

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan bidang kesehatan di Indonesia bertujuan untuk mencapai masyarakat yang memiliki kemampuan untuk mewujudkan keadaan yang sehat, baik secara jasmani maupun rohani. Berdasarkan hal tersebut, pemerintah berupaya membangun pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dan dapat dimanfaatkan oleh semua lapisan masyarakat, tanpa membedakan status sosial ekonomi seseorang untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara adil dan merata (Depkes RI, 2008).

Menurut WHO (World Health Organization), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik. Berdasarkan Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Dari pengertian diatas, rumah sakit melakukan beberapa jenis pelayanan diantaranya pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan, pelayanan rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan, sebagai tempat pendidikan dan atau pelatihan medik dan para medik, sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan serta untuk menghindari risiko dan gangguan kesehatan sebagaimana yang dimaksud, sehingga perlu adanya penyelenggaraan kesehatan lingkungan rumah sakit sesuai dengan persyaratan kesehatan.

Rumah sakit sebagai salah satu tempat untuk melakukan upaya peningkatan kesehatan, pencegahan dan penyembuhan penyakit, serta pemulihan kesehatan, dituntut untuk mengutamakan pelayanan keperawatan yang bermutu bagi setiap klien. Oleh karena itu, untuk mewujudkan peningkatan mutu pelayanan kesehatan

harus didukung dengan adanya sarana penunjang kesehatan yang memadai, sehingga diperlukan kualitas dan kemampuan tenaga tenaga kesehatan serta fasilitas rumah sakit (Faiz, 2009).

Seiring dengan perkembangan teknologi, rumah sakit di Indonesia berupaya untuk terus berkembang. Meskipun terdapat perkembangan rumah sakit dari waktu ke waktu, tetapi fungsi dasar suatu rumah sakit tidak berubah, yaitu sebagai tempat pemulihan kesehatan dan perawatan kesehatan masyarakat, baik pada pelayanan rawat inap maupun rawat jalan. Agar mendapatkan kualitas pelayanan yang memadai tentunya diperlukan tenaga kesehatan yang kompeten (Aditama, 2009). Salah satu tenaga kesehatan yang terbanyak di rumah sakit adalah perawat. Perawat memegang peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dapat memuaskan pasien. Partisipasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas bagi pasien, akan mendukung keberhasilan dalam pembangunan kesehatan, karena keberadaan perawat yang bertugas 24 jam dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, dan jumlah perawat yang mendominasi tenaga kesehatan di rumah sakit, yaitu sekitar 40-60%, sehingga perawat dituntut untuk mampu memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu (Nursalam, 2011).

Mutu adalah kesempurnaan dari produk jasa dengan mematuhi standar yang telah ditetapkan, mutu pelayanan yang biasa digunakan dalam penilaian suatu kualitas kesehatan mengacu pada lima dimensi mutu yaitu cepat tanggap (*responsiveness*), keandalan (*reliability*), terjamin (*assurance*), empati (*empathy*), dan bukti fisik (*tangible*). Kelima dimensi mutu pelayanan dapat digunakan untuk mewujudkan kepuasan (Muninjaya, 2011). Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan dalam menimbulkan rasa puas pada diri pasien. Semakin sempurna kepuasan tersebut, semakin baik pula mutu pelayanan kesehatan. Disamping itu mutu pelayanan kesehatan juga berkaitan dengan ketanggapan petugas dalam memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi petugas dengan pasien, perhatian dan keramahan petugas dalam melayani pasien serta berkaitan dengan kesembuhan penyakit yang diderita oleh pasien (Azwar, 2007).

Ada beberapa indikator yang dapat digunakan untuk menilai mutu pelayanan yaitu dilihat dari BOR (*Bed Occupancy Rate*) atau rata-rata hunian tempat tidur, LOS (*Length Of Stay*) atau lama hari rawat, angka kejadian infeksi nosokomial, dan kepuasan pasien. Semakin tinggi tingkat kepuasan pasien atas pelayanan kesehatan yang diterima maka dapat dijadikan sebagai indikator bahwa semakin baik pula mutu pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit tersebut. Ketidakpuasan pasien terhadap mutu pelayanan akan berdampak pada menurunnya BOR dan kepercayaan masyarakat terhadap jasa pelayanan, bahkan tidak sedikit pasien yang pada akhirnya lebih memilih berobat keluar daerah atau bahkan ke luar negeri dalam rangka mendapatkan pelayanan yang lebih baik (Musiana, 2012).

Salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit yang sering menjadi pusat perhatian yaitu *length of stay*. *Length of stay* adalah jumlah hari seorang pasien dirawat di rumah sakit atau mendapatkan fasilitas medis. *Length of stay* di rumah sakit menjadi parameter untuk mengidentifikasi pemanfaatan sumber daya kesehatan dan pelayanan keperawatan, *length of stay* yang panjang menjadi pemborosan bagi rumah sakit karena peningkatan biaya operasional (Lim & Tongkumchum, 2013).

Lama hari rawat merupakan rentang waktu sejak pasien diterima masuk ke rumah sakit hingga keluar dari rumah sakit. Berakhirnya proses perawatan dapat terjadi karena dinyatakan sembuh, meninggal, rujuk ke rumah sakit lain, atau pulang paksa. Pada umumnya, rata-rata lama hari rawat pasien adalah 6 sampai 9 hari (Depkes, 2005). LOS (*Length of stay* = Lama hari rawat) adalah menunjukkan berapa hari lamanya pasien dirawat inap pada satu periode perawatan. Dalam perhitungan statistik pelayanan rawat inap rumah sakit dikenal dengan istilah lama dirawat (LD) yang memiliki karakteristik cara pencatatan dan perhitungan, dan penggunaan yang berbeda. LD menunjukkan berapa hari lamanya pasien dirawat inap pada satu episode perawatan. Satuan untuk LD adalah hari, cara menghitung LD yaitu dengan menghitung selisih antara tanggal pulang atau keluar dari rumah sakit dengan tanggal masuk rumah sakit. Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama lama rawatnya

dihitung satu hari dan pasien yang belum pulang belum bisa dihitung lama rawatnya (Indradi, 2007; Ferma S, 2009). Hal ini sejalan dengan penelitian terkait lama perawatan yang pernah dilakukan oleh Magdalena (2017) tentang “Hubungan Nilai Glukosa darah Sewaktu Di IGD Dengan Lama Perawatan Pasien Stroke Isemik di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta”, menunjukkan bahwa rata-rata lama perawatan pasien adalah 6 hari, dengan minimal 3 hari dan maksimal 13 hari.

Semakin lama hari rawat pasien di rumah sakit semakin beresiko untuk terjadi masalah pada pasien. *Length of stay* yang panjang dapat menyebabkan dampak secara holistik (biologi, psikologi, sosial, dan ekonomi) bagi pasien. Dampak secara biologi yaitu untuk sistem muskuloskeleta, pasien akan mengalami *disuse atrofi* (pencucilan ukuran otot), kontraktur, kekakuan nyeri sendi karena tidak digerakkan dan kehilangan sebagian besar fungsi normalnya (Potter & Perry, 2010). Dampak pada sistem pernafasan yaitu penumpukan sekret di jalan nafas karena sekret dikeluarkan dengan mengubah posisi dan batuk. Untuk sistem urinaria akan menyebabkan infeksi urine, disebabkan karena statis urin menyediakan pertumbuhan bakteri (Volman, 2016). Selain itu secara psikologis karena pasien dengan imobilisasi mempunyai ketergantungan pada orang lain, hal tersebut dapat menyebabkan penurunan harga diri, reaksi emosi yang sering terjadi adalah menarik diri dan apatis, kecemasan (Potter & Perry, 2010). Dampak secara ekonomi menyebabkan pembiayaan rumah sakit meningkat dan produktifitas pasien dirumah juga akan tertunda (Morris, Guat, Thompson, & Tayler, 2008). Sedangkan dampak *Length of stay* pada pasien menurut Depkes RI (2005) yaitu biaya perawatan dan juga masalah kebutuhan fisiologis pasien seperti tidur.

Lama perawatan di rumah sakit tentunya sangat berkaitan dengan pelayanan keperawatan. Pelayanan yang bermutu mempengaruhi lama hari rawat. Salah satu faktor yang mempengaruhi lama hari rawat adalah komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik merupakan penyampaian informasi dalam sebuah interaksi tatap muka yang berisi ide, perasaan, perhatian, makna dan pikiran yang diberikan pada penerima pesan dengan harapan penerima pesan menggunakan informasi

tersebut untuk mengubah sikap dan perilaku. Bila pesan yang telah disampaikan ingin mendapatkan tanggapan yang baik dari komunikasi (Nasir, A, 2009).

Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan saling memberikan pengertian antara perawat dengan klien. Persoalan yang mendasar dari komunikasi terapeutik adalah adanya sikap saling membutuhkan antara perawat dan klien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi antara perawat dan klien. Perawat membantu klien dan klien menerima bantuan dari perawat (Musliha dan Fatmawati, 2010).

Hubungan komunikasi terapeutik terhadap mutu pelayanan sudah pernah diteliti oleh Anwar (2017). Berdasarkan penelitian Anwar (2017) tentang “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap PKU Muhammadiyah Bantul Yogyakarta”, dari 27 responden menunjukkan bahwa 65,9% komunikasi terapeutik perawat dinilai baik, dan 34,1% komunikasi terapeutik perawat dinilai kurang baik. Hasil ini sejalan dengan penelitian Baihaki tentang “Hubungan Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Di ICU Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta”, berdasarkan persepsi pasien bahwa 25% komunikasi terapeutik perawat dinilai kurang baik.

Salah satu rumah sakit umum di daerah Yogyakarta yang digunakan sebagai rujukan dari pelayanan kesehatan tingkat pertama bagi puskesmas adalah RSUD Wates. RSUD Wates merupakan rumah sakit tipe B pendidikan yang memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat kabupaten Kulon Progo. Pelayanan keperawatan yang berkualitas sangatlah dibutuhkan agar rumah sakit tersebut dapat diterima dan dinilai baik oleh masyarakat di sekitarnya. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 8 Maret 2018 di ruang rawat inap Bougenvil RSUD Wates memiliki 18 bed 12 bed terisi, rata-rata lama hari rawat adalah 3-6 hari. Namun ada beberapa pasien yang dirawat lebih dari 6 hari karena jenis penyakit yang diderita, seperti diabetes melitus dengan komplikasi ulkus diabetes, dan juga pasien dengan tetanus. Dari hasil wawancara yang dilakukan peneliti terhadap 8 pasien, ada 2 orang mengatakan kurang puas dan 6 orang mengatakan cukup puas dengan komunikasi terapeutik yang

dilakukan perawat. Namun mereka mengatakan ada beberapa perawat yang ketika melakukan tindakan tidak menjelaskan maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan, dan mereka mengatakan ada beberapa perawat yang kurang ramah.

Dari fenomena diatas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan lama perawatan pasien di ruang rawat inap RSUD Wates dengan harapan hasil penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi peningkatan kualitas mutu pelayanan rumah sakit dan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

”Apakah ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan lama perawatan pasien di ruang rawat inap RSUD Wates?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum
Mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan lama perawatan pasien di ruang rawat inap RSUD Wates
2. Tujuan Khusus
 - a. Mengetahui gambaran komunikasi terapeutik perawat terhadap pasien di ruang rawat inap RSUD Wates
 - b. Mengetahui lama perawatan pasien di ruang rawat inap RSUD Wates

D. Manfaat Penelitian

Penulis berharap hasil dari penelitian ini dapat memberikan kegunaan atau manfaat baik secara teoritis maupun praktis, yaitu sebagai berikut :

1. Secara Teoritis
Bagi Ilmu Keperawatan
Penelitian ini diharapkan berguna bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan khususnya di bidang Manajemen Keperawatan tentang komunikasi terapeutik perawat yang berkaitan dengan lama perawatan pasien di ruang rawat inap penyakit dalam.

2. Secara Praktis
 - a. Bagi Pihak Manajemen Rumah Sakit
Sebagai bahan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dalam proses lama perawatan pasien.
 - b. Bagi Kepala Ruang
Sebagai bahan acuan untuk meningkatkan asuhan keperawatan guna meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
 - c. Bagi Perawat
Sebagai motivasi untuk meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan tentang proses lama perawatan di ruang rawat inap rumah sakit.
 - d. Bagi Peneliti Selanjutnya
Sebagai bahan informasi atau data yang dapat dijadikan referensi dalam penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan lama perawatan pasien.

E. Keaslian Penelitian

1. Nugraheni, Tri Heri (2015), tentang “Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Lama Perawatan Pada Ibu Post Sectio Caesarea di RSUD Ambarawa”, jenis penelitian ini adalah penelitian *deskriptif korelatif* dengan rancangan *cross sectional*. Jumlah populasi 398 dan sampel 352. Berdasarkan faktor lama perawatan didapatkan hasil sebanyak 64 (18,2%) responden kategori lama perawatan ≥ 5 hari dan sebanyak 288 (81,8%) responden ≤ 5 hari. Faktor yang mempengaruhi lama perawatan diantaranya komplikasi 69,2%, jenis operasi *cito* 51,7% dan *elektif* 88,4%, penyakit penyerta 80,0%. Persamaan dari penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelatif dengan pendekatan *cross sectional*. Perbedaan dari penelitian ini menggunakan *sampling purposive sampling*.
2. Hasnawati (2014), tentang “Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Lama Hari Rawat Pasien Demam Typoid di RSUD Pangkep Makasar”, jenis penelitian ini adalah penelitian *analitik asosiatif* dengan rancangan *cross sectional*. Jumlah responden 33 responden, hasil dari penelitian ini maka

diketahui lama hari rawat responden dalam kategori lama sebanyak 20 orang responden (60,6%), sedangkan kategori singkat sebanyak 13 orang responden (39,4%). Faktor-faktor yang mempengaruhi lama perawatan diantaranya kepatuhan pasien terhadap lama perawatan 66,7% dalam kategori patuh dan 33,3% dalam kategori tidak patuh, status gizi 57,6% dalam status gizi baik dan 42,4% dalam status gizi kurang baik, dukungan keluarga 51,5% pada kategori keluarga yang mendukung dan 48,5% pada kategori keluarga yang tidak mendukung. Persamaan dari penelitian ini menggunakan metode penelitian cross sectional. Perbedaan dari penelitian ini menggunakan desain uji chi square, menggunakan tehnik purposive sampling.

3. Masella, Asrinaci (2015), tentang “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Kepuasan Pasien Bedah Di RPB RSUD Tobelo”, penelitian ini menggunakan desain *Cross Sectional*, sampel dalam penelitian ini berjumlah 32 orang yang termasuk dalam criteria inklusif. Tabulasi silang hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepuasan pasien menunjukkan yang paling besar presentasinya adalah penilaian komunikasi terapeutik perawat pada katagori cukup dengan tingkat kepuasan tidak puas yaitu 34,4%. Uji statistic *Spearman Rho* menunjukkan *Koefisien Korelasi (r)*=0,428 menunjukkan tingkat hubungan yang sedang antara variabel bebas dan terikat. Sedangkan signifikan dari hubungan kedua variabel tersebut adalah (p)= 0,014 yang menunjukkan nilai tersebut $<\alpha=0.05$ dengan demikian H_a diterima. Kesimpulan penelitian ini yaitu ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kepuasan pasien bedah di RPB RSUD Tobelo. Perbedaan pada penelitian tersebut adalah terletak pada variabel bebasnya yaitu Penerapan Komunikasi Terapeutik, sedangkan penelitian ini menggunakan variabel bebas Registrasi Perawat. Persamaan pada penelitian ini yaitu menggunakan pendekatan *cross-sectional*.