM JAMIL. MAP** (.....)

PENGUJI III : **TENERMAN. S.SOS, M.LKOM** (.....)

PANITIA PENGUJI

Ketua,



Dr. ARIFIN SALEH, S.SOS., MSP



Sekretaris,



Drs. ZULFAHMI, M.IKom

PERNYATAAN



Dengan ini saya, Firdaus Risanto, NPM 1503110050, menyatakan dengan sungguh-sungguh :

1. Saya menyadari bahwa memalsukan karya ilmiah dalam segala bentuk yang dilarang oleh undang-undang, termasuk pembuatan karya ilmiah orang lain dengan sesuatu imbalan, atau memplagiat atau menjiplak atau mengambil karya orang lain, adalah tindakan kejahatan yang harus dihukum menurut undang-undang yang berlaku.
2. Bahwa skripsi ini adalah hasil karya dan tulisan saya sendiri, bukan karya orang lain, atau karya plagiat, atau karya jiplakan dari karya orang lain.
3. Bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis didalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Bila di kemudian hari terbukti pernyataan saya ini tidak benar, saya bersedia tanpa mengajukan banding menerima sanksi :

1. Skripsi saya ini beserta nilai-nilai hasil ujian skripsi saya dibatalkan
2. Pencabutan kembali gelar kesarjanaan yang telah saya peroleh, serta pembatalan dan penarikan ijazah sarjana dan transkrip nilai yang telah saya terima.

Medan, 22 Maret 2019



Yang menyatakan,


Firdaus Risanto

**PERAN KOMUNIKASI KESEHATAN PERAWAT TERHADAP
PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM MUHAMMADIYAH
SUMATERA UTARA**

SKRIPSI

Oleh:

FIRDAUS RISANTO
NPM 1503110050

Program Studi Ilmu Komunikasi



UMSU

Unggul | Cerdas | Terpercaya

**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2019**

KATA PENGANTAR



Alhamdulillah rabbil'alaminn, puji syukur atas kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga skripsi ini dapat tersusun hingga selesai. Salam dan shalawat tercurah kepada Nabi Muhammad shalallahu alaihi wassalam yang telah membawa kabar tentang ilmu pengetahuan kepada umatnya yang berguna untuk kehidupan di dunia dan akhirat kelak.

Skripsi merupakan salah satu syarat wajib untuk menyelesaikan pendidikan sarjana di Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. Skripsi ini berisikan **“PERAN KOMUNIKASI KESEHATAN PERAWAT TERHADAP PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA)”**, skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, karena dalam proses penyelesaiannya tidak sedikit kesulitan dan hambatan dalam penyusunan skripsi ini.

Dalam kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada banyak pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan skripsi ini, peneliti menyadari sepenuhnya bahwa skripsi ini tidak akan mungkin terselesaikan tanpa doa, usaha, bimbingan, dan juga arahan dari berbagai pihak. Untuk itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Kedua orang tua tercinta Ayahanda .Alm Hermanto dan Ibunda tercinta Risnilawati yang telah membesarkan, mendidik, memberi dukungan moral

maupun materi, nasehat serta lantunan doa. Sehingga anak mampu menyelesaikan skripsi ini.

2. Bapak Dr. Agussani, MAP selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
3. BapakTenerman, .S.Sos., M.I.Kom., H. Selaku Dosen Pembimbing dan selaku Dosen Pembimbing yang selalu membimbing, medidik, mendukung, dan memberikan masukan dalam penyelesaian skripsi ini.
4. Bapak Dr. ArifinSaleh, S.Sos.,MSP selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
5. Bapak Drs. Zulfahmi M.I.Kom selaku Wakil Dekan I Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
6. BapakAbrarAdhaniS.Sos., M.I.Kom selaku Wakil Dekan III Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara sekaligus sebagai Dosen Pembimbing Akademik penulis.
7. IbuNurhasanahNasutionS.Sos., M.I.Kom selaku Ketua Program Studi Ilmu Komunikasi Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
8. BapakAkhyarAnshoriS.Sos., M.I.Kom selaku Sekretaris Program Studi Ilmu Komunikasi Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara.
9. Seluruh Dosen Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara yang telah mendidik saya sampai sekarang ini.

10. Biro Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara yang telah membantu surat menyurat saya dalam penyelesaian skripsi ini.
11. Kepada manajemen Rumah sakit umum Muhammadiyah Sumatera Utara yang telah memizinkan saya untuk penelitian skripsi saya

Akhir kata, peneliti memohon maaf jika dalam penulisan skripsi ini masih terdapat kesalahan dan kekurangan. Namun, peneliti berharap saran serta kritik dalam rangka perbaikan penulisan skripsi ini, Terimakasih.

Medan, Maret 2019

Penulis

Firdaus Risanto

DAFTAR ISI

Kata pengantar.....	i
Abstrak.....	ii
Daftar tabel.....	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Permasalahan	9
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.4.1 Bagi Kepentingan Ilmu Pengetahuan	10
1.4.2 Bagi Kepentingan Program	10
1.4.3 Bagi Peneliti.....	10
1.4.4 Bagi Peneliti Lain.....	10
Sistematika penulisan.....	10
BAB II URAIAN TEORITIS	12
2.1 pengertian komunikasi	12
2.1.2 fungsi komunikasi	12
tujuan komunikasi.....	13
2.1.3 macam-macam komunikasi.....	14
2.2 Pengertian Komunikasi Kesehatan	15
2.3 Aplikasi Teori Komunikasi dalam Komunikasi Kesehatan	15
2.3.1 Teori Disonasi Kognitif (<i>Cognitive Disonance</i>).....	20

2.3.2 Teori Pelanggaran Harapan (<i>Expectancy Violation Theory</i>).....	23
2.4 konsep dan teori keperawatan	24
2.4.1 pengertian teori keperawatan.....	24
2.4.2 karakteristik teori keperawatan.....	26
2.4.3 tujuan teori keperawatan	27
2.4.4 faktor teori keperawatan.....	28
2.4.5 pandangan ahli tentang model keperawatan	28
2.4.6 teori pengurangan ketidakpastian	40
2.4.7 teori penetrasi sosial.....	42
2.4.8 teori pemikiran kelompok	44
2.4.9 teori budaya organisasi.....	46
BAB III METODE PENELITIAN	48
3.1 lokasi waktu dan penelitian.....	48
3.2 Jenis Penelitian	48
3.3 Kerangka Konsep	49
3.4 Defenisi Konsep.....	49
3.5 Kategorisasi	50
3.6 Informan dan Narasumber.....	50
3.7 Teknik Pengumpulan Data	51
3.8 Teknik Analisis Data.....	51
3.9 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	53

BAB IV HASIL PENELITIAN & PEMBAHASAN.....	55
4.1,Hasil Penelitian	55
4.2.Pembahasan	60
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	62
5.1 Kesimpulan	62
5.2 Saran	63
DAFTAR PUSTAKA.....	64
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	7
Tabel 1.2	8
Tabel 3.1	50
Tabel 3.2	51

ABSTRAK

PERAN KOMUNIKASI KESEHATAN PERAWAT TERHADAP PASIEN DI RUMAH SAKIT MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA

FIRDAUS RISANTO

NPM 1503110050

Rumah sakit harus mampu berkompetisi dengan menunjukkan mutu pelayanan sesuai dengan poin poin di atas. Semua itu dalam rangka mendapatkan loyalitas pelanggan, dimana loyalitas pelanggan dapat dilihat dengan keputusannya untuk melakukan kunjungan ulang ke rumah sakit tempat ia mendapatkan pelayanan kesehatan sebelumnya. Ini merupakan target yang selalu ingin dicapai oleh setiap perusahaan. Banyak penelitian menunjukkan bahwa biaya untuk menarik satu pelanggan baru jauh lebih mahal dibandingkan dengan biaya untuk mempertahankan pelanggan lama. Maka dari itu rumah sakit harus senantiasa memperhatikan mutu pelayanan yang diberikan sesuai dengan harapan pelanggan agar kunjungan ulang pasien dapat senantiasa berjalan. Penelitian ini berjudul “peran komunikasi kesehatan perawat terhadap pasien di rumah sakit muhammadiyah sumatera utara”. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis pengaruh mutu pelayanan terhadap minat kunjungan ulang pasien rawat inap non obstetri dan ginekologi di rumah sakit umum muhammadiyah sumatera utara. Teori teori yang digunakan dalam penelitian ini ialah teori komunikasi, komunikasi kesehatan, aplikasi teori komunikasi dalam komunikasi kesehatan yang terdiri dari teori disonansi kognitif, teori pelanggaran harapan, teori pengurangan ketidakpastian, teori penetrasi sosial, teori pemikiran kelompok dan teori budaya organisasi. Jenis penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif, teknik pengumpulan data ialah observasi, wawancara dan dokumentasi. Narasumber dalam penelitian ini berjumlah 4 orang pasien.

**Kata kunci: Pasien Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara,
Komunikasi Kesehatan**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sebelas tahun terakhir bisnis rumah sakit swasta di Indonesia telah berkembang sangat pesat. Di kota-kota besar ke pelosok daerah bermunculan berbagai rumah sakit swasta, baik yang bersifat individual, rumah sakit jaringan, hingga rumah sakit yang berlabel internasional (Setiawan, 2011).

Fenomena sekarang ini menunjukkan bahwa persaingan usaha telah menambah hingga ke jasa kesehatan, khususnya bisnis rumah sakit swasta. Dewasa ini memang hampir tidak ada produk yang beredar di pasar tanpa adanya produk kompetitor, termasuk juga jasa kesehatan seperti rumah sakit. Persaingan ketat telah mendorong rumah sakit yang ada mau tidak mau saling berlomba untuk menjadi yang terbaik, terutama rumah-rumah sakit swasta yang berada di kota besar.

Banyak pemilik atau pihak manajemen rumah sakit yang mengaku bahwa rumah sakitnya adalah rumah sakit yang bermutu karena telah dilengkapi dengan sarana dan prasarana yang sangat canggih, teknologi terkini, didukung oleh para dokter yang sudah sangat terkenal, serta ditunjang dengan sistem informasi dan administrasi yang modern (Cahyono, 2008). Namun sebenarnya, rumah sakit bermutu tidak cukup diukur dari kelengkapan teknologi dan para dokter yang profesional saja, melainkan perlu dilihat secara lebih detail lagi, bagaimana proses pelayanan dan hasil pelayanan di rumah sakit tersebut.

Pelayanan kesehatan agak berbeda dibandingkan dengan pelayanan jasa lainnya. Pelayanan kesehatan berhubungan dengan kualitas hidup seseorang. Menurut Levey dan Loomba, pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Azwar, 2010). Salah satu tempat melakukan pelayanan kesehatan adalah rumah sakit.

Menurut *American Hospital Association*, rumah sakit adalah suatu organisasi yang tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (Azwar, 2010). Sedangkan menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.

Parasuraman, et al dalam Tjiptono (2008) menyatakan bahwa mutu pelayanan dinilai dan dimensi pelayanan yang diantaranya: (1) keandalan (*reliability*), adalah kemampuan memberikan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya, (2) daya tanggap (*responsiveness*), yaitu sikap dari penyedia jasa yang penuh perhatian, cepat dan tepat dalam menghadapi permintaan, pertanyaan, keluhan dan masalah dari pelanggan, (3) jaminan (*assurance*), artinya karyawan/staf memiliki pengetahuan dan keterampilan yang dapat menumbuhkan

kepercayaan pelanggan kepada pemberi layanan, (4) empati (emphaty), dalam hal ini karyawan /staf mampu menempatkan dirinya pada pelanggan, dapat berupa kemudahan dalam menjalin hubungan dan komunikasi termasuk perhatiannya terhadap para pelanggannya, serta dapat memahami kebutuhan dari pelanggan, (5) bukti fisik (tangible), ketersediaan sarana dan prasarana termasuk alat siap pakai serta penampilan karyawan/staf yang menyenangkan. Pasien secara sadar dan tidak sadar dalam tahap purna beli, dalam hal ini setelah mendapatkan pelayanan kesehatan, akan mengevaluasi mutu pelayanan yang telah didupatkannya.

Rumah sakit harus mampu berkompetisi dengan menunjukkan mutu pelayanan sesuai dengan poin-poin pada dimensi pelayanan diatas. Semua itu dalam rangka mendapatkan loyalitas pelanggan, dimana loyalitas pelanggan dapat dilihat dengan keputusannya untuk melakukan kunjungan ulang ke rumah sakit tempat ia mendapatkan pelayanan kesehatan sebelumnya. Ini merupakan target yang selalu ingin dicapai oleh setiap perusahaan. Banyak penelitian menunjukkan bahwa biaya untuk menarik satu pelanggan baru jauh lebih mahal dibandingkan dengan biaya untuk mempertahankan pelanggan lama. Maka dari itu, rumah sakit harus senantiasa memperhatikan mutu pelayanan yang diberikan sesuai dengan harapan pelanggan agar kunjungan ulang pasien dapat senantiasa berjalan.

Minat kunjungan ulang merupakan perilaku yang muncul sebagai respon terhadap objek yang menunjukkan keinginan pelanggan untuk melakukan pembelian ulang (Umar, 2003). Kunjungan ulang dapat juga diartikan sebagai bagian dari tahapan loyalitas konsumen.

Bedasarkan hasil penelitian sebelumnya yang dilaporkan oleh Hendrajana (2005) tentang pengaruh kualitas pelayanan medis, paramedis dan penunjang medis terhadap kepuasan pelanggan rawat jalan di Rumah sakit Umum (RSU) Muhammadiyah Sumatera Utara menunjukkan bahwa terdapat pengaruh signifikan antara berbagai variabel kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan rawat jalan di RSU Muhammadiyah Senada dengan itu, Rais (2003) dalam penelitiannya menguji pengaruh kualitas pelayanan, fasilitas rumah sakit, biaya berobat rawat inap, dan afiliasi agama terhadap keputusan konsumen dalam memilih rumah sakit untuk berobat rawat inap di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah. Hasilnya menunjukkan bahwa semua variabel tersebut mempunyai pengaruh signifikan terhadap keputusan konsumen dalam memilih rumah sakit untuk berobat rawat inap. Anjaryani (2009) yang meneliti kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan perawat di RSUD Tugurejo Semarang menunjukkan bahwa pelayanan perawat berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Pasien akan puas apabila pelayanan pasien mengedepankan aspek-aspek bukti fisik (penampilan), kehandalan, daya tanggap, jaminan dan empati.

Penelitian-penelitian diatas juga didukung oleh Mahdani (2009) yang meneliti pengaruh kualitas pelayanan terhadap keputusan kunjungan ulang pasien rawat jalan pada Rumah Sakit Umum (RSU) Muhammadiyah Sumut menunjukkan bahwa variabel kualitas pelayanan yang terdiri dari keandalan, daya tanggap, jaminan, bukti langsung, dan empati berpengaruh positif dan signifikan terhadap keputusan kunjungan ulang pasien rawat jalan RSU Daerah Sigli. Handayani dan Yunita (2010) dalam penelitiannya analisis tingkat kepuasan pasien berdasarkan

dimensi kualitas jasa dan hubungannya dengan keinginan memanfaatkan kembali pelayanan di bagian rawat inap RS Bogor *Medical Center* menyatakan variabel-variabel yang memengaruhi pembelian ulang pasien diantaranya mutu pelayanan medis dan nonmedis, faktor lokasi yang mudah dijangkau, tarif yang kompetitif, sudah ada catatan medis sebelumnya, kepercayaan terhadap dokter yang merawat dan kerjasama antara perusahaan/asuransi dengan rumah sakit. Niti (2010) melakukan penelitian pada Rumah Sakit Umum daerah Kabupaten Brebes menyatakan bahwa persepsi terhadap mutu pelayanan dokter, pelayanan keperawatan, sarana dan lingkungan rawat jalan sesuai dengan minat pasien untuk memanfaatkan ulang pelayanan. Kemudian didukung oleh Meng-Hsuan (2009) yang melakukan penelitian di Taiwan, bahwa terdapat pengaruh yang positif antara persepsi pasien akan mutu pelayanan terhadap keinginan pasien untuk berkunjung ulang ke rumah sakit. Hal yang sama terdapat pada penelitian Lee (2001) di rumah sakit universitas di Korea. Kemudian didukung oleh penelitian yang dilakukan Asmita (2008) tentang analisis pengaruh persepsi pasien tentang mutu pelayanan dokter terhadap loyalitas pasien di Poliklinik Umum Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Panti Wilasa Citarum Semarang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi pasien tentang keterampilan teknis medis dokter, sikap dokter, penyampaian informasi oleh dokter, ketepatan waktu pelayanan dokter dan ketersediaan waktu konsultasi dokter memiliki pengaruh secara bersama-sama terhadap loyalitas pasien.

Namun, masalah yang sering dihadapi secara umum rumah sakit saat ini adalah rumah sakit belum mampu memberikan sesuatu yang benar-benar

diharapkan pengguna jasa. Rumah sakit sebagai organisasi penjual jasa dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Bila pasien tidak menemukan kepuasan dari mutu pelayanan yang diberikan, maka pasien cenderung mengambil keputusan dari mutu pelayanan yang diberikan, maka pasien cenderung mengambil keputusan dari mutu pelayanan yang diberikan, maka pasien cenderung mengambil keputusan untuk tidak melakukan kunjungan ulang pada rumah sakit tersebut. Bila hal tersebut diabaikan dalam waktu yang lama, rumah sakit akan kehilangan banyak pasien dan dijauhi oleh calon pasien. Pasien akan beralih ke rumah sakit lainnya yang memenuhi harapan pasien. Masalah ini terlihat pada rawat inap non obsetri dan ginekologi Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara.

Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara, rumah sakit swasta di Medan yang berada di Jalan Mandala By Pass Nomor 27 Medan, pada awalnya adalah Rumah Bersalin (RB) Siti Khadijah milik Aisyiyah Cabang Tegal Sari Mandala yang didirikan sejak 1981. Sejalan dengan kebutuhan kesehatan dan meningkatnya kepercayaan masyarakat, maka pada Oktober 2007 diubah status Rumah Bersalin (RB) Siti Khadijah menjadi Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara dibawah kepemilikan Pimpinan Wilayah Muhammadiyah Sumatera Utara. Pada awal pembangunan, rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan yang masih terbatas diantaranya adalah adanya pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat jalan dengan poliklinik spesialis terbatas pada spesialis obstetri dan ginekologi saja, serta rawat inap dengan 24 tempat tidur.

Untuk mengimbangi pertambahan jumlah pasien, pada tahun 2009 dilakukan pembangunan infrastruktur rumah sakit sehingga mampu memberikan pelayanan kesehatan yang lebih luas berupa Instalasi Gawat Darurat (IGD), rawat jalan dengan poliklinik spesialis yang terdiri dari poliklinik obstetri dan ginekologi, poliklinik anak, poliklinik penyakit dalam, poliklinik bedah, poliklinik mata, poliklinik syaraf, poliklinik paru dan poliklinik Telinga, Hidung dan Tenggorokan (THT), serta rawat inap dengan penambahan jumlah tempat tidur menjadi 57 unit (tempat tidur untuk rawat inap non obstetri dan ginekologi 25 unit dan tempat tidur untuk rawat inap obstetri dan ginekologi 32 unit), bahkan beberapa penambahan fasilitas penunjang medis.

Dari penambahan fasilitas-fasilitas di atas, besar harapan untuk mengembangkan poliklinik rawat jalan dan rawat inap untuk bidang spesialis selain obstetri dan ginekologi. Hal ini menjadi target jangka pendek dan menengah bagi segenap manajemen rumah sakit.

Namun sampai tahun 2012 ini, jumlah kunjungan pasien rawat inap untuk bidang spesialis obstetri dan ginekologi ternyata lebih mendominasi setiap bulannya.

Tabel 1.1 Data Kunjungan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara

	April 2011	Mei 2011	Juni 2011	Juli 2011	Agust 2011	Sept 2011	Okt 2011	Nov 2011	Des 2011	Jan 2012	Feb 2012	Mar 2012	Rata- rata
Bagian Non Obstetri dan Ginekologi	145	161	157	148	123	133	168	193	144	144	129	105	146
Bagian Obstetri dan Ginekologi	198	176	210	206	220	282	239	198	162	187	190	162	360

Sumber: Rekam Medis Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara

Hasil pengamatan selama satu tahun yang disajikan dalam Tabel 1.1 di atas, dapat dilihat bahwa jumlah pasien rawat inap beberapa bidang spesialis lainnya selain obstetri dan ginekologi, yang terdiri dari spesialis anak, spesialis penyakit dalam, spesialis bedah, spesialis mata, spesialis syaraf, spesialis paru dan spesialis (THT), tertinggal jauh dari satu bidang spesialis obstetri dan ginekologi. Rata-rata jumlah kunjungan pasien rawat inap bagian non obstetri dan ginekologi 146 pasien per bulan. Data ini menunjukkan bahwa bagian non obstetri dan ginekologi tertinggal 2,46 kali dibandingkan bagian obstetri dan ginekologi.

Data secara keseluruhan rawat inap, pada tahun 2011 dengan jumlah tempat tidur 57 unit, maka didapati:

Tabel 1.2 Indikator Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara

No.	Indikator	Total/Rata-rata Tahun 2012
1.	BOR	44,7 %
2.	AvLOS	2,29 %
3.	TOI	2,63 %
4.	BTO	72,98 %
5.	NDR	3,85 %
6.	GDR	15,38 %

Sumber: Rekam Medis Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara

Maka bila dilihat dalam grafik menunjukkan titik pertemuan dari ke empat titik (BOR, AvLOS, TOI dan BTO) berada diluar daerah efisiensi, belum mencapai daerah efisien atau dengan kata lain periode ini pemanfaatan tempat tidur kurang maksimal. Hal ini dianalisa dapat terjadi karena mutu pelayanan yang menurun.

Berdasarkan pra survey yang telah dilakukan peneliti terhadap 15 orang pasien pada Maret-April 2012 yang mendapatkan pelayanan rawat inap non

obstetri dan ginekologi di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara, diketahui bahwa pasien mengeluhkan belum mendapatkan mutu pelayanan kesehatan yang baik. Pasien sering mengeluhkan tentang fasilitas yang didapatkan tidak sesuai dengan dana yang dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Mengingat permasalahan di atas maka sangatlah perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh mutu pelayanan terhadap minat kunjungan ulang pasien rawat inap non obstetri dan ginekologi di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara sehingga ke depan permasalahan ini dapat di pecahkan dengan berbagai perbaikan mutu pelayanan pada prioritas-prioritas masalah yang didapati dari penelitian ini.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dapat dirumuskan permasalahan penelitian yaitu apakah mutu pelayanan berpengaruh terhadap minat kunjungan ulang pasien rawat inap non obstetri dan ginekologi di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara.

1.3. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh mutu pelayanan terhadap minat kunjungan ulang pasien rawat inap non obstetri dan ginekologi di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Kepentingan Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang pengaruh mutu pelayanan terhadap minat kunjungan ulang pasien rawat inap non obstetri dan ginekologi di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara.

1.4.2. Bagi Kepentingan Program

Sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara dan Pihak terkait lainnya dalam membuat kebijakan untuk penanggulangan masalah pelayanan di unit rawat inap.

1.4.3. Bagi Peneliti

Dengan penelitian ini dapat dijadikan pengalaman dan pengetahuan tentang manajemen mutu pelayanan di rumah sakit.

1.4.4. Bagi Penelitian Lain

Dapat dijadikan sebagai bahan rujukan untuk mengembangkan penelitian sejenis yang berkaitan dengan pengaruh mutu pelayanan terhadap minat kunjungan ulang pasien rawat inap.

Sistematika Penulisan**BAB I PENDAHULUAN**

Memaparkan latarbelakang, permasalahan, tujuan penelitian, hipotesis, serta manfaat penelitian.

BAB II URAIAN TEORITIS

Mencakup pengertian komunikasi kesehatan dan aplikasi teori komunikasi dalam komunikasi kesehatan.

BAB III METODE PENELITIAN

Pada bab ini berisi persiapan dari pelaksanaan penelitian yang menguraikan tentang jenis penelitian, kerangka konsep, definisi konsep, kategorisasi, informan atau narasumber, teknik pengumpulan data, teknik analisis data, lokasi dan waktu penelitian.

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Berisi tentang penelitian dan pembahasan mengenai peran komunikasi kesehatan perawat terhadap pasien di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara.

BAB V PENUTUP

Berisi tentang simpulan dan saran.

BAB II

URAIAN TEORITIS

2.1. Komunikasi

Komunikasi adalah suatu aktivitas penyampaian informasi, baik itu pesan, ide, dan gagasan, dari satu pihak ke pihak lainnya. Biasanya aktivitas komunikasi ini dilakukan secara verbal atau lisan sehingga memudahkan kedua belah pihak untuk saling mengerti. Komunikasi memiliki peranan sangat penting karena merupakan bentuk koordinasi antara anggota atau tim untuk menyampaikan ide dan gagasan. Dalam artikel ini akan dibahas lebih dalam tentang pengertian komunikasi dan peranannya dalam bisnis.

2.1.2 Fungsi Komunikasi

(a) Sebagai Alat Kendali

Fungsi komunikasi yang pertama adalah sebagai alat kendali atau kontrol. Dalam hal ini alat kendali berarti dengan komunikasi maka perilaku individu dapat dikontrol dengan penyampaian aturan yang harus dipatuhi.

(b) Sebagai Alat Motivasi

Komunikasi yang baik dan persuasif dapat meningkatkan motivasi seseorang dalam melakukan sesuatu. Menyampaikan informasi yang dapat diraih dalam kehidupan akan membangun motivasi seseorang.

(c) Sebagai Ungkapan Emosional

Berbagai perasaan yang ada di dalam diri seseorang dapat diungkapkan kepada orang lain dengan cara berkomunikasi. Emosi ini bisa perasaan senang, marah, kecewa, gembira, dan lain-lain.

(a) **Tujuan Komunikasi**

(a) **Agar Komunikator Dimengerti Komunikan**

Tujuan komunikasi yang pertama adalah untuk memastikan informasi atau pesan dari komunikator dapat dimengerti oleh orang lain (komunikan). Karena itu komunikator harus menyampaikan pesan utama se jelas mungkin kepada komunikan.

(b) **Agar Mengenal Orang Lain**

Dengan adanya interaksi dan komunikasi maka setiap orang dapat saling mengenali dan memahami satu sama lain. Kemampuan mendengar/ membaca / mengartikan pesan orang lain dengan baik merupakan hal penting dalam aktivitas komunikasi.

(c) **Agar Pendapat Diterima Orang Lain**

Komunikasi secara persuasive seringkali dilakukan untuk menyampaikan gagasan atau ide seseorang pada orang lain. Tujuannya adalah agar ide dan gagasan tersebut diterima.

(d) Menggerakkan Orang Lain

Komunikasi dengan cara persuasive dapat membangun kesamaan persepsi dengan orang lain. Selanjutnya, kesamaan persepsi tersebut digunakan untuk menggerakkan orang lain sesuai dengan keinginan kita.

2.1.3. Macam-macam Komunikasi

(a) Komunikasi Berdasarkan Cara Penyampaiannya

a. Komunikasi Verbal (Lisan)

Pengertian komunikasi lisan adalah komunikasi yang terjalin secara langsung tanpa adanya jarak yang berarti. Contoh komunikasi lisan misalnya; *meeting* dengan klien, wawancara kerja, atau dua orang yang sedang berbicara. Komunikasi lisan bisa juga terjadi secara jarak jauh. Misalnya pembicaraan melalui teleconference, berbicara melalui telepon, dan video call.

b. Komunikasi Tertulis

Saat ini komunikasi dengan tertulis biasanya dilakukan melalui aplikasi atau media teknologi. Misalnya; mengirim pesan melalui email, chatting melalui aplikasi WhatsApp/ BBM/ Facebook Messenger.

(b) Komunikasi Berdasarkan Maksud

Komunikasi dapat juga dibedakan berdasarkan maksud dari komunikator. Kemauan dari komunikator merupakan factor utama dalam proses penyampaian pesan.

Beberapa jenis komunikasi berdasarkan maksud diantaranya adalah:

- a. Pidato
- b. Pemberian saran atau kritik
- c. Memberikan perintah
- d. Memberikan ceramah
- e. Wawancara

2.2. Pengertian Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan merupakan bidang keilmuan yang berkembang pesat dalam beberapa dekade belakangan ini. Sebagai sebuah bidang keilmuan, komunikasi kesehatan merupakan bidang yang kaya kajian, menakjubkan dan relevan dengan studi mengenai komunikasi antar manusia maupun komunikasi bermedia yang berkaitan dengan usaha kesehatan dan usaha promosi kesehatan.

Meskipun komunikasi kesehatan merupakan cabang keilmuan yang baru, namun perkembangannya berlangsung dengan pesat, terutama sejak dekade 1980-an, bersamaan dengan semakin banyaknya publikasi di bidang komunikasi kesehatan. Alasan utamanya adalah karena tantangan dalam mempromosikan kesehatan kepada masyarakat yang semakin kompleks (Schement, 2002: 395).

Kompleksitas masyarakat ini semakin nyata dalam kondisi kekinian. Masyarakat di masa kini adalah masyarakat yang memiliki literasi media yang baik. Interaksi masyarakat dengan media massa telah menjadikan masyarakat yang kian kritis. Demikian pula perkembangan teknologi telah membuat masyarakat semakin tersatukan dalam sebuah desa global (*global village*). Adalah internet, teknologi informasi yang menghubungkan jejaring komputer melalui kabel maupun nirkabel yang memfasilitasi terbentuknya desa global. Dalam konteks komunikasi kesehatan, keberadaan desa global membawa implikasi penyebaran informasi kesehatan yang semakin cepat dan masif. Di sisi yang lain, mobilitas penduduk dunia melalui sarana transportasi modern, terutama pesawat terbang, menyimpan potensi penularan penyakit yang melintasi negara, bahkan melintasi benua.

Sebagai sebuah contoh nyata adalah kasus penyakit zika yang melanda beberapa dunia pada tahun 2016. Ditemukannya kasus penyakit zika di beberapa negara telah melahirkan kepanikan global, termasuk Indonesia. Ditemukannya virus zika di Brasil pada tahun 2015 yang dikaitkan dengan peningkatan jumlah anak yang lahir dengan kepala yang kecil (mikosefali) dengan cepat segera menjadi kepanikan global. Media massa memberitakan penyebaran ancaman virus zika yang dikaitkan dengan kedatangan penumpang di bandara yang datang dari wilayah endemik zika.

Disisi yang lain perkembangan media dan teknologinya perlu dilihat sebagai sebuah potensi dalam kegiatan komunikasi kesehatan. Melalui media, informasi kesehatan semakin mudah disampaikan kepada khalayak. Demikian pula melalui

teknologi komunikasi, para profesional kesehatan semakin mudah berkomunikasi. Kita bisa membandingkan manfaat teknologi komunikasi untuk memediasi komunikasi para profesional kesehatan dengan melihat kondisi di era analog dan di era digital. Pada era analog, komunikasi jarak jauh hanya berisi pesan komunikasi dalam bentuk audio. Melalui telepon, komunikasi audio dilakukan. Dimasa digital sekarang, komunikasi jarak jauh bisa dilakukan dengan pesan komunikasi berbentuk audio dan visual. Melalui perangkat internet, komunikasi jarak jauh yang bersifat audio visual dilakukan. Kemajuan teknologi komunikasi seperti ini menjadi potensi yang bisa dimanfaatkan dalam komunikasi kesehatan jika digunakan secara bijak.

Komunikasi kesehatan pada hakikatnya adalah komunikasi yang dilakukan di ranah kesehatan yang dilakukan untuk mendorong tercapainya keadaan atau status yang sehat secara utuh, baik fisik, mental, maupun sosial. Komunikasi kesehatan bersifat lebih khusus dari pada ilmu komunikasi manusia (*human communication*) karena fokus kajiannya yang hanya berkisar pada komunikasi yang berhubungan dengan kesehatan.

Komunikasi kesehatan memiliki relasi yang kuat dengan usaha manusia untuk menjaga kesehatannya, baik di tingkat individu, kelompok, organisasi, maupun pemerintah. Sebagai contoh adalah program promosi kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dalam berbagai isu di bidang kesehatan. Sebagai sebuah program kesehatan, program promosi kesehatan merupakan bentuk dari komunikasi kesehatan yang dilakukan oleh lembaga negara, di mana dalam pelaksanaannya melibatkan organisasi di masyarakat. Pesan dalam promosi

kesehatan dibuat oleh individu maupun kelompok yang memiliki kompetensi di bidang promosi kesehatan. Iklan layanan masyarakat tentang persoalan kesehatan misalnya, dibuat oleh biro iklan atas permintaan Departemen Kesehatan.

Komunikasi merupakan inti dari usaha untuk menjaga kesehatan. Seorang dokter, perawat, dan bidan, harus mampu berkomunikasi dengan pasien untuk mendapatkan data yang mencukupi dan akurat tentang kondisi pasien, dengan bertanya kepada pasien, menafsirkan pesan, dan menggali informasi lebih lanjut. Seorang pasien juga harus mampu berkomunikasi dengan dokter, perawat, dan bidan tentang kondisi yang dirasakannya, agar para profesional medis dapat mengidentifikasi penyakit yang dirasakannya. Dalam konteks yang lebih luas, komunikasi juga menjadi mekanisme utama bagi para profesional medis dalam bekerja sama sebagai satu kesatuan tim. Sebagai contoh, di rumah sakit yang besar, para dokter, perawat, ahli farmasi, laboran, terapis dan staf administrasi harus saling bekerja sama dalam rangka mencapai tujuan pengobatan.

Demikian juga, komunikasi merupakan elemen penting dalam promosi kesehatan. Sebagai contoh adalah kampanye kesehatan yang didesain untuk memengaruhi pengetahuan, sikap, dan perilaku publik tentang kesehatan, dalam rangka mengurangi risiko kesehatan dan memasyarakatkan perilaku hidup sehat. Kampanyenya harus mampu berkomunikasi dengan khalayak yang luas, yang sering kali anonim (tidak dikenal), namun pesannya harus sampai. Dengan demikian harus dijamin bahwa media yang digunakan untuk menyampaikan pesan dan isi pesannya sesuai dengan audiens, yang hendak dituju.

Dengan demikian, penting bagi kita untuk mengingat model komunikasi, yang menekankan pada efek seperti yang dikatakan oleh Harold Laswell, yang akan banyak dibahas mengenai model komunikasinya di bab selanjutnya. Efektivitas kampanye kesehatan diukur dari efek aktivitas komunikasi kesehatan terhadap khalayak yang dituju. Jika khalayak atau publik telah menjalankan pola hidup sehat, maka komunikasi kesehatan bisa disebut berhasil.

Area Studi Komunikasi Kesehatan meliputi:

(a) Komunikasi Kesehatan Intrapersonal (*Intrapersonal Health Communication*)

Komunikasi kesehatan intrapersonal mengkaji mental internal dan proses psikologis yang berpengaruh pada kesehatan, seperti kepercayaan, sikap, dan nilai kesehatan.

(b) Komunikasi Kesehatan Interpersonal (*Interpersonal Health Communication*)

Komunikasi kesehatan interpersonal mengkaji relasi yang berpengaruh pada kesehatan, berfokus pada studi tentang bagaimana penyedia pelayanan kesehatan dan konsumen yang bersifat diadik (tatap muka) dalam edukasi kesehatan, interaksi taraupetik dan pertukaran informasi yang relevan dalam kesehatan yang bersifat interpersonal (Schement, 2002: 98).

(c) Komunikasi Kesehatan Kelompok (*Group Health Communication*)

Komunikasi kesehatan kelompok mempelajari tentang peranan performa komunikasi dalam koordinasi yang saling terkait di antara anggota

kelompok, seperti misalnya dalam tim kesehatan, komite etik dan keluarga.

(d) Komunikasi Kesehatan Organisasi (*Organizational Health Communication*)

Seiring dengan kemajuan pelayanan kesehatan, keberadaan organisasi kesehatan semakin penting. Organisasi kesehatan ini bisa berupa lembaga pemerintah, seperti Departemen Kesehatan beserta badan dan lembaga negara yang bergerak di bidang kesehatan.

(e) Komunikasi Kesehatan Bermedia

Perkembangan media massa yang sangat pesat, terutama sejak mesin cetak yang memungkinkan penggandaan media cetak secara massal dan kemudian dilanjutkan dengan penemuan radio, film, televisi, dan komputer telah membawa berbagai implikasi dalam bidang kesehatan. Melalui media massa, kegiatan promosi kesehatan bisa dilakukan secara lebih masif. Sebagai contoh adanya iklan layanan masyarakat dibidang kesehatan yang dibuat oleh departemen kesehatan yang dimuat di media cetak, disiarkan di radio, ditayangkan di televisi, dan dipasang di komputer yang terhubung dalam jejaring internet.

2.3. Aplikasi Teori Komunikasi Dalam Komunikasi Kesehatan

2.3.1. Teori Disonasi Kognitif (*Cognitive Disonance*)

(a) Ilustrasi teori

Sebuah contoh ilustrasi dari teori ini adalah dalam dunia kesehatan, masyarakat melihat bahwa bekerja di Rumah Sakit pada khususnya terlihat

nyaman dan menyenangkan, namun kenyataannya ada beberapa tenaga kesehatan yang berhenti kerja di sebuah lembaga pelayanan kesehatan seperti Rumah Sakit, Rumah Bersalin ataupun tempat-tempat kesehatan yang lain karena merasa pekerjaan yang mereka lakukan monoton, upah minim bahkan kurangnya waktu untuk bersosialisasi karena jam kerja yang padat.

(b) Penjelasan dan Asumsi Dasar Teori

Teori ini muncul berdasarkan penelitian yang dikembangkan oleh Leon Festinger. Leon Festinger menamakan perasaan yang tidak seimbang ini sebagai disonansi kognitif (*cognitive dissonance*); hal ini merupakan perasaan yang dimiliki orang ketika mereka “menemukan diri mereka sendiri melakukan sesuatu yang tidak sesuai dengan apa yang mereka ketahui, atau mempunyai pendapat yang tidak sesuai dengan pendapat lain yang mereka pegang”. Konsep ini membentuk inti dari teori Disonansi Kognitif (*Cognitive Dissonance Theory- CDT*) Festinger, teori yang berpendapat bahwa disonansi adalah sebuah perasaan tidak nyaman yang memotivasi orang untuk mengambil langkah demi mengurangi ketidaknyamanan itu. Sebagaimana Roger Brown katakan, dasar dari teori ini mengikuti sebuah prinsip yang cukup sederhana: “Keadaan Disonansi Kognitive dikatakan sebagai keadaan ketidaknyamanan psikologis atau ketegangan yang memotivasi usaha-usaha untuk mencapai konsonansi. Disonansi adalah sebutan untuk ketidakseimbangan dan konsonansi adalah sebutan untuk keseimbangan. Selanjutnya teori ini memungkinkan dua

elemen untuk memiliki tiga hubungan yang berbeda satu sama lain: mungkin saja konsonan (*consonant*), disonan (*dissonant*), atau tidak relevan (*irrelevant*) (West dan Turner, 2014: 137).

Teori Disonansi Kognitif merangkum empat asumsi:

- a. Manusia memiliki hasrat akan adanya konsistensi pada keyakinan, sikap, dan perilakunya.
- b. Disonansi diciptakan oleh inkonsistensi psikologis.
- c. Disonansi adalah perasaan tidak suka yang mendorong orang untuk melakukan tindakan-tindakan dengan dampak yang dapat diukur.
- d. Disonansi akan mendorong usaha untuk memperoleh konsonansi dan usaha untuk mengurangi disonansi.

(c) Belajar dari penelitian

Beberapa penelitian dan kajian tentang teori disonansi kognitif banyak diterbitkan baik dalam maupun jurnal. Salah satunya adalah penelitian dari DeSantis dan Morgan yang berjudul *Sometimes a cigar (megazine) is more than just a cigar (megazine): Pro smoking arguments in cigar Aficionado, 1992-2000*, dalam buku *Health Communication*.

Penelitian ini mempelajari majalah Cigor Aficinado dari pendekatan retorik untuk menganalisis argumen dukungan merokok yang mereka tampilkan. Para penulis menganalisis 41 terbitan majalah tersebut mulai terbitan awal tahun 1992 sampai dengan terbitan terakhir tahun 2000. Mereka menemukan bahwa lebih dari 380 argumen dukungan merokok, yang mereka mendefinisikan sebagai “setiap pernyataan yang dibuat

dalam majalah ini yang membela aktivitas merokok dan melawan klaim bahwa merokok mengganggu kesehatan”.

2.3.2. Teori Pelanggaran Harapan (*Expectancy Violation Theory*)

(a) Ilustrasi Teori

Teori Pelanggaran harapan dalam dunia kesehatan sering terjadi dan biasanya dialami oleh dokter muda yang baru memulai untuk praktik di rumah sakit. Kejadian ini terjadi pada dokter muda yang bernama Eka, dokter muda ini baru menyelesaikan sekolahnya di fakultas kedokteran sebuah kampus ternama, dan tanpa menunggu lama Eka sudah diterima sebagai pegawai negeri dan di tempatkan pada sebuah daerah selatan pulau jawa.

Kejadiannya dimulai ketika hari pertama Eka bertugas di Rumah Sakit, Eka pun langsung diberi tugas untuk memeriksa salah satu pasien istimewa di rumah sakit tersebut, pasien itu adalah bupati di daerah tersebut. Sebelum memeriksa bupati ini, Eka cukup optimis karena dia merasa bahwa jam terbangnya ketika dahulu kuliah dengan magang di Rumah Sakit ternama dan juga sering menjadi asisten dokter-dokter spesialis tempatnya kuliah dulu.

Walaupun ia merasa percaya diri, namun ketegangan kemudian menghampiri Eka, karena dokter muda ini baru pertama kali ini memeriksa seorang bupati yang cukup mendapatkan perlakuan istimewa di tempat tersebut. Begitu mengetuk pintu kamar, terdengar suara “silakan

masuk”, Eka menjawab “ya, baik”, dokter muda ini pun perlahan mulai mendekati pasien pertamanya yang juga seorang bupati.

Ketika Eka mulai mendekati sang pasien, perasaan tegang yang tak pernah ia rasakan sebelumnya dan dokter muda ini tidak menyangka akan mengalami perasaan ketegangan seperti ini. Sang pasien bisa melihat ketegangan tersebut, “silakan duduk, Pak Dokter,” kata sang pasien.

Aktivitas memeriksa kesehatan pasien dengan dirinya menjadi dokter, benar-benar merupakan pekerjaan yang dia idam-idamkan, bahkan ketika menempuh pendidikan dokter dia rela bekerja sambil kuliah agar tercapai cita-citanya menjadi seorang dokter.

Sang pasien yang seorang bupati tahu akan ketegangan dari dokter muda ini, namun Pak Bupati tahu bahwa dokter muda ini mempunyai kemampuan yang cukup bagus, sambil menahan sakit yang dia rasakan Pak Bupati mencoba mengarahkan pembicaraan kepada hal-hal yang disukai oleh Eka.

(b) Penjelasan dan Asumsi Dasar Teori

Teori pelanggaran harapan ini dikembangkan oleh Judee Burgoon. Teori Pelanggaran Harapan (*Expectancy Violation Theory*), menyatakan bahwa orang memiliki harapan mengenai perilaku nonverbal orang lain. Burgoon berargumen bahwa perubahan tak terduga yang terjadi dalam jarak perbincangan antara para komunikator dapat menimbulkan suatu perasaan tidak nyaman atau bahkan rasa marah dan sering kali ambigu. Menginterpretasikan makna di balik pelanggaran akan harapan

tergantung pada seberapa positif si pelanggar dipandang (West dan Turner, 2014: 154).

Teori Pelanggaran Harapan terdapat tiga asumsi:

- a. Harapan mendorong terjadinya interaksi antarmanusia.
- b. Harapan terhadap perilaku manusia dipelajari.
- c. Orang membuat prediksi mengenai perilaku nonverbal.

(c) Belajar dari Penelitian

Penelitian dan kajian tentang teori harapan yang akan disajikan dalam tulisan ini diharapkan semakin memperkuat pemahaman kita tentang sebuah teori. Pertama penelitian dari Campo, Cameron, Brossard, dan Frazer yang berjudul *Social Norms and Expectancy Violations theories: Assessing the Effectiveness of Health Communication Campaign* dalam jurnal *Communication Monographs* Vol. 71 Tahun 2004.

Penelitian ini berfokus pada persepsi yang dimiliki oleh mahasiswa terhadap pesan-pesan kampanye mengenai alkohol, merokok, dan olahraga. Campo dan rekan-rekannya mulai dengan menjelaskan pentingnya kampanye kesehatan berhubungan dengan penurunan perilaku tidak sehat di kampus dan mendorong perilaku yang sehat.

2.4. Konsep Dan Teori Keperawatan

2.4.1. Pengertian Teori Keperawatan

Konsep merupakan suatu ide dimana terdapat suatu kesan abstrak yang dapat di organisir menjadi simbol-simbol yang nyata nyata. Sedangkan konsep

keperawatan merupakan ide untuk menyusun suatu kerangka konseptual atau model keperawatan.

Teori merupakan sekelompok konsep yang membentuk sebuah pola yang nyata atau suatu pernyataan yang menjelaskan suatu proses, peristiwa atau kejadian yang disadari oleh fakta-fakta yang telah di observasi.

Teori keperawatan (Barnum, 1990) merupakan usaha-usaha untuk menguraikan atau menjelaskan fenomena mengenai keperawatan.

Teori keperawatan digunakan untuk menyusun suatu model konsep dalam keperawatan sehingga model keperawatan itu sendiri yang memungkinkan perawat untuk menerapkan cara mereka bekerja dalam batas kewenangan sebagai perawat. Model konsep keperawatan ini digunakan dalam menentukan model praktek keperawatan.

2.4.2. Karakteristik Teori Keperawatan

- (a) Mengidentifikasi dan menjabarkan konsep khusus yang berhubungan dengan hal-hal nyata dalam keperawatan sehingga teori keperawatan didasarkan pada kenyataan-kenyataan yang ada di alam.
- (b) Teori keperawatan digunakan berdasarkan alasan-alasan yang sesuai dengan kenyataan yang ada.
- (c) Teori harus konsisten sebagai dasar-dasar dalam mengembangkan model konsep keperawatan.
- (d) Dalam menunjang aplikasi teori harus sederhana dan sifatnya umum sehingga dapat digunakan pada kondisi apapun dalam praktek keperawatan.

- (e) Teori dapat digunakan sebagai dasar dalam penelitian keperawatan sehingga dapat digunakan dalam pedoman praktek keperawatan.

2.4.3. Tujuan Teori Keperawatan

Teori keperawatan sebagai salah satu bagian kunci perkembangan ilmu keperawatan tindakan keperawatan sehingga dapat digunakan dalam pedoman praktek keperawatan.

- (a) Adanya teori keperawatan diharapkan dapat memberikan alasan-alasan tentang kenyataan-kenyataan yang dihadapi dalam pelayanan keperawatan baik bentuk tindakan atau bentuk model praktek keperawatan sehingga berbagai permasalahan dapat teratasi.
- (b) Membantu para anggota profesi perawat untuk memahami berbagai pengetahuan dalam pemberian askep kemudian dapat menyelesaikan masalah keperawatan.
- (c) Membantu proses penyelesaian masalah dengan memberikan arah yang jelas bagi tujuan tindakan keperawatan.
- (d) Dapat memberikan dasar dari asumsi dan filosofi keperawatan sehingga pengetahuan dan pemahaman dalam tindakan keperawatan dapat terus berkembang

2.4.4. Faktor Pengaruh Teori Keperawatan

Dalam pengembangan teori keperawatan saat ini terdapat beberapa pandangan yang dapat mempengaruhi teori keperawatan itu sendiri diantaranya:

(a)Filosofi Florence Nightingale

Florence Nightingale merupakan salah satu pendiri yang meletakkan dasar-dasar teori keperawatan yang melalui filosofi keperawatan yaitu : dengan mengidentifikasi peran perawat dalam menemukan kebutuhan dasar manusia pada klien serta pentingnya pengaruh lingkungan didalam perawatan orang sakit yang dikenal teori lingkungannya. Selain itu Florence juga membuat standar pelaksanaan asuhan keperawatan yang efisien.

(b)Kebudayaan

Kebudayaan juga mempunyai pengaruh dalam perkembangan teori-teori keperawatan diantaranya:

- a. Dahulu keperawatan dikerjakan oleh wanita sekarang dengan perkembangan kebudayaan pekerjaan keperawatan juga dikerjakan oleh pria.
- b. Dahulu perawat dibawah pengawasan langsung dokter, sekarang dengan diakuinya profesi perawat sebagai profesi perawat sebagai profesi mandiri maka perawat merupakan mitra kerja dari dokter.

(c)Sistem Pendidikan

Pada sistem pendidikan telah terjadi perubahan besar dalam perkembangan teori keperawatan. Dahulu pendidikan keperawatan belum mempunyai sistem dan kurikulum keperawatan yang jelas. Akan tetapi sekarang keperawatan telah memiliki sistem pendidikan yang terarah sesuai dengan kebutuhan RS, sehingga teori keperawatan juga berkembang.

(d) Pengembangan Ilmu Keperawatan

Pengembangan ilmu keperawatan ditandai dengan adanya pengelompokan ilmu keperawatan dasar menjadi ilmu keperawatan klinik dan ilmu keperawatan komunitas yang merupakan cabang ilmu keperawatan yang terus berkembang.

2.4.5. Pandangan Beberapa Ahli Tentang Model Konsep Dan Teori Keperawatan

(a) Konsep Model Keperawatan menurut Teori Calista Roy (Teori Adaptasi)

Roy mengembangkan model adaptasi dalam keperawatan pada tahun 1970. Model ini banyak digunakan sebagai falsafah dasar dan model konsep dalam pendidikan keperawatan.

Asumsi dasar model ini adalah:

- a. Individu adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Seseorang dikatakan sehat jika mampu berfungsi untuk memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, dan sosial.
- b. Setiap orang selalu menggunakan coping baik yang bersifat positif maupun negatif. Untuk dapat menerapkan kemampuan beradaptasi seseorang dipengaruhi oleh tiga komponen yaitu: penyebab utama terjadinya perubahan, kondisi dan situasi utama terjadinya perubahan, pengalaman dalam beradaptasi.
- c. Setiap individu berespon terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan konsep diri yang positif, kemampuan untuk hidup mandiri atau

kemandirian serta kebutuhan akan kemampuan melakukan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri.

- d. Individu selalu berada pada rentang sehat sakit, yang berhubungan erat dengan keefektifan coping, respon yang menyebabkan penurunan integritas menimbulkan adanya suatu kebutuhan dan menyebabkan individu berespon terhadap kebutuhan tersebut melalui upaya atau perilaku tertentu.

Menurutnya kebutuhan fisiologis meliputi oksigenasi dan sirkulasi, keseimbangan cairan dan elektrolit, makanan, tidur dan istirahat, pengaturan suhu, hormon dan fungsi sensoris. Kebutuhan akan konsep diri yang positif berfokus pada persepsi diri yang meliputi kepribadian, nama, etika dan keyakinan seseorang.

Kemandirian lebih difokuskan pada kebutuhan dan kemampuan melakukan interaksi sosial termasuk kebutuhan akan dukungan orang lain. Peran dan fungsi optimal lebih difokuskan pada perilaku individu dalam menjalankan peran dan fungsi yang diembannya.

Roy menegaskan bahwa individu adalah makhluk biopsikologisosial sebagai satu kesatuan utuh yang memiliki mekanisme coping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan. Individu selalu berinteraksi secara konstan atau selalu beradaptasi terhadap perubahan lingkungan. Roy mendefinisikan lingkungan sebagai semua yang ada di sekeliling kita dan berpengaruh terhadap pengembangan manusia. Sehat adalah suatu keadaan atau proses dalam

menjadikan integritas diri. Menurutnya, peran perawat adalah membantu pasien beradaptasi terhadap perubahan yang ada.

(b) Tinjauan Konsep/ Teori Adaptasi dari S.C.Roy

Sistem adaptasi mempunyai input yang berasal dari internal individu. Roy mengidentifikasi input sebagai suatu stimulus (unit informasi, kejadian atau energi dari lingkungan). Sejalan dengan adanya stimulus, tingkat adaptasi individu direspons sebagai suatu input dalam sistem adaptasi. Tingkat adaptasi tersebut bergantung pada stimulus yang didapat berdasarkan kemampuan individu. Tingkat respons antara individu sangat unik dan bervariasi bergantung pada pengalaman yang didapatkan sebelumnya, status kesehatan, individu, dan stressor yang diberikan.

a. Proses

Roy menggunakan istilah mekanisme koping untuk menjelaskan proses kendali dari individu sebagai suatu sistem adaptasi. Beberapa mekanisme koping bersifat genetik, seperti sel-sel darah putih dalam melawan bakteri yang masuk kedalam tubuh. Sementara mekanisme lainnya dipelajari, seperti penggunaan antiseptik untuk mengobati luka. Roy menekankan ilmu keperawatan yang unik untuk mengendalikan mekanisme. Mekanisme tersebut dinamakan regulator dan cognator.

Subsistem regulator terdiri dari sistem komponen input, proses internal dan output. Stimulus input berasal dari dalam atau dari luar individu. Perantara sistem regulator dinamakan kimiawi, saraf, atau endokrin. Refleks otonomik sebagai respon neural yang berasal dari batang otak dan spinal cord diartikan sebagai

suatu perilaku output dari sistem regulasi. Organ target (endokrin) dan jaringan dibawah kendali endokrin juga memproduksi perilaku output regulator, yaitu terjadinya peningkatan ACTH yang kemudian diikuti dengan peningkatan kadar kortisol dalam darah.

Banyak proses fisiologis dapat diartikan sebagai perilaku subsistem regulator. Contohnya adalah regulator dari respirasi. Pada sistem ini akan terjadi peningkatan oksigen dan hasil akhir produksi adalah metabolisme yang akan merangsang kemoreseptor pada medulla untuk meningkatkan laju pernapasan. Stimulasi yang kuat pada pusat tersebut akan meningkatkan ventilasi.

Contoh proses regulator tersebut terjadi ketika stimuli eksternal divisualisasikan dan ditransfer melalui saraf mata menuju pusat saraf otak dan bagian bawah pusat saraf otonomik. Saraf simpatik dari bagian ini mempunyai dampak yang bervariasi pada visceral, termasuk peningkatan tekanan darah dan detak jantung.

Sistem cognator. Stimulasi terhadap subsistem cognator juga berasal dari faktor internal dan eksternal. Perilaku output subsistem regulator dapat menjadi umpan balik bagi stimulus subsistem regulator. Proses kendali cognator berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode dan ingatan. Belajar berhubungan dengan proses imitasi/meniru dan penguatan. Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan merupakan proses internal yang berhubungan dengan

keputusan, dan khususnya emosi untuk mencari kesembuhan, dukungan yang efektif dan kebersamaan.

Dalam mempertahankan integritas seseorang, regulator dan cognator bekerja secara bersamaan. Tingkat adaptasi seseorang sebagai suatu sistem adaptasi dipengaruhi oleh perkembangan individu dan penggunaan mekanisme koping. Penggunaan mekanisme koping yang maksimal akan berdampak baik terhadap tingkat adaptasi individu dan meningkatkan tingkat rangsangan dimana individu dapat berespons secara positif.

b. Efektor

Proses internal yang terjadi pada individu sebagai sistem adaptasi didefinisikan oleh Roy sebagai sistem efektor. Empat efektor atau gaya adaptasi tersebut meliputi : Fisiologis, konsep diri/Psikologik, fungsi sosial/fungsi peran dan saling ketergantungan/Interdependen.

Mekanisme regulator dan cognator bekerja pada cara tersebut. Perilaku yang berhubungan terhadap cara tersebut merupakan manifestasi dari tingkat adaptasi individu dan mengakibatkan penggunaan mekanisme koping. Dengan melakukan observasi atas perilaku seseorang berkaitan dengan cara adaptasinya, perawat dapat mengidentifikasi adaptivitas atau ketidakefektifan respons sehat dan sakit.

(1) Fisik

- 1) Oksigen : menggambarkan pola penggunaan oksigen sehubungan dengan respirasi dan sirkulasi

- 2) Nutrisi : menggambarkan pola penggunaan nutrisi untuk memperbaiki kondisi tubuh dan perkembangan
- 3) Rasa : menggambarkan fungsi sensori perseptual berhubungan dengan panca indra
- 4) Fungsi endokrin : menggambarkan pola kendali dan pengaturan termasuk respons stres dan sistem reproduksi.

(2) Konsep diri (psikis)

Cara konsep diri mengidentifikasi pola nilai, kepercayaan, dan emosi yang berhubungan dengan ide mengenai diri sendiri. Perhatian ditujukan pada kenyataan dari keadaan diri sendiri dalam hal fisik, individual dan moral etik.

(3) Fungsi peran (Sosial)

Fungsi peran mengidentifikasi pola interaksi sosial seseorang berkaitan dengan orang lain sebagai akibat dari peran ganda.

(4) Saling ketergantungan

Saling ketergantungan mengidentifikasi pola nilai-nilai manusia, kehangatan, cinta, dan rasa memiliki. Proses tersebut terjadi melalui hubungan interpersonal dengan individu maupun kelompok.

c. Output

Perilaku seseorang berkaitan dengan cara adaptasi, dimana perawat mampu mengidentifikasi adaptifitas atau inefektifitas dari respon (sakit). Koping yang tidak konstruktif berdampak terhadap distress hospitalisasi, yang ditunjukkan dengan cara menolak untuk diobati, merasa takut dan ingin pulang. Kondisi

tersebut akan memperburuk status imunitas pasien anak, yang akhirnya memperlambat proses penyembuhan dan jumlah hari perawatan.

d. Stimulus/intervensi keperawatan

Stimulus yang diberikan oleh perawat adalah meningkatkan respon adaptasi berkaitan dengan 4 jenis respon adaptasi. Kondisi atau keadaan coping seseorang merupakan tingkat adaptasi orang tersebut. Tingkat adaptasi seseorang akan ditentukan oleh stimulus vocal, kontekstual, residual. Focal adalah suatu respons yang diberikan secara langsung terhadap ancaman atau input yang masuk. Kontekstual adalah semua stimulus lain bagi seseorang baik yang bersifat internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur, dan disampaikan secara subyektif oleh individu tersebut. Residual adalah karakteristik atau riwayat dari seseorang yang ada dan timbul sesuai dengan situasi yang dihadapi tetapi sulit diukur secara objektif.

Kinerja perawat pada tahap ini adalah memberikan stimulus atau memfasilitasi coping pasien agar menjadi konstruktif. Kegiatan yang dilaksanakan meliputi : membantu mengatasi gangguan dalam pemenuhan kebutuhan fisik, memfasilitasi coping yang konstruktif dan mendukung secara emosional

(c) Model Konsep dan Teori Keperawatan Dorothea Orem

Keperawatan memiliki perhatian khusus pada kebutuhan manusia untuk tindakan keperawatan didrinya (*self care*). Syarat-syarat dan pelaksanaannya dalam suatu rangkaian tindakan yang berkesinambungan untuk mempertahankan hidup,

status kesehatan, mengembalikan dari penyakit dan trauma dan mengatasi dengan pengaruh-pengaruhnya.

Self care seharusnya dimiliki oleh setiap orang. Ketika seseorang tidak dapat mempertahankan self care maka akan timbul kelemahan, penyakit dan dapat berakhir dengan kematian. Asuhan keperawatan diperlukan ketika klien tidak dapat memenuhi kebutuhan biologis, psikologis, perkembangan dan kebutuhan sosial secara penuh.

(d) Teori Umum Keperawatan Menurut Orem

Orem mengembangkan self care didalam tiga komponen yang saling berhubungan yaitu:

a. Self Care Theory (teori perawatan diri)

(1)Self Care adalah aktivitas dimana individu memulai dan membentuk tindakan-tindakan untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan, dan kondisinya untuk dirinya sendiri.

(2)Self Care Agency adalah kemampuan seseorang untuk ikut serta dalam self care. Kemampuan seseorang untuk ikut melakukan self care dipengaruhi oleh usia, status tumbuh kembang, pengalaman hidup, orientasi sosiokultural, kesehatan dan sumberdaya yang tersedia.

(3)Therapeutic Self Care Demand (permintaan self care terapeutik) adalah keseluruhan tindakan self care yang diharapkan dengan metoda yang valid dan berhubungan dengan tindakan dan kumpulan tindakan dan operasional.

(4) Self Care Requisites (keperluan self care) didefinisikan sebagai tindakan yang langsung berada dalam self care yang diinginkan. Self care requisites dibagi menjadi tiga bagian yaitu:

a. Universal Self Care Requisites berhubungan dengan proses kehidupan dan memperahankan integritas fungsi dan struktur tubuh manusia. Terdiri dari:

- Mempertahankan kecukupan oksigen
- Mempertahankan kecukupan air
- Mempertahankan kecukupan makanan
- Menyediakan perawatan yang berhubungan dengan proses eliminasi
- Mempertahankan keseimbangan aktivitas dan istirahat
- Mempertahankan keseimbangan antara kebutuhan kesendirian dan interaksi sosial
- Mencegah bahaya/risiko pada kehidupan manusia, fungsional dan kesehatan manusia
- Mendukung fungsi perkembangan manusia dalam kelompok sosial sesuai dengan kemampuan manusia dan hasrat manusia kearah normal

b. Developmental self care requisites adalah perwujudan khusus yang lain dari universal self care yang lebih diutamakan pada proses pertumbuhan dan perkembangan atau kondisi-kondisi yang baru yang berhubungan dengan kejadian dalam kehidupan. Contoh

- c. penyesuaian untuk kehilangan orang yang berarti, pekerjaan yang baru, dsbnya.
- d. Health deviation self care requisites berhubungan dengan kondisi sakit, luka, penyakit atau akibat dari tindakan medis yang berhubungan dengan diagnosis dan terapi serta peningkatan kondisi pasien. Misalnya sakit perut akibat makan makanan basi, belajar berjalan dengan kruk karena kakinya di gips akibat mengalami fraktur femur.

Health deviation self care requisites meliputi:

- Mencari bantuan kesehatan yang tepat
- Menyadari dan merawat efek dan akibat dari kondisi patologis dan status kesehatannya
- Mencari jalan keluar pengobatan dan tindakan yang efektif
- Menyadari dan menjaga ketidaknyamanan yang muncul dari efek yang tidak menyenangkan dalam pengobatan yang diberikan
- Memodifikasi konsep diri dan gambaran diri untuk menerima seseorang sebagai bagian dari status kesehatannya sendiri dan dalam kebutuhan bentuk khusus dari pelayanan kesehatan
- Belajar hidup dengan pengaruh dari kondisi patologis dan efek diagnostik medik dan pengobatan dalam gaya

hidupnya yang menunjang kelangsungan perkembangan personalnya.

(e) Self Care Deficit Theory (teori kurang perawatan diri)

Teori ini merupakan inti dari teori keperawatan karena menggambarkan bagaimana keperawatan itu diperlukan. Keperawatan diperlukan ketika seseorang tidak mampu atau mempunyai keterbatasan untuk memenuhi self care secara efektif.

Orem mengidentifikasi empat metoda untuk membantu klien yaitu:

- i. Melakukan tindakan
- ii. Membimbing dan mengajar
- iii. Memberi dukungan fisik dan psikologis
- iv. Menyediakan lingkungan yang meningkatkan perkembangan personal

Orem mengidentifikasi lima area praktek keperawatan yang meliputi:

- i. Memasuki dan mempertahankan hubungan perawat-klien pada individu, keluarga, kelompok sampai pasien dapat dihentikan dari bantuan perawat
- ii. Menentukan jika dan bagaimana pasien dapat dibantu melalui keperawatan
- iii. Memenuhi permintaan pasien dan kebutuhan untuk kontak dan bantuan dari perawat.
- iv. Memberi dan mengatur bantuan langsung pada pasien dan hal-hal penting lainnya dalam konteks keperawatan

- v. Koordinasi dan menyatukan keperawatan dengan kebutuhan sehari-hari pasien, kebutuhan perawatan kesehatan yang lain.

(f) Nursing Sistem Theory

System keperawatan disusun oleh perawat berdasarkan kebutuhan self care dan kemampuan pasien untuk membentuk aktivitas self care.

Pola dan elemen system keperawatan diartikan sebagai berikut:

- i. Bidang tanggungjawab keperawatan dalam situasi pelayanan kesehatan
- ii. Alasan untuk membuat hubungan perawat-klien
- iii. Peran spesifik dan umum perawat dan pasien
- iv. Macam-macam tindakan yang dibentuk dan pola penampilan dan tindakan perawat-klien dalam mengatur kemampuan self care pasien dan menemukan therapeutic self care demand

Orem telah mengidentifikasi tiga klasifikasi system keperawatan yaitu:

a. Whooly Compensatory System (Sistem pengganti keseluruhan)

System ini dilakukan ketika individu tidak dapat menggunakan self care secara langsung dan pergerakannya dibatasi karena manipulasi gerakan atas indikasi medis untuk mengurangi aktivitasnya. Orang yang berada dalam tahap ini memiliki ketergantungan pada orang lain untuk memenuhi kebutuhan kesehatannya. Contohnya : pasien coma, pasien fraktur, pasien retardasi mental.

b. Partly Compensatory System (Sistem pengganti sebagian)

Perawat dan pasien membentuk tindakan keperawatan atau tindakan lain yang meliputi manipulasi tugas yang sulit. Contohnya : pada pasien post operasi

abdomen. Pasien mampu untuk mencuci muka dan sikat gigi namun membutuhkan bantuan untuk perawatan lukanya.

c. Supportive-educatited System (System dukungan pendidikan)

Pasien harus belajar untuk melakukan kebutuhan tindakan self care yang berorientasi eksternal/internal tetapi pasien tidak dapat berbuat banyak tanpa bimbingan dari perawat. Contohnya : seorang pasien menanyakan informasi cara mengontrol kelahiran.

Hubungan antara teori Orem dan proses keperawatan

Tahap proses keperawatan menurut Orem adalah:

1. Tahap I : Tahap pengkajian
2. Tahap II : Merancang sistem keperawatan dan perencanaan untuk mengantar pada perawatan. Perawat merenvanakan sistem keperawatan (keseluruhan, sebagian atau dukungan pendidikan).
3. Tahap III : Proses keperawatan dan evaluasi. Tindakan bantuan untuk memenuhi keterbatasan self care pasien, mengatasi/menanggulangi kemungkinan keterbatasan pasien dan membantu perkembangan serta melindungi kemampuan self care.

2.4.6. Teori Pengurangan Ketidakpastian (*Uncertainty Reduction Theory*)

(a) Ilustrasi Teori

Seorang dokter bernama Teddy di suatu pagi menjalankan aktivitasnya seperti biasa, yaitu melakukan visit dari kamar ke kamar, sekitar 10 pasien di sepuluh kamar sudah Ia datangi dengan ramah dan senyum yang mengembang. Sampailah Teddy di sebuah kamar pasien

kesebelas, wajah pasien itu begitu tegang dan penuh amarah. Teddypun berpikir apakah hal ini akibat dari jam kunjungannya yang tidak sesuai jadwal atau ada hal lain yang membuat sang pasien begitu marah.

Teddypun awalnya enggan untuk menanyakan mengapa wajah pasien begitu tegang dan marah, namun Teddy memutuskan untuk menanyakan hal tersebut kepada pasien, "Maaf Pak, apa yang Anda rasakan sekarang?" Tanya Teddy, kemudian pasien menjawab, "perut saya sebelah kiri sangat sakit sekali dok, padahal tadi saya sudah minum obat".

Percakapan diatas menunjukkan bahwa teori pengurang ketidakpastian berfungsi dalam percakapan antara Teddy dan Pasien, bagaimana sebelum berkomunikasi Teddy punya pemikiran bahwa sang pasien ingin marah kepadanya, namun dengan komunikasi hal tersebut bisa terselesaikan.

(b) Penjelasan dan Asumsi Dasar Teori

Teori pengurang ketidakpastian dipelopori oleh Charles Berger dan Richard Calabrese pada tahun 1975. Tujuan mereka dalam menyusun teori ini adalah untuk menjelaskan bagaimana komunikasi digunakan untuk mengurangi ketidakpastian di antara orang asing yang terlibat pembicaraan satu sama lain untuk pertama kali (West dan Turner, 2014: 173).

Asumsi teori pengurangan ketidakpastian antara lain:

- Orang mengalami ketidakpastian dalam latar interpersonal.
- Ketidakpastian adalah keadaan yang tidak mengenakkan, menimbulkan stress secara kognitif.

- Ketika orang asing bertemu, perhatian utama mereka adalah untuk mengurangi ketidakpastian mereka atau meningkatkan prediktabilitas.
- Komunikasi interpersonal adalah sebuah proses perkembangan yang terjadi melalui tahapan-tahapan.
- Komunikasi interpersonal adalah alat yang utama untuk mengurangi ketidakpastian.
- Kuantitas dan sifat informasi yang dibagi oleh orang akan berubah seiring waktu berjalan.
- Sangat mungkin untuk menduga perilaku orang dengan menggunakan cara seperti hukum.

(c) Belajar dari Penelitian

Terkait dengan teori pengurangan ketidakpastian ini, ada beberapa jurnal ataupun tulisan buku yang terkait dengan teori ini. Salah satu jurnal yang terkait dengan teori ini adalah penelitian dari Douglas yang berjudul *Uncertainty, Information-seeking, and liking during initial interaction*. Yang diterbitkan dalam *Western Journal of Speech Communication*.

Penelitian ini mengukur ketidakpastian, pencarian informasi dan kesukaan yang muncul ketika orang mengadakan interaksi tatap muka.

2.4.7. Teori Penetrasi Sosial (*Social Penetration Theory*)

(a) Ilustrasi Teori

Aktivitas di sebuah rumah sakit pasti dipenuhi oleh pemandangan kerja sama antara dokter spesialis mata dengan dokter anastesi, dokter dengan perawat, dokter dengan bidan, dan dokter dengan fisioterapi, hal

inilah yang dialami oleh dokter Nisa dengan dokter Heru sebagai dokter yang sama-sama berada dalam divisi IGD di sebuah rumah sakit.

Nisa dan Heru terlihat cukup kompak dalam menangani pasien-pasien gawat darurat, tak terasa kerja sama mereka di divisi IGD sudah berjalan satu tahun. Awalnya Nisa dan Heru berkomunikasi sebatas rekan kerja yang menangani pasien-pasien yang silih berganti datang ke IGD, namun karena sering bertemu keduanya kemudian terlihat lebih intim dalam berkomunikasi, bahkan keduanya terlihat pulang bersama.

Dalam konteks ini, terlihat bagaimana Nisa dan Heru berada dalam wilayah teori Penetrasi Sosial, di mana hubungan mereka atau cara berkomunikasi mereka mengalami perkembangan dari komunikasi yang sifatnya formal dalam konteks rekan kerja menjadi jauh lebih intim dalam hal ini menjadi teman dekat.

(b) Penjelasan dan Asumsi Dasar Teori

Teori ini berbicara banyak tentang bagaimana hubungan antara dua orang, Irwin Altman dan Dalmas Taylor mengonseptualisasikan Teori Penetrasi Sosial (*Social Penetration Theory*). Keduanya melakukan studi yang ekstensif dalam suatu area, mengenal ikatan sosial pada berbagai macam tipe pasangan. Teori mereka menggambarkan suatu pola pengembangan hubungan, sebuah proses yang mereka identifikasi sebagai penetrasi sosial.

Asumsi-asumsi yang mengarah pada teori penetrasi sosial:

- Hubungan-hubungan mengalami kemajuan dari tidak intim menjadi intim.

- Secara umum, perkembangan hubungan sistematis dan dapat diprediksi.
- Perkembangan hubungan mencakup depenetrasi (penarikan diri) dan disolusi.
- Pembukaan diri adalah inti dari perkembangan hubungan.

(c) Belajar dari Penelitian

Beberapa penelitian tentang penetrasi sosial cukup menarik, baik yang diterbitkan di jurnal maupun buku. Salah satunya adalah penelitian dari Gudykunts dan Nishida yang berjudul *Social Penetration in Close Relationship in Japan and the United States*. Hasil penelitian ini diterbitkan dalam buku *Communication Yearbook 7*.

2.4.8. Teori Pemikiran Kelompok (*Groupthink*)

(a) Ilustrasi Teori

Sebuah rumah sakit swasta di sebuah kota besar mengalami penurunan jumlah pasien dan pemasukan dikarenakan semakin banyaknya rumah sakit swasta dengan fasilitas lengkap dan murah berdiri di sekitar rumah sakit tersebut. Bahkan rumah sakit tersebut diambang kebangkrutan, jika kondisi ini terus berlanjut tanpa adanya sebuah langkah penyelamatan maka cukup riskan bagi rumah sakit ini, sehingga dewan direksi memutuskan untuk mengundang perwakilan semua elemen rumah sakit untuk rapat dan memutuskan sesuatu tentang masa depan rumah sakit tersebut.

(b) Penjelasan Teori dan Asumsi Dasar

Untuk memahami dasar dari pengambilan keputusan di dalam kelompok kecil Irving Janis, di dalam bukunya *Victims of Groupthink* (1972), menjelaskan apa yang terjadi di dalam kelompok kecil di mana anggota-anggotanya memiliki hubungan baik satu sama lain. Mempelajari pengambilan keputusan dalam kebijakan asing, Janis menyatakan bahwa ketika anggota kelompok memiliki nasib yang sama, terdapat tekanan yang kuat untuk menuju pada ketaatan (West and Turner, 2014: 274).

Groupthink (pemikiran kelompok) didefinisikan sebagai suatu cara pertimbangan yang digunakan anggota kelompok ketika keinginan mereka akan kesepakatan melampaui motivasi mereka untuk menilai semua rencana tindakan yang ada. Janis berpendapat bahwa anggota-anggota kelompok sering kali terlibat di dalam sebuah gaya pertimbangan di mana pencarian konsensus (kebutuhan akan semua orang untuk sepakat) lebih berat dibandingkan akal sehat (West and Turner, 2014: 274).

Berikut tiga asumsi penting teori ini:

- Terdapat kondisi-kondisi di dalam kelompok yang mempromosikan kohesivitas tinggi.
- Pemecahan masalah kelompok pada intinya merupakan proses yang menyatu.
- Kelompok dan pengambilan keputusan oleh kelompok sering kali bersifat kompleks.

(c) Belajar dari Penelitian

Membahas tentang teori *Groupthink* memang cukup menarik, hal ini dikarenakan teori ini banyak menyoroti dinamika dalam kelompok. Seperti apa yang dilakukan oleh Cline, yang melakukan penelitian dengan judul *Detecting Groupthink: Methods for Observing the Illusion of Unanimity*, yang diterbitkan dalam jurnal *Communication Quarterly*.

Penelitian ini diawali dari dua hipotesis, yang pertama pertimbangan dari kelompok *groupthink* dan kelompok *nongroupthink* menunjukkan perbedaan distribusi dalam hal persetujuan, ketidaksetujuan, serta pembicaraan lainnya, kedua pertimbangan dari kelompok *groupthink* menunjukkan persetujuan yang secara proporsi lebih sederhana dan menggunakan bukti-bukti lebih sedikit dibandingkan pertimbangan dari kelompok *nongroupthink*.

2.4.9. Teori Budaya Organisasi

(a) Ilustrasi Teori

Sebuah contoh ilustrasi dari teori ini adalah seseorang akan nyaman dengan budaya organisasi dari sebuah perusahaan yang komunikatif dengan karyawannya sehingga karyawan cukup militan terhadap nilai-nilai perusahaan, bahkan simbol-simbol tertentu membuat karyawan nyaman termasuk penggunaan seragam yang unik dan berbeda. Namun ketika pemilik perusahaan berganti, maka tidak bisa dihindari budaya organisasi akan berubah juga, dan pada akhirnya individu yang

menjadi bagian dari organisasi tersebut harus mengikutinya jika ingin bertahan di organisasi tersebut.

(b) Penjelasan Teori dan Asumsi Dasar

Pada intinya budaya organisasi adalah sesuatu yang dihasilkan melalui interaksi sehari-hari dalam organisasi, bukan hanya tugas pekerjaan tetapi juga berbagai jenis komunikasi yang dilakukan (Littlejohn, 2009: 383).

Terdapat tiga asumsi yang mengarahkan teori budaya organisasi, diantaranya:

- Anggota-anggota organisasi menciptakan dan mempertahankan perasaan yang dimiliki bersama mengenai realitas organisasi, yang berakibat pada pemahaman yang lebih baik mengenai nilai-nilai sebuah organisasi.
- Penggunaan dan interpretasi simbol sangat penting dalam budaya organisasi.
- Budaya bervariasi dalam organisasi-organisasi yang berbeda dan interpretasi tindakan dalam budaya ini juga beragam.

(c) Belajar dari Penelitian

Salah satu penelitian tentang budaya organisasi yang cukup menarik adalah penelitian dari Rudd yang berjudul *The Symbolic Construction of Organizational Identities and Community in a Regional Symphony*, yang diterbitkan dalam jurnal *Communication Studies*.

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara Jl. Mandala By Pass No.27, Bantan, Medan Tembung, Kota Medan, Sumatera Utara 20223. Waktu Penelitian dilakukan pada bulan Januari hingga Februari 2019.

3.2 Jenis Penelitian

Metode Penelitian menurut Subagyo (1997:2) adalah suatu cara atau jalan untuk mendapatkan kembali pemecahan terhadap segala permasalahan yang diajukan. Di dalam penelitian diperlukan adanya beberapa teori untuk membantu memilih salah satu metode yang relevan terhadap permasalahan yang diajukan, mengingat bahwa tidak setiap permasalahan yang diteliti tentu saja berkaitan dengan kemampuan si peneliti, biaya dan lokasi. Pertimbangan tersebut mutlak diperlukan, dan penelitian tidak dapat diselesaikan dengan sembarang metode penelitian.

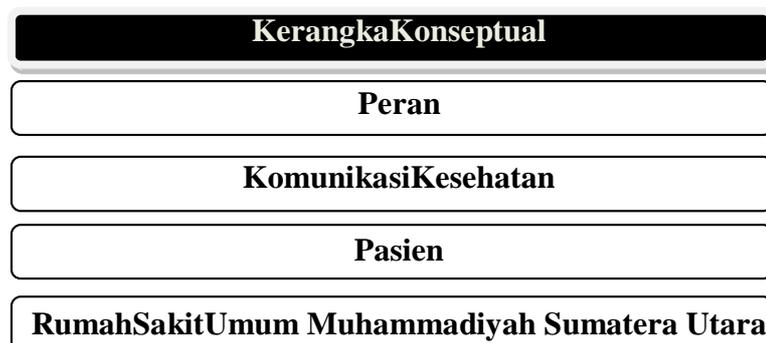
Menurut Sugiyono (2011: 15), jenis penelitian yang digunakan dalam skripsi ini adalah jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif, penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat *postpositivisme*, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya eksperimen) dimana penelitian adalah sebagai instrument kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan secara purposive dan *snowball*,

teknik pengumpulan dengan *triangulasi* (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi.

3.3 Kerangka Konsep

Menurut Notoatmodjo(2010) kerangka konsep adalah merupakan formulasi atau simplikasi dari kerangka teori atau teori-teori yang mendukung penelitian tersebut.

Tabel 3.1



3.4 Defenisi Konsep

Konsep adalah istilah yang mengekspresikan sebuah ide abstrak yang dibentuk dengan mengeneralisasikan objek atau hubungan fakta-fakta yang diperoleh dari pengamatan. Konsep-konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

- a. Peran adalah Suatu rangkaian perilaku yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisi sosial, baik secara formal maupun informal.

- b. Komunikasi kesehatan adalah proses penyampaian pesan berisi hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan oleh pemberi pesan kepada penerimanya melalui berbagai media yang dianggap tepat.
- c. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter.
- d. Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara adalah salah satu sarana institusi perawatan kesehatan profesional yang pelayanannya disediakan oleh dokter, perawat, dan tenaga ahli kesehatan lainnya.

3.5 Kategorisasi

Kategori sasi merupakan proses menunjukkan bagaimana caranya mengukur suatu variable penelitian sehingga apa yang menjadi kategorisasi penelitian pendukung sebgaiian analisis dari variabel yang ada. Kategorisasi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.2

Kategorisasi Konseptual

Kategorisasi Konsep	Indikator
Bagaimana Peran komunikasi kesehatan perawat terhadap pasien di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah Sumatera Utara	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hubungan yang makin baik 2. Komunikasi yang efektif 3. Pengaruh pada sikap

3.5. Informan atau Narasumber

Menurut Bagong Suyatna, narasumber adalah peranan dari seorang narasumber atau seorang informan dalam mengambil data yang akan digali dari orang-orang tertentu yang memiliki nilai dalam menguasai persoalan yang ingin diteliti dan mempunyai keahlian dalam berwawasan cukup.

3.6. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data dan informasi untuk dijadikan bahan penelitian ini, maka peneliti mengumpulkan data melalui:

- a. Menurut Nawawi dan Martini, observasi merupakan kegiatan mengamati, yang diikuti pencacatan secara urut. Hal ini terdiri atas beberapa unsur yang muncul dalam fenomena di dalam objek yang diteliti. Hasil dari proses tersebut dilaporkan dengan laporan yang sistematis dan sesuai kaidah yang berlaku.
- b. Menurut Lexy J. Moleong, wawancara adalah suatu percakapan dengan tujuan-tujuan tertentu. Pada metode ini peneliti dan responden berhadapan langsung (face to face) untuk mendapatkan informasi secara lisan dengan tujuan mendapatkan data yang dapat menjelaskan permasalahan penelitian.
- c. Menurut Paul Otlet, dokumentasi adalah kegiatan khusus yang berupa pengumpulan, pengolahan, penyimpanan, penemuan kembali serta penyebaran dokumen.

3.7. Teknik Analisis Data

Menurut Lexy J. Moleong (2002: 103) menjelaskan bahwa analisis data adalah proses mengaturlurutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola, kategori, dan satuan uraian dasar.

Dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Aktivitas dalam analisis data, yaitu:

a. *Data Reduction* (Reduksi Data)

Menurut Miles and Huberman (1984), reduksi data merupakan proses berfikir sensitif yang memerlukan kecerdasan, keluasan, dan kedalaman wawasan yang tinggi. Bagi peneliti yang masih baru, dalam melakukan reduksi data dapat mendiskusikan pada teman atau orang lain yang dipandang ahli. Melalui diskusi itu, maka wawasan peneliti akan berkembang, sehingga dapat mereduksi data-data yang memiliki nilai temuan dan pengembangan teori yang signifikan.

b. *Data Display* (Penyajian Data)

Menurut Miles and Huberman (1984), Penyajian data bias dilakukan dalam bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antarkategori, *flowchart* dan sejenisnya. Dalam menyajikan data, huruf besar, huruf kecil dan angka disusun ke dalam urutan sehingga strukturnya dapat dipahami.

c. *Verification* (Verifikasi)

Menurut Miles and Huberman (1984), Penarikan kesimpulan yaitu sebagian dan satu kegiatan dan konfigurasi yang utuh. Kesimpulan-

kesimpulan juga diverifikasi selama penelitian berlangsung. Verifikasi itu mungkin sesingkat pemikiran kembali yang melintas dalam pikiran penganalisis selama ia menulis, suatu tinjauan ulang pada catatan-catatan lapangan, atau mungkin menjadi begitu seksama dan memakan tenaga dengan peninjauan kembali serta tukar pikiran antara sejawat untuk mengembangkan “kesepakatan inter subjektif”, atau juga upaya-upaya yang luas untuk menempatkan salinan suatu temuan dalam seperangkat data yang lain.

3.8. Deskripsi Ringkas Objek Penelitian

penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat *postpositivisme*, digunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya eksperimen) dimana penelitian adalah sebagai instrument kunci, pengambilan sampel sumber data dilakukan secara purposive dan *snowbaal*. Di dalam penelitian diperlukan adanya beberapa teori untuk membantu memilih salah satu metode yang relevan terhadap permasalahan yang diajukan, mengingat bahwa tidak setiap permasalahan yang diteliti tentu saja berkaitan dengan kemampuan si peneliti, biaya dan lokasi. Pertimbangan tersebut mutlak diperlukan, dan penelitian tidak dapat diselesaikan dengan sembarang metode penelitian.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

Pengumpulan data yang diambil penelitian adalah melakukan wawancara dengan proses Tanya jawab secara langsung atau tatap muka pertemuan satu pewawancara dengan satu responden. Untuk proses wawancara tersebut, peneliti membuat (12) dua belas pertanyaan untuk masing-masing narasumber yang diangkat dari (3) tiga indikator penelitian. Selain wawancara peneliti juga menggunakan metode observasi dan metode dokumentasi dalam melakukan penelitian guna membantu peneliti untuk mendapatkan data yang efektif dalam penelitian.

Peneliti menetapkan (4) empat narasumber yang terdiri dari (2) dua perawat dan (2) dua pasien yaitu : Diana (perempuan) selaku Perawat di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah SUMUT, Habibi (laki-laki) selaku Perawat di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah SUMUT, serta Ahmad (laki-laki) selaku Pasien di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah SUMUT.

Berikut adalah data dari hasil wawancara dari narasumber :

1. Nama : Diana (Perawat di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah SUMUT)
Jenis Kelamin : Perempuan
Umur : 25 tahun
Profesi : Perawat

(a) Komunikasi yang Efektif

Menurut Diana komunikasi yang baik antara perawat terhadap pasien adalah dengan cara memberitahu pasien dengan berbicara yang lemah lembut dan lebih santai. Sebab pasien yang sedang sakit, mereka memiliki psikologis atau jiwa yang sedang terganggu atau terganggu sehingga perawat harus berkomunikasi dengan baik dan lemah lembut.

Ditambahkan lagi olehnya bahwa perawat merupakan salah satu faktor kesehatan dari pasien karena seorang perawat jika berlaku kasar dalam berkomunikasi terhadap pasien menunjukkan kualitas komunikasi yang kurang bagus atau memiliki kualitas komunikasi yang rendah sehingga mempengaruhi psikologis pasien sehingga bias membuat pasien *drop*.

Selanjutnya menurut Diana kalau masalah pendengaran terhadap pasien, perawat mempunyai cara tersendiri dengan berkomunikasi dengan menggunakan bahasa tubuh karena seorang perawat diajarkan juga bagaimana caranya berkomunikasi dengan bahasa tubuh.

Diana juga melanjutkan bahwa, kita bisa melihat dari bahasa tubuh apabila pasien ingin berkomunikasi yaitu, dilihat dari gerakan matanya kemudian melalui gerakan tangan dan juga dari bahasa tubuhnya.

(b) Pengaruh pada Sikap

Dikatakan oleh Diana, Menurut dirinya sikap pasien terhadap perawat itu baik selagi perawat bisa melihat kondisi pasien seperti apa dan bagaimana atau dengan kata lain bisa mengatur kondisi serta situasi yang ada, kemudian perawat bisa melihat dari sikap pasien seperti apa, bentuknya itu baik ataupun buruk.

Diana menambahkan lagi bahwa perawat Rumah Sakit Muhammadiyah bersikap sangat baik terhadap pasien karena seorang

perawat harus baik terhadap pasiennya sehingga itu menjadi salah satu kualitas Rumah Sakit Muhammadiyah itu sendiri.

Setelah itu dia mengatakan bahwa perawat harus mampu memahami karakteristik pasien karena perawat bertemu dengan orang yang berbeda-beda karena setiap orang memiliki sifat yang berbeda-beda dan bagaimanapun sikap orang, perawat harus mampu memahami karakteristiknya.

Diana menjelaskan tentang bagaimana cara perawat bersikap terhadap pasien yang mengidap HIV dan AIDS. Dikatakan olehnya bahwa hal tersebut dilakukan sama dengan pasien-pasien lainnya. Hanya pasien HIV dan AIDS di Rumah Sakit Muhammadiyah belum ada dan menemukan kasus penyakit seperti itu sehingga belum ada penanganan khusus untuk penyakit HIV dan AIDS.

2. Nama : Habibi(Perawat di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah SUMUT)

JenisKelamin : Laki-laki

Umur : 25tahun

Profesi : Perawat

(a) Hubungan yang Makin Baik

Habibi Menjelaskan bahwa Penyelenggaraan kesehatan dicontohkan olehnya seperti melakukan acara donor darah dalam acara seperti ulang tahun rumah sakit dan yang lain. Penyelenggaraan dilakukan dengan tata cara yang bagus dan tata tertib yang bagus dan semua itu butuh proses dari ketua dan atasan rumah sakit guna melancarkan segala urusannya.

Kemudian di jelaskan oleh Habibibahwa perawat harus berkomunikasi dengan baik dengan pasien dan jangan ada salah paham dengan komunikasi karena jika salah paham, komunikasi itu tidak bisa terjalin dengan baik dengan pasien.

Selanjutnya ditambahkan oleh Habibibahwa tingkat kepuasan pasien dinilai dari aspek penampilan fisik sangat perlu karena perawat harus menunjukkan identitas rumah sakit itu sendiri, kalau perawatnya sembarangan pasti pasien mengira rumah sakit tersebut tidak memiliki kualitas yang bagus tetapi kalau perawatnya bagus dalam berpenampilan, bersih atau segala macamnya atau positif, yaitu positif bagi perawat juga pasti positif bagi rumah sakit itu sendiri.

Kemudian Habibi menjelaskan masalah prosedur yaitu, Masalah prosedur pasien sudah berjalan dengan baik, cepat dan tanggap serta luas tetapi sedikit lambat karena di Rumah Sakit Muhammadiyah karena setiap pengaduan harus cepat dilaporkan kepada dokter kerana jika ada pasien

yang sekerat jadi pengaduan harus dilakukan respon yang cepat dari perawat dan juga harus cepat begitulah menurutnya.

Komunikasi yang efektif kualitasnya bagus ,tidak ada berbelit belit rumah sakit ini tetapi saya sangat menyayangkan pelayanan sedikit lambat karena respon perawat terhadap pasien lambat dankurang efektif misalnya pasien mengadu perawatnya akan merespon 15 menit kemudian makanya kurang berkualitas.

Cara mengenali perawat dan pasien tersebut dengan cara menanyakan nama siap perawat, alamat perawat dengan begitu kita dapat mengenali identitas dari perawat tersebut.

3. Nama : Ahmad (Pasien di Rumah Sakit Umum Muhammadiyah SUMUT)
 JenisKelamin : Laki-laki
 Umur : 25tahun
 Profesi : Wiraswasta

(a) Hubungan yang Makin Baik

Sangat baik ,mulai dari prosedurnya dan pelayanannya sangat bagussekali

Ya dengan cara menjaga komunikasi yang baikan tarapasian dan perawat agar terjalin kerjasama baik

Kalau itu memang harus sebab penampilan itu sangat penting sekali sikap perawatan yaitu penampilan nyasopan dan rapi sehingga membuatpasien juga pasti senang dan bagusdipandang

saya daftar penerimaan pasien sangat muda dan tidak ada persulit dirumah sakit umum muhamamdiyah.

4.2. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara mutu pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien dengan nilai dimana .Arti dari signifikan disini dimana nilai mutu pelayanan keperawatan begitu juga pada kepuasan pasien dengan nilai sehingga, diantara kedua variabel terdapat hubungan yang signifikan. Sedangkan pada aspek kepuasan pasien berada pada kategori sedang dengan persentase Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang menyatakan adanya hubungan antara mutu pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien. Dimana kepuasan pasien sangat bergantung pada persepsi pasien terhadap mutu pelayanan keperawatan itu sendiri. Pada penelitian juga didapatkan adanya hubungan antara mutu perawat dengan kepuasan pasien, dimana mutu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan adalah baik dengan persentase dan kepuasan pasien didapatkan sangat puas dengan persentase Mutu yang baik pada pelayanan keperawatan di rumah sakit akan meningkatkan level kepuasan pasien. Pengukuran kepuasan pasien sangat penting untuk menyediakan pelayanan kesehatan khususnya 55 pada mutu keperawatan yang lebih baik, nyaman, cepat, ramah, dan perhatian.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

KESIMPULAN

Sistem pelayanan kesehatan merupakan kebutuhan yang paling dibutuhkan dalam masyarakat pada umumnya, di rumah sakit umum muhammadiyah sudah melayani pasien BPJS, jadi hal ini masyarakat sudah tak perlu repot repot membayar lagi langsung dengan BPJS yang akan membayarnya dan dipotong setiap bulannya tergantung pemakaiannya. Fasilitas di setiap rumah sakit juga sudah standard dan memuaskan para pasien yang dirawat di rumah sakit muhammadiyah.

SARAN

Pelayanan kesehatan hendaknya dijadikan sebagai acuan bagi para tenaga kesehatan untuk terus memberikan pelayanan yang optimal dengan hasil yang maksimal, untuk mewujudkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Di setiap rumah sakit seharusnya dilakukan perawatan yang standard dan dapat melayani masyarakat dengan baik, khususnya masyarakat kalangan yang kurang mampu seharusnya dilayani dengan baik dan dikasih pengobatan secukupnya dan tidak boleh diabaikan agar masyarakat dapat kesejahteraan dalam hal kesehatan agar tidak terjadi lagi korban dikarenakan pihak rumah sakit tidak melayani kesehatan atau mengabaikan orang yang kurang mampu seharusnya itu perhatian yang serius karena sudah menyangkut nyawa seseorang.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, S. 2010. *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Cahyono S.B. 2008. *Gaya Hidup dan Penyakit Modern*. Yogyakarta: Kanisius.
- Littlejohn, Steven W dan Karen A. Foss. 2009. *Teori Komunikasi edisi 9*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Moeleong, Lexy. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Notoadmodjo. S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Tjiptono, Fandy. 2010. *Strategi Pemasaran, Edisi 2*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Umar, Husein. 2003. *Riset Pemasaran dan Perilaku Konsumen*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Richard West, Lynn H. Turner. 2014. *Teori Komunikasi*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Schement, Jorge Reina. 2002. *Encyclopedia of Communication and Information*. New York: MacMillan Reference USA.
- Setiawan dan Saryono. 2011. *Metodologi dan Aplikasi*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press.
- Subagyo, Joko. 1997. *Metode Penelitian dalam Teori dan Praktek*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Arikunto, S. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Rahmat Jalaluddin. 2007. *Metode penelitian Komunikasi*. Bandung; PT. Rosdakarya Offset
- Benny dan hughes. 2009. Pengertian metode wawancara menurut para ahli
- Riduwan. 2004. Pengertian metode observasi menurut para ahli
- Sugiyono. 2011. Pengertian metode observasi menurut para ahli

Utama, S. 2005. "Memahami Fenomena Kepuasan Pasien Rumah Sakit".
Jurnal Manajemen Kesehatan.

Waworuntu, B. 1997 Dasar- dasar Keterampilan Abdi Negara Melayani
Masyarakat. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Pohan ES. 2007. Jaminan Mutu Layanan Kesehatan. Penerbit Buku Kedokteran.
Jakarta.

Sugiyono. 2006. Statistika untuk Penelitian. Bandung. CV. ALFABETA.

Notoatmojo. 2005. Metode Penelitian Kesehatan Edisi Revisi. Jakarta:
Rineka Cipta