

**UNIVERSITAS INDONESIA**

**FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN  
PERAWAT PELAKSANA DALAM MENERAPKAN TEKNIK  
KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI RUMAH SAKIT JIWA  
BANDUNG DAN CIMAHI**

**TESIS**

Diajukan sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu  
Keperawatan Kekhususan Keperawatan Jiwa

**Oleh:**

**Asep Edyana**

**730.5000.611**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
UNIVERSITAS INDONESIA  
JAKARTA  
2008**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis ini telah diperiksa dan disetujui oleh Pembimbing Tesis  
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, Juli, 2008

Pembimbing I

DR. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc.

Pembimbing II

Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes.

Ko. Pembimbing

Novy Helena C. D, S.Kp., M.Sc.

PANITIA SIDANG TESIS  
PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

Jakarta, Juli 2008

Ketua,

DR. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc.

Anggota I

Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes.

Anggota II

Sumiati, S.Kp., M.Kes

Anggota III

.....

PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN JIWA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis, Juli 2008

Asep Edyana

Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.

xvii + 216 hal + 27 tabel + 2 gambar + 2 skema + 5 lampiran

Abstrak

Interaksi antara perawat dengan pasien dan keluarga yang kurang efektif dapat diasumsikan sebagai salah satu penyebab rendahnya kepuasan pasien dan keluarga terhadap pelayanan sehingga dapat menyebabkan ketidakefektifan pencapaian *Bed Occupancy Rate*, *Average Length of Stay*, dan *Turn Over Interval*. Dalam upaya meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga, perawat harus memiliki pengetahuan yang baik mengenai komunikasi terapeutik, sehingga mereka dapat mendengarkan, berbagi rasa, berbagi cerita, dan membantu menyelesaikan masalah pasien dan keluarga. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik komunikasi terapeutik. Desain yang digunakan adalah deskriptif korelatif dengan pendekatan potong lintang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner terhadap sampel yang dipilih berdasarkan kriteria inklusi sebanyak 131 orang. Analisis data menggunakan statistik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi yang berusia muda dan mempunyai motivasi intrinsik tinggi akan mempunyai kemampuan dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan baik. ( $p=0,000$ ). Saran yang disampaikan agar diadakan pelatihan untuk meningkatkan kemampuan dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, dilakukan supervisi serta penerapan model *reward and punishment* untuk meningkatkan motivasi ekstrinsik yang difokuskan untuk perawat yang berusia lebih tua, pembagian yang merata antara perawat yang lebih muda dengan perawat yang lebih tua, dan pertemuan rutin untuk saling memberikan umpan balik.

Kata kunci: Kognitif, afektif, psikomotor, kemampuan, teknik komunikasi terapeutik, motivasi, kesadaran diri, dan karakteristik.

MASTER'S DEGREE OF NURSERY PROGRAM

MENTAL NURSERY SPECIALIZATION

NURSERY SCIENCE FACULTY

INDONESIA UNIVERSITY

Thesis, July 2008

Asep edyana

Factors related to nurse ability in applying therapeutic communication technique at Bandung and Cimahi Mental Hospital.

xvii + 216 pages + 27 tables + 2 draws + 2 schemes + 5 enclosures

#### Abstract

Ineffective interaction between nurses, patients and their families can be assumed as one of the causes of low patient and family's satisfaction to the service that can lead to the achievement of ideal Bed Occupancy Rate, Average Length of Stay, and Turn Over Interval. In order to gain improved patient and family's satisfaction, nurses should have better understanding about therapeutic communication so that they can listen, share feelings and stories, and help the patients and families to solve their problems. The purpose of this research is to identify factor related to nurses' ability in applying therapeutic communication techniques. This research is using descriptive correlative design with cross-sectional approach. Samples are chosen based on inclusion criterion of 131 people. The data collected by questionnaires. The univariate analysis was used to analyse the distribution and descriptive statistics to see the variation of independent variable. The bivariate analysis use t - Test trial for the numeric data and Chi Square trial for the categorical data. The multivariate analysis that is used was the doubled logistic regression with the mixture model between the prediction model and risk factor model. The result of this study showed that young nurses who have intrinsic motivation have better ability to implement the therapeutic communication techniques ( $p=0,000$ ). The result of this study concludes that the factors related to nurses' ability in implementing the therapeutic communication techniques at Bandung and Cimahi Mental Hospitals are intrinsic motivation and nurses' age. The suggestion given is that to hold training, supervision, reward and punishment, and regular meeting, in particular for older nurses as well as the equal responsibility sharing between young nurses and older nurses.

Key word : cognitive, affective, psychomotor, ability, therapeutic communication technique, motivation, self awareness, and characteristic.

## KATA PENGANTAR

Rasa syukur yang tiada terkira tercurah atas kebesaran, kekuasaan, dan segala puji hanya kepunyaan Allah SWT yang Maha Perkasa yang telah mengajarkan manusia dari tidak tahu menjadi tahu. Hidayah istiqomah, alhamdulillah telah menyakkan dada ini bahwa kewajiban manusia hanya berusaha, tapi keputusan tetap berada di tanganNya.

Selama penulisan tesis ini penulis banyak menemui kesulitan, namun berkat dorongan, bantuan, petunjuk, dan bimbingan dari berbagai pihak, walau dengan sangat bersusah payah, akhirnya penulis dapat mengupayakan penyelesaian tesis ini yang berjudul “Faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi”. Oleh karena itu, sangat layak bagi penulis untuk menyampaikan rasa terimakasih yang tiada putus-putusnya kepada yang terhormat :

1. Dewi Irawaty, M.A., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dr. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc., yang tidak hanya berperan sebagai Pembimbing I dalam penyusunan tesis ini, melainkan juga sebagai Ibu Kartini masa kini bagi penulis, “Habis gelap terbitlah terang”.
3. Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes., selaku Pembimbing II dalam penyusunan tesis ini yang telah banyak membimbing dan mengarahkan dengan kesabaran yang luar biasa.

4. Novy Helena Catharina Daulima, S.Kp., M.Sc., selaku Ko-Pembimbing dalam penyusunan tesis ini dan selaku Pembimbing Akademik yang telah berhasil mengobarkan kembali semangat perjuangan yang telah lama mati.
5. H. Endang Djadjuli, S.Pd., M.M., selaku Plt. Direktur Rumah Sakit Jiwa Bandung yang telah memberikan izin untuk penelitian ini.
6. dr. H. Wirawan Nusan, M.M., selaku Plt. Direktur Rumah Sakit Jiwa Cimahi yang telah memberikan izin untuk penelitian ini.
7. dr. Nanang W.A., SpOG(K), MARS, selaku Direktur SDM dan Pendidikan Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung yang telah memberikan izin untuk melakukan uji coba questioner penelitian.
8. Drg. Sri Artini (Bu Utit), selaku Direktur Poltekkes Bandung bersama jajarannya (Pak Tikno dkk.) yang telah mendukung penulis untuk melanjutkan pendidikan ini.
9. The Mission Impossible Team: Dra. Enok K., M.Kes., Nining Maryam, S.Pd., Emi Patmisari, S.Kp, M.N., M.C.N., Kurniawan Teguh Martono, S.T., M.T., Dra. Sani, Teti, S.Kp., Apriana S.Si., Mas Agus Yogyakarta, H. Hikmat Rudyana, S.Kp.
10. Pembantu Rektor II Universitas Islam Nusantara Bandung (UNINUS), Bapak Drs. Gatot Yusuf Effendi, M.M., yang telah menolong penulis untuk memanfaatkan perpustakaan pasca sarjana sehingga dapat memperoleh referensi dan informasi yang dibutuhkan.
11. H. Muhammad Dana Suandana (Alm.), Ayahku tersayang yang paling bijak.

12. Mimin Suhendrawati, Ibuku tersayang yang tak pernah lelah mendukung anak-anaknya untuk terus maju dan berjuang.
13. Anak-anakku sayang, Millatina Dalila Ekadyana (Yaa Khoirunnisa) dan Firqin Tsabit Dzakadyana (Belahan Jiwa Yang Kokoh Dan Cerdik), yang telah menjadi inspirator sehingga papah masih punya alasan untuk hidup.
14. Dra. Enok Komariah, M.Kes., istriku sayang, yang surganya anak-anak kita selalu ada di kakimu.
15. Teman baik ku di Jiwa I: Bu Nancye, Bu Atih, Pak Anto, dan Bu Anna, yang telah banyak beramal kepada penulis dengan tulus ikhlas.
16. Teman baik ku di jiwa II: Bu Carolina, Bu Renidayati, dan Bu Nurlis, perhatian anda semua sungguh sangat berharga bagi saya.
17. Teman baik ku di KMB, Pak Solihin, Pak Endria, Pak Sukma, Pak Sunardi, dan Bu Farida, yang selalu membacakan do'a makan sesaat sebelum makan.
18. Vesde Dutuentu Ace, teman yang selalu saling setia dengan tulus ikhlas.
19. Semua pihak yang namanya tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah mendukung pendidikan dan penyelesaian tesis ini.

Tuhan pasti tidak akan salah menghitung dan memberikan balasan yang setimpal terhadap segala amal perbuatan yang telah dilakukan. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat walaupun hanya setitik debu di muka bumi. Amien.

Bogor, Juli 2008

Asep Edyana  
730.5000.611



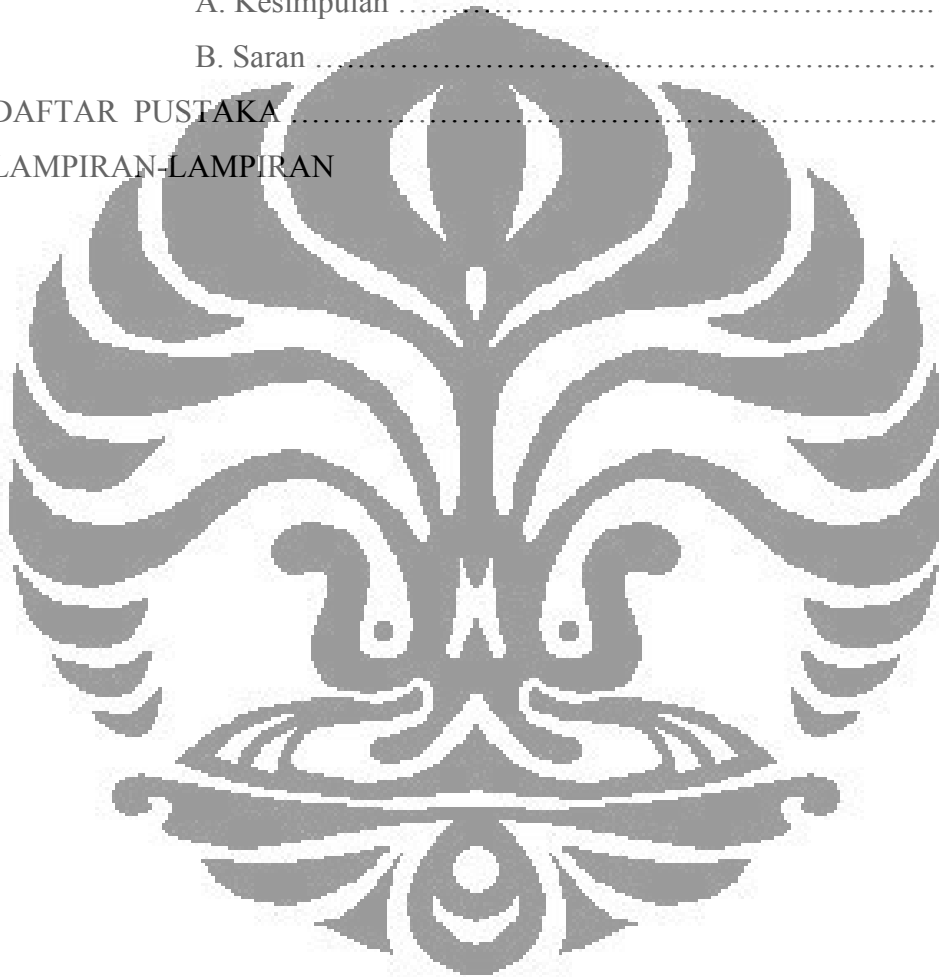
## DAFTAR ISI

	Halaman
JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
ABSTRAK.....	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR SKEMA.....	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I : PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Perumusan Masalah.....	13
C. Tujuan penelitian.....	16
D. Manfaat Penelitian.....	17
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA.....	22
A. Teknik Komunikasi Terapeutik.....	22
1. Analisa Diri Perawat.....	24
2. Hubungan Terapeutik.....	25
3. Komunikasi Terapeutik.....	32
a. Komunikasi terapeutik.....	33
b. Teknik-teknik komunikasi terapeutik.....	34
B. Faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.....	46
1. Perawat.....	46
a. Pengertian tentang perawat.....	46

b. Karakteristik perawat (termasuk kesadaran diri) .....	47
2. Kemampuan Perawat .....	71
a. Kemampuan (kognitif, afektif, & konatif) sebagai hasil belajar .....	71
b. Faktor yang mempengaruhi belajar (Motivasi) .....	98
 BAB III : KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL.....	109
A. Kerangka Teori .....	109
B. Kerangka Konsep .....	111
C. Hipotesis .....	115
D. Definisi Operasional .....	115
 BAB IV : METODE PENELITIAN .....	121
A. Desain Penelitian .....	121
B. Populasi Dan Sampel .....	121
1. Populasi .....	121
2. Sampel .....	125
C. Tempat Penelitian .....	127
D. Waktu penelitian .....	128
E. Etika Penelitian .....	130
F. Alat Pengumpulan Data .....	134
G. Prosedur Pengumpulan Data .....	143
H. Rencana Analisis Data .....	144
 BAB V : HASIL PENELITIAN .....	153
A. Kemampuan Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik .....	153
B. Karakterisik Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	161
C. Kesadaran Diri Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit	

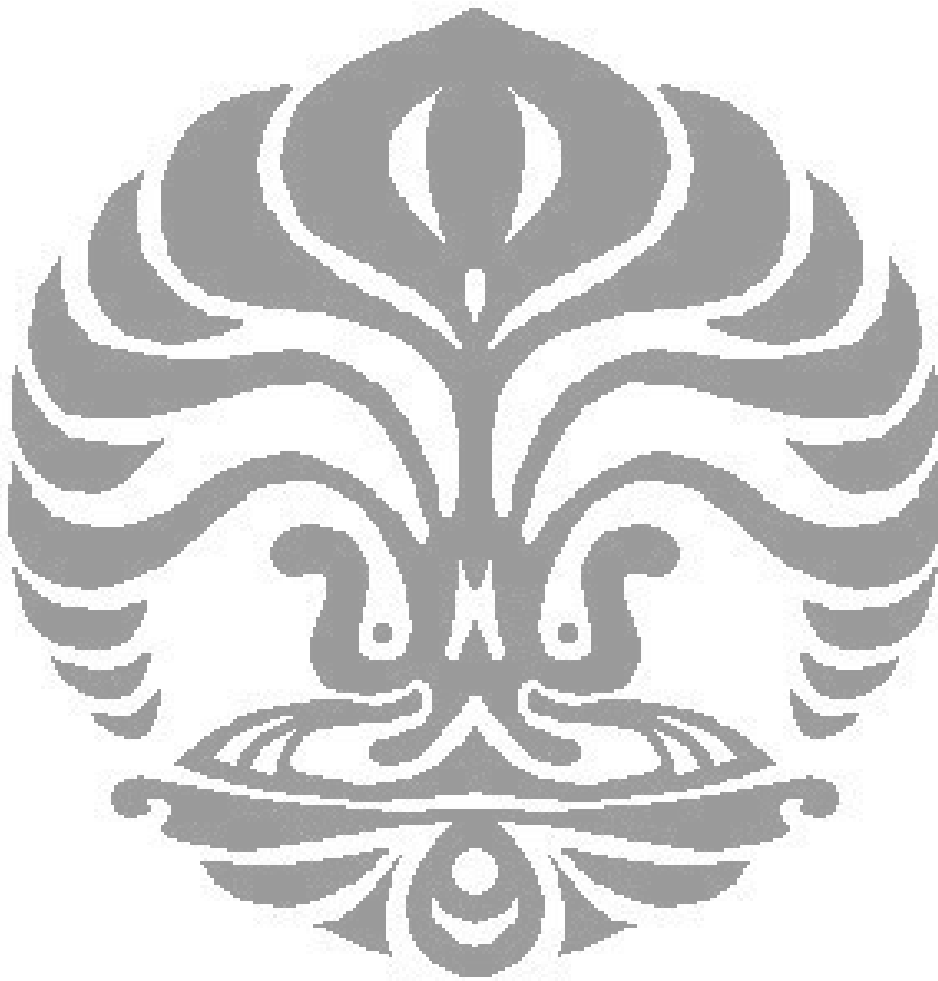
	Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	162
	D. Motivasi Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	163
	E. Faktor Dominan Yang Paling Berhubungan Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik .....	164
BAB VI	: PEMBAHASAN .....	178
	A. Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	178
	B. Karakteristik Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	186
	C. Kesadaran Diri Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	190
	D. Motivasi Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi.....	191
	E. Hubungan Antara Karakteristik Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	192
	F. Hubungan Antara Kesadaran Diri Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	198
	G. Hubungan Antara Motivasi Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	199
	H. Faktor Dominan Yang Paling Berhubungan Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan	

	Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi .....	202
	I. Keterbatasan Penelitian .....	202
	J. Implikasi Terhadap Pelayanan dan Penelitian.....	203
BAB VII	: KESIMPULAN DAN SARAN .....	205
	A. Kesimpulan .....	205
	B. Saran .....	207
DAFTAR PUSTAKA	.....	209
LAMPIRAN-LAMPIRAN		



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
2.1. Jendela Johari .....	58
2.2. Model Pemrosesan Informasi Gagne .....	76



## DAFTAR TABEL

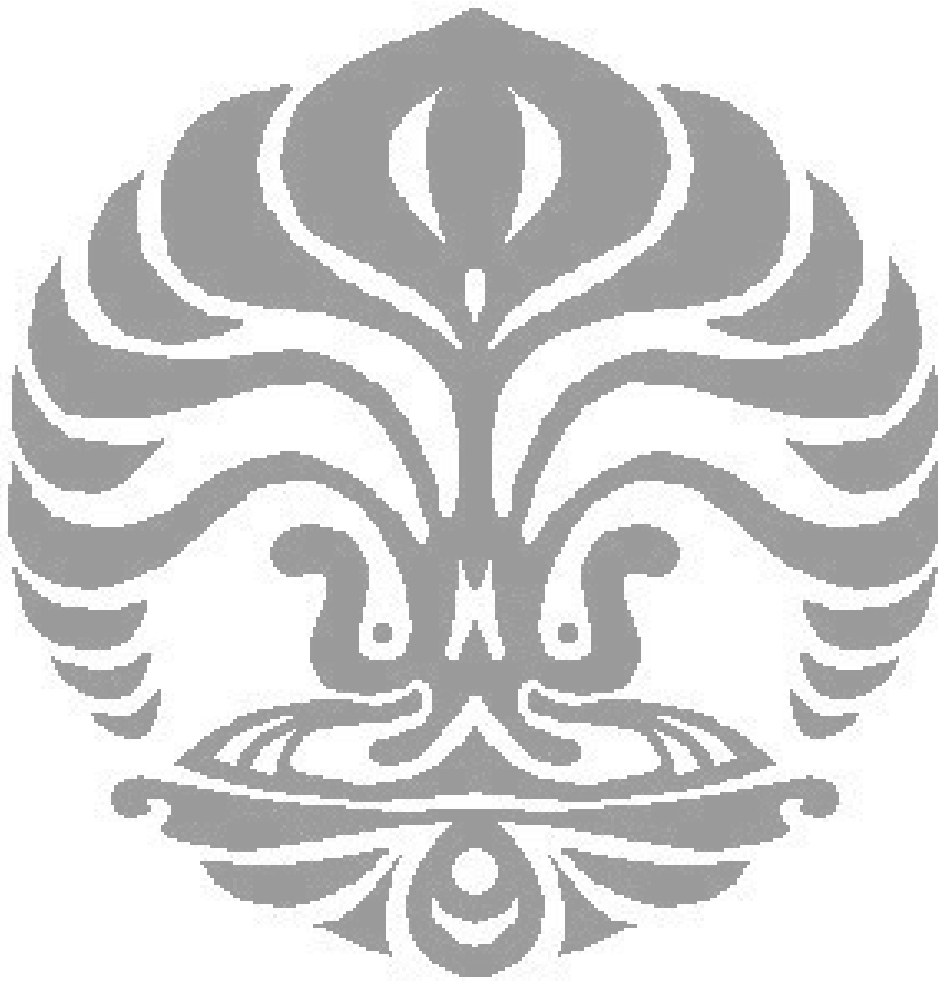
Halaman

1.1. Perbandingan BOR, ALOS, dan TOI Antara Data Empirik Dengan Ideal.....	12
2.1. Tugas Perawat Pada Setiap Fase Proses Interaksi .....	32
2.2. Perbedaan Kemampuan Menurut Gender .....	49
2.3. Perbedaan Antara Proaktif Dengan Reaktif .....	69
3.1. Definisi Operasional Variabel Penelitian .....	117
4.1. Jumlah Tenaga Perawat di RSJ Cimahi pada Bulan Maret 2008.....	123
4.2. Jumlah Tenaga Perawat di RSJ Bandung pada Bulan Maret 2008...	124
4.3. Jumlah Populasi Tenaga Perawat di RSJ Bandung dan Cimahi Pada Bulan Maret 2008.....	124
4.4. Komposisi Tenaga Perawat Pelaksana Menurut Tk. Pendidikan Keperawatan di RSJ Bandung dan Cimahi Tahun 2008.....	127
4.5. Rencana Kegiatan Penelitian.....	129
4.6. Analisis Uji Univariat.....	149
4.7. Analisis Uji Bivariat.....	150
4.8. Analisis Uji Multivariat.....	153
5.1. Rata-Rata Kemampuan Perawat Pelaksana RSJ Bandung dan Cimahi dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik	153
5.2. Distribusi kemampuan perawat pelaksana di RSJ Bandung dan Cimahi dalam menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik .....	154
5.3. Kemampuan afektif kategorikal.....	155
5.4. Kemampuan konatif kategorikal.....	155
5.5. Kemampuan kognitif kategorikal.....	155
5.6. Kemampuan kategorikal.....	156
5.7. Kemampuan afektif kategorikal cross tabulation.....	157
5.8. Kemampuan konatif kategorikal cross tabulation .....	158

5.9. Kemampuan kognitif kategorikal cross tabulation .....	159
5.10. Kemampuan kategorikal cross tabulation .....	160
5.11. Karakteristik perawat pelaksana di RSJ Bandung dan Cimahi.....	161
5.13. Kesadaran diri perawat pelaksana di RSJ Bandung dan Cimahi...	162
5.14. Motivasi perawat pelaksana di RSJ Bandung dan Cimahi.....	164
5.15. Hubungan antara karakteristik dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.....	165
5.16. Hubungan antara karakteristik usia dan pengalaman kerja dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.....	165
5.17. Hubungan antara kesadaran diri dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.....	166
5.18. Hubungan antara motivasi dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.....	167
5.19. Hasil Uji Regresi Logistik Sederhana Hubungan Antara Karakteristik, Kesadaran Diri, dan Motivasi dengan Kemampuan Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik.....	169
5.20. Hasil Uji Regresi Logistik Ganda Hubungan Antara Usia, Pengalaman Kerja, Kesadaran Diri, dan Motivasi Intrinsik Dengan Kemampuan Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik.....	172
5.21. Hasil Uji Regresi Logistik Ganda, Hubungan Antara Usia, Kesadaran Diri Dan Motivasi Intrinsik Dengan Kemampuan Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik.....	174
5.22. Hasil Uji Regresi Logistik Ganda Hubungan Antara Usia dan Motivasi Intrinsik dengan Kemampuan Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik.....	176

## DAFTAR SKEMA

	Halaman
3.1 Skema Kerangka Teori Penelitian.....	110
3.2 Skema Kerangka Konsep Penelitian.....	114

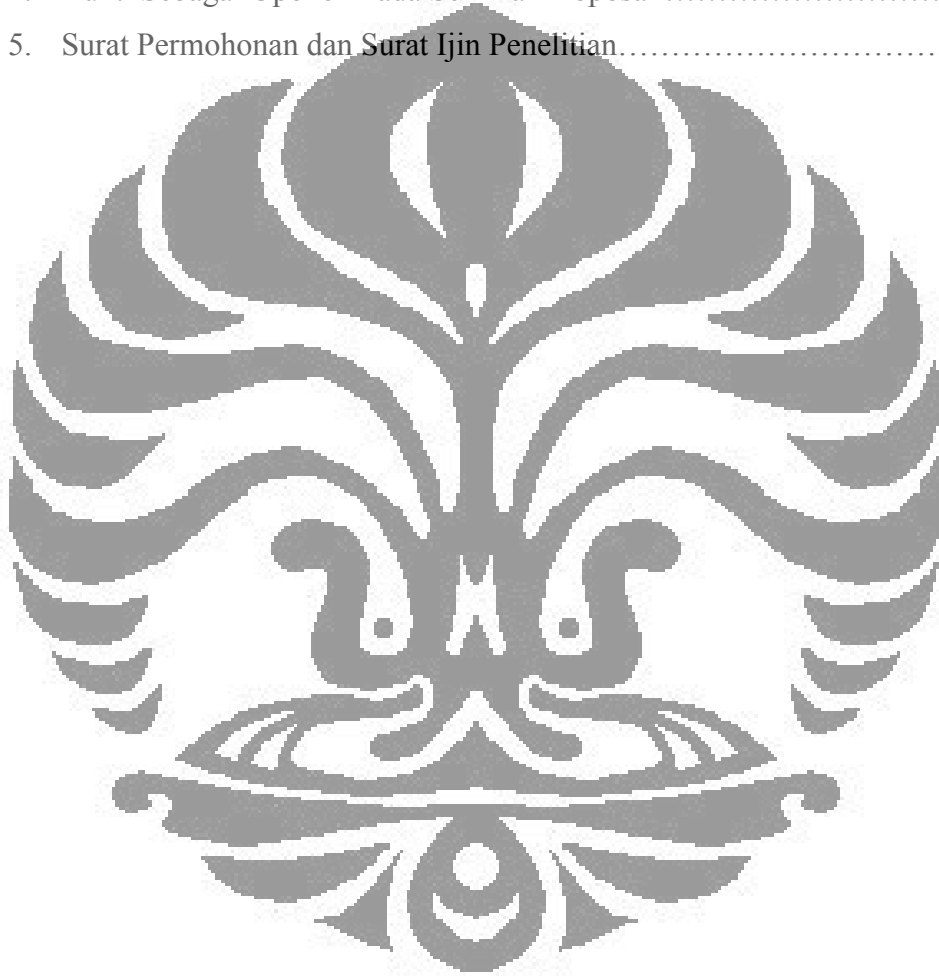




## DAFTAR LAMPIRAN

Halaman

1. Angket .....
2. Konsultasi Tesis .....
3. Bukti Kehadiran Pada Seminar proposal .....
4. Bukti Sebagai Oponen Pada Seminar Proposal .....
5. Surat Permohonan dan Surat Ijin Penelitian.....



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Era globalisasi dan persaingan bebas yang terjadi saat ini menimbulkan stressor dalam kehidupan manusia yang semakin kompleks dan berdampak terhadap kecenderungan peningkatan gangguan kesehatan jiwa. Saat ini diperkirakan ada 450 juta penderita gangguan jiwa di seluruh dunia. Di Indonesia, berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga 1995 didapatkan prevalensi gangguan jiwa 264 per 1.000 anggota rumah tangga. Rinciannya, psikosis tiga per 1.000, demensia (pikun) empat per 1.000, retardasi mental lima per 1.000, gangguan mental emosional pada anak dan remaja (4-15 tahun) 104 per 1.000, gangguan mental emosional pada dewasa (di atas 15 tahun) 140 per 1.000, dan gangguan jiwa lain lima per 1.000.

(Yulianti, <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=647&tbl=cakrawala> Kamis, 05 Apr 2001 08:20:20 dan Siswono, Jumat, 12 Oktober 2001, <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1002779805,55571>, yang diperoleh pada hari Kamis, 10 Juli 2008).

Sementara itu, menurut data terbaru tertanggal 13 Maret 2008 menunjukkan bahwa jumlah penduduk yang ada di Jawa Barat sebanyak 39.960.869. (<http://www.jabar.go.id/jabar/publik/85701/menu.htm>, diperoleh pada tanggal 24 April 2008). Dengan demikian, maka dapat diperkirakan bahwa penduduk Jawa

Barat yang menderita gangguan jiwa kurang lebih akan berjumlah sekitar 10.549.669 orang.

Gangguan jiwa adalah gangguan pikiran, gangguan perasaan, dan/atau gangguan tingkah laku sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari (fungsi pekerjaan dan fungsi sosial) dari orang tersebut. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003:34). Gangguan kesehatan jiwa dapat diobati, apalagi jika diketahui sejak awal. Sejalan dengan hal ini, maka kemampuan sumber daya manusia yang berkualitas sangat diharapkan untuk mengatasi hal tersebut.

Ada beberapa pihak yang dapat membantu mereka yang mengalami gangguan kesehatan jiwa, yaitu: dokter, perawat, psikolog, psikiater, guru bimbingan dan konseling, kader kesehatan (khususnya kader kesehatan jiwa), pekerja sosial, dan ahli agama. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003:47). Pendapat ini didukung oleh pernyataan dari Hidayat (2004:1) yang menyatakan bahwa pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan, dimana perawat bekerja dalam lingkup team kesehatan bukan sendiri-sendiri.

Perawat sebagai salah seorang yang terlibat dalam team kesehatan mempunyai pengetahuan dasar tentang perawatan yang didominasi oleh nilai suka menolong (altruism) dan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien

menggunakan suatu metode yaitu proses keperawatan. (Davies, 1975 dalam Abraham dan Shanley, 1997:75). Beberapa pendapat dari Kozier, Rosalinda, serta Schultz dan Videbeck dalam Nurjannah (2005:1) mengemukakan tentang definisi proses keperawatan sebagai: (1) Suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan rasional (Kozier, 1991); (2) Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, yang berfokus pada respons unik individu atau kelompok individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Rosalinda, 1986); (3) Suatu aktivitas yang dinamik dan berkelanjutan yang meliputi interaksi perawat pasien dan proses pemecahan masalah (Schultz dan Videbeck, 1998).

Berdasarkan pada ketiga definisi tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa proses keperawatan adalah suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir, sistematis, dinamis, rasional, dan berkelanjutan yang meliputi interaksi perawat pasien dalam proses pemecahan masalah yang berfokus pada respons unik individu atau kelompok individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Proses keperawatan mempunyai lima langkah sistematis, yaitu pengkajian, analisa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. (Townsend, 1998:11). Dengan mengikuti kelima langkah ini, perawat akan memiliki suatu kerangka kerja yang sistematis untuk membuat keputusan dan memecahkan masalah dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan kesehatan jiwa di rumah sakit jiwa tentu mempunyai spesifikasi yang berbeda dibanding dengan asuhan keperawatan pada pasien lainnya yang mengalami kelainan fisik. Hal ini sesuai dengan bentuk pokok upaya kesehatan masyarakat strata kedua dalam Sistem Kesehatan Nasional (Departemen Kesehatan R.I., 2004:24) yang menyatakan bahwa yang dimaksud dengan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) strata kedua adalah UKM tingkat lanjutan, yaitu yang mendayagunakan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialistik yang ditujukan kepada masyarakat.

Keterangan tersebut diperkuat oleh pendapat dari Stuart dan Sundeen (1998:3) yang menyatakan bahwa keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang mengontribusi pada fungsi yang terintegrasi. Pasien atau sistem pasien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, atau komunitas. Begitu juga dengan ANA (American Nurses Association) yang mendefinisikan keperawatan kesehatan mental dan psikiatrik sebagai suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya.

Proses interpersonal antara perawat dengan pasien sering disebut sebagai hubungan terapeutik yang merupakan prinsip dasar keperawatan jiwa. Berdasarkan pada prinsip ini maka seorang perawat senantiasa memberikan stimulus verbal dan nonverbal yang konstruktif ketika berinteraksi dengan pasien. Pikiran atau perasaan yang mengganggu maka akan dapat membebani seseorang,

tetapi jika ada yang mau mendengarkan, mau berbagi rasa, mau berbagi cerita, dan mau membantu untuk menyelesaikan masalahnya sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya maka akan sangat menolong.

Stuart dan Sundeen (1998:3) menguraikan secara lebih terperinci dan lebih jelas bahwa pusat pelayanan kesehatan mental secara resmi mengakui keperawatan kesehatan mental dan psikiatrik sebagai salah satu dari lima inti disiplin kesehatan mental. Perawat jiwa menggunakan pengetahuan dari ilmu-ilmu psikososial, biofisik, serta teori-teori kepribadian dan perilaku manusia untuk menurunkan suatu kerangka kerja teoritik yang menjadi landasan praktik keperawatan. Pendapat tersebut kemudian lebih diperkuat lagi oleh pendapat dari McAshan (dalam Sanjaya, 2006:6) yang menyatakan bahwa kompetensi itu adalah suatu pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan atau kapabilitas yang dimiliki oleh seseorang yang telah menjadi bagian dari dirinya sehingga mewarnai perilaku kognitif, afektif, dan psikomotoriknya. Jadi, interaksi antara perawat dengan pasien yang terapeutik itu berarti bahwa perawat seharusnya menggunakan diri sendiri secara kognitif, afektif, dan psikomotor yang terapeutik. Isaacs (2005:6) menyatakan bahwa seorang perawat dapat menunjukkan perilaku terapeutik yang harus dilakukan secara konsisten.

Purwanto (1999:12) menyatakan bahwa tiap-tiap perilaku selalu mengarah pada suatu tugas tertentu. Hal ini nampak jelas pada perbuatan-perbuatan belajar atau bekerja. Usaha dan perjuangan dari perilaku perawat adalah sesuatu yang

ditentukannya sendiri, yang dipilihnya sendiri. Berdasarkan pada teori belajar menurut pandangan Piaget (dalam Sagala, 2006:25) dinyatakan bahwa struktur, yaitu ada hubungan fungsional antara tindakan fisik, tindakan mental, dan perkembangan berfikir logis. Perilaku-perilaku menuju pada perkembangan operasi-operasi.

Operasi-operasi mempunyai empat ciri, yaitu: (1) merupakan tindakan terinternalisasi, baik tindakan mental maupun tindakan fisik tanpa ada garis pemisah diantara keduanya, tindakan itu dibimbing oleh hubungan sama dan berbeda yang diciptakan dalam pikirannya (pengetahuannya); (2) bersifat reversibel; (3) selalu tetap; dan (4) tidak ada operasi yang berdiri sendiri, suatu operasi selalu berhubungan dengan struktur atau sekumpulan operasi.

Berdasarkan pada pendapat tersebut diatas maka dapat disimpulkan disini bahwa domain perilaku tidak pernah berdiri sendiri, melainkan selalu ada hubungan dengan sekumpulan domain yang lain, yaitu domain kognitif dan domain afektif. Hal ini berarti bahwa perilaku seseorang selalu dilandasi oleh pengetahuan yang telah dia miliki dan pergerakannya selalu diarahkan oleh afektifnya yang berbentuk mau atau tidak mau.

Begitu juga dengan perawat kesehatan mental-psikiatri, ia mempunyai aspirasi yang diperjuangkan, yaitu untuk meningkatkan kesejahteraan pasien. Oleh karena itu, seorang perawat melaksanakan asuhan keperawatan dengan menggunakan

pendekatan proses keperawatan, berinteraksi, dan berkomunikasi dengan pasiennya sesuai dengan keinginan dan pengetahuan yang telah dimilikinya. Sejalan dengan pendapat tersebut, Gordon (1988, dalam Sanjaya, 2006:6-7) menjelaskan bahwa Pengetahuan (kognitif) adalah pengetahuan seseorang untuk melakukan sesuatu, misalnya akan dapat melakukan proses berpikir ilmiah untuk memecahkan suatu persoalan manakala ia memiliki pengetahuan yang memadai tentang langkah-langkah berpikir ilmiah.

Sesuai dengan definisi tersebut diatas, berarti bahwa perawat jiwa di rumah sakit jiwa dalam berkomunikasi dengan pasien dalam upayanya untuk memecahkan suatu persoalan yang dihadapi oleh pasien seharusnya melakukan proses berfikir ilmiah. Proses berfikir ilmiah yang dimaksud yaitu ketika seorang perawat jiwa berkomunikasi dengan pasiennya, agar komunikasinya bersifat terapeutik, maka seorang perawat jiwa harus menerapkan pengetahuannya tentang teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan menggunakan langkah-langkah berpikir ilmiah. Hal ini didukung oleh pendapat Hidayat (2004: 76) yang menyatakan bahwa pelaksanaan sistem pelayanan keperawatan dapat dipengaruhi oleh ilmu pengetahuan dan teknologi baru, mengingat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi maka akan diikuti oleh perkembangan pelayanan keperawatan.

Kemampuan atau keterampilan seorang perawat untuk berperilaku yang terapeutik terhadap pasiennya sangat dipengaruhi oleh pengetahuan perawat tentang teknik-teknik komunikasi terapeutik yang dimilikinya. Stuart (2007:11) menyatakan



bahwa hubungan terapeutik perawat-pasien merupakan pengalaman belajar timbal balik dan pengalaman emosional korektif bagi pasien, dimana perawat menggunakan diri sendiri dan teknik-teknik klinis tertentu dalam menangani pasien untuk meningkatkan pemahaman dan perubahan perilaku pasien.

Tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan pasien yang meliputi: (1) penerimaan diri, peningkatan penghormatan terhadap diri, dan realisasi diri; (2) rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri; (3) kemampuan membina hubungan interpersonal, saling tergantung, dan intim dengan kapasitas untuk mencintai dan dicintai; serta (4) peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistis.

Muara terakhir dari tujuan hubungan terapeutik tersebut adalah terwujudnya kesehatan jiwa. Berdasarkan pada Undang-Undang Nomor 3 tahun 1966 dalam Suliswati et. al. (2005:vii) menyimpulkan bahwa kesehatan jiwa adalah bagian integral dari kesehatan dan merupakan suatu kondisi yang memungkinkan bagi perkembangan fisik, intelektual, emosional, dan sosial yang optimal dari seseorang dan perkembangan tersebut berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Keliat dan Akemat (2006:1) menyatakan bahwa penanganan yang cepat dan tepat terhadap masalah kesehatan jiwa memungkinkan hasil yang baik. Berdasarkan penelitian ditemukan bahwa pemulihan normal (25 %) dan kemandirian (25 %)

akan tercapai jika pasien gangguan jiwa ditangani dengan benar. Dengan fakta seperti ini bahkan produktivitas pasien gangguan jiwa masih dapat diharapkan.

Oleh karena itu, kemampuan yang dimiliki oleh seorang perawat tentang teknik-teknik komunikasi terapeutik adalah penting, sebab akan membuat interaksi antara perawat dengan pasiennya menjadi lebih efektif dan lebih efisien. Hal ini sejalan dengan pendapat dari Sagala (2006:38) yang menyatakan bahwa pengetahuan tidak dapat dipisah-pisahkan menjadi fakta-fakta atau proposisi yang terpisah, tetapi mencerminkan keterampilan yang dapat diterapkan.

Efektif atau tidaknya interaksi antara perawat dengan pasien dapat diukur berdasarkan pada Indikator Mutu Umum (IMU), tiga diantaranya yaitu Average Length Of Stay (ALOS), Bed Occupancy Rate (BOR), dan Turn Over Interval (TOI). (Keliat & Akemat, 2006:38-40).

Average Length Of Stay (ALOS) adalah rata-rata lama hari rawat dari seorang pasien. Indikator ini, di samping memberikan gambaran mengenai tingkat efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mengenai mutu pelayanan. Secara umum, ALOS yang ideal adalah antara 6 hari sampai 9 hari.

Bed Occupancy Rate (BOR) adalah prosentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran mengenai tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Standar Internasional BOR yang dianggap baik adalah 80 % - 90 %.

Turn Over Interval (TOI) adalah rata-rata jumlah hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari saat akhir terisi sampai ke saat pengisian berikutnya. Indikator ini dapat memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya, tempat tidur kosong hanya dalam waktu 1 hari sampai 3 hari.

Sebaliknya, jika tidak memiliki kemampuan yang baik tentang teknik-teknik komunikasi terapeutik maka interaksinya dengan pasien malah dapat menimbulkan ancaman yang bersifat non terapeutik.

Stuart (2007:16-19) menyatakan bahwa yang termasuk ke dalam ancaman non terapeutik yaitu: perawat gagal/tidak mendengarkan pernyataan atau pertanyaan pasien pada saat seharusnya mendengarkan; perawat mendominasi interaksi dan menolak respons pada saat yang seharusnya menyampaikan pertanyaan terbuka; perawat pura-pura memahami padahal seharusnya melakukan klarifikasi; respons perawat yang tidak sesuai dengan pengalaman budaya dan tingkat pendidikan pasien ketika melakukan refleksi; perawat yang mengganti topik pada saat yang seharusnya melakukan pemusatan perhatian pasien terhadap satu topik tertentu; perawat yang mengajukan pertanyaan terhadap respons pasien pada saat yang seharusnya diam; dan perawat yang menyampaikan humor secara tidak tepat (misalnya: humor yang menjadikan pasien sebagai bahan olok-olokan); dll..

Kemampuan perawat tentang teknik-teknik komunikasi tersebut diatas akan dapat diterapkan dengan tepat sesuai dengan harapan jika dipahami. Hal ini sesuai

dengan pendapat dari para ahli yang sepakat bahwa pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang itu harus terorganisasi dan mencerminkan pemahaman yang mendalam tentang suatu persoalan. (Sagala, 2006:38).

Kemampuan seorang perawat terdiri dari tiga domain. Benyamin S. Bloom dan kawan-kawan (dalam Carton & Utari 2006:117-118) menyatakan bahwa aspek-aspek tingkah laku/kemampuan yang akan dinilai sesuai dengan aspek-aspek tingkah laku/kemampuan yang tersirat dalam rumusan tujuan pengajaran. Aspek-aspek tersebut dikelompokkan dalam tiga domain, yaitu: domain kognitif, domain afektif, dan domain psikomotor. Selanjutnya, peta kemampuan/tingkah laku yang dibagi menjadi tiga domain (kawasan) disebut taksonomi (peta) B.S. Bloom.

Kemampuan perawat secara kognitif, afektif, dan psikomotor tersebut diperoleh melalui belajar, sebagai hasil belajar. Hal ini sesuai dengan pendapat dari Wina Sanjaya (2006:35) yang menyatakan bahwa dalam konteks Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) hasil belajar itu tidak terbatas hanya pada aspek kognitif saja, melainkan juga mencakup hasil belajar dalam aspek sikap afektif dan keterampilan psikomotor.

Ketiga aspek ini harus dievaluasi secara seimbang. Kriteria keberhasilan pembelajaran harus dilihat dari perkembangan ketiga aspek diatas. Kriteria keberhasilan belajar siswa yang hanya menekankan pada aspek kognitif saja dapat memengaruhi proses dan kualitas pembelajaran.

Kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor perawat sebagai hasil belajar dipengaruhi oleh lima faktor, yaitu motivasi, sikap, minat, kebiasaan belajar, dan konsep diri. (Djaali, 2000:130). Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tersebut maka perlu dilakukan penelitian. Sebab, walaupun secara teoritis telah dijelaskan seperti keterangan tersebut diatas, namun secara empiris di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi belum terbukti.

Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi akan dijadikan sebagai tempat penelitian ini karena Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi: (1) sebagai salah satu rumah sakit milik Pemerintah Daerah Propinsi Jawa Barat yang menjadi pusat rujukan propinsi; (2) memiliki jumlah tenaga perawat sebanyak 193 orang, 81 orang dari RSJ Bandung dan 112 orang dari RSJ Cimahi; (3) sebagai sarana tempat praktik keperawatan jiwa bagi para mahasiswa keperawatan dari berbagai institusi pendidikan keperawatan di Jawa Barat; (4) Average Length of Stay (ALOS) di RSJ Bandung rata-rata 25,25 hari rawat dan di RSJ Cimahi rata-rata 46,25 hari pada empat tahun terakhir (2004 – 2007), Bed Occupancy Rate (BOR) di RSJ Bandung mencapai rata-rata 67 % dari 100 tempat tidur yang tersedia dan di RSJ Cimahi mencapai rata-rata 78,34 % dari 160 tempat tidur yang tersedia, serta Turn Over Interval (TOI) di RSJ Bandung mencapai 12,5 hari dan di RSJ Cimahi mencapai 12,74 hari.

Untuk lebih jelasnya, data empirik indikator mutu umum tersebut dapat dibandingkan dengan indikator mutu umum idealnya, yang dapat dilihat pada table 1.1. di bawah ini.

**Tabel 1.1.**

**Perbandingan BOR, ALOS, Dan TOI Antara Data Empirik Dengan Ideal**

No	Variabel	Empiris	Ideal
1.	BOR	72,67%	80% -90%
2.	TOI	12,74 hari	1 – 3 hari
3.	AvLoS	35,75 hari	6 – 9 hari

Berdasarkan pada kesenjangan BOR dan TOI tersebut diatas maka dapat diasumsikan bahwa penggunaan sarana dan prasarana RSJ Bandung dan Cimahi kurang efektif dan kurang efisien, yang berarti bahwa pasien dan keluarga pasien selaku konsumen kurang berminat dalam memanfaatkan sarana kesehatan RSJ Bandung dan Cimahi. Hal ini menunjukkan bahwa pasien dan keluarga pasien sebagai pelanggan merasa kurang puas.

Salah satu penyebab kekurang-puasan pelanggan atas pelayanan RSJ Bandung dan Cimahi ini adalah karena lama hari rawatnya yang mencapai rata-rata 35,75 hari. Lamanya hari rawat tersebut, salah satu penyebabnya mungkin karena ada beberapa oknum perawat yang secara tidak disadari telah menyebabkan trauma psikologis pada diri pasien, sehingga pasien merasa tidak nyaman, tidak mendapatkan cinta kasih, dan tidak dihargai. Misalnya: memberikan rokok dengan cara dilemparkan sehingga pasien harus memungutnya dari tanah;

memperlakukan pasien dengan seenaknya, disuruh-suruh dengan kasar, digusur, dibentak, dan sebagainya.

Akibat dari terlalu lamanya hari rawat merugikan pasien dan keluarganya. Kerugian yang dialami pasien adalah terhambatnya pemulihan kesehatan jiwanya karena mempersempit atau memperkecil kontak sosial dengan keluarga dan masyarakat di luar rumah sakit jiwa. Dan yang tidak kalah beratnya adalah kerugian yang dialami keluarga adalah karena pengeluaran biaya semakin besar padahal penghasilan semakin menurun/berkurang karena waktu untuk bekerja juga berkurang, bertambah beratnya beban pikiran, dan pengeluaran tenaga ekstra.

Berdasarkan pada penjelasan tersebut diatas maka dapat diasumsikan bahwa perawat pelaksana belum menerapkan teknik komunikasi terapeutik dengan baik (maksimal). Fakta ini telah menarik minat penulis untuk meneliti mengenai "Faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi".

## **B. Perumusan Masalah**

Komunikasi merupakan kemampuan yang mutlak harus dimiliki oleh seorang perawat jiwa. Namun, komunikasi yang dilakukan bukan sembarang komunikasi, sebab komunikasinya sudah harus spesifik, mempunyai efek terapeutik, dan profesional. Sebab, komunikasi yang dilakukan oleh seorang perawat kesehatan

jiwa adalah untuk memecahkan suatu persoalan yang sedang dihadapi oleh pasiennya dengan cara-cara yang ilmiah. Stuart (2007:11) menyatakan bahwa perawat menggunakan diri sendiri dan teknik-teknik klinis tertentu dalam menangani pasien. Oleh karena itu, kemampuan yang dimiliki oleh seorang perawat kesehatan jiwa tentang teknik-teknik komunikasi terapeutik adalah penting agar efektif dan efisien.

Penggunaan diri sendiri secara terapeutik seharusnya sudah otomatis terjadi, baik kognitif, afektif, maupun konatifnya sehingga tidak terjadi lagi miskomunikasi atau komunikasi yang bersifat non terapeutik, apalagi komunikasi yang secara tidak disengaja malah bersifat mengancam terapeutik terhadap siapapun, terutama terhadap pasien.

Perawat yang mengerti proses komunikasi dan mempunyai berbagai keterampilan dalam berkomunikasi, khususnya mengenai teknik komunikasi terapeutik, diharapkan akan mampu menggunakan dirinya sendiri secara utuh (kognitif, afektif, dan konatif) untuk memberi efek terapeutik kepada pasien. Namun, pada kenyataannya tidak semudah seperti apa yang dibayangkan, sebab jika ternyata komunikasi yang disampaikan oleh perawat itu ternyata kurang, tidak tepat, atau bahkan menyalahi, maka yang terjadi bukannya komunikasi terapeutik melainkan komunikasi non terapeutik, bahkan bias sampai menjadi penghambat terapeutik.



Di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi, perawatnya belum berhubungan terapeutik secara baik, khususnya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, sehingga pasien dan keluarga belum merasa puas terhadap perlakuan perawat.

Pasien harus menjadi fokus utama dari interaksi; jangan sampai ada keterlibatan emosi (simpati) melainkan hanya empati; hindari penilaian atau pemberian julukan (labeling); hindari perubahan topik pembicaraan kecuali jika sangat menarik bagi pasien; perhatikan latar belakang nilai-nilai (agama), norma-norma, dan budaya yang dianut oleh pasien; gunakan bahasa yang jelas, ringkas, dan sederhana; kecepatan bicara dan kekerasan suara yang selalu terkontrol; pahami bahwa 90 % dari arti komunikasi itu berasal dari komunikasi non verbal (Hunsaker cit. Leddy, 1998 dalam Nurjannah, 2005:64); Kontak mata adalah penting, sebab berfungsi untuk mengatur aliran komunikasi, memonitor umpan balik, dan mengekspresikan emosi. Namun, tatapan mata harus dilakukan secara hati-hati, sebab salah-salah malah dapat menimbulkan efek yang negatif, seperti: merasa tidak nyaman, meragukan diri, menjadi marah, heran ! ada apa ?, menjadi bingung, menjadi curiga, merasa terancam, dsb..

Oleh karena itu, yang menjadi masalah dalam penelitian ini adalah karena perawat belum berkomunikasi dengan baik serta pasien dan keluarga belum puas terhadap pelayanan perawat, dengan demikian maka peneliti merasa perlu untuk mengetahui faktor-faktor yang menyebabkan perawat belum berkomunikasi

dengan baik. Oleh karena itu, yang menjadi pertanyaan dalam penelitian ini adalah “faktor-faktor apa sajakah yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ?”.

### C. Tujuan Penelitian

Tujuan dalam penelitian ini terdiri dari dua bagian, yaitu tujuan umum dan tujuan khusus.

#### 1. Tujuan Umum

Mendapatkan gambaran mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.

#### 2. Tujuan Khusus

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis mengenai:

- a. Diketuinya karakteristik perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.
- b. Diketuinya kesadaran diri perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.
- c. Diketuinya motivasi perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.
- d. Diketuinya kemampuan kognitif perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

- e. Diketuainya kemampuan afektif perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.
- f. Diketuainya kemampuan psikomotor perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.
- g. Diketuainya faktor dominan yang paling berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Beberapa manfaat yang dapat diperoleh dari hasil penelitian ini, yaitu:

##### **1. Manfaat penelitian bagi pelayanan**

Setelah diketahuinya tingkat kemampuan (kognitif, afektif, dan konatif) perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuannya tersebut maka diharapkan akan menjadi informasi dasar bagi pengambilan langkah-langkah kebijakan kearah yang lebih terarah, lebih pasti, dan lebih baik. Dengan demikian maka diharapkan agar pelayanan keperawatan jiwa pada umumnya dan penerapan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada khususnya dapat ditingkatkan.

Jika kualitas dan kuantitas pelayanan keperawatan jiwa meningkat maka kepuasan pelanggan (pasien, keluarga, dan masyarakat) juga akan meningkat. Peningkatan tersebut dapat dilihat melalui Indikator Mutu Umum, tiga diantaranya yaitu BOR meningkat, AvLoS menurun, dan TOI juga menurun sampai mencapai nilai ideal.

## 2. Manfaat penelitian bagi perkembangan ilmu pengetahuan

Berdasarkan pada hasil penelitian ini, maka secara khusus diharapkan agar penerapan teknik-teknik komunikasi terapeutik oleh perawat pelaksana di RSJ Bandung dan Cimahi akan berkembang ke arah yang lebih baik, dan secara umum berarti juga telah memberikan sumbangan yang cukup berharga bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bidang pelayanan keperawatan jiwa.

## 3. Manfaat penelitian bagi pendidikan keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan akan lebih memperkaya hasanah pengetahuan keperawatan, terutama keperawatan jiwa, sehingga para mahasiswa/i akan lebih memperhatikan lagi mengenai pentingnya penerapan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa.

## 4. Manfaat penelitian ini bagi penelitian selanjutnya

Setelah penelitian kuantitatif ini dilaksanakan, maka dapat dilanjutkan dengan penelitian selanjutnya, yaitu penelitian kualitatif yang akan mengeksplorasi faktor pendukung yang berhubungan dengan kemampuan

perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ini secara lebih mendalam. Misalnya: dari faktor kesadaran diri dari perawat pelaksana, maka dapat dieksplorasi melalui indepth interview yang lebih mendetail, dst..

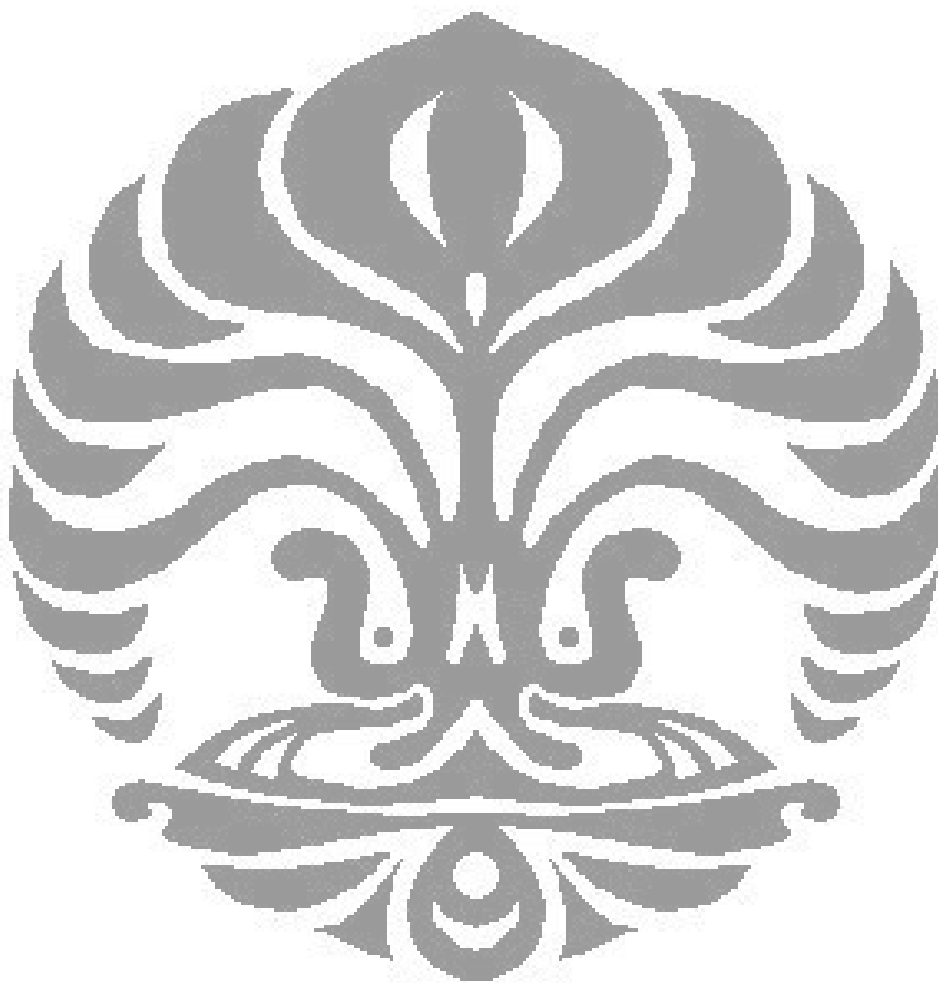
#### 5. Manfaat penelitian bagi pasien

Manfaat dari hasil penelitian ini memang tidak akan memberikan dampak langsung bagi pasien gangguan jiwa di rumah sakit jiwa. Sebab, dampaknya tersebut akan dapat dirasakan setelah melalui suatu proses yang dimulai dari hasil penelitian ini, perbaikan kebijakan-kebijakan, perbaikan kualitas dan kuantitas perawat jiwa, perbaikan pelayanan kesehatan jiwa yang salah satu diantaranya adalah penerapan teknik-teknik komunikasi, dan pada ujung-ujungnya adalah manfaat yang akan dirasakan oleh pasien berupa pencapaian lama hari rawat (AvLoS) yang dapat mencapai titik ideal antara 6 – 9 hari saja, sehingga suatu hari nanti pasien gangguan jiwa akan lebih banyak lagi waktu kontak sosialnya dengan keluarga dan masyarakat serta lebih produktif.

#### 6. Manfaat penelitian bagi keluarga pasien

Jika jumlah hari perawatan pasien di rumah sakit jiwa jauh menurun dari rata-rata 25,5 hari dan 46,25 hari menjadi hanya 6 atau paling lama 9 hari saja, maka keluarga pasien tentu akan sangat terbantu, karena keluarga

dapat lebih menghemat pengeluaran biaya, hemat waktu, hemat pikiran, hemat tenaga, dan produktivitasnya lebih meningkat lagi.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Sesuai dengan judul dalam penelitian ini, yaitu tentang faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi, maka secara garis besarnya yang akan dibahas di dalam bab tinjauan pustaka ini adalah mengenai teknik-teknik komunikasi terapeutik dan faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik komunikasi terapeutik.

#### **A. Teknik Komunikasi Terapeutik**

Hubungan perawat-pasien yang terapeutik adalah pengalaman belajar bersama dengan tujuan utamanya adalah untuk memberikan pengertian, memperbaiki emosi, dan merubah perilaku pasien. Stuart dan Sundeen (1987:96) dalam Keliat (1996:1) menjelaskan bahwa secara umum, tujuan hubungan terapeutik adalah untuk perkembangan pasien, yaitu:

1. Meningkatkan kesadaran diri, penerimaan diri, dan penghargaan diri;
2. Memberikan pengertian yang jelas tentang identitas diri serta terjadinya peningkatan pada integritas dirinya;
3. Meningkatkan kemampuan untuk membina hubungan yang akrab, interdependen, serta pribadi dengan kecakapan menerima dan menerima kasih sayang;

4. Meningkatkan fungsi dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dan mencapai tujuan pribadi yang realistis.

Untuk mencapai keempat tujuan diatas, berbagai aspek kehidupan pasien akan terekspresikan selama berinteraksi dengan perawat. Disini, perawat akan mendorong pasien untuk mengekspresikan perasaannya, pikiran dan persepsinya, serta hubungannya dengan perilaku yang tampak (hasil observasi dan laporan). Area yang diidentifikasi sebagai konflik dan kecemasan perlu diklarifikasi.

Hal penting lainnya yang perlu dilakukan oleh seorang perawat adalah mengidentifikasi kemampuan pasien dan mengoptimalkannya dalam melakukan hubungan keluarga dan hubungan sosial. Komunikasi diharapkan akan menjadi lebih baik, dan perilaku yang maladaptif berubah menuju perilaku yang adaptif setelah pasien mencoba pola perilaku dan coping baru yang konstruktif.

Status pasien pun telah berubah dari dependen menjadi interdependen. Pada awalnya dapat saja perawat yang mengambil keputusan untuk pasien. Akan tetapi pada saat yang selanjutnya, perawat hanya boleh memberikan alternatif dan membantu pasien dalam proses memecahkan masalahnya.

Sesuai dengan judul penelitian ini, maka pembahasan mengenai teknik komunikasi terapeutik ini akan dimulai dari cara perawat mengenal dirinya sendiri, hubungan terapeutik (yang di dalamnya terdapat pembahasan mengenai



bagaimana cara perawat menggunakan diri sendiri secara terapeutik), komunikasi terapeutik, dan teknik komunikasi terapeutik itu sendiri.

### 1. Analisa Diri Perawat

Hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien berprinsip pada perawat yang harus menggunakan dirinya sendiri secara terapeutik dalam upayanya untuk membantu pasien. Oleh karena itu, perawat harus mengenal dirinya sendiri, mulai dari pikirannya dan nilai-nilai serta norma-norma yang dianutnya, perasaannya, dan perilakunya agar dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasiennya selalu berkualitas dan menguntungkan pasien.

Perawat seharusnya sudah menyadari bahwa profesinya berfungsi untuk menolong pasien agar dapat beradaptasi secara positif terhadap segala bentuk stres yang dialaminya, dengan demikian maka pertolongannya disebut bersifat terapeutik. Instrumen utama yang dipakai adalah diri perawat sendiri. Hal ini sudah tercermin dari definisi mengenai keperawatan jiwa menurut *American Nurses Associations (ANA)* dalam Stuart (2007:2) yang menyatakan bahwa “Keperawatan kesehatan jiwa adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri yang bermanfaat sebagai kiatnya”.

Berdasarkan pada definisi tersebut diatas, maka jelas bahwa perawatan kesehatan jiwa selalu dilandasi oleh dua hal, yaitu: yang pertama, dilandasi oleh ilmu-ilmu perilaku seperti psikologi, sosiologi, dan komunikasi.

Dan yang kedua, dilandasi oleh penggunaan diri sendiri secara terapeutik, yang berarti bahwa perawat jiwa membutuhkan alat atau media untuk melakukan perawatan. Alat yang digunakan, selain keterampilan teknik dan alat-alat klinik adalah penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai hal yang terpenting. Misalnya: gerak tubuh (*posture*), mimik wajah (*face expression*), bahasa (*language*), tatapan mata (*eye*), pendengaran (*listening*), sentuhan (*touching*), nada suara (*vocalization*), dan sebagainya. Jadi, analisa diri sendiri merupakan dasar utama untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas.

Fokus analisa diri yang terpenting adalah kesadaran diri, klarifikasi nilai, eksplorasi perasaan, kemampuan menjadi model, dan rasa tanggung jawab. Dengan mengetahui sifat diri sendiri maka diharapkan agar perawat dapat menggunakan dirinya sendiri secara terapeutik untuk menolong pasien tanpa merusak integritas dirinya.

## **2. Hubungan Terapeutik**

Hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien adalah merupakan prinsip dasar dalam merawat pasien, khususnya pasien dengan gangguan jiwa. Disini,

perawat diharapkan untuk senantiasa dapat memberikan stimulus verbal maupun non-verbal yang konstruktif dalam berinteraksi dengan pasiennya.

Stuart dan Sundeen (1987:103) dalam Keliat (1996:8) menyatakan bahwa hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien adalah hubungan kerja sama yang ditandai dengan saling tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran, dan pengalaman dalam membina hubungan akrab yang terapeutik.

Dalam prosesnya, perawat membina hubungan terapeutik sesuai dengan perkembangan pasien dalam menyadari dan mengidentifikasi masalah serta membantu dalam hal pemecahan masalahnya. Perawat memberikan umpan balik yang disertai dengan alternatif pemecahan masalahnya, dan pasien dapat menggunakan informasi tersebut untuk menangani masalahnya sendiri yang belum dapat dipecahkan secara konstruktif.

Stuart dan Sundeen (1987:104) dalam Keliat (1996:8-14) menyatakan bahwa proses hubungan terapeutik antara perawat dengan pasien terdiri dari empat fase, yaitu fase prainteraksi, fase pengenalan atau orientasi, fase kerja, dan fase terminasi.

### **a. Fase Prainteraksi**

Prainteraksi dimulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Pada fase ini perawat harus mengenali dirinya sendiri, mengenali perasaannya sendiri dalam menghadapi interaksi yang akan dilakukan, dan mengetahui tujuan interaksi.

#### **1) Mengenal Diri Sendiri**

Perawat, dalam upayanya untuk mengenali diri sendiri, agar dapat menggunakan dirinya sendiri secara terapeutik terhadap pasiennya, maka harus mengetahui:

- a) Ideal dirinya sebagai perawat jiwa;
- b) Menunjukkan keselarasan antara nilai dan norma yang dianutnya dengan nilai dan norma yang dianut pasiennya;
- c) Kekuatan dan kelemahannya dalam interaksi yang akan dilakukannya; dan
- d) Rencana tindakan dalam menghadapi pasien pada situasi tertentu. Artinya, perawat sudah dapat menduga mengenai kemungkinan-kemungkinan negatif yang bisa dilakukan oleh pasien pada saat interaksi.

Misalnya: pasien meninggalkan perawat pada saat interaksi sedang berlangsung dan belum diterminasi. Pada keadaan yang seperti ini, perawat harus segera melakukan kontrak baru, atau kontrak sepihak.

## 2) Mengenal Perasaan sendiri Dalam Menghadapi Interaksi

Mengenal perasaan sendiri ketika akan melakukan interaksi dengan pasien adalah penting. Pada fase ini, perawat harus :

- a) Mengenal perasaan sendiri pada saat akan berinteraksi dengan pasiennya.  
Apakah cemas, takut, grogi, miris, dsb.;
- b) Mengetahui penyebab munculnya perasaan tersebut; dan
- c) Mengetahui cara dan upaya untuk mengatasi perasaan tersebut.

## 3) Mengetahui Tujuan Interaksi

Tahap terakhir dari fase pra-interaksi ini adalah perawat harus mengetahui tujuan interaksi. Oleh karena itu perawat harus dapat :

- a) Mengetahui tujuan yang ingin dicapai melalui interaksi ini;
- b) Mengkaji ulang mengenai relevansinya antara tujuan tersebut dengan permasalahan yang sedang dihadapi pasiennya; serta
- c) Memastikan tujuan yang akan dicapai adalah realistis dan sesuai dengan batas kemampuannya;

Untuk lebih jelasnya dalam pembahasan mengenai bab pra-interaksi ini, maka berikut ini akan dikemukakan sebuah kutipan dari Keliat (1996:8-11) yang menyatakan bahwa pra-interaksi dimulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutannya, sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan hubungan terapeutik dengan pasien dapat dipertanggung-jawabkan.

Perawat yang telah berpengalaman dapat menganalisa diri sendiri, dan pengalaman tersebut menjadi nilai tambah yang berguna dalam memberikan asuhan keperawatan yang lebih efektif. Ia mempunyai konsep diri yang relatif stabil dan harga diri yang adekuat, mempunyai hubungan yang konstruktif dengan orang lain, dan berpegang pada kenyataan yang ada dalam menolong pasiennya (Stuart & Sundeen, 1987:105).

Pemakaian diri secara terapeutik berarti memaksimalkan pemakaian kekuatan dan meminimalkan pengaruh kelemahan diri dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasiennya. Tugas tambahan pada fase ini adalah mendapatkan informasi mengenai pasien dan menentukan kontak pertama.

#### **b. Fase Perkenalan Atau Orientasi**

Fase ini dimulai dengan pertemuan antara perawat dengan pasien. Hal utama yang harus dikaji adalah mengenai alasan pasien meminta pertolongan, sebab hal ini akan memengaruhi terbinanya hubungan perawat-pasien.

Ketika memulai suatu hubungan, tugas utama seorang perawat adalah membina hubungan saling percaya, penerimaan dan pengertian, komunikasi yang terbuka, serta perumusan kontrak dengan pasien. Elemen-elemen kontrak (lihat tabel 2.1.) perlu diuraikan dengan jelas pada pasien sehingga kerjasama antara perawat dengan pasien dapat optimal. Pada fase ini pasien diharapkan dapat berperan serta secara penuh dalam kontrak. Namun, pada kondisi tertentu, seperti misalnya pada

pasien dengan gangguan orientasi realita, maka kontrak dapat dilakukan secara sepihak, dan perawat perlu mengulang kontrak jika kontak realitas pada pasien sudah meningkat.

Perawat dan pasien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman dan bimbang karena memulai hubungan yang baru. Pasien yang mempunyai pengalaman hubungan interpersonal yang menyakitkan akan sulit menerima dan sulit terbuka dengan orang asing. Pasien anak memerlukan rasa aman untuk mengekspresikan perasaan tanpa dikritik atau dihukum. Tugas perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan, dan mengidentifikasi masalah, serta merumuskan tujuan bersama pasien.

#### **c. Fase Kerja Atau Interaksi**

Pada fase kerja, perawat dan pasien bersama-sama mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan pikiran, perasaan, persepsi, dan perbuatan pasien. Perawat membantu pasien untuk mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian, dan tanggung jawab diri sendiri, serta mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Fokus pada fase ini adalah perubahan perilaku dari yang maladaptif menjadi adaptif.

#### **d. Fase Terminasi**

Terminasi merupakan fase yang sangat penting dari hubungan terapeutik, namun sekaligus sangat sulit sebab rasa percaya dan hubungan akrab yang terapeutik

sudah terbina dengan baik dan berada pada tingkat yang optimal. Pada keduanya, baik perawat maupun pasien, akan merasakan kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat perawat mengakhiri tugasnya pada unit tertentu atau pasiennya pulang. Apapun alasan terminasi, tugas perawat pada fase ini adalah menghadapi realitas perpisahan yang tidak dapat diingkari. Perawat dan pasien secara bersama-sama meninjau kembali proses perawatan yang telah dilalui dan tujuan-tujuan yang telah dicapai. Perasaan marah, sedih, penolakan, dll. perlu dieksplorasi dan diekspresikan.

Fase terminasi ini harus diatasi dengan memakai konsep proses kehilangan (*denial, anger, bargaining, depression, dan acceptance*). Proses terminasi yang sehat akan memberikan pengalaman yang positif dalam membantu pasien untuk mengembangkan coping ketika menghadapi perpisahan. Respons pasien dalam menghadapi perpisahan dapat beragam. Pasien mungkin akan mengingkari perpisahan atau mengingkari manfaat hubungan. Oleh karena itu, pasien dapat saja menunjukkan rasa marahnya atau rasa bermusuhannya dengan tidak menghadiri pertemuan atau berbicara yang dangkal.

Terminasi yang mendadak dan tanpa persiapan mungkin akan dipersepsikan oleh pasien sebagai penolakan. Atau mungkin juga perilaku pasien akan kembali pada perilaku sebelumnya, dengan harapan perawat tidak akan mengakhiri hubungan terapeutik karena pasien memerlukan bantuan. Proses hubungan terapeutik ini



secara ringkas telah disajikan dalam bentuk tabel seperti yang tersaji di bawah ini, yaitu :

Tabel 2.1. Tugas Perawat Pada Setiap Fase Proses Interaksi

F a s e	T u g a s
Prainteraksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutannya sendiri.</li> <li>- Menganalisa kekuatan dan kelemahan profesionalisme pribadi.</li> <li>- Mendapatkan data tentang pasien jika memungkinkan.</li> <li>- Merencanakan pertemuan pertama.</li> </ul>
Orientasi/ Perkenalan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menentukan alasan pasien meminta pertolongan.</li> <li>- Membina rasa saling percaya, penerimaan, dan komunikasi terbuka.</li> <li>- Merumuskan kontrak bersama.</li> <li>- Mengeksplorasi pikiran, perasaan, dan perilaku pasien.</li> <li>- Mengidentifikasi masalah pasien.</li> <li>- Merumuskan tujuan dengan pasien.</li> </ul>
Kerja/ Interaksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengeksplorasi stressor yang tepat.</li> <li>- Mendorong perkembangan kesadaran diri pasien dan pemakaian mekanisme koping yang konstruktif.</li> <li>- Mengatasi penolakan perilaku adaptif.</li> </ul>
Terminasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menciptakan relitas perpisahan.</li> <li>- Membicarakan proses terapi Dan pencapaian tujuan.</li> <li>- Saling mengeksplorasi perasaan penolakan dan kehilangan, sedih, marah, serta perilaku lainnya.</li> </ul>

*Sumber:* Stuart & Sundeen, S.J., 1987:104 dalam Keliat, 2005:10.

### 3. Komunikasi Terapeutik

Komunikasi telah dilakukan oleh manusia sejak ia masih berada dalam kandungan sampai dengan meninggal dunia. Oleh karena itu dapat dikatakan bahwa komunikasi mempunyai umur yang sama tuanya dengan umur kehidupan itu sendiri.

Semua tingkah laku manusia merupakan komunikasi, baik verbal maupun non verbal, dan semua komunikasi akan mempengaruhi tingkah laku, sehingga komunikasi pada dasarnya dapat dijadikan sebagai alat untuk memfasilitasi hubungan terapeutik, atau jika penggunaannya tidak tepat malah dapat berubah fungsi menjadi penghalang bagi pertumbuhan hubungan terapeutik.

Pembahasan mengenai komunikasi terapeutik ini terdiri dari dua bagian, yaitu komunikasi terapeutik itu sendiri dan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

#### **a. Komunikasi Terapeutik**

Stuart & Sundeen (1987) dalam Keliat (1996:15) menyatakan bahwa teori komunikasi sangat sesuai dalam praktek keperawatan karena: (1) Komunikasi merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik. Dalam proses komunikasi terjadi penyampaian informasi, pertukaran pikiran, dan pertukaran perasaan; (2) Maksud komunikasi adalah untuk mempengaruhi perilaku orang lain. Berarti, keberhasilan intervensi perawatan tergantung pada komunikasi, karena proses keperawatan ditujukan untuk merubah perilaku agar dapat mencapai tingkat kesehatan yang optimal; (3) Komunikasi adalah berinteraksi. Interaksi antara perawat dengan pasien yang terapeutik tidak mungkin akan dapat dicapai tanpa komunikasi.

Perawat yang ingin membina hubungan yang terapeutik dengan pasiennya perlu mengetahui mengenai proses komunikasi dan keterampilan berkomunikasi dalam membantu pasien untuk memecahkan masalahnya.

#### **b. Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik**

Disini, perawat menggunakan berbagai teknik komunikasi terapeutik untuk memengaruhi pasien sehingga terjadi perubahan pada kognitif, afektif, dan psikomotornya. Teknik komunikasi yang dimaksud diuraikan oleh Stuart dan Sundeen (1987:124) dalam Keliat (1996:26-28); Leddy dan Pepper (1998), Varcarolis (1990), Linberg dkk. (1998), Ellis (1994), Tedeschi et. Rungapadiachy (1999), Schultz dan Videbeck (1998), serta Potter dan Perry (1993) dalam Nurjannah (2005); sebagai berikut :

##### **1) Mendengarkan**

Mendengarkan (listening) adalah teknik komunikasi terapeutik yang paling penting, sebab merupakan dasar utama dalam berkomunikasi secara terapeutik dengan pasien. Mendengar mempunyai arti bahwa konsentrasi aktif dan persepsi terhadap pesan orang lain yang menggunakan semua indra. Mendengarkan orang lain dengan penuh perhatian akan menunjukkan pada orang lain tersebut bahwa apa yang dikatakannya adalah penting dan dia adalah orang penting. Mendengarkan juga mengandung pesan bahwa “saya tertarik pada anda. Dengan cara mendengarkan akan membuat perawat mengetahui perasaan pasien. Oleh

karena itu, beri kesempatan yang lebih banyak kepada pasien untuk berbicara, jangan sebaliknya.

Mendengar itu terbagi ke dalam dua jenis, yaitu :

a) *Mendengar Pasif*: adalah kegiatan mendengar dengan kegiatan non verbal untuk pasien. Misalnya, dengan kontak mata, mengangguk-anggukan kepala, dan juga dengan mengikutsertakan bahasa verbal seperti “oohh”, “yaa”, “saya sedang mendengarkan anda”.

Mendengar pasif akan dapat memperdayakan si pendengar, karena mendengar dengan pasif akan membuat kita kurang memahami perasaan orang lain.

b) *Mendengar Aktif*: adalah kegiatan mendengar yang menyediakan pengetahuan bahwa kita dapat mengetahui dan memahami perasaan orang lain, dan juga bisa mengerti mengenai mengapa ia bisa merasakan hal tersebut.

Selanjutnya, agar lebih jelas lagi mengenai mendengarkan secara aktif ini akan diterangkan mengenai cara menjadi pendengar yang efektif dan bagaimana cara untuk meningkatkan pemahaman agar dapat menjadi pendengar yang efektif, yaitu :

(1) Cara menjadi pendengar yang efektif, yaitu :

(a) Berfokus pada: pemahaman apa yang dikatakan seseorang.

(b) Memelihara kontak mata. Jangan melihat sekeliling, atau sambil melakukan tugas lain, atau sering merubah posisi, sebab semua itu dapat

ditangkap oleh mereka yang sedang berbicara bahwa anda tidak sedang mendengarkannya.

- (c) Menempatkan diri atau posisi pada level yang sama.
- (d) Duduk (jika memungkinkan). Sebab, jika sambil berdiri akan menyebabkan seseorang beranggapan bahwa anda tidak mempunyai cukup waktu untuk berkomunikasi, dan bahkan anda dianggap akan segera pergi. Jadi, pasien akan berpikir “buat apa kita harus berkomunikasi?”
- (e) Memberi waktu pada pasien untuk berbicara. Bersikaplah yang kalem pada saat kita sedang menunggu jawaban dari pasien yang sedang berpikir. Dan jangan membicarakan diri sendiri, kecuali jika kita ingin memberikan contoh. Sedangkan contoh yang baik dapat diambil dari manapun dan dari siapapun.
- (f) Sering merespon, baik secara verbal maupun non verbal.
- (g) Sedikit membungkukan badan ke arah depan pada waktu-waktu tertentu.
- (h) Rileks.
- (i) Postur terbuka, tangan dan kaki tidak menyilang. Karena, jika tangan dan/atau kaki menyilang menandakan seseorang yang defensif.

- (2) Cara meningkatkan pemahaman pada orang lain agar bisa menjadi pendengar yang aktif, yaitu :
- (a) Mendengar dengan empati. Empati menggambarkan pemahaman perawat dengan cara menempatkan diri pada posisi pasien dan usaha untuk melihat sesuatu dari sudut pandang pasien.
  - (b) Meninggalkan emosi dan perasaan kita dengan cara mengalihkan dulu perhatian, ketakutan, dan masalah yang sedang kita hadapi atau yang kita miliki.
  - (c) Mendengarkan apa yang tidak terucap dari pasien. Topik-topik yang dihindari pasien mungkin adalah merupakan sesuatu yang sulit atau menyakitkan bagi pasien.
  - (d) Mendengarkan tentang bagaimana cara pasien mengucapkan sesuatu, karena tingkah laku dan emosi tertentu mungkin saja sebenarnya adalah merupakan isi dari ucapan itu. Maksudnya, justru bahasa non verbalnya lah yang sebenarnya mengandung arti untuk direspon oleh perawat, bukan bahasa verbalnya.
  - (e) Kontrol reaksi diri terhadap kata-kata yang emosional, sebab kata-kata yang bagi anda mempunyai makna emosional itu mungkin saja akan mengacaukan anda.

## 2) Memberikan Pertanyaan Terbuka

Memberikan pertanyaan terbuka (*broad opening*) adalah cara perawat mengajukan pertanyaan terbuka dengan maksud untuk memberikan kesempatan

kepada pasien agar dapat memilih jawaban dengan sebeb-bebasnya. Perawat hanya memancing dengan maksud sesungguhnya adalah untuk memberikan inisiatif kepada pasien.

Contoh : Apa yang sedang anda pikirkan ?, Apa yang akan kita bicarakan hari ini ?, Dari mana anda akan mulai ?

Perawat sebagai pendengar yang aktif, kemudian dapat memberikan dorongan dengan mengatakan “Yaa saya mengerti” atau “Oo....., oo....., oo.....”, dll..

Namun, teknik ini juga bisa berubah menjadi non terapeutik jika kemudian pasien malah mendominasi interaksi.

### 3) Mengulang

Mengulang (*restating*) adalah mengulang pokok pikiran (pikiran utama) yang telah diungkapkan/diekspresikan oleh pasien. Teknik ini bernilai terapeutik karena perawat telah mendengar secara aktif dan memvalidasi, yang berarti bahwa perawat telah mendukung pasien serta memberikan perhatian terhadap apa yang baru saja dikatakan. Teknik ini digunakan pada saat mencoba untuk mengklarifikasi mengenai apa yang telah pasien ucapkan. Gunanya adalah untuk menguatkan atau mempertegas sehingga dapat menjadi salah satu indikasi yang beralasan bagi perawat untuk mengikuti pembicaraan pasien.

Contoh: “Anda mengatakan bahwa anda telah ditinggalkan oleh ibu anda pada saat anda masih berumur lima tahun.”

Namun, teknik ini juga kemudian bisa berubah menjadi tidak terapeutik jika perawat kurang atau malah tidak melakukan validasi terhadap apa yang telah diekspresikan oleh pasien.

#### 4) Klarifikasi/Validasi

Klarifikasi sama dengan validasi, yaitu perawat menanyakan pada pasien mengenai apa yang tidak dapat dimengerti oleh perawat tersebut tentang sesuatu yang ada/terjadi.

Klarifikasi dilakukan jika perawat yang ingin memahami situasi yang digambarkan oleh pasien ternyata menimbulkan keraguan, tidak jelas, tidak/kurang terdengar, pasien tampak malu-malu ketika akan mengungkapkan pikiran atau perasaannya, informasi yang diperoleh tidak lengkap, atau pasien dalam mengemukakan informasinya berpindah-pindah (meloncat-loncat). Cara ini berguna bagi perawat untuk memperoleh kejelasan dan kesamaan ide, kesamaan perasaan, dan kesamaan persepsi antara perawat dengan pasien.

Contoh: Dapatkah anda jelaskan kembali mengenai .....

#### 5) Memfokuskan

Memfokuskan (*focusing*) adalah merupakan cara perawat dalam membantu pasien agar konsisten (tidak teralihkan) terhadap topik pembicaraan penting yang telah



dipilihnya, sehingga pembicaraan tetap terjaga untuk menuju satu tujuan yang lebih spesifik, lebih jelas, lebih realistis, dan dapat dimengerti.

Contoh :

Klien : Wanita yang telah sering menjadi bulan-bulanan.

Perawat : Coba ceritakan ! bagaimana perasaan anda sebagai wanita ?

#### 6) Diam

Diam (*silence*) adalah merupakan salah satu teknik komunikasi terapeutik yang dianggap cukup sulit. Cara ini biasanya digunakan setelah perawat mengajukan sebuah pertanyaan. Tujuan perawat melakukan teknik komunikasi terapeutik diam ini adalah untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk memroses informasi, mengorganisir pemikiran, memberi motivasi agar pasien mau berbicara, dan untuk menunjukkan bahwa perawat bersedia menunggu respon dari pasien. Disamping itu, diam juga dapat diartikan sebagai mengerti, atau marah.

Namun, teknik diam ini tidak dapat dilakukan dalam waktu yang terlalu lama, sebab dapat mengakibatkan pasien malah menjadi gelisah, khawatir, dan tidak tenang. Artinya, penerapan teknik diam yang tidak tepat malah dapat menyebabkan pasien merasa cemas.

Teknik ini berguna bagi pasien yang menarik diri untuk menunjukkan pada pasien bahwa perawat mau menerima pasien apa adanya, juga berguna untuk pasien yang mengalami kesulitan untuk membagi persepsinya dengan perawat. Diam

digunakan pada saat pasien perlu mengekspresikan ide tapi tidak tahu bagaimana cara melakukan atau menyampaikannya.

Myers dan Myers cit. Rungapadiachy (1999) dalam Nurjannah (2005:87) menyatakan bahwa arti dari diam adalah :

- a) saat seseorang sedang marah dan frustrasi tapi menolak untuk mengungkapkan.
- b) saat seseorang mendengarkan dengan penuh perhatian untuk sesuatu yang dianggapnya penting.
- c) saat seseorang sedang bosan.
- d) saat seseorang tidak dapat berpikir mengenai apa yang akan dikatakan atau apa yang akan dilakukan.
- e) saat seseorang sedang berpikir mengenai apa yang telah dikatakan pembicara.
- f) saat seseorang tidak dapat memahami mengenai apa yang telah dikatakan pembicara.
- g) saat seseorang sedang melihat pemandangan yang sangat indah.
- h) saat seseorang sedang berpikir mengenai apa yang akan dikatakan atau apa yang akan dilakukan.
- i) saat seseorang merasa tidak ada lagi yang akan dikatakan.
- j) saat sedang berkasih sayang dan mereka (wanita atau pria) ingin agar yang lain diam.
- k) saat seseorang sedih.

Misalnya :

Pasien : “Saya marah !!!”

Perawat : (diam)

Pasien : “Istri saya selingkuh”

### 7) Observasi

Observasi adalah kegiatan perawat dalam mengamati pasiennya. Observasi dilakukan jika terdapat konflik antara verbal dengan non verbal dari pasien, atau pada tingkah laku verbal dan non verbal yang tampak nyata pada saat ini yang biasanya tidak ada pada pasien. Observasi harus dilakukan oleh seorang perawat sedemikian rupa agar pasien tidak menjadi malu atau marah.

Misalnya, perawat: “Anda tampak gemetar dan berkeringat, sejak kapan?”.

### 8) Asertif

“Asertif (*assertive*) adalah kemampuan mengekspresikan pikiran dan perasaannya dengan cara yang meyakinkan dan nyaman serta tetap menghargai orang lain”.

(Adler, 1977; Jakubowski & Lange, 1978; Herman, 1978 cit. Smith, 1992 dalam Nurjannah, 2005:87).

Smith (1992) dalam Nurjannah (2005:87-88) menjelaskan lagi tentang komunikasi asertif ini secara lebih terperinci, bahwa komunikasi asertif berarti :

- a) Mampu dalam berbagi strategi komunikasi untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan dengan jalan tertentu yang secara terus-menerus melindungi hak diri dan orang lain.
- b) Memiliki perilaku yang positif mengenai komunikasi dengan jujur, terus terang, dan adil.
- c) Merasa nyaman dalam mengontrol perasaan negatif, misalnya: cemas, tegang, malu, atau takut.
- d) Merasa yakin dapat melakukannya sendiri dengan cara yang tetap menghargai diri sendiri dan orang lain.
- e) Menjaga hak diri dan orang lain adalah sama pentingnya.
- f) Berbicara jelas.
- g) Mampu melindungi diri dari kritik.
- h) Mampu menghadapi manipulasi dari pihak lain tanpa menyakiti hatinya, sehingga ia berani mengatakan tidak tanpa perasaan bersalah.

Contoh :

Pengawas : Saya telah melihat penampilanmu sebagai perawat baru disini

Perawat : Terimakasih pak .

Pengawas : Saya lihat kamu sering melakukan hal yang salah.

Perawat : Oohh, maafkan saya pak ! Tapi, bolehkah saya minta bantuan bapak agar saya tidak melakukan kesalahan lagi ?

Selanjutnya, agar Komunikasi *asertif* ini tampak lebih jelas lagi, maka harus dibedakan dengan komunikasi yang pasif (*passive*) maupun yang *agresif*. Komunikator yang pasif melepaskan haknya, sedangkan komunikator yang *agresif* malah melanggar hak orang lain.

Misalnya :

Pasien : Perawat !, sup ini tidak enak dan dingin, saya tidak mau makan !

Perawat A : Baiklah, berikan padaku ! (dalam hati berpikir: mengapa semua orang mengeluh padaku ?)  
(Pasif)

Perawat B : Ya, bagaimana ya, ini bukan salah saya, kamu harus bilang sama ahli gizi. Saya tidak dapat menolongmu.  
(Agresif)

Perawat C : Sangat mengecewakan yaa ?, anda dapat menggantinya dengan yang lebih hangat atau mengganti dengan makanan yang lain.  
(Asertif)  
Mana yang lebih anda sukai ? (membandingkan)

Perilaku komunikasi pasien pada umumnya pasif, hanya sebagian kecil saja yang *agresif*. Sesuai dengan permasalahan ini, perawat dapat membantu pasiennya agar berubah menuju *asertif*.

Tahap-tahap yang dapat dilakukan oleh seorang perawat kepada pasiennya menuju lebih *asertif*, yaitu: meningkatkan kepercayaan diri dan gambaran diri; menggunakan kata “tidak” harus sesuai dengan kebutuhan; mengomunikasikan

maksud dengan jelas; mengembangkan kemampuan mendengar; mengungkapkan pikiran dan perasaan yang didukung dengan bahasa tubuh yang tepat; menerima kritik dengan ramah, dan belajar terus-menerus.

### 9) Menyimpulkan

Pada fase terminasi, perawat dengan pasien harus menyimpulkan bahan-bahan yang telah dibahas tadi (pada fase interaksi). Kegiatan menyimpulkan ini penting agar dari perawat maupun pasien dapat saling mengklarifikasi komunikasi untuk memperoleh kesamaan ide dalam pikiran. Di samping itu, perawat dan pasien dapat membawa bersama-sama mengenai poin-poin penting dari diskusi tadi yang akan berguna untuk meningkatkan pemahaman.

Jika kita perinci, manfaat dari menyimpulkan yaitu :

- a) berfokus pada topik yang relevan.
- b) Menolong perawat dalam mengulang aspek utama dari interaksi.
- c) Pasien akan merasa bahwa perawat dapat memahami pesan-pesannya.
- d) Pasien dapat mengulang informasi dan membuat tambahan atau koreksi terhadap informasi sebelumnya.

### 10) Memberikan Penghargaan

Memberi penghargaan (*giving recognition*) merupakan teknik untuk memberikan pengakuan dan menandakan kesadaran.

Misalnya: “Saya melihat anda telah menyisir rambut dan juga memakai baju dengan rapi pagi ini !”.

### **11) Eksplorasi**

Eksplorasi (*Exploring*) berarti mempelajari suatu topik secara lebih mendalam.

Misalnya: “Coba ceritakan pada saya mengenai apa yang telah anda gambarkan tadi !”.

### **12) Menghadirkan kenyataan/realitas**

Menghadirkan kenyataan (*presenting reality*) adalah menyediakan informasi yang sesuai dengan kenyataan yang ada.

Misalnya: “Saya tidak mendengar seorangpun yang bicara disini !”, “Saya adalah yang merawat anda disini!”, atau “Ini adalah rumah sakit !”.

## **B. Faktor Yang Berhubungan Dengan kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik**

Pembahasan mengenai faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ini terdiri dari dua bagian, yaitu perawat dan kemampuan perawat.

### **1. Karakteristik Perawat**

Uraian mengenai perawat terdiri dari pengertian perawat dan kemampuan perawat, yaitu :

### a. Pengertian Tentang Perawat

Basford dan Slevin (2006:45) menyatakan bahwa yang dimaksud dengan perawat adalah seseorang yang hadir pada saat penyembuhan, pada pergerakan menuju kehidupan, dan kematian. Perawat adalah manusia biasa dalam sebuah pekerjaan yang luar biasa, dalam sebuah hubungan khusus, dan mempunyai hak-hak istimewa dengan orang lain, keluarganya, dan komunitas.

Berdasarkan pada pendapat tersebut diatas maka dapat kita simpulkan bahwa perawat adalah manusia biasa dalam sebuah pekerjaan yang luar biasa, yang menjalin hubungan khusus dengan orang lain, keluarganya, dan komunitas pada saat penyembuhan, pada seluruh rentang kehidupan, dan pada saat kematian.

### b. Karakteristik Perawat

Perawat yang akan diteliti adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi. Menurut Departemen kesehatan R.I. (1997:34-35) perawat yang akan diteliti tersebut digolongkan ke dalam sasaran primer. Yang dimaksud dengan sasaran *primer* adalah individu atau kelompok yang terkena masalah, diharapkan akan berperilaku seperti yang diharapkan, dan akan memperoleh manfaat yang paling besar dari hasil perilakunya.

Seringkali sasaran primer ini masih dibagi-bagi lagi ke dalam beberapa segmen sesuai dengan keperluannya. *Segmentasi* ini bisa berdasarkan umur, status sosial ekonomi, jenis kelamin (*sex*): pria atau wanita, tahap perkembangan, pendidikan, geografi: pedesaan atau perkotaan, tingkat adopsi, dan lain-lain.



Sesuai dengan kutipan tersebut diatas, maka perawat yang akan menjadi sasaran penelitian ini juga akan diteliti menurut perbedaan dari segi gender (jenis kelamin), usia, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, status perkawinan, dan kesadaran diri.

### 1) Perbedaan Gender

Beberapa studi yang memperlihatkan adanya perbedaan yang berkaitan dengan gender dalam hal cara berfungsinya intelek cenderung terlalu melebih-lebihkan hasil temuan mereka. Hasil dari studi yang tidak memperlihatkan perbedaan gender biasanya tidak diterbitkan atau hasil temuannya kurang diperhatikan (Gage & Berliner, 1992 dalam Bastable, 2002:192). Dengan demikian, mengenai sejauhmana hasil pembelajaran itu dipengaruhi oleh perbedaan gender masih terus dipertanyakan.

Laki-laki dengan perempuan sudah pasti berbeda. Berbeda dalam cara berespon, bertindak, dan bekerja di dalam situasi yang mempengaruhi setiap segi kehidupan. Misalnya: dalam hubungan antar manusia, intuisi perempuan cenderung ditampakkan dengan nada suara dan air muka yang lembut, sedangkan laki-laki cenderung tidak peka terhadap tanda-tanda komunikasi tersebut; dalam hal navigasi, perempuan cenderung mengalami kesulitan untuk menemukan jalan, sedangkan laki-laki lebih kuat pengenalan arahnya; dan di bidang kognitif, perempuan lebih unggul di bidang bahasa dan verbalisasi, sedangkan laki-laki

menunjukkan kelebihanannya dalam kemampuan mengenali ruang dan matematika.

Agar lebih jelas, dapat dilihat pada gambar 2.2. di bawah ini.

Tabel 2.2. Perbedaan Kemampuan Menurut Gender

Bidang	Perbedaan Gender	
	Perempuan	Laki-laki
Hubungan antar manusia	Intuisi perempuan cenderung ditampakkan dengan nada suara dan air muka yang lembut.	Cenderung tidak peka terhadap tanda-tanda komunikasi tsb. (nada suara dan air muka).
Navigasi	Cenderung mengalami kesulitan untuk menemukan jalan.	Lebih kuar pengenalan arahnya.
Kognitif	Lebih unggul dalam kemampuan bahasa dan verbalisasi.	Lebih unggul dalam kemampuan mengenali ruang dan matematika.

Kebanyakan perbedaan gender yang sudah diketahui secara statistik hanya sedikit jumlahnya. Bahkan perbedaan terbesar dalam fungsi kognitif tidak signifikan seperti pada perbedaan yang ditemukan mengenai tinggi laki-laki dan perempuan. Ada banyak tumpang tindih, jika tidak “... kaum perempuan tidak akan pernah dapat membaca peta, dan semua laki-laki pasti selalu kidal. Fleksibilitas yang terdapat di dalam diri laki-laki dan perempuan menunjukkan bahwa sesungguhnya betapa kompleksnya teka-teki gender, yang memerlukan keping-keping dari ilmu biologi, sosiologi, dan budaya untuk melengkapinya”.

Perbedaan gender ini masih harus terus diteliti lebih lanjut agar dapat diterangkan tentang bagaimana dan kapan perempuan dan laki-laki dapat belajar dengan lebih

baik. Perbedaan perilaku yang telah didokumentasikan dengan baik selama ini mencakup fakta bahwa perempuan mempunyai jadwal waktu biologis yang melaju sangat cepat, dan pada umumnya lebih cenderung memiliki kemampuan verbal. Sebaliknya, laki-laki ketinggalan dibandingkan dengan perempuan dalam hal perkembangan biologis serta rentang perhatian, tetapi kemampuan mereka di bidang visual-spasial dan di bidang matematika cenderung lebih unggul, dan selama masa remaja, kekuatan fisik mereka melebihi kekuatan fisik perempuan.

Dengan demikian, upaya untuk memahami fungsi intelektual dan variabel kepribadian yang dapat mempengaruhi cara belajar laki-laki dan perempuan ini sangat penting adanya. Seperti, kapan mereka belajar, apa yang paling mudah mereka pelajari, dan apa yang paling menarik bagi mereka untuk belajar. Sesuai dengan apa yang telah dikemukakan diatas bahwa ada bidang-bidang dimana laki-laki dan perempuan memperlihatkan orientasi dan tingkat keberhasilan berkomunikasi serta belajar yang berlainan, bergantung pada minat dan pengalaman masa lalu di dalam peran biologis dan sosial antara laki-laki dengan perempuan.

Laki-laki dan perempuan memperlihatkan budaya sosial yang berbeda satu sama lain. Mereka menggunakan simbol, sistem kepercayaan, dan cara-cara yang berbeda untuk mengekspresikan dirinya. Fern Johnson, seorang *Profesor of Communication* dari *University Massachusetts* dalam Bastable (2002:196) memberikan contoh bahwa perempuan cenderung untuk menjadi pendengar yang

baik yang langsung menangkap fokus diskusi permasalahan dan tidak berfokus pada diri sendiri. Mereka cenderung lebih banyak menjawab, kurang memanfaatkan verbal, dan lebih memperlihatkan kepekaan terhadap orang lain, yang dianggap sebagai sifat yang baik untuk kerja kelompok. Sementara laki-laki, di sisi yang lain, lebih pandai memimpin diskusi.

## 2) Perbedaan Usia

Pembahasan mengenai perbedaan usia perawat dalam hubungannya dengan kemampuan perawat tentang teknik-teknik komunikasi terapeutik akan dimulai dengan pertanyaan mengenai “Apakah perbedaan tingkatan usia individu sebagai target menimbulkan perbedaan kepekaan terhadap persuasi dalam proses pembelajaran?” dan “Benarkah anggapan bahwa anak muda lebih mudah untuk dipersuasi dalam proses pembelajaran?”.

Untuk menjawab kedua pertanyaan tersebut diatas akan ditunjukkan sebuah kutipan dari Azwar (2005:81) yang menyatakan bahwa terdapat dua hipotesis. Yang pertama adalah hipotesis mengenai adanya tahun-tahun tertentu dalam kehidupan dimana individu sangat rawan terhadap persuasi. Hipotesis ini disebut *Impressionable-years hypothesis* yang menyatakan bahwa sikap akan terbentuk secara kuat dalam tahun-tahun ini dan stabil untuk jangka waktu lama.

Hipotesis yang kedua beranggapan bahwa semakin lama (tua) individu akan semakin tahan terhadap persuasi. Hipotesis ini dinamai *increasing-persistence*

*hypothesis* yang mengatakan bahwa orang akan lebih rawan terhadap persuasi sewaktu masih muda dan kemudian dengan bertambahnya usia akan semakin kuat dan kurang peka sehingga lebih stabil sampai usia tengah baya dimana orang mencapai puncak keteguhan sikapnya.

Kemudian, Krosnick & Alwin (1989) yang dikutip oleh Baron & Byrne (1991) dalam Azwar (2005:81) menunjukkan hasil studi di Amerika yang membuktikan bahwa hipotesis kedua tidak didukung oleh data. Apa yang ditemukan adalah kenyataan bahwa masa muda (usia 18 sampai dengan 25 tahun) memang merupakan masa stabilitas sikap sangat rendah sehingga lebih mudah dikenai persuasi dibandingkan dengan kelompok usia lainnya. Hasil penelitian ini mendukung *impressionable-years hypothesis*.

Siagian (2001) menyatakan bahwa "Umur berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas, yang berarti bahwa jika semakin meningkat umur seseorang, maka akan meningkat pula kedewasaannya atau kematangan jiwanya, baik secara teknis maupun secara psikologis, serta akan semakin mampu melaksanakan tugasnya". Umur yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijakan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi, toleran, dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain.

Pernyataan tersebut diatas kemudian lebih diperjelas lagi oleh Wursanto (2003) yang menyatakan bahwa “Pegawai mempunyai produktivitas tinggi antara umur 20 sampai dengan 45 tahun.

Namun, ada pendapat lain yang menunjukkan bahwa karyawan yang lebih tua itu lebih berpengalaman dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan pekerjaannya. Sedangkan karyawan dengan usia muda biasanya mempunyai harapan yang ideal tentang dunia kerjanya. Menurut pendapat ini berarti bahwa perawat muda dengan harapan idealnya tentang dunia kerja akan berusaha untuk mengeksplorasi semua pengalaman belajarnya, dalam hal ini mengenai teknik-teknik komunikasi terapeutik, yang kemudian akan mereka usahakan untuk diaplikasikan langsung kepada pasiennya di ruangan.

### **3) Perbedaan Tingkat Pendidikan**

“Pendidikan merupakan pengalaman yang berfungsi untuk mengembangkan kemampuan dan kualitas kepribadian seseorang, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin besar kemauannya untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya”. (Siagian, 2001). Hal ini berarti bahwa tingkat pendidikan dapat memotivasi seseorang untuk lebih disiplin, lebih maju, dan lebih berkembang sesuai dengan tujuan hidupnya. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap daya nalar dan daya kritik, sehingga berpengaruh pula terhadap kemampuan penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan.

#### 4) Perbedaan Pengalaman Kerja

Wursanto (2003), Siagian (2001), dan Sinaga (2001) menyatakan bahwa pengalaman kerja adalah keseluruhan pelajaran yang diperoleh seseorang dari peristiwa-peristiwa yang dialami selama perjalanan kerjanya. Oleh karena itu, pengalaman kerja memengaruhi pegawai dalam menjalankan fungsinya sehari-hari, dimana semakin lama seseorang bekerja maka akan semakin terampil dan semakin berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya.

Pendapat tersebut di atas didukung oleh Robbins (2003) yang menyatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja, maka akan semakin terampil dan semakin berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaannya. Senioritas sebagai suatu masa bagi seseorang dalam menjalankan pekerjaan tertentu, menunjukkan hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas pekerjaan".

Kreitner & Kinski (2003) pun berpendapat bahwa semakin lama kerja, maka keterampilan dan pengetahuan akan meningkat, serta akan memperoleh pekerjaan yang lebih menantang, juga akan memperoleh pengakuan dan penghargaan, dengan demikian maka akan mempermudah baginya untuk mendapatkan job dan kepercayaan atau wewenang, sehingga mereka akan puas dan mempunyai komitmen yang tinggi.

### 5) Perbedaan Status Perkawinan

Robbins (2003) menyatakan bahwa status perkawinan mempunyai hubungan dengan kinerja pegawai, sebab status perkawinan memerlukan tanggung jawab dan membuat pekerjaan menjadi lebih berharga dan lebih penting. Oleh karena itu, pegawai yang telah menikah akan lebih loyal dengan pekerjaannya jika dibandingkan dengan pegawai yang masih bujangan. Karyawan yang telah menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah, dan merasa lebih puas dengan pekerjaan mereka.

Untuk mempertegas pendapat tersebut diatas, maka perlu dikemukakan disini mengenai pendapat dari Rusmiati (2006:30) yang telah melakukan penelitian mengenai hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Persahabatan Jakarta (tesis, tidak dipublikasikan) yang menyatakan bahwa “Perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan lebih penting. Sangat mungkin, perawat yang tekun dan puas lebih besar terdapat pada perawat yang menikah”.

Dan terakhir, sebagai penutup dari pembahasan mengenai pengaruh perbedaan status perkawinan terhadap pekerjaan ini dikemukakan sebuah kutipan dari Iverson & Buttigieg (1998) dalam Panggabean (2004) yang menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status perkawinan dengan komitmen. Karyawan yang



telah menikah lebih komit daripada yang belum menikah. Hal ini terutama pada jenis kelamin laki-laki karena mereka mempunyai kewajiban pada keluarga.

## **6) Perbedaan Kesadaran Diri**

Nurjannah (2005:7-21) membahas tentang kesadaran diri ke dalam empat (4) bagian, yaitu: pengertian kesadaran diri, mempelajari diri sendiri, aplikasi kesadaran diri, dan pentingnya kesadaran diri bagi perawat.

### **a) Pengertian Kesadaran Diri**

Kesadaran diri dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk memahami dirinya sendiri, baik pikiran, perasaan, maupun perilakunya sendiri.

### **b) Mempelajari Diri Sendiri**

Pembahasan mengenai mempelajari diri sendiri ini terdiri dari konsep kesadaran diri, mengenali diri sendiri, dan latihan peningkatan kesadaran diri.

#### **(1) Konsep Kesadaran Diri**

Untuk mengetahui mengenai sejauh mana kesadaran diri sendiri, maka seorang perawat harus dapat menjawab pertanyaan “Siapakah saya ?” dan “Perawat seperti apakah saya ?”. Mengapa kedua pertanyaan tersebut harus terjawab ?, sebabnya adalah jika seorang perawat mampu memahami dan menghargai dirinya sendiri maka akan meningkatkan pemahaman dan penghargaan terhadap perbedaan dan keunikan orang lain, khususnya pasien gangguan jiwa.

Identifikasi model Keperawatan kholistik mengenai kesadaran diri ini terdiri dari empat komponen, yaitu: psikologis, fisik, lingkungan, dan filosofi.

#### **(a) Komponen Psikologis**

Komponen psikologis ini meliputi pengetahuan tentang emosi, motivasi, konsep diri, dan kepribadian. Seorang perawat yang menyadari komponen psikologisnya akan menyadari dirinya sebagai orang yang tertutup atau terbuka, seorang pemarah, seorang penyabar, seseorang yang bermotivasi tinggi, atau seseorang yang minder, dll.

#### **(b) Komponen Fisik**

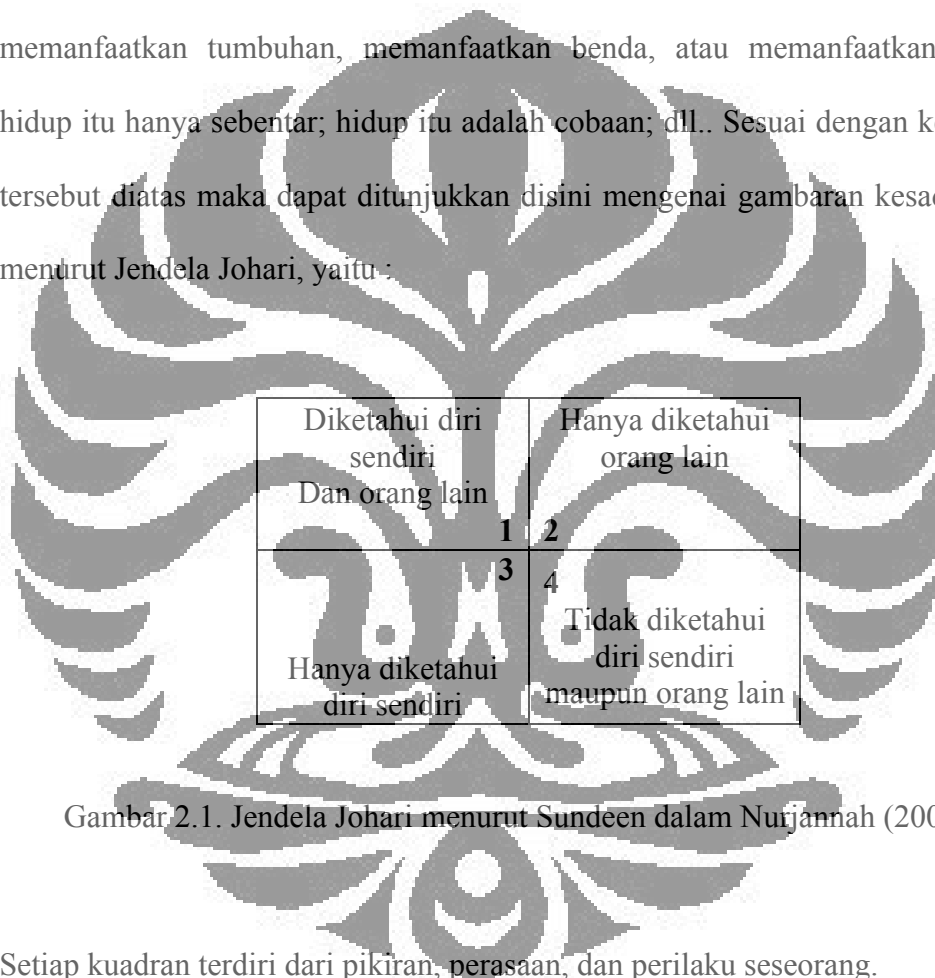
Yang dimaksud dengan komponen fisik disini yaitu pengetahuan dirinya tentang fisik dan kepribadiannya secara umum yang meliputi sensasi tubuh, gambaran diri, dan potensi fisik. Seorang perawat yang memahami kondisi fisiknya akan mengetahui dan menyadari kemampuan fisiknya ketika berinteraksi dengan pasiennya.

#### **(c) Komponen Lingkungan**

Komponen lingkungan terdiri dari lingkungan sosiokultural, hubungan dengan orang lain, dan pengetahuan mengenai hubungan antara manusia dengan alam. Kesadaran diri seorang perawat terhadap lingkungan ini akan memberikan gambaran pada dirinya sebagai seorang yang beradab, menjunjung tinggi nilai maupun norma, santun, tidak pandai bergaul, dll..

#### (d) Komponen Filosofi

Komponen filosofi akan menjelaskan tentang arti hidup seseorang. Ada orang yang menganggap bahwa hidup itu untuk bersenang-senang; hidup itu untuk ibadah; hidup itu untuk memanfaatkan orang lain, memanfaatkan binatang, memanfaatkan tumbuhan, memanfaatkan benda, atau memanfaatkan apapun; hidup itu hanya sebentar; hidup itu adalah cobaan; dll.. Sesuai dengan keterangan tersebut diatas maka dapat ditunjukkan disini mengenai gambaran kesadaran diri menurut Jendela Johari, yaitu :



Gambar 2.1. Jendela Johari menurut Sundeen dalam Nurjannah (2005:9)

Setiap kuadran terdiri dari pikiran, perasaan, dan perilaku seseorang.

Kuadran **1** disebut dengan **kuadran terbuka**, karena pikiran, perasaan, dan tingkah laku seseorang diketahui oleh dirinya sendiri dan juga oleh orang lain.

Kuadran **2** disebut dengan **kuadran buta**, karena pikiran, perasaan, dan tingkah laku seseorang hanya diketahui oleh orang lain.

Kuadran **3** disebut dengan **kuadran tersembunyi/rahasia**, karena pikiran, perasaan, dan tingkah laku seseorang hanya diketahui oleh dirinya sendiri.

Kuadran 4 disebut dengan **kuadran tidak diketahui**, karena pikiran, perasaan, dan tingkah laku seseorang tidak diketahui/diadari siapapun, baik oleh dirinya sendiri maupun oleh orang lain.

Pada prinsipnya, yang harus diperhatikan pada Jendela Johari ada tiga hal, yaitu:

- (1) Perubahan pada satu kuadran akan mempengaruhi kuadran yang lain.
- (2) Jika kuadran 1 yang paling kecil, berarti miskin komunikasi, komunikasinya buruk, atau kesadaran dirinya kurang.
- (3) Kuadran 1 paling besar pada individu yang mempunyai kesadaran diri yang tinggi.

### (2) Mengenal Diri Sendiri

Tujuan dari meningkatnya kesadaran diri yaitu untuk meluaskan kuadran 1 sehingga akan mempersempit ukuran tiga kuadran lainnya. Dan cara untuk meningkatkan kesadaran diri dapat dilakukan melalui tiga tahap, yaitu:

- (a) Tahap pertama, cara untuk meningkatkan kesadaran diri dengan “mendengarkan diri sendiri”. Mendengarkan diri sendiri dapat dilakukan dengan cara merenung (kontemplasi) dan menilai diri sendiri dalam empat aspek, yaitu aspek: psikologis, fisik, sosiokultural, dan spiritual.
- (b) Tahap kedua, cara untuk mengecilkan ukuran kuadran 2 dengan “mendengarkan dan belajar dari orang lain”. Disini, kita mempelajari diri kita

sendiri melalui orang lain dengan belajar mendengar dan menerima pendapat orang lain (misalnya: teman) tentang diri kita.

- Aspek fisik. Teman anda menilai bahwa anda memiliki badan yang kuat, anda gagah, anda cantik, anda perkasa, anda berhidung mancung, anda berhidung pesek, dll..
- Aspek psikologis. Teman anda menilai bahwa anda seorang: pemaarah, pendiam, pendendam, tertutup, dll..
- Aspek filosofi dan sosiokultural. Teman anda menilai bahwa anda adalah seseorang yang: disukai banyak orang, dibenci, menyebalkan, ramah, dll..
- Aspek spiritual. Teman anda menilai bahwa anda adalah seseorang yang: rajin beribadah, pendurhaka, mempunyai semangat yang tinggi, atau mudah patah semangat, mudah putus asa, dll..

(c) Tahap ketiga sebagai tahap terakhir adalah suatu tahap dimana kita dapat memperkecil kuadran tiga dengan cara membuka diri, yaitu menyetakan pada orang lain mengenai aspek penting, potensi, kemampuan yang kita miliki, dll.. Membuka diri merupakan salah satu tanda bahwa pribadi kita sehat.

Beberapa contoh kepribadian menurut Jendela Johari, dapat dilihat pada pemaparan di bawah ini, yaitu:

## (a) Si “Transparan”


Jendela Johari diatas menunjukkan bahwa kuadran I paling luas. Kita misalkan kuadran ini adalah milik Tuan A.. Hal ini berarti bahwa banyak hal mengenai diri Tuan A yang diketahui oleh Tuan A sendiri dan diketahui pula oleh orang lain.

Dengan ciri-ciri seperti ini, maka jika Tuan A mendapat suatu stimulus, maka apa yang akan dirasakan dan apa pula yang akan dilakukan oleh Tuan A dapat diprediksi oleh teman-temannya secara tepat, mendekati, atau tidak berbeda jauh. Hal ini berarti bahwa Tuan A telah mempunyai pemahaman diri yang tinggi tentang dirinya.

## (b) Si “Nggak tahu ah gelap”


Jendela Johari diatas menunjukkan bahwa kuadran 2 paling luas. Kita misalkan kuadran ini adalah milik Ny. B.. Hal ini berarti bahwa banyak hal mengenai Ny. B yang diketahui oleh orang lain namun tidak diketahui oleh Ny. B sendiri.

Hal ini bisa terjadi karena sifat Ny. B yang super ekstrovert, biasanya karena sombong, sok tahu (dan pintar/cerdas memang), keras kepala, mau menang sendiri, dll.. Sifat Ny. B ini diketahui oleh orang lain, namun tidak diketahui oleh Ny. B sendiri, Ny. B tidak merasa demikian, bahkan Ny. B bisa merasa bahwa dirinya adalah seseorang yang ramah, baik hati, pandai memilih teman, dst., Namun, apa yang difahami oleh Ny. B tentang dirinya dirasakan bertolak belakang oleh orang lain yang telah mengenal Ny. B..

Apabila seseorang yang berkepribadian seperti Ny. B ini kemudian menjadi pemimpin, maka ia biasanya ingin didengarkan oleh orang lain, tapi ia sendiri tidak mau mendengarkan orang lain. Ia mampu melihat kelemahan orang lain, tapi ia tidak mampu melihat kelemahannya sendiri.

(c) Si “Misterius”


Jendela Johari diatas menunjukkan bahwa kuadran 3 paling luas. Kita misalkan kuadran ini adalah milik Tuan C.. Kepribadian Tuan C merupakan kebalikan dari kepribadin Ny. B. Tuan C mengetahui banyak hal tentang dirinya sendiri, dan hanya sedikit saja wilayah pribadi Tuan C yang dapat diketahui oleh orang lain. Rahasia Tuan C tentang dirinya terlalu banyak atau terlalu luas, sehingga akibatnya adalah sering terjadi salah pengertian, karena apa yang dipikirkan, apa yang dirasakan, dan apa yang akan dilakukan oleh Tuan C tidak dapat diprediksikan oleh orang lain sebagai akibat dari minimnya data yang disampaikan oleh Tuan C kepada orang lain.

Orang lain yang berada di sekitar Tuan C mengenalnya sebagai orang yang penuh dengan rahasia, sehingga tidak diketahui atau sulit diketahui mengenai kapan dan apa yang menyebabkan Tuan C marah, sedih, cemas, dsb., sehingga mereka seringkali bingung dan tidak dapat menduga mengenai apa yang dipikirkan, apa yang dirasakan, dan apa pula yang akan dilakukan oleh Tuan C ini. Mereka tidak tahu mengenai respons apa yang akan disampaikan oleh Tuan C, sebab yang bisa mengerti tentang diri Tuan C hanya dirinya sendiri. Mereka tidak mengenal apa yang disukai dan apa yang tidak disukai oleh Tuan C ini. Bayangkan ! pada saat orang lain tertawa karena ada yang lucu atau bercanda malah bisa membuat Tuan C marah besar. Di lain waktu, ketika teman-temannya mengira Tuan C akan marah besar malah tertawa terpingkal-pingkal, sangat membingungkan.



## (d) Si "Angin-anginan"


Jendela Johari diatas menunjukkan bahwa kuadran 4 yang paling luas. Kita misalkan kuadran ini adalah milik Nn. D. Kepribadian Nn. D ini sangat mirip dengan miliknya Tn. C, sama-sama membingungkan orang lain. Bedanya hanyalah pada pemahamannya.

Stimulus yang direspons oleh Tn. C membingungkan teman-temannya, sebab respons tersebut hanya dapat diketahui, dimengerti, dan dipahami oleh Tn. C sendiri.

Berbeda halnya dengan Nn. D ini, sebab suatu stimulus akan mendapatkan respons dari Nn. D yang membingungkan teman-temannya, dimana Nn. D sendiri juga bingung mengenai kenapa ia bisa berespon seperti itu. Jadi, Nn. D dan teman-temannya sama-sama bingung. Hal ini berarti bahwa kepribadian Nn. D ini hanya sedikit diketahui oleh orang lain maupun oleh dirinya sendiri.

### (3) Latihan Peningkatan Kesadaran Diri

Stuart & Sundeen (1987:98-99) dalam Keliat (1996:5) menyatakan bahwa kesadaran diri dapat ditingkatkan melalui tiga cara, yaitu:

- (a) Mempelajari diri sendiri. Proses eksplorasi diri sendiri tentang pikiran, perasaan, perilaku, dan termasuk juga pengalaman-pengalaman, hubungan interpersonal, dan kebutuhan pribadi.
- (b) Belajar dari orang lain. Kesediaan dan keterbukaan untuk menerima umpan balik dari orang lain akan meningkatkan pengetahuan tentang diri sendiri. Aspek yang negatif akan memberikan kesadaran bagi individu untuk memperbaikinya sehingga individu akan selalu berkembang setiap menerima umpan balik.
- (c) Membuka diri. Keterbukaan merupakan salah satu kriteria kepribadian yang sehat. Untuk ini, harus ada teman akrab yang dapat dipercaya sebagai tempat untuk menceritakan hal-hal yang merupakan rahasia.

Namun, proses peningkatan kesadaran diri ini tidak mudah, sebab seringkali akan menyakitkan diri individu yang bersangkutan, khususnya jika menimbulkan konflik karena bertentangan dengan ideal diri. Akan tetapi, apapun yang terjadi sudah seharusnya untuk dijadikan sebagai sebuah tantangan demi perubahan dan pertumbuhan selama masih berada dalam batas-batas nilai-nilai dan norma-norma yang dianutnya sebagai acuan tertinggi

Dalam aplikasinya, Nurjannah (2005) menjelaskan bahwa terdapat lima langkah yang harus dilakukan oleh seseorang untuk meningkatkan kesadaran diri, khususnya bagi perawat kesehatan mental-psikiatri, yaitu :

- (a) Gunakan Form A (lihat lampiran 1.a.), dengan menuliskan penilaian tentang diri anda sendiri yang mencakup dimensi fisik, psikologis, sosiokultural, dan spiritual, dengan jumlah penilaian positif minimal sama dengan jumlah penilaian negatif, kalau penilaian positif jauh lebih banyak daripada jumlah penilaian negatif itu lebih baik. Lakukan dengan sejujur-jujurnya, tidak perlu malu karena Form A ini hanya untuk anda, tidak perlu diperlihatkan pada orang lain. Carilah informasi mengenai diri anda oleh diri sendiri yang sebanyak-banyaknya dengan cara merenung.
- (b) Gunakan Form B (lihat lampiran 1.b.), mintalah pada satu atau dua orang teman dekat anda (lebih banyak tentu lebih baik) untuk menilai diri anda. Sebelumnya, buat dulu sebuah kesepakatan bahwa teman anda bebas untuk menilai anda dengan sejujur-jujurnya, dan anda juga berjanji untuk tidak marah terhadap hasil penilaian teman anda tersebut, mau menerima hasil penilaian apa adanya, mengenai apapun yang telah dituliskan oleh teman anda tentang anda.
- (c) Gunakan Form C (lihat lampiran 1.c.), Setelah Form A dan Form B selesai diisi. Cocokkan pendapat anda yang ada di Form A dengan pendapat teman anda yang ada di Form B, lalu tempatkan hasil perbandingan keduanya (Form: A dan B) pada Jendela Johari di Form C.

- (d) Lihat dan cermati Jendela Johari tersebut, Kuadran manakah dari jendela itu yang paling luas.
- (e) Kegiatan anda selanjutnya adalah upaya untuk memperkecil kuadran 3, yaitu dengan cara membuka diri. Apa yang telah anda tuliskan di kuadran 3, dimana isinya adalah mengenai apa yang telah anda ketahui tentang diri anda sendiri tapi ternyata belum diketahui oleh teman anda yang telah menilai anda tadi. Ceritakan pada teman anda tadi mengenai hal yang positif maupun yang negatif. Untuk yang negatif, siapa tahu teman anda tadi mempunyai resep khusus untuk menjadikannya berubah menjadi positif.

### c) Aplikasi Kesadaran Diri

Covey (1997) dalam Nurjannah (2005:16) menjelaskan bahwa “kesadaran diri adalah kemampuan untuk berpikir tentang proses berpikir itu sendiri”. Dengan kesadaran dirinya, manusia dapat mengevaluasi dan belajar dari pengalaman sehingga dapat memutuskan dan membentuk kebiasaan masing-masing.

Pada dasarnya, setiap kejadian yang kita alami selalu terpola dalam bentuk stimulus dan respon. Anda marah karena ada yang mengejek, anda bersedih karena kehilangan uang, anda gembira karena mendapat hadiah, dst.. Artinya, semua respon yang muncul selalu atas adanya stimulus.

Manusia mempunyai bermacam-macam respon yang sangat banyak, sehingga ia harus memilih respon yang dapat ia lontarkan untuk menanggapi stimulus yang

ada. Oleh karena itu, sesungguhnya setiap orang membutuhkan kesadaran diri yang tinggi agar ia dapat memilih respon yang tepat, *efektif*, dan *efisien*. Seseorang yang sudah dapat memilih dan memutuskan respon tertentu berarti bahwa ia sudah dapat membaca mengenai bagaimana suatu stimulus akan mempengaruhi dirinya. Misalnya, dalam menanggapi stimulus kehilangan, anda mempunyai banyak pilihan respon, anda bisa bersedih, diam, menangis, bersabar, dsb..

Seseorang yang memiliki kesadaran diri yang tinggi akan memberikan respon yang tidak merugikan dirinya sendiri, orang lain, atau lingkungan yang ada di sekitarnya. Ia akan selalu berespon atas banyak pertimbangan dari berbagai segi. Karena, walaupun manusia dapat bebas untuk memilih respon, namun ia tidak akan bisa bebas dari konsekuensi atas pemilihan respon tersebut. Selalu ada sebab-akibat. Respon yang bijak selalu atas dasar kesadaran diri yang tinggi terhadap nilai, norma, dan ilmu. Dengan kesadaran diri, seseorang dapat menjadi proaktif, karena sebagai manusia kita harus bertanggung jawab (*responsibility = respons-ability*) atas hidup kita sendiri. Jadi, tingkah laku adalah merupakan satu pilihan atas kesadaran, bukan karena proses yang otomatis begitu saja. Lawan dari *proaktif* adalah *reaktif*.

Berikut ini adalah penjelasan dari Covey (1997) dalam Nurjannah (2005:19-20) tentang perbedaan antara proaktif dengan reaktif, yaitu:

Tabel 2.3. Perbedaan Antara *Proaktif* Dengan *Reaktif*

No	<i>Proaktif</i>	<i>Reaktif</i>
1.	Mengenali tanggung jawab untuk memilih <i>respon</i> .	Tidak mengenali tanggung jawab untuk memilih <i>respon</i> .
2.	Perilaku merupakan fungsi dari keputusan.	Perilaku merupakan fungsi dari kondisi yang ada.
3.	Dipengaruhi oleh stimulus fisik, psikologis, dan sosiokultural, namun <i>respon</i> yang muncul selalu atas dasar proses pemilihan.	Dipengaruhi oleh stimulus fisik, psikologis, dan sosiokultural, namun <i>respon</i> yang muncul tidak melalui proses pemilihan.
4.	Mengerjakan hal-hal yang terhadapnya mereka dapat melakukan sesuatu.	Mengerjakan hal-hal yang terhadapnya mereka tidak dapat melakukan sesuatu.
5.	Mempunyai inisiatif	Menunggu
6.	Berfokus pada “menjadi” a. Saya bisa menjadi lebih sabar b. Saya bisa menjadi lebih bijaksana c. Saya bisa menjadi lebih penuh kasih sayang d. Saya bisa menjadi lebih banyak akal e. Saya bisa menjadi lebih rajin f. Saya bisa menjadi lebih kreatif g. Saya bisa menjadi lebih mau bekerja sama	Berfokus pada “mempunyai” a. Seandainya saya mempunyai bos yang tidak diktator b. Seandainya saya mempunyai suami yang lebih sabar c. Seandainya saya mempunyai anak yang lebih patuh d. Seandainya saya mempunyai gelar e. Seandainya saya mempunyai lebih banyak waktu untuk diri saya sendiri
7.	Sikap terhadap kesalahan: mengakui, melakukan perbaikan, dan belajar dari kesalahan tersebut	Sikap terhadap kesalahan: menipu diri sendiri dengan sering melakukan rasionalisasi
8.	Tidak menyalahkan keadaan/kondisi	Menyalahkan keadaan, kondisi, lingkungan
9.	Bahasa a. Mari kita lihat alternatif yang kita milik b. Saya dapat memilih pendekatan yang berbeda c. Saya mengendalikan perasaan saya sendiri d. Saya dapat memberikan presentasi yang efektif e. Saya memilih <i>respon</i> yang sesuai	Bahasa a. Tidak ada yang dapat saya lakukan b. Memang sudah begitulah saya c. Ia membuatku begitu marah d. Mereka tidak akan mengijinkan hal itu

f. Saya memilih	e. Saya terpaksa melakukan hal itu
g. Saya lebih suka	f. Saya tidak bisa
h. Saya akan	g. Saya harus
	h. Seandainya saja

Betapa seringnya kita menyalahkan keadaan, misalnya ketika kita gagal dalam melakukan aktivitas tertentu, ketika pekerjaan kita gagal, ketika kita menghadapi pasien yang sangat menjengkelkan, dsb.. Seringkali, hal yang dirasakan paling menyakiti diri atau hati kita adalah bukan apa yang telah terjadi pada diri kita, melainkan karena respon kita terhadap apa yang telah menimpa diri kita.

Dan yang terakhir dari pembahasan mengenai aplikasi kesadaran diri ini adalah mengenai latihan *proaktif* dari Covey (1997) dalam Nurjannah (2005:21), bahwa :

(1) Ingatlah suatu peristiwa di mana anda menjadi reaktif, renungkan, dan kemudian carilah *alternatif* respon lain untuk menanggapi peristiwa tersebut, serta temukan juga konsekuensinya yang mungkin akan terjadi dari masing-masing respon. Ingatlah bahwa anda BEBAS dan BOLEH memilih respon. Semua itu adalah hak asasi anda sebagai manusia merdeka. Setelah itu, renungkan kembali, apakah anda mempunyai kebebasan untuk memilih respon ?

(2) Hitunglah dalam satu hari ini mengenai bahasa reaktif yang telah anda gunakan, renungkan *alternatif* yang *proaktifnya*, kemudian pada keesokan harinya cobalah untuk mengganti bahasa yang *reaktif* tersebut dengan bahasa *proaktif* yang telah anda siapkan, dan cobalah untuk memperhatikan pengaruhnya terhadap diri anda.

- (3) Setiap anda mengalami sesuatu atau terpapar oleh suatu stimulus, baik yang menyakitkan atau tidak menyakitkan. Hal pertama yang harus anda pikirkan adalah mengenai bagaimana seharusnya saya berespon terhadap stimulus ini ? Lupakan dulu emosi-emosi lain yang muncul (usahakan walaupun sulit), dan lihatlah pengaruhnya terhadap diri anda.

#### **d) Pentingnya Kesadaran Diri Bagi Perawat**

Perawat dalam kesehariannya akan berhadapan dengan banyak pasien dan banyak pula berbagai macam emosi dan perilakunya. Dalam menghadapi situasi yang seperti ini tentu akan berpengaruh juga terhadap emosi dan perilaku perawat. Stimulus yang sangat banyak tersebut tentunya perlu direspon oleh perawat. Dan dengan kesadaran diri yang tinggi serta berdasarkan pada nilai-nilai dan norma-norma yang dimilikinya, seorang perawat diharapkan akan dapat memberikan respon yang tepat dan terapeutik pada setiap stimulus yang dihadapinya.

## **2. Kemampuan Perawat**

Pembahasan mengenai kemampuan perawat ini meliputi kemampuan sebagai hasil belajar dan faktor-faktor yang mempengaruhi belajar.

### **a. Kemampuan Sebagai Hasil Belajar**

Demi kebutuhan penyusunan pokok uji dalam penilaian hasil belajar, dipergunakan rumusan tujuan sebagai pedoman. Hal ini berarti bahwa pokok uji yang digunakan untuk mengukur pencapaian tujuan pengajaran, hendaknya betul-



betul dapat mengukur isi dan aspek yang dinyatakan dalam rumusan tujuan pengajaran dalam bentuk standar kompetensi. Menurut Bloom, aspek-aspek kemampuan yang akan dinilai sesuai dengan aspek-aspek kemampuan yang tersirat dalam rumusan tujuan pengajaran yang dikelompokkan ke dalam tiga domain, yaitu domain: kognitif, afektif, dan psikomotor.

Peta kemampuan/tingkah laku yang dibagi menjadi tiga domain (tiga kawasan) tersebut kemudian disebut sebagai *taksonomi* (peta) Bloom. Deskripsi dari masing-masing domain kemampuan tersebut adalah sebagai berikut:

### 1) Kognitif

Domain *kognitif* adalah sekelompok tingkah laku yang tergolong dalam kemampuan berfikir atau intelektual, sehingga domain *kognitif* ini disebut juga sebagai bidang kemampuan intelektual atau kemampuan pengetahuan.

Yamin (2007:39) menyatakan bahwa: "Pengetahuan merupakan sekumpulan informasi yang tersimpan di dalam otak (memori) dalam bentuk arti dan konsep. Ia merupakan kamus mental yang tercipta melalui pengalaman-pengalaman yang didapat pada tingkat indra, tingkat gnostik, dan tingkat konseptual". Untuk lebih jelasnya maka akan dikemukakan secara lengkap berdasarkan pada pendapat dari Yamin (2007:39-41) yaitu :

a) Memori Indra

Merupakan memori preatentif dan otomatis yang mampu menyimpan informasi dalam jangka pendek, yaitu kurang dari satu detik. Memori ini tidak membutuhkan perhatian serta usaha untuk mempertahankannya.

b) Memori Gnostik

Merupakan memori yang mampu mempertahankan informasi dalam jangka waktu 15 – 30 detik. Memori ini dapat dipertahankan jangka waktu hidupnya dengan cara meningkatkan atau mengulang-ulang (*rehearse*). Para ahli membedakan dua jenis pengulangan, yaitu pengulangan mempertahankan dan pengulangan *elaboratif*.

(1) Pengulangan Mempertahankan

Pengulangan mempertahankan dilakukan secara mekanis tanpa pemikiran mengenai butir-butir yang diulang sehingga sifatnya adalah hanya untuk mempertahankan item tersebut dalam memori jangka pendek.

(2) Pengulangan Elaboratif

Pada pengulangan *elaboratif*, informasi diperkaya, misalnya dengan *inferensi* logis, contoh-contoh, penghalusan-penghalusan, atau yang lainnya yang akan menghubungkan informasi.

Pengulangan *elaboratif* inilah yang akan mentransfer informasi tersebut ke dalam memori jangka panjang.

### c) Memori Konseptual

Merupakan memori yang dapat merekam peristiwa-peristiwa yang berisi segala jenis unsur, berupa ucapan, kata-kata, gambar-gambar *visual*, dsb. sehingga dapat membentuk sebuah konsep (arti).

Memori konseptual adalah memori yang dapat merekam mengenai apa yang telah terjadi pada diri kita, mampu menceritakan kejadian yang telah kita alami. Ia mendudukan kata, gambaran, dan konsep (arti) dalam hubungan tertentu. Oleh karena itu, memori ini amat bermanfaat bagi usaha untuk mengingat hubungan-hubungan antara satuan kognitif.

Menurut para ahli, kapasitas memori sangatlah terbatas. Jumlah informasi yang tersimpan sekaligus dalam jangka waktu yang dimaksud diatas adalah sekitar 7 butir atau lebih dan kurang 2 butir, atau antara 5 – 9 butir. Butir yang dimaksud disini disebut "*chunk*", dapat berupa huruf, satu kata, satu kalimat, atau lebih. Kapasitas ini dikenal dengan sebutan "*span of immediate apprehention*".

Hilangnya informasi dari memori jangka pendek disebabkan oleh gagasan (*interferensi*) yang dapat dibedakan atas *interferensi proaktif* dan *interferensi retroaktif*.

Pada *interferensi proaktif*, sesuatu yang telah ada dalam memori mengganggu butir-butir yang baru dipelajari. Sementara itu, pada *interferensi retroaktif* yang terjadi adalah sebaliknya, yaitu: informasi yang baru dipelajari mengganggu butir-butir yang telah dipelajari.

Mengenai aktivitas memori jangka pendek, akan dikemukakan disini berdasarkan pada pendapat dari Yamin (2007:41) yang menyatakan bahwa aktivitas memori jangka pendek terjadi dalam dua pola, yaitu:

- (1) Aktivitas yang datang dari bawah (*Bottom-up activation*), dari memori jangka pendek, yaitu masukan yang datang dari indra. Memori jangka pendek yang hadir sebagai hasil proses dari bawah yang disebut dengan “persepsi”.
- (2) Aktivitas yang datang dari atas (*Top-down activation*), dari memori jangka panjang, yang hadir sebagai proses dari atas, yang disebut sebagai “gambaran mental (*mental image*)”.

Informasi yang menjadi pengetahuan pada seseorang adalah merupakan proses interaksi pesan *verbal* dan *non-verbal*, yang diperdapat melalui indrawi kita, berupa pesan yang diterima oleh mata, telinga, hidung, lidah, dan kulit yang tersimpan di dalam *sensory storage* (gudang indrawi), kemudian ditransferkannya ke dalam otak kita melalui *short term memory* (STM) atau yang disebut sebagai alam sadar. Selanjutnya, informasi tersebut dilupakan atau dikoding untuk dimasukkan ke dalam *long term memory* (LTM) atau memori jangka panjang. Memori panjang inilah yang merupakan tempat penyimpanan informasi.

*Sensory storage* (gudang indrawi), berperan sebagai tempat proses perseptual dari memori. Dan untuk penjelasan mengenai memori dan pembagiannya akan

dikemukakan pendapat dari Martinis Yamin (2007:42) yang menyatakan bahwa memori terdiri dari dua bagian, yaitu:

- (1) Memori *ikonis*, yang memiliki peran sebagai pemroses pesan-pesan yang bersifat visual (penglihatan). Dan
- (2) Memori *ekosis*, yang berperan untuk memroses pesan-pesan yang bersifat audio (pendengaran).

Gudang indrawi (*sensory storage*) lah yang menyebabkan kita dapat melihat rangkaian gambar-gambar bergerak ketika menonton film.

Berikut ini adalah aliran informasi dalam sistem kehidupan manusia, yang menjadi peristiwa-peristiwa mental yang mentransformasikan informasi dari *input* (*stimulus*) ke *output* (*respons*). Pemrosesan informasi sebagai sebuah sistem dapat dilihat pada gambar 2.2. (dapat dilihat pada halaman 77).

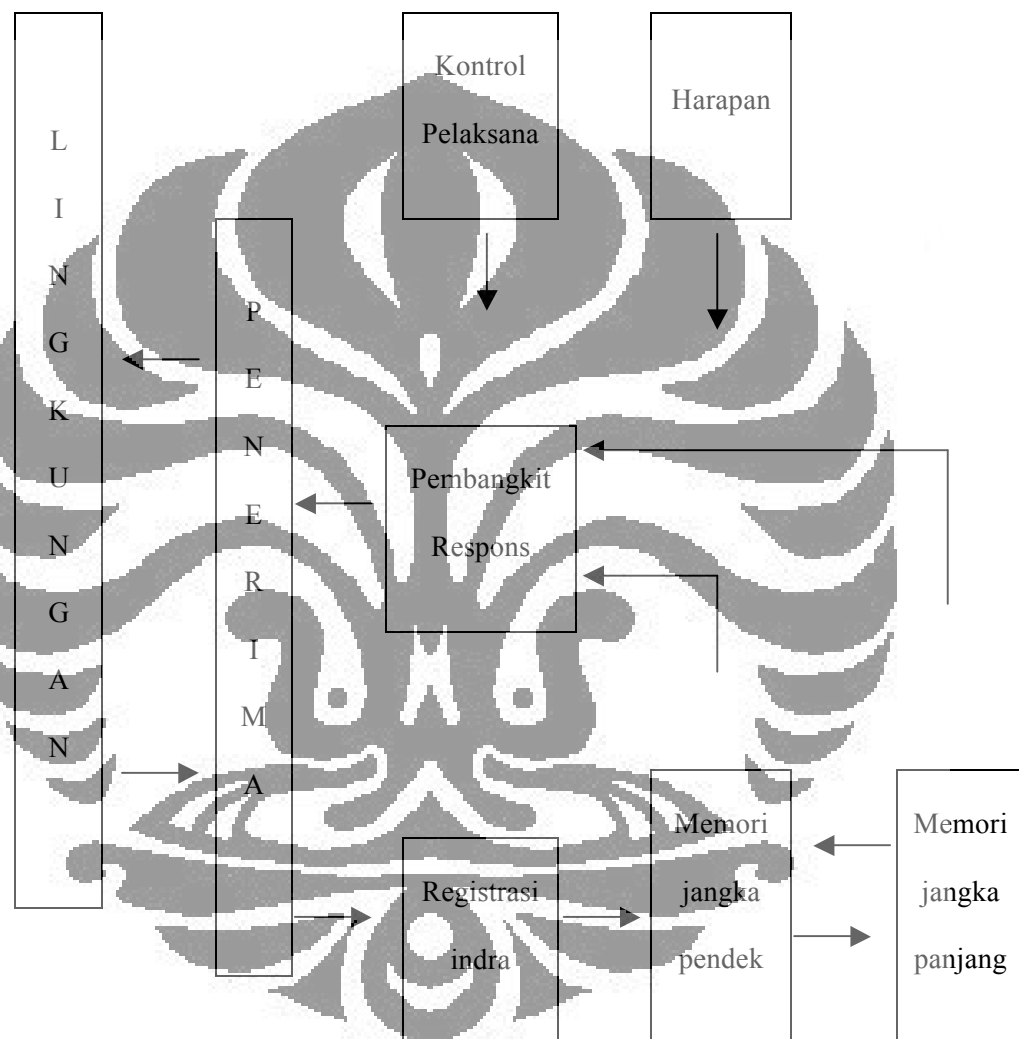
Yamin (2007:44-45) menyatakan bahwa pengetahuan terbagi menjadi dua bagian, yaitu pengetahuan deklaratif dan pengetahuan prosedural.

#### (1) Pengetahuan Deklaratif

Pengetahuan deklaratif adalah pengetahuan mengenai “apa”. Menurut Winkel (1996:116-117), pengetahuan deklaratif adalah pengetahuan bahwa sesuatu adalah begini atau begitu yang meliputi semua data serta fakta, pengetahuan teoritis, semua pengalaman pribadi serta kesukaan pribadi yang pernah dimasukkan ke

dalam ingatan jangka panjang. Pengetahuan seseorang dapat digali dari ingatan.

Arsip pengetahuan ini ditambah dengan memperoleh pengetahuan yang baru.



**Gambar 2.2.** Model Pemrosesan Informasi Gagne

**Sumber:** Martinis Yamin (2007:43)

Hal ini merupakan tugas sehari-hari bagi siswa yang belajar di sekolah. Gagne & Write (1978) menyatakan bahwa pengetahuan deklaratif adalah informasi *verbal*, atau yang pada bagian lain disebutnya sebagai pengetahuan proposisional, seperti apa yang telah dikemukakan diatas.

## (2) Pengetahuan Prosedural

Pengetahuan prosedural adalah pengetahuan mengenai “bagaimana”.

Menurut Winkel (1996:116-117), pengetahuan prosedural adalah pengetahuan mengenai cara melakukan sesuatu atau berbuat sesuatu.

Gagne & Write (1978) menyatakan bahwa pengetahuan prosedural sama dengan pengetahuan intelektual.

***Contoh:*** Jika seorang siswa mengetahui tentang sholat wajib bagi seorang muslim dilakukan dalam lima waktu, sehingga ia menyebutkan sholat: Dzuhur, Ashar, Maghrib, Isya, dan Shubuh, maka ia dapat dikatakan telah mempunyai pengetahuan deklaratif mengenai sholat wajib.

Dan, jika ia mengetahui tentang cara melaksanakan sholat, mengerjakan sholat sesuai dengan bilangan roka'atnya, sholat pada waktunya, serta hafal bacaan-bacaan dan rukun sholatnya, maka berarti bahwa siswa tersebut telah memiliki pengetahuan prosedural. Kedua jenis pengetahuan ini pada prinsipnya adalah melekat.

Dalam dunia pendidikan di Indonesia, Taksonomi Bloom sangat terkenal, bahkan yang paling dikenal dibandingkan dengan taksonomi lainnya. Taksonomi Bloom mengelompokkan domain kognitif atau kemampuan pengetahuan ke dalam enam jenjang. Dua aspek pertama disebut sebagai kognitif tingkat rendah atau sederhana, dan empat aspek berikutnya termasuk ke dalam kognitif tingkat tinggi. Keenam aspek tersebut disusun berjenjang dan tidak boleh saling mendahului, yaitu jenjang: ingatan, pemahaman, penerapan, analisis, sintesis, dan evaluasi.

#### a) Jenjang Ingatan (*recall*)

Jenjang ingatan ini, asal katanya adalah *knowledge*, yang berarti mengetahui, tahu, atau hafal. Sehingga pengetahuan didefinisikan sebagai ingatan terhadap materi atau bahan yang telah dipelajari sebelumnya. Pada *level* kompetensi yang pertama ini, siswa dituntut agar mampu mengingat (*recall*) informasi yang telah diterima sebelumnya, yang mencakup mengingat semua hal, mulai dari fakta-fakta yang sangat khusus sampai kepada teori yang kompleks.

Istilah Pengetahuan yang dimaksudkan disini yaitu sebagai terjemahan dari kata *knowledge* dalam taksonomi Bloom. Sekalipun demikian, maknanya tidak sepenuhnya tepat, sebab dalam istilah tersebut termasuk pula pengetahuan faktual di samping pengetahuan hafalan (untuk diingat) seperti rumus dan batasan, definisi, istilah, pasal dalam undang-undang, nama-nama tokoh, nama-nama kota, penamaan klasifikasi tumbuhan, dll.. Dilihat dari segi proses belajar, istilah-istilah



tersebut memang perlu dihafal dan diingat agar dapat dikuasainya sebagai dasar bagi pengetahuan atau pemahaman konsep-konsep lainnya.

Tetapi semua itu diperlukan untuk menyampaikan informasi yang tepat. Dalam hal ini, pengetahuan diartikan sebagai hasil belajar yang rendah tingkatannya. Namun, tipe hasil belajar ini menjadi prasyarat bagi tipe hasil belajar berikutnya. Hafal menjadi prasyarat bagi pemahaman. Hal ini berlaku bagi semua bidang studi (spt.: matematika, IPA, IPS, bahasa, dll.). Misalnya hafal suatu rumus akan menyebabkan paham mengenai bagaimana cara menggunakan rumus tersebut; hafal kata-kata akan memudahkan dalam membuat kalimat.

#### **b) Jenjang Pemahaman (*comprehension*)**

Pemahaman yang berada pada *level* kedua, berhubungan dengan kompetensi untuk menjelaskan pengetahuan yang telah diketahui dengan menggunakan kata-katanya sendiri, sehingga didefinisikan sebagai kemampuan menyerap arti dari materi atau bahan yang telah dipelajari.

Hal ini dapat ditunjukkan dengan menerjemahkan materi dari satu bentuk ke dalam bentuk lain (misalnya: dari bentuk angka ke dalam bentuk kata-kata atau sebaliknya), menginterpretasikan materi (misalnya: menjelaskan, meringkaskan), dan dengan meramalkan arah/kecenderungan masa yang akan datang (misalnya: meramalkan akibat sesuatu).

Hasil belajar ini satu tingkat lebih tinggi ketimbang hasil belajar yang berupa pengetahuan. Namun, tidaklah berarti bahwa pengetahuan tidak perlu ditanyakan, sebab, untuk dapat memahami itu perlu didahului oleh mengetahui atau mengenal.

Pemahaman dibagi menjadi tiga bagian yang dapat dibedakan berdasarkan pada kategorinya, yaitu pemahaman tingkat: rendah, menengah, dan tinggi.

### **(1) Pemahaman Tingkat Rendah**

Yang dimaksud dengan pemahaman tingkat rendah adalah pemahaman terjemahan, mulai dari terjemahan dalam arti yang sebenarnya, misalnya dari bahasa Inggris ke dalam bahasa Indonesia, mengartikan Bhineka Tunggal Ika, menerapkan prinsip-prinsip listrik dalam memasang sakelar, mengartikan nama-nama tumbuhan berdasarkan pada kandungan zat yang dimilikinya, dll..

### **(2) Pemahaman Tingkat Menengah**

Pemahaman tingkat menengah adalah pemahaman penafsiran, yakni menghubungkan bagian-bagian terdahulu dengan yang diketahui berikutnya atau menghubungkan beberapa bagian dari grafik dengan kejadian, membedakan yang pokok dengan yang bukan pokok. Menghubungkan pengetahuan tentang konjugasi kata kerja, subjek, dengan *possesive pronoun* sehingga tahu menyusun kalimat “*My friend is studying*” bukan “*My friend studying*”. Semua hal tersebut diatas adalah merupakan contoh pemahaman penafsiran.

### (3) Pemahaman Tingkat Tinggi

Dan yang dimaksud dengan pemahaman tingkat tinggi adalah pemahaman ekstrapolasi. Dengan ekstrapolasi diharapkan seseorang mampu melihat apa yang ada di balik yang tertulis, mampu memahami yang implisit dibalik yang eksplisit, dapat membuat ramalan tentang konsekuensi atau dapat memperluas persepsi dalam arti waktu, dimensi, kasus, ataupun masalahnya.

Meskipun pemahaman dapat dipilahkan menjadi tiga tingkatan seperti tersebut di atas, namun perlu disadari bahwa menarik garis yang tegas antara ketiganya tidaklah mudah.

Karakteristik pemahaman sangat mudah dikenali. Misalnya: mengungkapkan tema, topik, atau masalah yang sama dengan yang pernah dipelajari atau diajarkan, tetapi materinya berbeda. Mengungkapkan sesuatu dengan bahasa sendiri, dengan simbol tertentu, termasuk ke dalam pemahaman terjemahan. Dapat menghubungkan hubungan antar unsur dari keseluruhan pesan suatu karangan, termasuk ke dalam pemahaman penafsiran. Item ekstrapolasi mengungkapkan kemampuan di balik pesan yang tertulis dalam suatu keterangan atau tulisan.

#### c) Jenjang Penerapan (*application*)

Penerapan yang berada pada *level* ketiga ini merupakan kompetensi dalam penerapan informasi yang telah dipelajari ke dalam suatu situasi/konteks yang lain atau yang baru, sehingga penerapan atau aplikasi didefinisikan sebagai

kemampuan untuk menggunakan apa yang telah dipelajari ke dalam situasi konkrit yang baru atau situasi khusus.

Abstrak tersebut mungkin berupa ide, teori, peraturan, konsep, metode, prinsip, hukum, dsb.. Menerapkan abstraksi ke dalam situasi yang baru itulah yang disebut dengan aplikasi. Mengulang-ulang pada situasi lama akan beralih menjadi pengetahuan hafalan atau keterampilan. Suatu situasi akan tetap dilihat sebagai situasi baru jika tetap terjadi proses pemecahan masalah.

Kecuali itu, ada satu unsur lagi yang perlu masuk, yaitu abstraksi tersebut perlu berupa prinsip atau generalisasi, yakni sesuatu yang umum sifatnya untuk diterapkan pada situasi khusus. Hasil belajar ini berada satu tingkat lebih tinggi ketimbang hasil belajar yang berupa pemahaman.

Bloom membedakan tujuh tipe aplikasi yang akan dibahas satu persatu dalam rangka menyusun item tes tentang aplikasi, yaitu:

- (1) Dapat menetapkan prinsip atau generalisasi yang sesuai dengan situasi baru yang dihadapi. Dalam hal ini, yang bersangkutan belum diharapkan dapat memecahkan seluruh problem, tetapi sekedar dapat menetapkan prinsip yang sesuai.
- (2) Dapat menyusun kembali problemnya sehingga dapat menetapkan prinsip atau generalisasi mana yang sesuai.

- (3) Dapat memberikan spesifikasi batas-batas relevansi suatu prinsip atau generalisasi.
- (4) Dapat menjelaskan suatu gejala baru berdasarkan prinsip dan generalisasi tertentu. Bentuk yang banyak dipakai adalah melihat hubungan sebab akibat. Bentuk lainnya adalah dapat menanyakan tentang proses terjadinya atau kondisi yang mungkin berperan bagi terjadinya gejala.
- (5) Dapat meramalkan sesuatu yang akan terjadi berdasarkan prinsip dan generalisasi tertentu. Dasar untuk membuat ramalan diharapkan dapat ditunjukkan berdasarkan pada perubahan kualitatif, mungkin pula berdasarkan pada perubahan kuantitatif.
- (6) Dapat menentukan tindakan atau keputusan tertentu dalam menghadapi situasi baru dengan menggunakan prinsip dan generalisasi yang *relevan*. Kemampuan aplikasi tipe ini banyak diperlukan oleh ahli-ahli ilmu sosial dan para pembuat keputusan.
- (7) Dapat menjelaskan alasan menggunakan prinsip dan generalisasi bagi situasi baru yang dihadapi.

#### **d) Jenjang Analisis (*analysis*)**

Analisis yang berada pada *level* yang keempat ini merupakan kompetensi dalam mengidentifikasi, memisahkan, dan membeda-bedakan komponen-komponen atau elemen dari suatu fakta, konsep, pendapat, asumsi, hipotesa, atau kesimpulan, dan memeriksa setiap komponen tersebut untuk melihat ada-tidaknya kontradiksi.

Oleh karena itu, analisis didefinisikan sebagai kemampuan untuk menguraikan suatu materi atau bahan ke dalam bagian-bagiannya sehingga struktur organisasinya dapat dipahami. Analisis dapat juga diartikan sebagai usaha untuk memilih suatu integritas menjadi unsur-unsur atau bagian-bagian sehingga jelas hierarkinya dan/atau susunannya. Ini mencakup identifikasi bagian-bagian, analisis hubungan antara bagian-bagian, dan pengenalan prinsip-prinsip organisasi yang digunakan.

Analisis merupakan kecakapan yang kompleks, yang memanfaatkan kecakapan dari ketiga tipe sebelumnya (yaitu: mengetahui, memahami, dan menerapkan). Dengan analisis diharapkan seseorang mempunyai pemahaman yang komprehensif dan dapat memilahkan integritas menjadi bagian-bagian yang tetap terpadu, untuk beberapa hal memahami prosesnya, untuk hal lain memahami cara bekerjanya, untuk hal lain lagi memahami sistematikanya.

Bila kecakapan analisis telah dapat berkembang pada seseorang, maka ia akan dapat mengaplikasikannya pada situasi baru secara kreatif. Hasil belajar ini satu tingkat lebih tinggi ketimbang hasil belajar yang berupa pemahaman maupun aplikasi, karena hasil belajar semacam ini menghendaki pengertian dari konten dan bentuk struktural dari materi. Hal ini sesuai dengan pendapat dari Yamin (2007:7-8) yang menyatakan bahwa “Pada *level* ini, siswa diharapkan dapat menunjukkan hubungan diantara berbagai gagasan dengan cara membandingkan gagasan tersebut dengan standar, prinsip, atau prosedur yang telah dipelajari”.

Untuk membuat item tes kecakapan analisis perlu mengenal berbagai kecakapan yang termasuk ke dalam klasifikasi, yaitu:

- (1) Dapat mengklasifikasikan kata-kata, frase-frase, atau pertanyaan-pertanyaan dengan menggunakan kriteria analitik tertentu.
- (2) Dapat meramalkan sifat-sifat khusus tertentu yang tidak disebutkan secara jelas. Dapat meramalkan kualitas, asumsi, atau kondisi yang implisit atau yang perlu ada berdasarkan kriteria dan hubungan materinya.
- (3) Dapat menyetengahkan pola, tata, atau pengaturan materi dengan menggunakan kriteria seperti relevansi, sebab akibat, dan peruntutan.
- (4) Dapat mengenal organisasi, prinsip-prinsip organisasi ilmu, dan pola-pola materi yang dihadapinya.
- (5) Dapat meramalkan sudut pandangan, kerangka acuan, dan tujuan materi yang dihadapinya.

#### e) **Jenjang Sintesis (*synthesis*)**

Sintesis merupakan salah satu *level* tingkat tinggi. Pada level ini, siswa diharapkan memiliki kompetensi mengkombinasikan dengan cara menunjukkan kemampuannya dalam menggabungkan bagian-bagian, untuk membentuk keseluruhan yang baru atau membentuk satu kesatuan/struktur yang lebih besar.

Hasil belajar semacam ini ditekankan pada tingkah laku yang kreatif dengan penekanan utama pada formulasi pola satu struktur yang baru. Hasil belajar ini

satu tingkat lebih tinggi ketimbang hasil belajar yang berupa pemahaman, aplikasi, maupun analisis.

Berfikir berdasarkan pada pengetahuan hafalan, berfikir pemahaman, berfikir aplikasi, dan berfikir analisis dapat dipandang sebagai berfikir konvergen yang berada satu tingkat di bawah daripada berfikir divergen. Dalam berfikir konvergen, pemecahan atau jawabannya akan sudah diketahui berdasarkan pada hal yang sudah dikenalnya.

Berfikir sintesis adalah berfikir divergen. Dalam berfikir divergen, pemecahan atau jawabannya belum dapat dipastikan. Menyintesis unit-unit yang tersebar tidak sama dengan mengumpulkannya ke dalam satu kelompok besar. Mengartikan analisis sebagai memecah integritas menjadi bagian-bagian, dan sintesis sebagai menyatukan unsur-unsur menjadi integritas perlu secara hati-hati dan penuh telaah.

Berfikir sintesis merupakan salah satu terminal untuk menjadikan orang lebih kreatif. Berfikir kreatif merupakan salah satu hasil yang hendak dicapai dalam pendidikan. Seseorang yang kreatif sering menemukan atau menciptakan sesuatu. Kreativitas juga beroperasi dengan cara berfikir divergen. Dengan kemampuan sintesis, orang mungkin menemukan hubungan kausal atau urutan tertentu, atau menemukan abstraksinya atau operasionalnya.



Kecakapan sintesis dapat diklasifikasikan ke dalam beberapa tipe, yaitu:

- (1) Kecakapan sintesis tipe yang pertama yaitu kemampuan menemukan hubungan yang unik. Artinya, menemukan hubungan antara unit-unit yang tidak berarti dengan menambahkan satu unsur tertentu, unit-unit yang tidak berharga menjadi sangat berharga. Yang termasuk dalam kecakapan ini yaitu kemampuan mengkomunikasikan gagasan, perasaan, dan pengalaman dalam bentuk tulisan, gambar, simbol ilmiah, dll..
- (2) Kecakapan sintesis tipe yang kedua yaitu kemampuan menyusun rencana atau langkah-langkah operasi dari suatu tugas atau problem yang diketengahkan. Dalam rapat bermunculan berbagai hal. Seorang anggota rapat mengusulkan langkah-langkah urutan atau tahap-tahap pembahasan dan penyelesaiannya.
- (3) Kecakapan sintesis tipe yang ketiga yaitu kemampuan mengabstraksikan sejumlah besar gejala, data, dan hasil observasi menjadi terarah, proporsional, hipotesis, skema, model, atau bentuk-bentuk lain.

#### f) Jenjang Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi merupakan *level* tertinggi dari *level-level* sebelumnya dalam domain kognitif. Evaluasi didefinisikan sebagai sesuatu yang berhubungan dengan kemampuan untuk mempertimbangkan nilai dari suatu materi (misalnya: puisi, novel, pernyataan, laporan penelitian, dll.) untuk tujuan-tujuan yang telah ditentukan.

Pada *level* ini, siswa diharapkan mampu membuat penilaian dan keputusan tentang nilai suatu gagasan, metode, produk, atau benda dengan menggunakan kriteria-kriteria tertentu yang sudah jelas. Kriteria tersebut dapat bersifat internal (organisasi) atau eksternal (korelevanannya dengan tujuan).

Dalam tes esei, standar atau kriteria tersebut muncul dalam bentuk frase “menurut pendapat saudara” atau “menurut teori tertentu”. Frase yang pertama sukar diuji mutunya, setidak-tidaknya sukar diperbandingkan atau lingkupan variasi kriterianya sangat luas. Frase yang kedua lebih jelas standarnya. Untuk mempermudah mengetahui tingkat kemampuan evaluasi seseorang, item tesnya hendaklah menyebutkan kriterianya secara eksplisit.

Mengembangkan kemampuan evaluasi penting dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara. Mampu memberikan evaluasi tentang kebijakan mengenai kesempatan belajar, kesempatan kerja, dapat mengembangkan partisipasi dan tanggung jawabnya sebagai warga negara. Mengembangkan kemampuan evaluasi yang dilandasi pengetahuan, pemahaman, aplikasi, analisis, dan sintesis akan mempertinggi mutu evaluasinya.

Kecakapan evaluasi seseorang setidak-tidaknya dapat dikategorikan ke dalam enam tipe, yaitu:

(1) Dapat memberikan evaluasi tentang ketepatan suatu karya atau dokumen.

- (2) Dapat memberikan evaluasi satu sama lain antara asumsi, evidensi, dan kesimpulan, juga keajegan logika dan organisasinya. Dengan kecakapan ini diharapkan seseorang mampu mengenal bagian-bagian serta keterpaduannya.
- (3) Dapat mengevaluasi suatu karya dengan membandingkannya dengan karya lain yang *relevan*.
- (4) Dapat mengevaluasi suatu karya dengan menggunakan kriteria yang telah ditetapkan.
- (5) Dapat memberikan evaluasi tentang suatu karya dengan menggunakan sejumlah kriteria yang eksplisit.

## 2) Afektif

Domain afektif adalah kelompok tingkah laku yang tergolong ke dalam kemampuan sikap dan nilai. Cartono & Utari (2006:127) menyatakan bahwa “beberapa ahli mengatakan bahwa sikap seseorang dapat diramalkan perubahannya oleh seseorang yang telah memiliki penguasaan kognitif tingkat tinggi”.

Sayangnya, penilaian hasil belajar afektif kurang mendapat perhatian dari guru. Para guru lebih banyak menilai ranah kognitif semata-mata. Sesungguhnya, tipe hasil belajar afektif tampak pada siswa dalam berbagai tingkah laku, seperti:

perhatiannya pada pelajaran, disiplin, motivasi belajar, menghargai guru dan teman sekelas, kebiasaan belajar, dan hubungan sosial.

Sekalipun bahan pelajarannya terdapat dalam ranah kognitif, namun ranah afektif seharusnya tetap menjadi bagian integral dari bahan tersebut, dan harus tampak dalam proses belajar dan hasil belajar yang dicapai oleh siswa. Oleh karena itu, penting untuk dinilai hasil-hasilnya.

Terdapat beberapa jenis kategori ranah afektif sebagai hasil belajar. Kategorinya dimulai dari tingkat yang paling dasar atau paling sederhana, sampai pada tingkat yang paling kompleks. Domain ini meliputi jenjang-jenjang: kemampuan menerima, kemauan menanggapi, kemampuan menilai, kemampuan mengorganisasi, dan kemampuan menyatakan.

#### **a) Jenjang Pengenalan**

Kompetensi pada level pertama ini adalah mengharapkan siswa untuk mengenal, bersedia menerima dan memperhatikan berbagai stimulus. Penerimaan berhubungan dengan kemampuan siswa untuk mengikuti atau menerima fenomena khusus/stimulus/rangsangan (misalnya: kegiatan kelas, buku teks, dll.) dari luar yang datang kepada siswa dalam bentuk masalah, situasi, gejala, dll.. Yang termasuk ke dalam tipe ini yaitu: kesadaran, keinginan untuk menerima stimulus, kontrol, dan seleksi terhadap gejala atau rangsangan dari luar.

Dari sudut pandang mengajar, hal ini terkait dengan memperoleh, menguasai, dan mengarahkan minat siswa. Hasil belajar dalam bidang ini bergerak dari kesadaran yang sangat sederhana, bahwa benda itu ada, dan benda tersebut mendapat perhatian khusus dari siswa.

Pembelajaran yang dilakukan pada tingkat kompetensi ini merupakan perlakuan terhadap siswa untuk bersikap pasif, sekedar mendengar dan memperhatikan saja. Mendengarkan uraian penjelasan prosedur dan memperhatikan mekanisme dari sesuatu yang dijelaskan. Mengenal merupakan hasil belajar yang paling rendah dalam domain afektif.

Indikator atau kata kerja dari kompetensi ini antara lain, yaitu: menghadiri, melihat, mendengarkan, memperhatikan, dll.

#### **b) Jenjang Kemauan Menanggapi (*Responding*)**

Kompetensi level kedua ini merupakan reaksi terhadap sesuatu gagasan, benda, atau sistem nilai, lebih dari hanya pengenalan saja. Memberikan respons merupakan partisipasi aktif dari siswa.

Pada tahap ini siswa tidak hanya mengikuti fenomena khusus (menerima), melainkan juga bereaksi terhadapnya melalui berbagai cara. Hasil belajar dalam bidang ini ditekankan kepada persetujuan secara diam-diam dalam memberikan respon (misalnya: membaca bahan-bahan yang ditugaskan), keinginan untuk

memberikan respon (dengan sukarela membaca melampaui apa yang ditugaskan), atau kepuasan dalam memberikan respon (misalnya membaca untuk kesenangan).

Hal ini sesuai dengan pendapat dari Yamin (2007:10) yang menyatakan bahwa “Dalam kompetensi ini, siswa diharapkan untuk menunjukkan perilaku yang diminta, seperti berpartisipasi, patuh, dan memberikan tanggapan secara sukarela jika diminta. Indikator pada tingkat ini antara lain: berpartisipasi, mengikuti, mendiskusikan, mematuhi, berlatih, dll.”

Tingkat yang lebih tinggi dari kategori ini meliputi semua tujuan pembelajaran yang biasanya diklasifikasikan ke dalam “minat”, yaitu semua yang mengutamakan mencari dan menyenangkan kegiatan khusus. Memberikan respons merupakan hasil belajar yang lebih tinggi daripada hanya mengenal dalam domain afektif.

### **c) Jenjang Penghargaan Terhadap Nilai (*Valuing*)**

Kompetensi penghargaan terhadap nilai merupakan perasaan, keyakinan, atau anggapan bahwa suatu gagasan, benda, atau cara berfikir tertentu memiliki nilai. Penilaian yang dimaksud disini yaitu penilaian atau penghargaan dari seorang siswa terhadap suatu subyek, gejala, atau tingkah laku.

Hal ini berkisar dari penerimaan-penerimaan nilai yang paling sederhana (misalnya: keinginan untuk meningkatkan keterampilan kelompok) kepada tingkat

tanggung jawab yang lebih kompleks (memperkirakan tanggung jawab untuk fungsi yang aktif dari kelompok).

Penilaian didasarkan pada instruksional dari sejumlah nilai-nilai tertentu, tetapi kunci dari semua nilai-nilai itu ditunjukkan dalam tingkah laku siswa. Hasil belajar dalam bidang ini berhubungan dengan tingkah laku yang tetap dan cukup stabil agar nilai-nilai tersebut dapat diidentifikasi dengan “sikap” dan “penghargaan” termasuk dalam kategori ini.

Hal tersebut diatas sesuai dengan pendapat dari Yamin (2000:11) yang menyatakan bahwa dalam kompetensi ini, siswa diharapkan dapat berperilaku secara konsisten sesuai dengan suatu nilai tertentu, meskipun tidak ada pihak lain yang meminta atau mengharuskan. Nilai yang dimaksud dapat saja dipelajari dari orang lain, seperti nilai-nilai yang didapat dari guru, keluarga, teman, tetangga, atau lingkungan lainnya. Misalnya, bahwa narkoba itu berbahaya karena dapat merusak tatanan kehidupan bermasyarakat, hal ini menunjukkan bahwa penghargaan terhadap nilai kemanusiaan dan kesehatan. Indikator dari kemampuan ini antara lain, yaitu: memilih, meyakinkan, mengemukakan argumentasi, bertindak, dll..

Penilaian merupakan hasil belajar yang lebih tinggi daripada hanya sekedar mengenal atau memberikan respon dalam domain afektif.

#### **d) Jenjang Kemampuan Mengorganisasi (*Organization*)**

Penilaian terhadap kemampuan mengorganisasi ini berkaitan atau berhubungan dengan kemampuan untuk mempersatukan nilai-nilai yang berbeda, menyelesaikan pertentangan antara nilai-nilai tersebut, dan mulai membangun satu sistem nilai-nilai yang konsisten. Jadi, penekanannya adalah pada membandingkan, menghubungkan, dan menyintesis nilai-nilai.

#### **e) Jenjang Kemampuan Menyatakan (*Characterization*)**

Pada kategori kemampuan menyatakan atau melukiskan watak ini, individu mempunyai sistem nilai yang mengontrol tingkah lakunya untuk jangka waktu yang cukup lama untuk mengembangkan suatu ciri dari “gaya hidupnya”. Jadi, tingkah laku tetap diramalkan.

### **3) Psikomotor**

Domain psikomotor yaitu kemampuan motorik yang menggiatkan dan mengoordinasikan gerakan. Domain ini terdiri dari gerakan refleks, gerakan dasar, kemampuan perseptual, kemampuan jasmani, gerakan terlatih, dan komunikasi *non diskursif*.

#### **a) Gerakan Refleks (respon yang kompleks)**

Gerakan refleks adalah kemampuan untuk melakukan tindakan-tindakan yang terjadi secara tidak disengaja/diadari ketika merespons suatu stimulus. Gerakan refleks adalah gerakan yang berdasarkan pada respons yang kompleks namun



termasuk ke dalam kategori kemampuan yang paling rendah tingkatannya di dalam domain psikomotor. Secara hierarkis memang jenis kemampuan ini digunakan sebagai dasar dalam membangun kemampuan psikomotor lainnya. Gerakan ini muncul sebagai jawaban terhadap stimulus yang ada tanpa didahului oleh kemauan yang disadari.

#### **b) Gerakan Dasar (Mekanisme)**

Gerakan dasar adalah gerakan yang berdasarkan pada kebiasaan yang fundamental, yaitu kemampuan untuk melakukan pola-pola gerakan yang bersifat pembawaan dan terbentuk dari kombinasi gerakan-gerakan refleks. Gerakan yang termasuk ke dalam kategori ini antara lain meliputi gerak menggenggam, merangkak, meraih, berjalan, dan memanipulasi benda-benda atau obyek, dll..

#### **c) Kemampuan Perseptual (*guided response*)**

Kemampuan perseptual adalah kemampuan untuk menerjemahkan perangsang yang diterima melalui alat indra menjadi gerakan-gerakan yang tepat. Keterampilan untuk melakukan pergerakan dengan respons yang tepat ini dapat terjadi sebagai akibat dari adanya bimbingan dari kemampuan mempersepsikan stimulus.

Yang termasuk ke dalam kategori psikomotor tingkat ini misalnya yaitu segala gerak yang merujuk (terutama) pada cara fungsi-fungsi kognitif, misalnya yang berhubungan dengan diskriminasi kinestetik, diskriminasi visual (*visual acuity* =

ketajaman, *visual tracking* = benda bergerak, *visual memory*, *figureground differentiation* = perbedaan bentuk tubuh, *consistency*) diskriminasi auditori, kemampuan meraba (untuk membedakan antara yang halus dengan yang kasar, dll.), dan kemampuan koordinasi berbagai macam aspek lainnya.

#### **d) Kemampuan Jasmani (*set*)**

Kemampuan jasmani adalah kemampuan untuk mengembangkan gerakan-gerakan terlatih dengan berdasarkan pada kemampuan dan gerakan-gerakan dasar sebagai intinya. Keterampilan ini berdasarkan pada kemampuan dan kesiapan fisik seseorang, yang menyangkut daya tahan, kekuatan, keluwesan, ketangkasan, dll.. Kondisi ini sangat esensial untuk melakukan gerak yang bersifat psikomotoris.

#### **e) Gerakan-gerakan Terlatih**

Gerakan-gerakan terlatih adalah kemampuan untuk melakukan gerakan-gerakan yang canggih dan rumit dengan tingkat efisiensi tertentu. Keterampilan ini berdasarkan pada pemahaman mengenai gerak-gerak keterampilan. Pada kategori ini terdapat dua jenis kontinum, yaitu kontinum yang vertikal dan kontinum yang horizontal.

Kontinum yang vertikal merujuk pada tingkat kesulitan (derajat kesukaran) pada gerak-gerak tertentu. Sedangkan kontinum yang horizontal merujuk pada tingkat penguasaan dari masing-masing keterampilan yang bersangkutan.

#### f) Komunikasi Nondiskursif

Kemampuan berkomunikasi *nondiskursif* adalah kemampuan untuk melakukan komunikasi dengan menggunakan bahasa isyarat dari gerakan badan. Pada kategori ini, kemampuan berkomunikasi adalah secara *non-verbal*, dimana pesan atau informasi disampaikan bukan dengan kata-kata, melainkan dengan gerak tangan, ekspresi wajah (mimik), gerak tubuh, atau dengan bahasa tubuh lainnya.

Hasil belajar yang dikemukakan tersebut diatas sebenarnya tidak berdiri sendiri, melainkan selalu berhubungan antara yang satu dengan yang lainnya, bahkan bisa berada dalam kebersamaan. Seperti misalnya, seseorang yang telah berubah tingkat kognisinya, sesungguhnya dalam kadar tertentu, pada dirinya telah berubah pula sikap dan perilakunya.

Rogers dalam Cartono & Utari (2006:132) berpendapat bahwa “seseorang yang telah menguasai tingkat kognitif tertentu, maka perilakunya pun sudah dapat diramalkan”.

Hasil pendidikan ini kemudian diaplikasikan ke dalam lingkungannya, dan diterima oleh lingkungannya sebagai masukan yang dapat dipergunakan sesuai dengan kepentingannya masing-masing. Perlu ditegaskan sekali lagi di sini bahwa belajar adalah perubahan kualitas kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor

untuk meningkatkan taraf hidupnya sebagai pribadi, pekerja, profesional, warga masyarakat, warga negara, dan juga sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa.

### **b. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Belajar**

Kemampuan belajar peserta didik sangat menentukan keberhasilannya dalam proses belajar. Di dalam proses belajar, banyak faktor-faktor yang dapat mempengaruhinya, diantaranya yaitu: motivasi, sikap, minat, kebiasaan belajar, dan konsep diri. Namun, yang akan dibahas disini hanya mengenai motivasinya saja.

#### **1) Motivasi**

Mahmud (1990:195-207) menyatakan bahwa psikologi tidak hanya mempelajari mengenai “apa yang dilakukan oleh manusia”, melainkan juga mengenai “mengapa ia melakukannya”. “Mengapa” nya perilaku itu disebut dengan motive. Pengalaman menunjukkan bahwa untuk memahami seseorang tidaklah cukup hanya dengan jalan mengamati tindak perbuatannya saja, melainkan juga perlu menilik hal-hal yang melatar-belakanginya, hal-hal apa saja yang telah mendorongnya untuk melakukan perbuatan tersebut, apa motifnya, apa dasar dan alasannya. Pada kesempatan ini, yang akan dibahas mengenai motivasi ini terdiri dari pengertian motivasi, motivasi dalam keperawatan, macam-macam motivasi, tujuan motivasi, pentingnya motivasi, serta motive-motive tinggi dan konsiensia.

### a) Pengertian Motivasi

Winardi menyatakan (2001:1) menyatakan bahwa istilah motivasi ditinjau dari aspek taksonomi berasal dari perkataan bahasa latin, yaitu “*movere*” yang berarti menggerakkan (*to move*). Secara etimologis, motivasi berkaitan dengan hal-hal yang mendorong atau menggerakkan seseorang untuk melakukan sesuatu.

Djaali (2000:130-131 & 137) mengemukakan tentang pengertian mengenai motivasi menurut pendapat dari Suryabrata, Gates et.al., Greenberg, serta Kast & Roseinzweig, bahwa :

“Motivasi adalah suatu keadaan yang terdapat dalam diri seseorang yang mendorongnya untuk melakukan aktivitas tertentu guna pencapaian suatu tujuan.” (Suryabrata).

“Motivasi adalah suatu kondisi fisiologis dan psikologis yang terdapat dalam diri seseorang yang mengatur tindakannya dengan cara tertentu.” (Gates, et.al.).

“Motivasi adalah suatu proses membangkitkan, mengarahkan, dan memantapkan perilaku pada arah suatu tujuan.” (Greenberg).

“Motivasi adalah dorongan yang datang dari dalam diri seseorang untuk melakukan tindakan tertentu.” (Kast dan Roseinzweig)

Duncan, Vroom, Hoy, Miskel, & Campbell dalam Purwanto (2002:71-82) menyatakan bahwa motivasi dapat didefinisikan sebagai kekuatan-kekuatan yang kompleks, dorongan-dorongan, kebutuhan-kebutuhan, pernyataan-pernyataan ketegangan (*tension states*), atau mekanisme-mekanisme lainnya yang memulai dan menjaga kegiatan-kegiatan yang diinginkan ke arah pencapaian tujuan-tujuan

personal. Secara teoritis, motivasi dapat didefinisikan dalam arti yang sangat luas, yaitu sebagai suatu usaha yang disadari untuk menggerakkan, mengarahkan, dan menjaga tingkah laku seseorang agar ia terdorong untuk bertindak melakukan sesuatu sehingga mencapai hasil atau tujuan tertentu.

Berdasarkan pada beberapa pendapat tersebut diatas maka dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud dengan motivasi adalah suatu kondisi fisiologis dan psikologis yang terdapat dalam diri seseorang yang mendorongnya untuk melakukan aktivitas tertentu guna mencapai suatu tujuan.

#### **b) Motivasi Dalam Keperawatan**

Abraham dan Shanley (1997:214-215) menyatakan bahwa berdasarkan pada sejarahnya, keperawatan dikenal berkembang dengan motif-motif altruistik yang berkaitan dengan prinsip-prinsip religi, sehingga ketika ketentuan registrasi untuk pertama kalinya diperkenalkan, mereka menentangnya, termasuk Florence Nightingale. Mereka berpendapat bahwa registrasi perawat akan menarik para perawat dengan motivasi rendah sehingga dapat menyebabkan kemunduran pada standar asuhan keperawatan. Di negara Inggris misalnya, para konsultan *management price water house* (1988) menemukan bahwa alasan utama yang diberikan oleh 7600 perawat yang ditanya tentang tetapnya mereka bekerja di keperawatan adalah karena keinginan untuk menolong orang lain. Para perawat ini tidak menyatakan pekerjaan mereka dalam istilah imbalan ekstrinsik. Hal ini dapat

berarti bahwa kepuasan kerja beberapa perawat lebih berdasarkan pada penghargaan intrinsik daripada ekstrinsik.

Pengukuran keseimbangan motivasi intrinsik dan ekstrinsik dalam keperawatan dan menentukan pentingnya kepuasan kerja terhadap rekrutmen dan pengurangan staf memang sulit. Barret (1988) mengkaji motivasi perawat untuk tetap bekerja di Departemen Kesehatan di Inggris dan mengidentifikasi empat alasan yang berkaitan dengan kerja, yaitu: kepuasan dengan pekerjaan mereka, suasana kerja yang baik, dukungan manajerial yang baik, serta tersedianya pendidikan berkelanjutan dan pengembangan profesional.

Berbicara tentang motivasi dalam hubungannya dengan kemampuan, perawat berarti berbicara tentang motivasi kerja. Ndraha (1999b:189-192) menyatakan bahwa kepercayaan dasar kerja adalah sebagai berikut, yaitu: kerja adalah hukuman, kerja adalah upete/persembahan, kerja adalah kewajiban, kerja adalah sumber penghasilan, kerja adalah kesenangan, kerja adalah status, kerja adalah prestise/gengsi, kerja adalah harga diri, kerja adalah aktualisasi diri, kerja adalah panggilan jiwa, kerja adalah pengabdian, kerja adalah ibadah, kerja adalah suci, kerja adalah ..., dst..

As'ad (1981:44) menyatakan bahwa motivasi kerja adalah sesuatu yang menimbulkan semangat atau dorongan kerja, kuat dan lemahnya motivasi kerja

seseorang ikut menentukan besar atau kecilnya prestasi dari orang yang bersangkutan.

Pendapat tersebut diatas mengarah pada pemahaman bahwa “kerja” merupakan suatu proses kegiatan yang didasarkan pada suatu dorongan tertentu, baik dari dalam diri maupun dari luar diri., sedangkan faat

### c) **Macam-Macam Motivasi**

Dalam bahasa sehari-hari, motivasi dinyatakan dengan hasrat, keinginan, maksud, tekad, kemauan, dorongan, kebutuhan, kehendak, cita-cita, keharusan, kesediaan, dsb.. Hicks dan Gullet ( (1987:450-460) menyatakan bahwa teori motivasi dibagi ke dalam dua kelompok motivasi dasar, yaitu kelompok teori motivasi internal dan kelompok teori motivasi eksternal.

#### (1) **Motivasi Intrinsik**

Motivasi intrinsik yaitu motivasi atau dorongan yang berasal dari dalam diri individu. Stoner (1996:148) menyatakan bahwa imbalan intrinsik adalah berupa promosi yang diberikan oleh dirinya sendiri, atau motivasi individu yang bersumber dari dalam diri individu itu sendiri, seperti: adanya kebutuhan,keinginan, dan kehendak.

***Contoh:*** Perawat A menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ketika berkomunikasi dengan pasiennya karena ia ingin mengimplementasikan ilmu yang telah didapatkannya waktu kuliah dulu.



## (2) Motivasi Ekstrinsik

Motivasi ekstrinsik yaitu motivasi atau dorongan yang berasal dari luar diri individu. Stoner (1996:148) menyatakan bahwa imbalan ekstrinsik adalah berupa promosi yang diberikan oleh pihak luar, atau motivasi individu bersumber dari kekuatan yang berasal dari luar dirinya, seperti: factor pengendalian oleh manajer, keadaan kerja, gaji/upah, pekerjaan, penghargaan, pengembangan, dan tanggung jawab.

Contoh: Perawat B melakukan komunikasi dengan pasien untuk memenuhi target angka kredit kenaikan pangkatnya.

### d) Tujuan Motivasi

Secara umum dapat dikatakan bahwa tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan atau menggugah seseorang agar timbul keinginannya untuk melakukan sesuatu sehingga dapat memperoleh hasil atau mencapai tujuan tertentu. Bagi seorang manajer, tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan pegawai atau bawahannya dalam upaya meningkatkan prestasi kerjanya sehingga tercapai tujuan organisasi yang dipimpinnya. Bagi seorang guru, tujuan motivasi adalah untuk menggerakkan atau memacu para siswanya agar muncul keinginannya untuk meningkatkan prestasi belajarnya sehingga tercapai tujuan pendidikan sesuai dengan apa yang diharapkan dan ditetapkan di dalam kurikulum sekolah.

Memberi motivasi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh seorang manajer dalam memberikan inspirasi, semangat kerja, dan dorongan kepada orang lain untuk bekerja lebih baik.

Vroom (dalam Ndraha, 1999a:147:148) menyatakan bahwa motivasi adalah produk dari tiga faktor, yaitu:

- *Valence (V)*, yang menunjukkan tentang seberapa kuat keinginan seseorang untuk memperoleh reward. *Misalnya*: jika seseorang pada suatu saat mendambakan promosi, maka hal itu berarti bahwa promosi menduduki valensi tertinggi baginya.
- *Expectancy (E)*, yang menunjukkan mengenai kemungkinan keberhasilan kerja (performance probability) yang bergerak dari tiada harapan ke penuh harapan.
- *Instrumentality (I)*, yang menunjukkan mengenai kemungkinan akan diterimanya reward jika pekerjaan berhasil.

Jadi pada prinsipnya, manusia dalam melakukan aktivitasnya digerakkan atau didorong oleh sesuatu, yaitu motif atau kepentingan yang bersumber dari adanya kebutuhan dan keinginan yang harus dipenuhi.

#### e) Pentingnya Motivasi

Tensing dan Hillary rela untuk bersusah-payah dan menderita dalam upayanya untuk mencapai puncak Mount Everest. Atau tukang becak yang mengayuh becak membawa muatannya di tengah terik panas matahari atau hujan lebat melalui jalan yang mendaki. Atau Seorang atlet yang rela berlatih berjam-jam lamanya setiap

hari untuk menghadapi pertandingan. Di belakang setiap perbuatan pasti terdapat suatu motivasi yang mendorong untuk melakukannya.

Setiap motivasi bertalian erat dengan tujuan, Tensing dan Hillary mungkin mempunyai tujuan untuk membuktikan tentang kesanggupan manusia dalam menaklukkan puncak tertinggi di dunia itu. Atau seorang pelajar yang mengurung diri di kamarnya untuk menyiapkan diri dalam menempuh ujian, dsb.. Dengan memperhatikan hal-hal tersebut diatas, jelas menunjukkan bahwa motivasi mempunyai tiga fungsi, yaitu :

- (1) Menggerakkan, yaitu yang mendorong manusia untuk berbuat sesuatu. Jadi, motivasi berfungsi sebagai penggerak atau motor yang melepaskan energi;
- (2) Mengarahkan, yaitu yang menentukan arah perbuatan ke arah tujuan yang ingin dicapai; dan
- (3) Menyeleksi perbuatan, yaitu menentukan perbuatan-perbuatan apa yang harus dijalankan yang serasi untuk mencapai tujuan tersebut, sehingga ia mampu mengenyampingkan perbuatan-perbuatan yang tidak bermanfaat untuk mencapai tujuan tersebut. Oleh karena itu, seseorang yang berpegang teguh terhadap tujuannya tidak akan menghabiskan waktunya untuk melakukan hal-hal yang tidak ada hubungannya dengan tujuan yang telah ditetapkannya.

Pembahasan mengenai pentingnya motivasi ini pun terbagi menjadi dua bagian, yaitu pentingnya motivasi intrinsik dan pentingnya motivasi ekstrinsik.

### (1) Pentingnya Motivasi Ekstrinsik

Setiap orang memerlukan semacam dorongan dari luar untuk mencapai tujuan apapun. Jika seorang karyawan mendapat pertanyaan tentang “Mengapa ia mau bekerja secara serius?”, lalu ia menjawab, misalnya: “Karena takut mendapat nilai DP3 yang jelek” atau “Karena ingin disukai oleh atasannya”, maka jelaslah bahwa ia (karyawan tersebut) telah termotivasi secara ekstrinsik, dan motivasi ekstrinsik ternyata memang penting untuk karyawan yang sedang meniti karier di bidangnya. Oleh karena itu di institusi/instansi manapun perlu digunakan motivasi ekstrinsik seperti pujian, angka-angka, kenaikan pangkat, piagam penghargaan, tugas belajar, atau celaan, teguran, hukuman/sangsi, dsb..

Motivasi ekstrinsik sering dipakai oleh karena pekerjaan seringkali tidak dengan sendirinya dapat menarik perhatian, dan atasan seringkali kurang mampu untuk dapat membangkitkan minat bawahannya dalam bekerja yang sesuai dengan kualifikasinya. Oleh karena itu, motivasi ekstrinsik saja tidak/belum mencukupi, sebab masih ada satu lagi motivasi yang lebih berharga, yaitu motivasi intrinsik.

## (2) Pentingnya Motivasi Intrinsik

Di kantor, karyawan yang mau bekerja karena ia ingin mengetahui hasil kerjanya akan lebih aktif dan lebih rajin daripada karyawan yang hanya ingin mendapatkan nilai DP3 yang baik. Keadaan inilah yang dinamakan sebagai karyawan yang bermotivasi intrinsik. Oleh karena itu, seorang atasan yang baik harus berusaha agar dapat memotivasi karyawan bawahannya secara intrinsik.

Suatu fenomena yang sering kita lihat dalam birokrasi pemerintahan kita saat ini bahwa para pemimpin unit kerja senantiasa menghadapi masalah mengenai munculnya perbedaan kinerja antara bawahan yang satu dengan bawahan yang lainnya. Mengingat bahwa setiap tindakan seorang pimpinan dalam suatu organisasi dapat memberikan stimulasi reaksi pada para bawahan, maka tidak ada pilihan lain yang harus dilakukan selain memberikan motivasi pada bawahannya agar dapat memiliki kinerja.

### **BAB III**

## **KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

Pada BAB III ini akan diuraikan mengenai kerangka teori, kerangka konsep, hipotesis penelitian, dan definisi operasional.

#### **A. Kerangka Teori**

Kerangka teori ini berguna sebagai landasan penelitian, karena disusun berdasarkan pada hasil pengeristalan dari konsep dan teori yang telah dikemukakan di dalam bab tinjauan teoritis. Gambaran mengenai fokus utama pelaksanaan perawatan kesehatan mental-psikiatri yang menjadi titik sentralnya adalah dari penggunaan diri perawat itu sendiri yang harus diupayakan agar selalu terapeutik dalam setiap langkahnya ketika berkomunikasi dengan siapapun, dan yang terutama tentu dengan pasiennya. Salah satu hal yang harus menjadi perhatian bagi seorang perawat agar dapat menggunakan dirinya sendiri secara terapeutik adalah dengan penguasaan kemampuan kognitif, afektif, maupun psikomotornya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Untuk lebih jelasnya, dapat dilihat pada skema 3.1.

## **B. Kerangka Konsep**

Sesuai dengan judul dalam penelitian ini yaitu mengenai faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi, maka variabel yang akan diteliti ada dua, yaitu: variabel faktor dan variabel kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

Simamora (2004:26-27) menyatakan bahwa “Istilah lain untuk variabel independen adalah variabel bebas, variabel anteseden, prediktor, variabel yang mempengaruhi, dan stimulus. Sedangkan variabel dependen sering disebut sebagai variabel tidak bebas, variabel konsekuensi, variabel terpengaruh, kriteria, atau respons”.

Berdasarkan pada pendapat Simamora tersebut diatas, maka peristilahan selanjutnya untuk variabel faktor kita sebut sebagai variabel bebas, sedangkan untuk variabel kemampuan perawat pelaksana kita sebut dengan variabel terpengaruh.

### **1. Variabel Faktor**

Variabel faktor terdiri dari tiga bagian, yaitu faktor karakteristik perawat, faktor kesadaran diri, dan faktor motivasi.

**a. Faktor karakteristik Perawat**

Faktor karakteristik perawat yang akan diteliti meliputi, perbedaan: gender, usia, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan status perkawinan.

**b. Faktor Kesadaran Diri**

Faktor kesadaran diri yang akan diteliti meliputi dua hal, yaitu: proaktif dan reaktif.

**c. Faktor Yang Mempengaruhi Belajar**

Faktor yang mempengaruhi belajar yang akan diteliti hanya mengenai motivasinya saja, yaitu motivasi: intrinsik dan ekstrinsik.

**2. Variabel Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-teknik Komunikasi Terapeutik**

Variabel kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik adalah merupakan variabel terpengaruh. Variabel ini terdiri dari tiga domain, yaitu domain: kognitif, afektif, dan psikomotor.

**a. Domain Kognitif**

Domain kognitif adalah sekelompok tingkah laku yang tergolong dalam kemampuan berpikir atau intelektual, sehingga domain kognitif ini disebut juga bidang kemampuan intelektual atau kemampuan



pengetahuan. Domain kognitif mengenai teknik-teknik komunikasi terapeutik yang dimaksud terdiri dari 11 teknik, yaitu teknik: penghargaan, pertanyaan terbuka, eksplorasi, diam, mendengarkan, observasi, asertif, memfokuskan, klarifikasi/validasi, mengulang, dan menyimpulkan.

**b. Domain Afektif**

Domain afektif adalah kelompok tingkah laku yang tergolong ke dalam kemampuan sikap dan nilai.

**c. Domain Psikomotor (Konatif)**

Domain psikomotor adalah kemampuan motorik yang menggiatkan dan mengoordinasikan gerakan. Domain ini terdiri dari empat fase, yaitu fase: pra-interaksi, orientasi/perkenalan, interaksi/kerja, dan terminasi.

Untuk lebih jelasnya, maka dapat dilihat pada halaman berikutnya gambar 3.2. mengenai skema kerangka konsep penelitian yang akan menunjukkan mengenai kemungkinan adanya hubungan antara faktor karakteristik perawat, faktor kesadaran diri, dan faktor motivasi dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

### C. Hipotesis

Mengacu pada kerangka konsep penelitian tersebut diatas, maka yang menjadi hipotesis penelitian ini meliputi :

1. Karakteristik perawat berhubungan dengan kemampuan (kognitif, afektif, dan konatif) perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.
2. Kesadaran diri perawat berhubungan dengan kemampuan (kognitif, afektif, dan konatif) perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.
3. Motivasi perawat berhubungan dengan kemampuan (kognitif, afektif, dan konatif) perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

### D. Definisi Operasional

#### 1. Variabel Bebas

##### a. Faktor karakteristik perawat

Faktor karakteristik perawat ini terdiri dari perbedaan: gender, usia, tingkat pendidikan, pengalaman kerja, dan status perkawinan.

##### b. Faktor Kesadaran Diri

Faktor kesadaran diri yang akan diteliti berdasarkan pada dua hal, yaitu: proaktif atau reaktif.

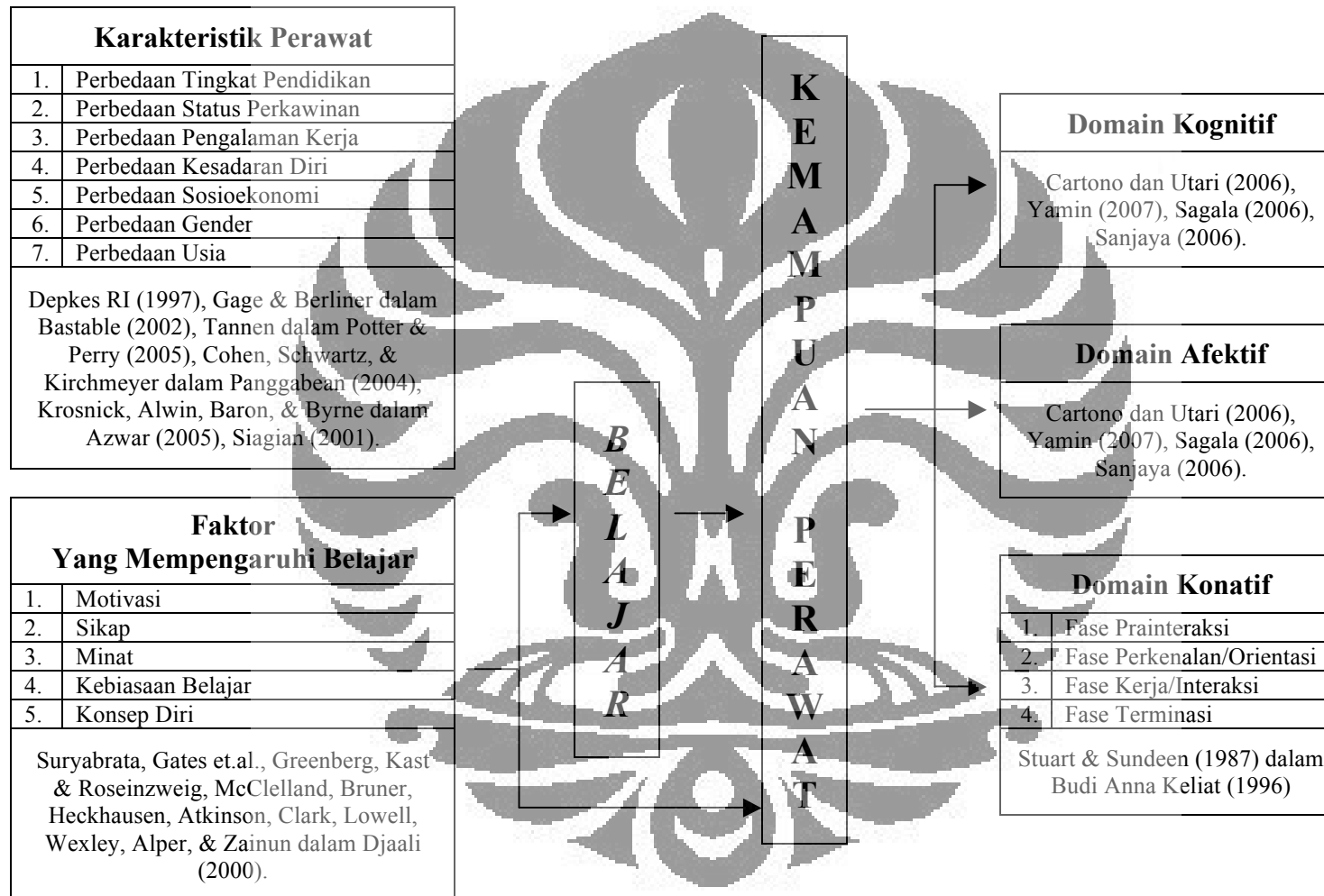
### c. Faktor yang mempengaruhi belajar

Faktor yang mempengaruhi belajar yang akan diteliti hanya mengenai motivasinya saja, yaitu motivasi: intrinsik dan ekstrinsik.

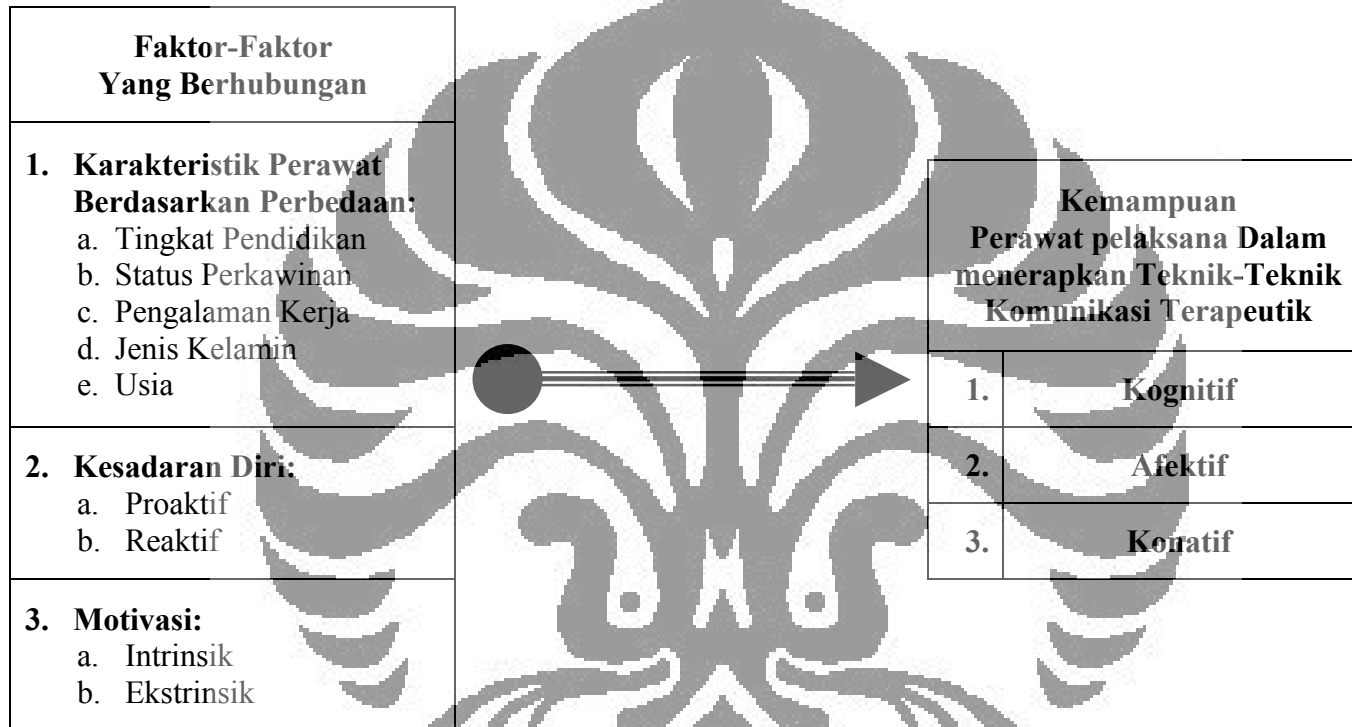
### 2. Variabel Terpengaruh

Kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik terdiri dari kemampuan: kognitif, afektif, dan psikomotor.

Variabel bebas karakteristik perawat, kesadaran diri, dan motivasi yang diduga mempunyai hubungan dengan variabel terpengaruh kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dapat dilihat dengan lebih jelas pada tabel 3.1. di bawah ini.



Skema 3.1. Kerangka Teori Penelitian



Skema 3.2. Kerangka Konsep Penelitian

Tabel 3.1. Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur/ Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b><i>I. Variabel Bebas</i></b>					
<b><i>A. Karakteristik Perawat</i></b>					
1.	Perbedaan gender.	Karakteristik perawat pelaksana berdasarkan pada jenis kelamin fisik.	Kuesioner A.3. mengenai jenis kelamin fisik.	0. Laki-laki 1. Perempuan	Nominal
2.	Perbedaan usia.	Karakteristik perawat pelaksana berdasarkan pada ulang tahun terakhir.	Kuesioner A.4. mengenai tanggal lahir.	Usia dalam tahun	Interval
3.	Perbedaan tingkat pendidikan.	Karakteristik perawat pelaksana berdasarkan pada dasar pendidikan keperawatan terakhir/tertinggi.	Kuesioner A.6. mengenai pendidikan keperawatan tertinggi.	Dasar pendidikan keperawatan dimasukkan sesuai dengan kelompoknya, yaitu : 1. Rendah (SPRB & SPK). 2. Tinggi (D. III. s/d S.2.)	Ordinal
4.	Perbedaan	Karakteristik perawat	Kuesioner A.7. mengenai lamanya	Pengalaman kerja dalam tahun	Interval

	pengalaman kerja.	pelaksana berdasarkan pada lama kerja di institusi keperawatan jiwa.	pengalaman kerja di institusi keperawatan jiwa.		
5.	Perbedaan status perkawinan	Karakteristik perawat pelaksana berdasarkan pada status perkawinan	Kuesioner A.5. mengenai status perkawinan	0. Tidak kawin 1. Kawin	Nominal
<b>B. Faktor Kesadaran Diri</b>					
	Kesadaran diri.	<i>Proaktif</i> : Respons yang terapeutik terhadap setiap stimulus yang dihadapinya. <i>Reaktif</i> : Respons yang tidak terapeutik terhadap stimulus yang dihadapinya.	Kuesioner tertutup B.1-32 untuk mengetahui respon proaktif atau reaktif. Untuk masing-masing item, baik proaktif maupun reaktif mendapat nilai 1.	Dinyatakan dalam rentang 0 – 16, dengan indikator : 0. Jika lebih proaktif 1. Jika lebih reaktif	Ordinal
<b>C. Faktor Yang Mempengaruhi Belajar</b>					
	Motivasi	Segala sesuatu yang menjadi faktor pendorong bagi perawat	1. Motivasi Intrinsik, Kuesioner C: 33-37, 41, 43, dan 48. 2. Motivasi Ekstrinsik, Kuesioner	0. Intrinsik 1. Ekstrinsik	Interval

		untuk bertingkah laku, khususnya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.	C: 38-40, 42, dan 44-47.		
<b>II. Variabel Terpengaruh: Kemampuan perawat dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik</b>					
1	Kognitif	“Apa yang dapat dilakukan oleh perawat pelaksana” menurut kemampuan berpikirnya.	Kuesioner F.71-97 tentang pengetahuan perawat mengenai teknik-teknik komunikasi terapeutik. Untuk masing-masing item pertanyaan, dinilai 1 jika benar, dan dinilai 0 jika salah.	Dinyatakan dalam rentang nilai 0–27, dengan indikator : 0. Baik $\geq$ median 1. Kurang $<$ median.	Interval
2	Afektif	“Apa yang dilakukan oleh perawat pelaksana”, tanpa mempertimbangkan benar atau salah.	Kuesioner D.49-59 tentang sikap perawat terhadap penerapan teknik-teknik komunikasi terapeutik. - Nilai 4 jika menjawab sangat perlu. - Nilai 3 jika menjawab perlu. - Nilai 2 jika menjawab tidak perlu. - Nilai 1 jika menjawab sangat tidak	Dinyatakan dalam rentang nilai 11– 44, dengan indikator: 0. Baik. $\geq$ median 1. Kurang $<$ median.	Interval



			perlu.		
3	Psikomotor	“Apa yang dapat dilakukan oleh perawat pelaksana” menurut kemampuan/keterampilan otot/fisiknya.	<p>Kuesioner E.60-70 tentang kemampuan perawat dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nilai 4 jika menjawab selalu.</li> <li>- Nilai 3 jika menjawab sering.</li> <li>- Nilai 2 jika menjawab Jarang.</li> <li>- Nilai 1 jika menjawab tidak pernah.</li> </ul>	Dinyatakan dalam rentang nilai 11– 44, dengan indikator:	Interval
				0. Baik $\geq$ median	
				1. Kurang $<$ median.	

## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Sesuai dengan tujuan penelitian yang telah tertuang dalam Bab I bahwa penelitian ini adalah untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara faktor karakteristik, kesadaran diri, dan motivasi dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi. Oleh karena itu dalam penelitian ini digunakan rancangan deskriptif korelatif dengan pendekatan potong lintang (cross sectional). Menurut rancangan ini, variabel bebas dan variabel tergantung dinilai secara simultan pada satu saat (Sastroasmoro dan Ismael, 2002:98).

#### **B. Populasi Dan Sampel**

##### **1. Populasi**

Populasi adalah serumpun atau sekelompok objek yang menjadi sasaran penelitian. Populasi penelitian merupakan keseluruhan (universum) dari objek penelitian yang dapat berupa manusia, hewan, tumbuh-tumbuhan, udara, gejala, nilai, peristiwa, sikap hidup, dan sebagainya, sehingga objek-objek ini dapat menjadi sumber data penelitian. (Bungin, 2005:99-100).

Berdasarkan pada pengertian populasi tersebut diatas, maka populasi menjadi amat beragam. Kalau dilihat dari segi penentuan sumber datanya, maka populasi dapat dibedakan menjadi populasi terbatas dan populasi tidak terhingga.

- a. Populasi terbatas, yaitu populasi yang memiliki sumber data yang jelas batas-batasnya secara kuantitatif.
- b. Populasi tak terhingga, yaitu populasi yang memiliki sumber data yang tidak dapat ditentukan batas-batasnya secara kuantitatif.

Sedangkan, jika dilihat dari segi kekompleksitasan objek populasi, maka populasi dapat dibedakan menjadi populasi homogen dan populasi heterogen.

- a. Populasi homogen, yaitu keseluruhan individu yang menjadi anggota populasi yang memiliki sifat-sifat yang relatif sama satu sama lainnya.
- b. Populasi heterogen, yaitu keseluruhan individu anggota populasi yang relatif memiliki sifat-sifat individual, dimana sifat tersebut membedakan individu anggota populasi yang satu dengan yang lainnya. Dengan kata lain bahwa individu anggota populasi memiliki sifat yang bervariasi sehingga memerlukan penjelasan terhadap sifat-sifat tersebut, baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Pada penelitian sosial, populasi heterogen menjadi tidak asing lagi dalam setiap penelitian. Hal ini disebabkan oleh karena semua penelitian sosial berobjekkan manusia atau gejala-gejala dalam kehidupan manusia yang bersifat amat unik dan kompleks.

Dengan pembatasan populasi penelitian, akan memudahkan di dalam memberikan ciri atau sifat-sifat yang lain dari populasi tersebut, dan semua ini memberikan keuntungan dalam penarikan sampel – kalau penarikan memang dibutuhkan.

Berdasarkan pada keterangan tersebut diatas, maka sudah jelas bahwa populasi dalam penelitian ini adalah populasi heterogen terbatas, yaitu seluruh perawat pelaksana yang ada di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi yang berjumlah 193 orang dengan komposisi latar belakang tingkat pendidikan keperawatan yang beragam, seperti yang terpampang pada Tabel 4.1., table 4.2., dan table 4.3. di bawah ini.

**Tabel 4.1. Jumlah Tenaga Perawat Di RSJ Cimahi Pada Bulan Maret 2008**

Ruang	Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit Jiwa Cimahi				Jumlah
	S.1	D.III.	SPK	SPRB	
<b>Garuda (Akut)</b>	-	10	-	-	10
<i>Rajawali (Akut)</i>	-	6	4	-	10
<i>Kutilang</i>	1	5	3	-	9
<i>Perkutut</i>	-	7	3	-	10
<i>Nuri</i>	1	6	2	-	9
<i>Gelatik</i>	-	5	4	-	9
<i>Merpati</i>	1	4	5	-	10
<b>J U M L A H</b>	<b>3</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>-</b>	<b>67</b>
<i>Elang (MPKP)</i>	2	9	-	-	11
<i>Cendrawasih (MPKP)</i>	2	9	-	-	11
<b>J U M L A H</b>	<b>7</b>	<b>61</b>	<b>21</b>	<b>-</b>	<b>89</b>
<i>Rehab</i>	-	-	-	1	1
<i>Rawat Jalan</i>	-	1	-	3	4
<b>J U M L A H</b>	<b>7</b>	<b>62</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>94</b>
<i>Lain-lain (Struktural, Napza, dan UGD).</i>	18				18
<b>JUMLAH TOTAL</b>					<b>112</b>

**Tabel 4.2. Jumlah Tenaga Perawat Di RSJ Bandung Pada Bulan Maret 2008**

Ruang	Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit Jiwa Bandung					Jumlah
	S.2.	S.1	D.III.	SPK	SPRB	
<b>Rawat Jiwa Intensif</b>	-	-	9	8	1	18
<i>Mawar</i>	-	1	5	-	-	6
<i>Bougenville</i>	-	-	4	4	-	8
<i>Flamboyan</i>	-	-	8	2	-	10
<b>J U M L A H</b>	-	1	26	14	1	42
<i>Rehab</i>	-	-	2	1	-	3
<i>Rawat Jalan</i>	1	-	4	-	-	5
<b>J U M L A H</b>	1	1	32	15	1	50
<i>Struktural</i>	-	2	1	-	1	4
<i>Napza</i>	-	-	6	2	-	8
<i>UGD</i>	-	1	4	3	-	8
<i>ElMed</i>	-	-	1	1	-	2
<i>TU Bid. Keperawatan</i>	-	-	1	1	-	2
<i>Tugas Belajar</i>	1	2	1	3	-	7
<b>JUMLAH TOTAL</b>	2	6	46	25	2	81

**Tabel 4.3. Jumlah Populasi Tenaga Perawat Di RSJ Bandung Dan Cimahi Pada Bulan Maret 2008**

Rumah Sakit Jiwa	Jumlah Tenaga Perawat		Jumlah
	Struktural, TU, ElMed, TuBel, Napza, dan UGD	R: Akut, Rawat Inap, Rawat Jalan, MPKP, dan Rehab.	
<i>Bandung</i>	31	50	81
<i>Cisarua Cimahi</i>	18	94	112
<b>Jumlah</b>	49	144	193

## 2. Sampel

Bungin (2005:101) menyatakan bahwa dalam penelitian sosial dikenal hukum kemungkinan atau hukum probabilitas, yaitu kesimpulan yang ditarik dari sampel dapat digeneralisasikan kepada seluruh populasi. Kesimpulan ini dapat dilakukan karena pengambilan sampel ini memang dimaksudkan untuk mewakili seluruh populasi. Dari ide hukum kemungkinan ini maka kemudian banyak penelitian menggunakan sampel.

Pada populasi yang heterogen, keberagaman terjadi dimana-mana, dan ini membutuhkan pekerjaan khusus yang merepotkan, karena membutuhkan teknik-teknik khusus yang sejalan dengan sifat populasi tersebut. Metode sampling adalah pembicaraan tentang bagaimana cara menata berbagai teknik dalam pengambilan sampel agar menjadi sampel yang representatif. Pekerjaan ini menuntut ketelitian. Dari ketelitian ini kemudian peneliti menentukan rancangan yang akan dipakai dalam mengambil sampel.

Tidak semua penelitian menggunakan sampel sebagai sasaran penelitian. Pada penelitian tertentu dengan skala kecil, yang hanya memerlukan beberapa orang sebagai objek penelitian, ataupun beberapa penelitian kuantitatif yang dilakukan terhadap objek atau populasi kecil, biasanya penggunaan sampel penelitian tidak diperlukan. Hal tersebut karena keseluruhan objek penelitian dapat dijangkau oleh peneliti. Dalam istilah penelitian kuantitatif, objek penelitian yang kecil ini

disebut sebagai sampel total, yaitu keseluruhan populasi merangkap sebagai sampel penelitian.

Oleh karena penelitian ini, salah satunya menggunakan analisis multivariat, dimana beberapa variabel independen dihubungkan dengan satu variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Maka Hastono (2001:141) menyatakan bahwa jumlah sampel dalam analisis multivariat sebaiknya jangan terlalu sedikit, pedoman yang berlaku adalah setiap variabel minimal diperlukan 10 responden.

Di samping pendapat tersebut diatas, pendapat lainnya dari Zikmund (2000) yang dikutip oleh Simamora (2004:218) menyatakan bahwa ukuran sampel setiap golongan minimal 100 orang. Ukuran sampel total adalah jumlah sampel semua golongan.

Berdasarkan pada ketiga pendapat tersebut diatas, maka penelitian ini akan menggunakan sampel total, karena jumlah populasinya sebanyak 193 orang, dimana keseluruhan objek penelitian dapat dijangkau oleh peneliti.

Namun, oleh karena tidak semua perawat berada di ruangan yang memungkinkan dirinya untuk dapat menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, maka seleksi responden dilakukan dengan menggunakan kriteria inklusi bagi seluruh perawat yang bekerja di ruang rawat inap (akut, tenang, dan MPKP), ruang rehab,

dan ruang rawat jalan, yang berjumlah 144 orang, data lengkapnya yang terperinci dapat dilihat pada table 4.4. di bawah ini.

**Tabel 4.4.**  
**Komposisi Tenaga Perawat Pelaksana Menurut Tingkat Pendidikan Keperawatan Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi Tahun 2008.**

No	Tingkat Pendidikan	J u m l a h			Prosentase
		RSJB	RSJC	Total	
1.	S.2. Keperawatan	1	0	1	0,69 %
1.	S.1. Keperawatan	1	7	8	5,56 %
2.	D. III. Keperawatan	32	62	94	65,28 %
3.	SPK	15	21	36	25,00 %
4.	SPRB	1	4	5	3,47 %
<b>J u m l a h</b>		<b>50</b>	<b>94</b>	<b>144</b>	<b>100 %</b>

Sedangkan kriteria eksklusi dilakukan karena perawat yang bersangkutan tidak memungkinkan untuk menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada pasiennya karena perawat tersebut bekerja sebagai tenaga struktural, tata usaha bidang keperawatan, elektro medik, napza, UGD, dan termasuk yang sedang tugas belajar, sebanyak 49 orang.

### C. Tempat penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.

Alasan utamanya adalah karena Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi :

1. Sebagai salah satu rumah sakit milik Pemerintah Daerah Propinsi Jawa Barat yang menjadi pusat rujukan propinsi.



2. Memiliki jumlah tenaga perawat pelaksana sebanyak 193 orang dengan komposisi latar belakang pendidikan keperawatan yang beragam.
3. Sebagai sarana tempat praktik keperawatan jiwa bagi para mahasiswa keperawatan dari berbagai institusi pendidikan keperawatan.
4. Average Length of Stay (ALOS) di RSJ Bandung rata-rata 25,25 hari rawat dan di RSJ Cimahi rata-rata 46,25 hari pada empat tahun terakhir (2004 – 2007), Bed Occupancy Rate (BOR) di RSJ Bandung mencapai rata-rata 67 % dari 100 tempat tidur yang tersedia dan di RSJ Cimahi mencapai rata-rata 78,34 % dari 160 tempat tidur yang tersedia, serta Turn Over Interval (TOI) di RSJ Bandung mencapai 12,5 hari dan di RSJ Cimahi mencapai 12,74 hari.
5. Belum pernah dilakukan penelitian yang serupa.

#### **D. Waktu Penelitian**

Penelitian direncanakan akan berlangsung selama kurang lebih lima bulan, yang dimulai dari awal februari sampai dengan awal juli 2008. Tapi dalam kenyataannya ternyata mengalami kemunduran, karena penelitian ini berlangsung dari awal Februari sampai dengan akhir Juli tahun 2008.

### **E. Etika Penelitian**

Kegiatan penelitian ini akan dilakukan setelah mendapat surat persetujuan dari Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, Rumah Sakit Jiwa Bandung, dan Rumah Sakit Jiwa Cimahi. Surat permohonan persetujuan penelitian ditujukan kepada yang terhormat Direktur Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, Rumah Sakit Jiwa Bandung, dan Rumah Sakit Jiwa Cimahi dengan tembusannya kepada yang terhormat Kepala Bidang Perawatan, Kepala Bidang Diklat, dan Komite Etik. Selanjutnya, semua responden yang akan menjadi subjek penelitian akan diberikan informasi mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian yang akan dilaksanakan. Setelah itu, baru memberikan lembar kertas persetujuan tertulis. Responden diberikan hak terbuka untuk menerima atau menolak partisipasi sebagai subjek penelitian. Jika bersedia, maka responden harus menandatangani lembar pernyataan persetujuan untuk menjadi responden pada format yang telah disediakan oleh peneliti. Jika tidak bersedia, maka responden dapat mengabaikan format tersebut.

Peneliti sangat menghormati hak-hak responden, oleh karena itu peneliti akan menjamin kerahasiaan identitas responden dengan cara tidak perlu mencantumkan nama. Peneliti juga berani menjamin kerahasiaan data yang telah diperoleh hanya diperuntukkan bagi kemajuan ilmu pengetahuan, baik ketika pengumpulan dan pengolahan data, maupun dalam penyajian hasil penelitian.

Keterangan tersebut diatas mengacu pada pendapat dari Hamid (2008:57-65) yang menyatakan bahwa terdapat “Tiga prinsip utama etika riset/penelitian yang perlu dipahami dan diterapkan oleh peneliti, yaitu beneficence, menghargai martabat manusia, dan mendapatkan keadilan”.

### **1. Beneficence**

Beneficence adalah satu dari prinsip etik yang sangat mendasar dalam riset, yaitu tidak boleh membahayakan. Namun, pada sebagian besar peneliti menganggap bahwa prinsip beneficence ini mempunyai banyak dimensi, yaitu: bebas dari bahaya, bebas dari eksploitasi, dan terdapat keseimbangan antara faktor resiko dengan manfaatnya.

#### **a. Bebas Dari Bahaya**

Peneliti harus berusaha untuk melindungi subjek penelitian agar terhindar dari bahaya atau ketidaknyamanan fisik maupun mental. Hindari penelitian yang dapat membuat subjek penelitian terpapar oleh pengalaman yang dapat menimbulkan bahaya yang menetap, baik karena peralatan atau prosedur.

Peneliti yang memerhatikan etika harus siap untuk menghentikan penelitian apabila ternyata terdapat alasan yang menunjukkan bahwa penelitian tersebut dapat menimbulkan cedera, ketidakmampuan, distres berkepanjangan, atau bahkan kematian bagi subjek penelitian.

Selain konsekuensi fisik, konsekuensi dari aspek psikososial pun dapat dialami oleh subjek penelitian. Oleh karena itu, peneliti perlu berhati-hati dan peka

terhadap setiap perubahan yang terjadi selama penelitian. Peneliti harus berpikir dengan hati-hati untuk menghindari bahaya psikologis.

### **b. Bebas Dari Eksploitasi**

Keterlibatan subjek dalam penelitian tidak boleh merugikan mereka atau memaparkan mereka pada situasi yang tidak disiapkan sebelumnya. Subjek penelitian perlu diyakinkan bahwa partisipasi mereka atau informasi yang mereka berikan kepada peneliti tidak akan digunakan untuk melawan atau merugikan mereka.

### **c. Keseimbangan Antara Faktor Resiko Dengan Manfaat**

Peneliti dan penilai (reviewer) harus menelaah keseimbangan antara manfaat dengan resiko dalam penelitian. Upaya yang harus dilakukan dalam penelitian adalah memaksimalkan manfaat dan meminimalkan resiko.

## **2. Menghargai Martabat Manusia**

Menghormati martabat subjek penelitian meliputi hak untuk menetapkan sendiri dan hak untuk mendapatkan penjelasan yang lengkap. Kedua hak tersebut diatas adalah merupakan elemen utama yang menjadi dasar informed consent. Manusia harus diperlakukan sebagai makhluk yang memiliki otonomi atas dirinya sendiri serta mampu mengendalikan kegiatan dan tujuan hidupnya. Manusia juga mempunyai hak untuk mendapatkan penjelasan yang lengkap karena keputusan tidak dapat dibuat tanpa penjelasan yang selengkap-lengkapny.

### 3. Mendapatkan Keadilan

Prinsip etika ini mengandung hak dari subjek penelitian untuk mendapatkan perlakuan yang adil dan juga hak untuk mendapatkan keleluasaan pribadi.

#### a. Hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil

Subjek penelitian mempunyai hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil dan sama, baik sebelum, selama, maupun setelah partisipasi mereka dalam penelitian.

Aspek-aspeknya terdiri dari :

- 1) Seleksi subjek yang adil dan tidak diskriminatif.
- 2) Perlakuan yang tidak menghukum.
- 3) Penghargaan terhadap semua persetujuan.
- 4) Subjek dapat mengakses penelitian.
- 5) Subjek dapat mengakses bantuan profesional.
- 6) Perlakuan yang penuh rasa hormat setiap saat.

#### b. Hak untuk mendapatkan keleluasaan pribadi (privacy)

Hampir semua penelitian yang menggunakan subjek manusia menyentuh kehidupan pribadi subjek. Oleh karena itu, peneliti perlu memastikan penelitian yang dilakukannya itu tidak menginvasi melebihi batas yang diperlukan sehingga privacy subjek tetap terjaga selama penelitian. Invasi terhadap privacy subjek dapat terjadi apabila informasi yang bersifat pribadi dibagikan kepada orang lain tanpa sepengetahuan subjek atau bertentangan dengan keinginannya. Informasi

yang bersifat pribadi tersebut antara lain yaitu: sikap, keyakinan, perilaku, pendapat, dan catatan.

Berdasarkan pada hak untuk mendapatkan keleluasaan pribadi (*privacy*) tersebut diatas dapat dilihat disini bahwa dari 144 (100%) *quesitioner* yang disebarakan ternyata 6 (4,16%) *quesioner* tidak kembali, 4 (2,77%) *questioner* lainnya tidak lengkap, dan 3 (2,08%) tidak ditandatangani, sehingga jumlah total yang tidak dapat diolah adalah sebanyak 13 (9,03%) *questioner*. Oleh karena itu, yang dapat diolah sebanyak 131 (90,97%) *questioner*.

#### **F. Alat Pengumpulan Data**

Desain penelitian telah dirancang, maka langkah berikutnya adalah merancang instrumen penelitian. Bungin (2005:94-95) menyatakan bahwa instrumen adalah perangkat lunak dari seluruh rangkaian proses pengumpulan data penelitian di lapangan.

Pengertian dasar dari instrumen penelitian adalah :

1. Instrumen penelitian menempati posisi yang teramat penting dalam hal bagaimana dan apa yang harus dilakukan untuk memperoleh data di lapangan.
2. Instrumen penelitian adalah bagian yang paling rumit dari keseluruhan proses penelitian. Jika terjadi kesalahan di bagian ini, maka akan dapat dipastikan bahwa suatu penelitian akan gagal atau berubah dari konsep semula. Oleh

karena itu, kerumitan dan kerusakan instrumen penelitian pada dasarnya tidak terlepas dari peranan desain penelitian yang telah dibuat.

3. Pada dasarnya, instrumen penelitian kuantitatif mempunyai dua fungsi, yaitu sebagai substitusi dan sebagai suplemen.

Pada beberapa instrumen, umpamanya angket, instrumen penelitian menjadi wakil peneliti satu-satunya di lapangan. Oleh karena itu, kehadiran instrumen penelitian di hadapan responden adalah benar-benar berperan sebagai pengganti (substitusi) dan bukan suplemen penelitian.

Pada kenyataannya di lapangan, instrumen penelitian tidak berbeda jauh dengan sebuah “jala” atau “jaring” yang digunakan untuk menangkap atau menghimpun data sebanyak dan sevalid mungkin. Oleh karena itu, instrumen penelitian harus benar-benar reliabel dan valid. Dan untuk mencapai kedua unsur tersebut, maka sebuah instrumen penelitian kuantitatif harus memiliki tingkat kepekaan yang dapat dipercaya.

Pembahasan mengenai alat pengumpul data ini meliputi data yang akan dikumpulkan, instrumen penelitian yang akan digunakan dan cara penyusunannya, proses validitas dan reliabilitas instrumen, serta uji validitas dan reliabilitas instrumen.

### 1. Data yang akan dikumpulkan

Hamid (2008:127-128) menyatakan bahwa pengumpulan data adalah suatu proses yang dimulai dari penetapan subjek sampai pada pengumpulan data yang diperlukan untuk penelitian. Selama masa pengumpulan data, peneliti berfokus pada cara mengenai bagaimana caranya untuk mendapatkan subjek, melatih pengumpul data (jika diperlukan), serta mengumpulkan data dengan cara yang konsisten, mempertahankan kontrol penelitian, melindungi integritas (atau validitas) penelitian, dan menyelesaikan masalah yang menimbulkan gangguan terhadap proses penelitian.

Berdasarkan pada pendapat tersebut diatas, maka data yang akan dikumpulkan dalam penelitian ini adalah mengenai karakteristik perawat, kesadaran diri perawat, dan faktor yang mempengaruhi belajar yaitu motivasi, serta kemampuan perawat pelaksana secara kognitif, afektif, dan psikomotor dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada pasien di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.



## **2. Instrumen penelitian yang akan digunakan dan cara penyusunannya**

Instrumen yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner, yang terdiri dari kuesioner A sampai dengan kuesioner F.

### **a. Kuesioner A, untuk karakteristik responden.**

Kuesioner A dibuat untuk memperoleh data mengenai karakteristik responden, yaitu: jenis kelamin (A3), usia (A4), tingkat pendidikan (A6), pengalaman kerja (A7), dan status perkawinan (A5).

### **b. Kuesioner B, untuk kesadaran diri responden.**

Kuesioner B dibuat untuk memperoleh data dari responden mengenai kesadaran dirinya yang akan dapat diketahui dari sifat proaktif atau reaktifnya. Pada responden diajukan 32 pernyataan, yang terdiri dari 16 pernyataan yang bersifat proaktif (B:2,4,6,7,10,11,14,15,19,22,23,24,25,27,30,31) dan 16 pernyataan lagi yang bersifat reaktif (B:1,3,5,8,9,12,13,16,17,18,20,21,26,28,29,32). Tugas responden hanya tinggal memberikan tanda check list pada tempat yang telah disediakan dari sejak nomor 1 sampai dengan nomor 32.

### **c. Kuesioner C, untuk motivasi responden.**

Kuesioner C dibuat untuk memperoleh data dari responden mengenai motivasi dirinya yang terdiri dari motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Pada responden diajukan 16 pernyataan, yang terdiri dari 8 pernyataan yang bersifat intrinsik (C:33-37,41,43,48) dan 8 pernyataan lagi yang bersifat ekstrinsik (C:38-

40,42,44-47). Tugas responden hanya tinggal memberikan tanda check list pada tempat yang telah disediakan, ya atau tidak, dari sejak nomor 33 sampai dengan nomor 48. Dengan demikian maka akan dapat diketahui mengenai apakah motivasi responden bersifat lebih intrinsik, lebih ekstrinsik, atau seimbang.

**d. Kuesioner D, untuk kemampuan afektif.**

Kuesioner D dibuat untuk memperoleh data dari responden mengenai kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik secara afektif, yaitu D: 49 s/d 59. Pada responden diajukan 11 pertanyaan, dengan empat alternatif jawaban yang telah disediakan, yaitu: sangat perlu, perlu, tidak perlu, dan sangat tidak perlu. Tugas responden hanya tinggal memberikan tanda check list pada tempat yang telah disediakan dari sejak nomor 49 sampai dengan nomor 59. Dengan demikian maka akan dapat diketahui mengenai tingkat kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik secara afektif, tinggi atau rendah.

**e. Kuesioner E, untuk kemampuan konatif**

Kuesioner E dibuat untuk memperoleh data dari responden mengenai kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik secara konatif/psikomotor, yaitu E: 60 s/d 71. Pada responden diajukan 11 pertanyaan, dengan empat alternatif jawaban yang telah disediakan, yaitu: sangat perlu, perlu, tidak perlu, dan sangat tidak perlu. Tugas responden hanya tinggal memberikan tanda check list pada tempat yang telah disediakan dari sejak nomor 60 sampai dengan nomor 71. Dengan demikian maka akan dapat diketahui mengenai tingkat

kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik secara konatif/psikomotor, tinggi atau rendah.

#### **f. Kuesioner F, untuk kemampuan Kognitif**

Kuesioner F dibuat untuk memperoleh data dari responden mengenai kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik secara kognitif, yaitu F: 71 s/d 97. Pada responden diajukan 27 pertanyaan, dengan tiga alternatif jawaban yang telah disediakan. Tugas responden hanya tinggal melingkari atau mencakranya saja pada huruf a, b, atau c yang telah disediakan dari sejak nomor 71 sampai dengan nomor 97. Dengan demikian maka akan dapat diketahui mengenai tingkat kemampuan kognitif dari perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik secara kognitif, tinggi atau rendah.

### **3. Proses validitas dan reliabilitas instrumen**

Penjelasan mengenai proses validitas dan reliabilitas instrumen ini mengacu pada pendapat dari Bungin (2005:96-98), yaitu :

#### **a. Validitas Instrumen**

Validitas instrumen adalah akurasi alat ukur terhadap yang diukur walaupun dilakukan berkali-kali dan dimana-mana. Artinya, alat ukur harus mempunyai akurasi yang baik. Istilah validitas pada dasarnya menunjukkan pada tingkat ketepatan dalam mengungkap data yang seyogyanya diungkap. Tes hasil belajar

yang valid akan mengungkap aspek-aspek hasil belajar secara tepat, oleh karena itu perlu dibuat kisi-kisi soal sebagai pedoman penyusunan test, sehingga soal-soal yang dibuat tidak menyimpang dari tujuan pengukuran dan representatif terhadap keseluruhan materi yang akan diungkap. (Rachmat dan Solehuddin, 1992:24-25).

Instrumen yang akan digunakan dalam penelitian ini pun mengacu pada kaidah-kaidah tersebut diatas, yaitu instrumen disusun berdasarkan pada kisi-kisi soal sebagai pedoman penyusunan test, sehingga soal-soal yang dibuat tidak menyimpang dari tujuan pengukuran dan representatif terhadap keseluruhan materi yang diungkap.

#### **b. Reliabilitas instrumen**

Reliabilitas alat ukur adalah kesesuaian alat ukur dengan yang diukur, sehingga alat ukur tersebut dapat dipercaya/diandalkan. Seperti, menimbang emas dengan menggunakan timbangan emas, bukan timbangan beras.

Mendesain instrumen penelitian yang reliabel adalah tujuan yang ingin dicapai oleh setiap peneliti, karena instrumen penelitian (khususnya kuesioner) adalah wakil peneliti satu-satunya di lapangan, sehingga keterpercayaannya benar-benar tidak dapat diabaikan.

Untuk mencapai tingkat kepekaan dan reliabilitas yang diharapkan, maka alat ukur itu harus mantap. Artinya, apabila alat ukur ini digunakan untuk mengukur

sesuatu berulang kali maka akan diperoleh hasil ukuran yang sama, tidak terjadi perubahan kondisi di setiap pengukuran.

Alat ukur dikatakan memiliki ketepatan jika alat ukur tersebut terperinci, jelas, dan mudah dimengerti. Oleh karena penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, maka sudah dijelaskan dalam bab tinjauan teoritis mengenai kemampuan perawat pelaksana secara kognitif, afektif, dan psikomotor dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada pasiennya di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.

#### **4. Uji validitas dan reliabilitas instrumen**

Pada umumnya, yang lazim dilakukan terhadap instrumen penelitian yang telah selesai dan telah ditransfer pada model pengumpulan data tertentu, maka tidak dapat begitu saja langsung digunakan pada penelitian yang sesungguhnya. Oleh karena itu, instrumen ini pun akan diuji-cobakan dulu pada kuasi responden perawat pelaksana di ruang rawat inap pasien gangguan psikiatri (RGP/R.18) Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung sebelum digunakan kepada perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi. Hasil uji-coba kemudian diuji validitasnya dengan menggunakan *product moment correlation coefficient* (koefisien korelasi) dari Pearson dan uji reliabilitasnya dengan menggunakan Alpha Cronbach. Apabila dalam uji coba tersebut kemudian ditemukan kejanggalan-kejanggalan, maka instrumen ini akan direvisi terlebih dahulu sesuai

dengan permasalahannya. Setelah proses revisi ini selesai, baru kemudian instrumen penelitian ini akan digunakan pada penelitian yang sesungguhnya, yaitu pada perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.

Hasil uji validitas dan reliabilitas didapatkan untuk alat ukur kesadaran diri reaktif dan proaktif menunjukkan bahwa semua item pernyataan dari kuesioner adalah valid dan reliabel, dengan range nilai  $r$  kesadaran diri reaktif berkisar antara 0,4491 – 0,6867 dan nilai alpha antara 0,8793 – 0,8874. Sedangkan range nilai  $r$  kesadaran diri proaktif berkisar antara 0,4474 – 0,6931 dan nilai alpha antara 0,8764 – 0,8865, sehingga dapat digunakan untuk penelitian.

Hasil uji validitas dan reliabilitas untuk alat ukur motivasi intrinsik dan ekstrinsik menunjukkan bahwa semua item pernyataan dari kuesioner adalah valid dan reliabel, dengan range nilai  $r$  motivasi intrinsik yang berkisar antara 0,3928 – 0,5954 dan nilai alpha antara 0,7567 – 0,7850. Sedangkan range nilai  $r$  motivasi ekstrinsik berkisar antara 0,4018 – 0,6838 dan nilai alpha antara 0,7700 – 0,8104, sehingga dapat digunakan untuk penelitian.

Hasil uji validitas dan reliabilitas untuk alat ukur kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik menunjukkan bahwa semua item pernyataan dari kuesioner adalah valid dan reliabel, dengan range nilai  $r$  kemampuan afektif berkisar antara 0,4278 – 0,6925 dan nilai alpha antara 0,8551 – 0,8723, range nilai  $r$  kemampuan konatif berkisar antara 0,4507 – 0,6906 dan nilai alpha antara 0,8571 – 0,8730, range nilai  $r$  kemampuan kognitif berkisar antara 0,4364 –

0,6123 dan nilai alpha antara 0,9068 – 0,9099, sehingga dapat digunakan untuk penelitian.

### **G. Prosedur Pengumpulan Data**

Langkah-langkah pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan sesuai dengan tahap-tahapnya, yaitu :

1. Mendapatkan surat izin dari Direktur Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, Direktur Rumah Sakit Jiwa Bandung, dan Direktur Rumah Sakit Jiwa Cimahi.
2. Melakukan koordinasi dengan Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Bidang Pendidikan Dan Latihan, dan juga para Kepala Ruangan Rawat Inap Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, Rumah Sakit Jiwa Bandung, dan Rumah Sakit Jiwa Cimahi.
3. Sesuai dengan pembahasan dalam populasi dan sampel, bahwa yang akan dijadikan sebagai subjek dalam penelitian ini adalah sampel total dari seluruh perawat pelaksana yang ada di ruang rawat inap (akut, tenang, dan MPKP), ruang rehab, dan ruang rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.
4. Informed consent, yaitu :
  - a. Peneliti menjelaskan kepada seluruh responden mengenai :
    - 1) Tujuan dilakukannya penelitian ini, yang kemudian dilanjutkan dengan diskusi jika ada tanggapan dari responden sampai responden dapat memahaminya dengan baik. Kepada responden juga

diberitahukan nomor telepon peneliti yang dapat dihubungi sewaktu-waktu.

2) Sifat dari penelitian ini adalah sukarela, tidak ada pemaksaan, dan bahkan responden dapat menghentikan keikutsertaannya ditengah-tengah partisipasinya.

b. Peneliti menyerahkan lembar informed consent untuk ditandatangani sebagai bukti bahwa responden bersedia untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

5. Peneliti menyerahkan kuesioner kepada seluruh responden untuk diisi dan dilengkapi.

6. Pengisian kuesioner oleh responden diperhitungkan paling lambat tiga hari sudah harus kembali kepada peneliti lagi.

#### **H. Rencana Analisis Data**

Data yang telah dikumpulkan melalui kuesioner adalah data mentah yang harus diolah, ditabelkan, diinterpretasikan, dan disimpulkan untuk menjawab tujuan penelitian yang telah dipancarkan dalam bab pendahuluan. Rencana analisis data ini dibagi menjadi dua bagian, yaitu pengolahan data dan analisis data.

##### **1. Pengolahan Data**

Bungin (2005:164-169) menyatakan bahwa pengolahan data adalah kegiatan lanjutan setelah pengumpulan data dilaksanakan. Pengolahan data pada penelitian



kuantitatif, secara umum dilaksanakan melalui tiga tahap, yaitu tahap pemeriksaan (editing), pemberian identitas (coding), dan proses pembeberan (tabulating).

#### **a. Editing**

Editing adalah kegiatan yang dilaksanakan setelah peneliti selesai mengumpulkan data di lapangan. Kegiatan ini harus dilakukan karena pada kenyataannya data yang telah dikumpulkan kadangkala belum memenuhi harapan peneliti, apakah karena masih kurang, terlewatkan, tumpang tindih, berlebihan, dan bahkan terlupakan. Oleh karena itu, saat terbaik untuk memperbaiki keadaan ini adalah pada saat editing.

Proses editing terdiri dari empat bagian pokok, yaitu :

- (1) Dimulai dari memberikan identitas pada instrumen penelitian yang telah terjawab.
- (2) Memeriksa lembaran instrumen penelitian satu persatu.
- (3) Memeriksa poin-poin berikut jawabannya.
- (4) Apabila terdapat kejanggalan-kejanggalan, maka akan diberikan identitas tertentu pada instrumen dan poin yang memiliki kejanggalan tersebut. Jika kejanggalan-kejanggalan tersebut terasa sangat mengganggu pada instrumen maupun data yang telah diperoleh, maka berarti telah terjadi beberapa kesalahan atau kekurangan informasi yang sangat mengganggu. Oleh karena itu, peneliti akan melakukan tindakan yang harus dilakukan, yaitu:

- (a) Menyisihkan instrumen tersebut sebagai instrumen yang tidak terpakai atau rusak.

Jika hal ini terpaksa dilakukan, maka terpaksa jumlah sumber data jadi berkurang. Jika kesalahan tersebut hanya terjadi pada satu atau dua instrumen saja, mungkin tidak akan memberikan pengaruh yang berarti. Namun, jika kesalahan tersebut terjadi pada banyak instrumen, tentu memerlukan pemikiran tertentu. Oleh karena itu, untuk menghindari kejadian yang seperti ini, pada setiap pengumpulan data, peneliti harus melebihi jumlah sumber data yang digunakan dalam bilangan tertentu. Tapi untuk penelitian ini, penambahan sumber sudah tidak mungkin lagi dilakukan karena sifat sampelnya yang sudah sampel total.

- (b) Melakukan cek silang atau berkonsultasi dengan peneliti lain untuk mengecek kebenaran data yang terkumpul.

- (c) Kembali ke lapangan untuk menemui sumber data yang bersangkutan.

Apabila hal ini terpaksa dilakukan, maka secara metodologis akan mengurangi nilai validitas data karena kadang kala peneliti lupa dengan apa yang ditanyakan.

- (5) Apabila editing terpaksa dilakukan oleh diri sendiri (tanpa bantuan orang/peneliti lain), maka pembuatan daftar koreksi akan dapat mempermudah pencarian instrumen yang harus mendapat pemeriksaan ulang.
- (6) Pada akhir editing, peneliti akan mempertanyakan kembali mengenai beberapa hal, yaitu :

- (a) Apakah data yang diperlukan sudah betul-betul lengkap dan jelas untuk dimengerti dan dipahami ?
- (b) Apakah antara data yang satu dengan data yang lainnya sudah konsisten, bersinergi, dan memiliki respon yang sesuai ?

Jika kedua pertanyaan tersebut diatas telah terjawab dengan baik, maka dapat dilanjutkan pada langkah berikutnya, yaitu coding.

#### **b. Coding**

Selesai tahap editing, maka langkah berikutnya adalah mengklasifikasikan data-data tersebut melalui tahapan-tahapan coding. Pada tahap ini, data yang telah diedit kembali diberi identitas, sehingga memiliki arti tertentu pada saat dianalisis.

Pengkodean yang akan dilakukan hanya melalui satu cara, yaitu pengkodean frekuensi. Pengkodean frekuensi digunakan pada poin tertentu yang memiliki bobot atau arti frekuensi tertentu.

#### **c. Tabulating**

Tabulating (tabulasi) adalah bagian terakhir dari pengolahan data. Maksudnya adalah memasukkan data ke dalam bentuk tabel-tabel tertentu, mengatur angka-angka, dan menghitungnya. Ada dua jenis tabel yang biasa digunakan dalam penelitian sosial, yaitu tabel data dan tabel kerja. Tabel data adalah tabel yang digunakan untuk mendeskripsikan data sehingga memudahkan peneliti untuk

memahami struktur dari sebuah data. Sedangkan tabel kerja adalah tabel yang digunakan untuk menganalisis data yang tertuang dalam tabel data.

Apabila hanya untuk mendeskripsikan data dalam bentuk nominal, maka akan tampak lebih praktis dan lebih efisien jika data dapat dideskripsikan secara lebih jelas dan mudah dibaca oleh orang lain. Oleh karena itu, konfigurasi bentuk tabel dapat direkayasa oleh peneliti sendiri, yang penting pada setiap penyajian tabel itu harus memuat empat bagian pokok, yaitu: identitas tabel, kepala tabel, badan tabel, dan total tabel.

## **2. Analisis Data**

Hasiono (2001:56-78) menyatakan bahwa setelah selesai pengolahan data, maka langkah selanjutnya adalah analisis data. Analisis data merupakan kegiatan yang sangat penting dalam suatu penelitian, karena hanya dengan analisis data inilah yang dapat merubah data mentah (raw data) yang belum mempunyai arti atau makna menjadi data yang berarti atau bermakna yang berguna untuk memecahkan masalah penelitian. Analisis data dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut :

### **a. Analisis Deskriptif Univariat**

Analisis deskriptif univariat dilakukan untuk menganalisis distribusi dan statistik deskriptif untuk melihat variasi dari variabel bebas, yang terdiri dari karakteristik, kesadaran diri, dan motivasi dengan variabel terikatnya yaitu kemampuan (kognitif, afektif, dan psikomotor) perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-

teknik komunikasi terapeutik. Hasil analisis ditampilkan dalam distribusi frekuensi tendensi sentral dalam bentuk rata-rata hitung (mean dan median) dan variasi (range dan standar deviasi) terhadap data kontinyu dan tally dari data kategorik pada semua variabel, baik independen maupun dependen, yang disajikan dalam tabel distribusi frekuensi atau bentuk lain yang sesuai. Cara yang digunakan untuk menganalisis uji univariat dapat dilihat pada table 4.6. di bawah ini.

Tabel 4.6. Analisis Uji Univariat

No	Variabel	Cara Analisis
<b>A.</b>	<b><i>Karakteristik</i></b>	
	1. Jenis Kelamin	Distribusi frekuensi
	2. Usia	Distribusi frekuensi
	3. Status perkawinan	Distribusi frekuensi
	4. Tingkat Pendidikan	Distribusi frekuensi
	5. Pengalaman kerja	Distribusi frekuensi
<b>B.</b>	<b><i>Kesadaran Diri</i></b>	Distribusi frekuensi
<b>C.</b>	<b><i>Motivasi</i></b>	Distribusi frekuensi
<b>D.</b>	<b><i>Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik</i></b>	
	1. Afektif	Distribusi frekuensi
	2. Konatif	Distribusi frekuensi
	3. Kognitif	Distribusi frekuensi

#### b. Analisis Deskriptif Bivariat

Hastono (2001) menyatakan bahwa analisis bivariat bertujuan untuk mengetahui bentuk hubungan kedua variabel (independen dengan dependen). Dalam penelitian ini, analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel karakteristik perawat pelaksana, kesadaran diri, dan motivasinya dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan menggunakan uji t-Test untuk data numerik dan uji Kai

Kuadrat (Chi Square) untuk data kategorik. Untuk lebih jelasnya mengenai cara yang digunakan untuk melakukan analisis uji bivariat dapat dilihat pada table 4.7. di bawah ini.

Tabel 4.7. Analisis Uji Bivariat

No	Variabel	Cara Analisis
1.	Hubungan antara jenis kelamin dengan kemampuan menerapkan teknik komter	Chi square
2.	Hubungan antara usia dengan kemampuan	Chi square
3.	Hubungan antara status perkawinan dengan kemampuan menerapkan teknik komter	Chi square
4.	Hubungan antara tingkat pendidikan dengan kemampuan menerapkan teknik komter	Chi square
5.	Hubungan antara pengalaman kerja dengan kemampuan menerapkan teknik komter	Chi square
6.	Hubungan antara kesadaran diri dengan kemampuan menerapkan teknik komter	Chi square
7.	Hubungan antara motivasi dengan kemampuan menerapkan teknik komter	Chi square

#### c. Analisis Deskriptif Multivariat

Hastono (2001) menyatakan bahwa analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda untuk mengetahui variabel yang paling berhubungan diantara variabel karakteristik, kesadaran diri, dan motivasi perawat pelaksana dengan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, dengan cara menghubungkan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Jumlah sampel dalam analisis multivariat sangat penting untuk diperhatikan, sebaiknya jangan terlalu sedikit, pedoman yang berlaku adalah setiap variabel minimal diperlukan 10 responden.

Analisis multivariat akan memberikan tiga informasi kepada kita, yaitu :

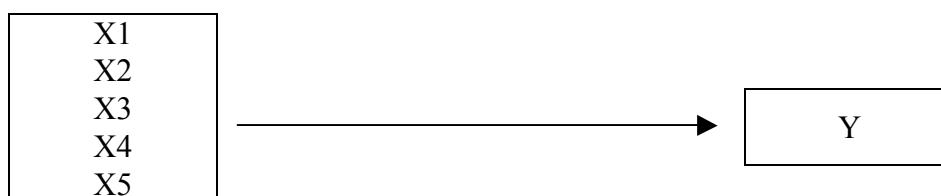
- 1) Variabel independen mana yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen.
- 2) Apakah variabel independen berhubungan dengan variabel dependen dipengaruhi oleh variabel lain atau tidak.
- 3) Bentuk hubungan beberapa variabel independen dengan variabel dependen, apakah berhubungan langsung atau tidak langsung.

Dalam penelitian ini, analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi logistik berganda dengan model gabungan antara model prediksi dan model faktor resiko. Pemodelan ini bertujuan untuk memperoleh model yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen.

Di samping itu, untuk mengestimasi secara valid hubungan antara satu variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa cofounder seperti terlihat pada skema 4.1. di bawah ini.

Skema 4.1.

Kerangka Konsep Gabungan Model Prediksi Dan Faktor Resiko



**Sumber:** Hastono (2001:163)

Prosedur pemodelannya adalah sebagai berikut :

- 1) Melakukan analisis bivariat untuk menentukan variabel independen dan variabel dependennya. Jika hasil uji bivariat mempunyai nilai  $p$  value  $< 0,25$  maka variabel independen tersebut dapat masuk ke dalam model multivariat.
- 2) Memasukkan atau mengeluarkan variabel yang masuk ke dalam model.
- 3) Mengidentifikasi linieritas variabel numerik dengan tujuan untuk menentukan, apakah variabel numerik dijadikan variabel kategorik, atau tetap sebagai variabel numerik saja.  
Caranya yaitu dengan melakukan pengelompokan variabel numerik ke dalam enam kelompok berdasarkan pada nilai kuartilnya, kemudian melakukan analisis logistik dan menghitung Odds Ratio-nya (OR). Bila nilai OR masing-masing kelompok menunjukkan bentuk garis lurus, maka variabel numerik dapat dipertahankan. Namun, jika hasilnya menunjukkan adanya patahan, maka dapat dipertimbangkan untuk diubah ke dalam bentuk kategorik.
- 4) Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka berlanjut pada langkah terakhir, yaitu memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi dilakukan melalui pertimbangan logika substantif. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Jika variabel interaksi mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting untuk dimasukkan ke dalam model.
- 5) Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel potensial confounder dengan variabel dependennya. Jika hasil uji bivariat mempunyai



nilai  $p < 0,25$  maka variabel tersebut dapat dimasukkan ke dalam model multivariat.

- 6) Melakukan pemodelan lengkap, yang mencakup variabel utama semua kandidat potensial confounder dan kandidat interaksi (interaksi dibuat antara variabel utama dengan semua variabel potensial confounder).
- 7) Melakukan penilaian interaksi, dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang p-Wald-nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan satu persatu dari nilai p-Wald yang terbesar.
- 8) Melakukan penilaian confounder, dengan cara mengeluarkan variabel kovariat/confounder satu persatu, yang dimulai dari variabel yang memiliki nilai p-Wald yang terbesar. Bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR faktor utama sebelum dan sesudah variabel kovariat ( $X_1$ ) dikeluarkan lebih besar dari 10 %, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai confounder dan harus tetap berada di dalam model.

Tabel 4.8. di bawah ini menyajikan tentang cara yang dipakai untuk menganalisis uji multivariat.

Tabel 4.8. Analisis Uji Multivariat

No	Variabel	Cara Analisis
1.	Faktor yang paling berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik	Uji regresi logistik sederhana dan ganda

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

Variabel dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik perawat, kesadaran diri, dan motivasi sebagai variabel independen dan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik sebagai variabel dependen. Hasil analisis mengenai variable-variabel tersebut dijelaskan menurut jenis ujinya, yaitu uji univariat, uji bivariat, dan uji multivariat.

#### A. Kemampuan Perawat Pelaksana Di RSJ Bandung Dan Cimahi Dalam Menerapkan Teknik-teknik Komunikasi Terapeutik

Kemampuan perawat pelaksana di RSJ Bandung dan Cimahi dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik terbagi ke dalam tiga domain, yaitu domain afektif, konatif, dan kognitif. Nilai rata-rata kemampuan responden dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dijelaskan dalam tabel berikut :

**Tabel 5.1.**

#### Rata-Rata Kemampuan Perawat Pelaksana RSJ Bandung Dan Cimahi Dalam Menerapkan Teknik –Teknik Komunikasi Terapeutik

	Minimum	Maximum	Mean	SD
<b>Afektif</b>	56,82	100,00	88,6884	7,75840
<b>Konatif</b>	59,09	100,00	84,1083	8,56195
<b>Kognitif</b>	25,93	88,89	66,2709	12,81562

Skor rata-rata domain afektif sebesar  $88,69 \pm 7,76$ ; domain konatif sebesar  $84,11 \pm 8,56$ ; dan domain kognitif sebesar  $66,27 \pm 12,82$  (paling rendah). Dalam pengukuran variabel kemampuan responden dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, domain kognitif, afektif, dan konatif dijumlahkan dan dikategorikan menjadi responden yang mempunyai kemampuan dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah dan tinggi. Cut of point untuk menentukan kategori kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik berdasarkan median. Median kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik adalah 94. Responden yang memiliki skor kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik  $\leq 94$  dianggap berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah dan responden yang mempunyai skor  $> 94$  dianggap berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi. Adapun hasil rekapitulasi dijelaskan dalam tabel berikut.

**Tabel 5.2.**  
**Distribusi Kemampuan Perawat Pelaksana RSJ Bandung Dan Cimahi Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik**

<b>Kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persen</b>
• Kurang	66	50,4
• Baik	65	49,6

Pada tabel 5.2. dijelaskan bahwa jumlah responden yang berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi dan rendah hampir

sama. Jumlah responden yang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi sebanyak 50,4 persen. Responden yang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah sebanyak 49,6 persen.

Untuk lebih jelasnya, gambaran mengenai kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ini dapat dilihat pada tabel 5.3. s/d dan diagram 5.1 s/d diagram di bawah ini.

Tabel 5.3 Kemampuan afektif Kategorikal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	72	55,0	55,0	55,0
	Baik	59	45,0	45,0	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Tabel 5.4. Kemampuan konatif Kategorikal

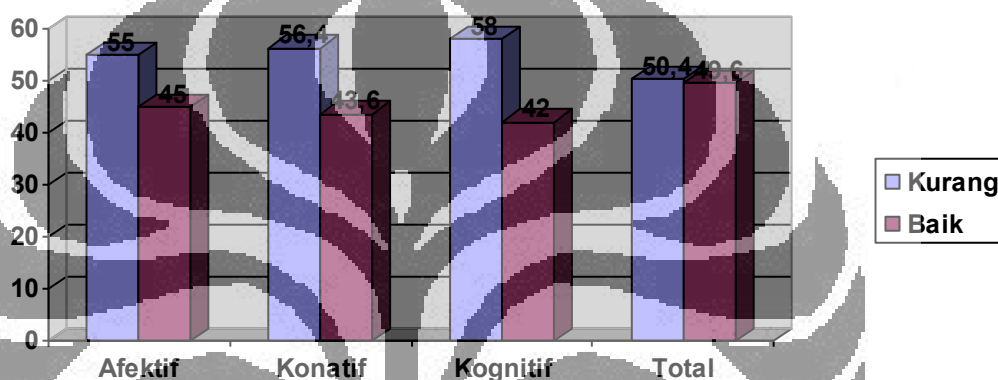
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	74	56,5	56,5	56,5
	Baik	57	43,5	43,5	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Tabel 5.5. Kemampuan kognitif Kategorikal

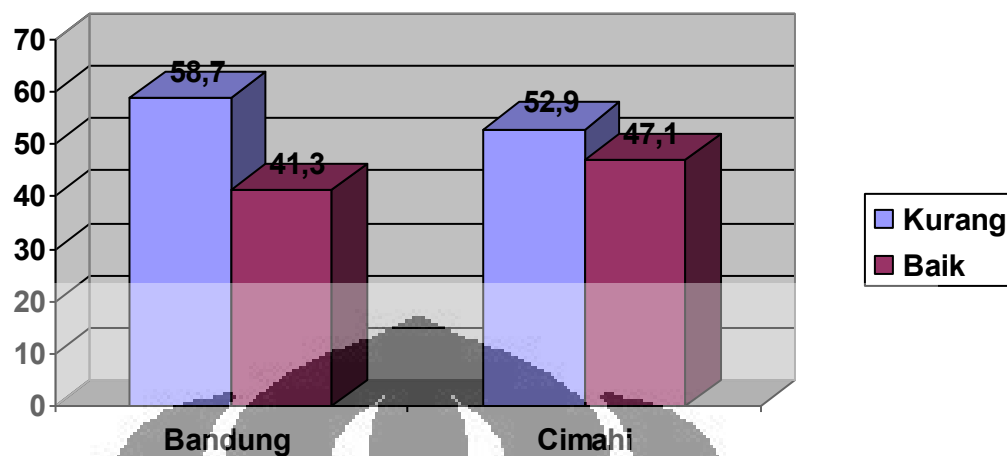
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	76	58,0	58,0	58,0
	Baik	55	42,0	42,0	100,0
	Total	131	100,0	100,0	

Tabel 5.6. Kemampuan Kategorikal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	66	50,4	50,4	50,4
	Baik	65	49,6	49,6	100,0
	Total	131	100,0	100,0	



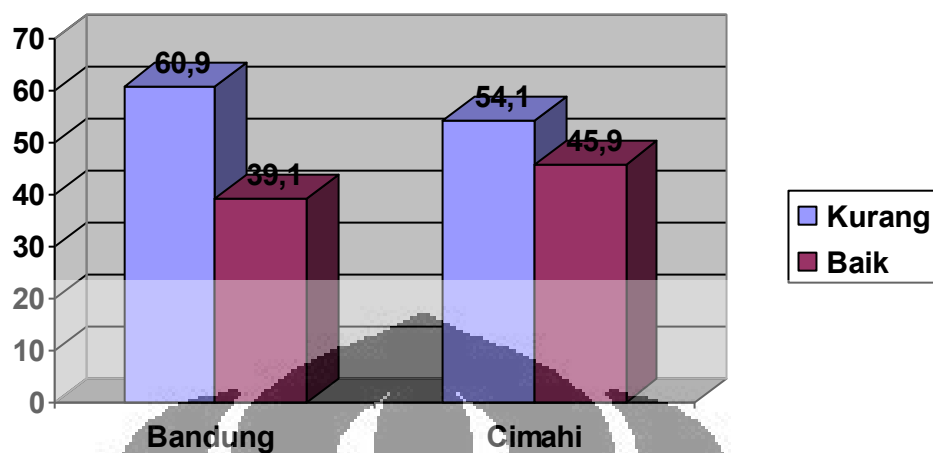
Jumlah responden yang berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik aspek afektif, konatif maupun kognitif yang kurang baik lebih banyak dibandingkan responden yang berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik yang baik. Secara keseluruhan, dengan cut of point 94, diperoleh data yang menunjukkan bahwa jumlah responden yang berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik kurang baik maupun responden yang berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik yang baik berjumlah relatif sama.



Responden di RSJ Bandung yang berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik aspek afektif kurang baik lebih banyak dibandingkan responden di RSJ Cimahi. Hal tersebut berarti menerapkan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik aspek afektif responden di RSJ Cimahi Lebih baik dibandingkan responden di RSJ Bandung.

Tabel 5.7. RSJ Kemampuan afektif Kategorikal Crosstabulation

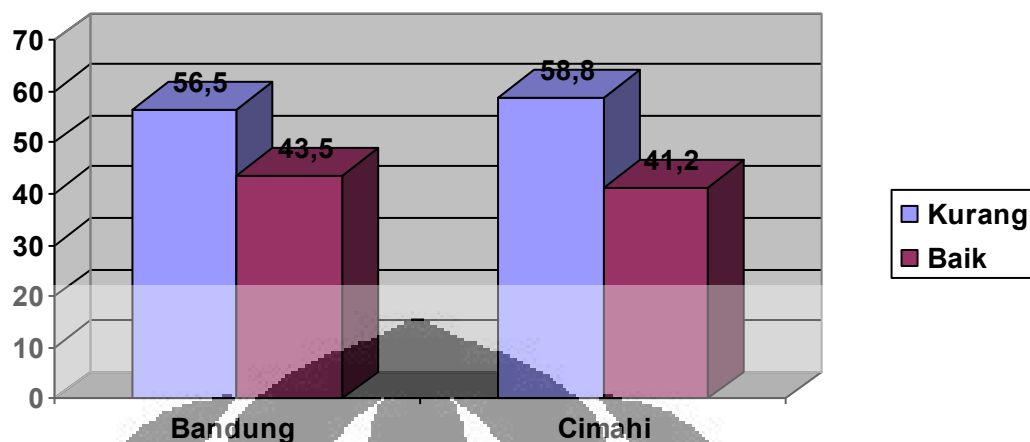
		Kemampuan afektif Kategorikal		Total	
		Kurang	Baik		
RSJ	Bandung	Count	27	19	46
		% within RSJ	58,7%	41,3%	100,0%
	Cimahi	Count	45	40	85
		% within RSJ	52,9%	47,1%	100,0%
Total		Count	72	59	131
		% within RSJ	55,0%	45,0%	100,0%



Responden di RSJ Bandung yang berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik aspek konatif yang kurang baik lebih banyak dibandingkan responden di RSJ Cimahi. Hal tersebut berarti menerapkan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik aspek konatif responden di RSJ Cimahi lebih baik dibandingkan responden di RSJ Bandung.

Tabel 5.8. RSJ Kemampuan konatif. Kategorikal Crosstabulation

		Kemampuan konatif Kategorikal		Total	
		Kurang	Baik		
RSJ	Bandung	Count	28	18	46
		% within RSJ	60,9%	39,1%	100,0%
	Cimahi	Count	46	39	85
		% within RSJ	54,1%	45,9%	100,0%
Total		Count	74	57	131
		% within RSJ	56,5%	43,5%	100,0%

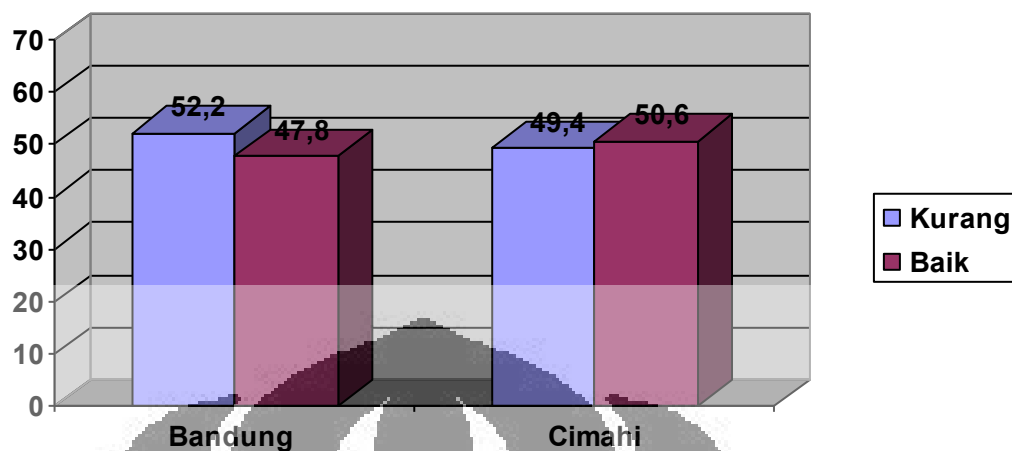


Responden di RSJ Bandung yang berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik aspek kognitif yang kurang baik lebih sedikit dibandingkan responden di RSJ Cimahi. Hal tersebut berarti menerapkan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik aspek kognitif responden di RSJ Bandung lebih baik dibandingkan responden di RSJ Cimahi.

Tabel 5.9. RSJ Kemampuan kognitif Kategorikal Crosstabulation

		Kemampuan kognitif Kategorikal		Total	
		Kurang	Baik		
RSJ	Bandung	Count	26	20	46
		% within RSJ	56,5%	43,5%	100,0%
	Cimahi	Count	50	35	85
		% within RSJ	58,8%	41,2%	100,0%
Total		Count	76	55	131
		% within RSJ	58,0%	42,0%	100,0%





Responden di RSJ Bandung yang berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik secara keseluruhan yang kurang baik lebih banyak dibandingkan responden di RSJ Cimahi. Hal tersebut berarti menerapkan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik secara keseluruhan responden di RSJ Cimahi lebih baik dibandingkan responden di RSJ Bandung.

Tabel 5.10. RSJ Kemampuan Kategorikal Crosstabulation

			Kemampuan Kategorikal		Total
			Kurang	Baik	
RSJ	Bandung	Count	24	22	46
		% within RSJ	52,2%	47,8%	100,0%
	Cimahi	Count	42	43	85
		% within RSJ	49,4%	50,6%	100,0%
Total		Count	66	65	131
		% within RSJ	50,4%	49,6%	100,0%

## B. Karakteristik Perawat Pelaksana Di RSJ Bandung Dan Cimahi

Variabel karakteristik yang terdiri dari jenis kelamin, usia, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan pengalaman kerja. Analisis karakteristik responden dibagi menjadi dua bagian yang dilakukan dengan menggunakan uji distribusi frekuensi yang tersaji dalam tabel 5.1. dan 5.2.

**Tabel 5.11.**  
**Karakteristik Perawat Pelaksana Di RSJ Bandung Dan Cimahi**

<b>Karakteristik</b>		<b>Frekuensi</b>	<b>Persen</b>
<b>Jenis Kelamin</b>	Laki-laki	43	32,8
	Perempuan	88	67,2
<b>Status Perkawinan</b>	Tidak kawin	19	14,5
	Kawin	112	85,5
<b>Tingkat Pendidikan</b>	Rendah	35	26,7
	Tinggi	96	73,3

Jumlah responden laki-laki sebanyak 32,8 persen sedangkan responden perempuan lebih banyak yaitu berjumlah 67,2 persen. Responden yang telah menikah sebanyak 85,5 persen dan yang belum menikah hanya 14,5 persen. Tingkat pendidikan responden yang berpendidikan tinggi (D.III. sampai S.1. Keperawatan) sebanyak 73,3 persen dan yang berpendidikan rendah (SPK dan SPRB) hanya 26,7 persen. Rata-rata usia dan pengalaman kerja responden tergambar dalam tabel berikut.

**Tabel 5.12.**  
**Karakteristik Perawat Pelaksana Di RSJ Bandung Dan Cimahi**

<b>Karakteristik</b>	<b>N</b>	<b>Rata-rata</b>	<b>SD</b>	<b>Nilai Minimum</b>	<b>Nilai Maksimum</b>
<b>Umur</b>	131	32,54	8,03	22	53
<b>Lama Kerja</b>	131	9,92	7,94	1	32

Rata-rata usia responden adalah 32,54 tahun. Responden tertua berusia 53 tahun sedangkan responden termuda berusia 22 tahun. Rata-rata pengalaman kerja responden 9,92 tahun. Responden yang mempunyai masa kerja paling lama 32 tahun, sedangkan masa kerja yang paling baru adalah 1 tahun..

### C. Kesadaran diri Perawat Pelaksana Di RSJ Bandung Dan Cimahi

Kesadaran diri terbagi menjadi kesadaran diri yang bersifat reaktif dan kesadaran diri yang bersifat proaktif. Pengukuran kesadaran diri menggunakan kuesioner. Kesadaran diri responden ditentukan oleh dominasi jumlah jawaban. Bila responden lebih banyak menjawab pernyataan yang bersifat reaktif maka kesadaran diri responden tersebut dikategorikan reaktif. Sebaliknya, bila responden lebih banyak menjawab pernyataan yang berkaitan dengan kesadaran diri responden yang bersifat proaktif maka responden tersebut dikategorikan mempunyai kesadaran diri proaktif. Hasil rekapitulasi data tersebut dijelaskan dalam tabel berikut.

**Tabel 5.13.**  
**Kesadaran Diri Perawat Pelaksana RSJ Bandung Dan Cimahi**

Kesadaran diri	Frekuensi	Persen
• Reaktif	13	9,9
• Proaktif	118	90,1

Hasil rekapitulasi penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan responden mempunyai kesadaran diri proaktif, yaitu sebanyak 90,1 persen. Responden yang mempunyai kesadaran diri reaktif hanya sebanyak 9,9 persen.

#### **D. Motivasi Perawat Pelaksana Di RSJ Bandung Dan Cimahi**

Motivasi responden terdiri dari motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Dalam pengukuran variabel motivasi, motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik dijumlahkan dan dikategorikan menjadi responden yang bermotivasi rendah dan tinggi. Cut of point untuk menentukan kategori motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik serta motivasi secara keseluruhan menggunakan median. Median motivasi intrinsik adalah 8. Nilai 8 merupakan nilai maksimum motivasi intrinsik sehingga pengkategorian motivasi intrinsik adalah responden yang mempunyai skor sama dengan 8 dikategorikan bermotivasi intrinsik tinggi dan responden yang mempunyai skor kurang dari 8 dikategorikan bermotivasi intrinsik rendah. Sedangkan median motivasi ekstrinsik adalah 3. Responden yang mempunyai skor  $> 3$  dikategorikan bermotivasi ekstrinsik tinggi dan responden yang mempunyai skor  $\leq 3$  dikategorikan bermotivasi ekstrinsik rendah. Median motivasi secara keseluruhan 10. Responden yang mempunyai skor  $> 10$  dikategorikan bermotivasi secara keseluruhan tinggi dan responden yang mempunyai skor  $\leq 10$  dikategorikan bermotivasi secara keseluruhan rendah. Adapun hasil rekapitulasi berdasarkan pengkategorian dijelaskan dalam tabel berikut.

**Tabel 5.14. Motivasi Perawat Pelaksana RSJ Bandung Dan Cimahi**

V a r i a b e l		Frekuensi	Persen
Motivasi Intrinsik	Rendah	48	36,6
	Tinggi	83	63,4
Motivasi Ekstrinsik	Rendah	89	67,9
	Tinggi	42	32,1
Motivasi Keseluruhan	Rendah	77	58,8
	Tinggi	54	41,2

Pada tabel 5.14. dijelaskan bahwa kebanyakan responden mempunyai motivasi intrinsik yang tinggi, yaitu sebanyak 63,4 persen. Responden yang mempunyai motivasi intrinsik rendah hanya sebanyak 36,6 persen. Jumlah responden yang mempunyai motivasi ekstrinsik tinggi sebanyak 67,9 persen, sedangkan yang mempunyai motivasi ekstrinsik rendah sebanyak 32,1 persen. Motivasi keseluruhan, responden yang mempunyai motivasi tinggi sebanyak 58,8 persen, sedangkan yang mempunyai motivasi keseluruhan rendah sebanyak 41,2 persen.

#### **E. Faktor Dominan Yang Paling Berhubungan Dengan Kemampuan Perawat Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik**

Hubungan antara variabel karakteristik yang terdiri dari jenis kelamin, status perkawinan, dan tingkat pendidikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dilakukan dengan uji *Chi Square*. Hasil uji tersebut tersaji pada tabel berikut.

**Tabel 5.15.**  
**Hubungan Antara Karakteristik Dengan**  
**Kemampuan Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik**

Karakteristik		Kemampuan		$\chi^2$	P
		Rendah	Tinggi		
Jenis Kelamin	Laki-laki	22 (51,2%)	21 (48,8%)	0,000	1,000
	Perempuan	44 (50,0%)	44 (50,0%)		
Status Perkawinan	Tidak kawin	10 (52,6%)	9 (47,4%)	0,000	1,000
	Kawin	56 (50,0%)	56 (50,0%)		
Tingkat Pendidikan	Rendah	19 (54,3%)	16 (45,7%)	0,117	0,732
	Tinggi	47 (49,0%)	49 (51,0%)		

Berdasarkan pada table 5.15. tersebut di atas menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna ( $p > 0,05$ ) antara karakteristik yang terdiri dari jenis kelamin, status perkawinan, dan tingkat pendidikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

Hubungan antara variabel karakteristik umur dan pengalaman kerja dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dilakukan dengan uji *independent t-test*. Hasil uji tersebut tersaji pada tabel berikut.

**Tabel 5.16.**

**Hubungan Antara Karakteristik Usia Dan Pengalaman Kerja Dengan**  
**Kemampuan Menerapkan Teknik - Teknik Komunikasi Terapeutik**

Kemampuan		N	Rata-rata	SD	t	p
Usia	Rendah	66	35,6667	8,64573	4,899	0,000
	Tinggi	65	29,3538	5,85884		
Pengalaman Kerja	Rendah	66	12,7121	8,63938	4,420	0,000
	Tinggi	65	7,0769	5,67150		

Hasil uji independent t-Test didapatkan variabel umur dan pengalaman kerja berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Usia responden yang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah berusia lebih tua dibandingkan responden yang mempunyai kemampuan dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi. Pengalaman kerja responden yang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah mempunyai pengalaman kerja yang lebih lama dibandingkan responden yang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi. Hubungan antara variabel kesadaran diri dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tersaji pada tabel berikut ini :

**Tabel 5.17.**  
**Hubungan antara Kesadaran Diri dengan**  
**Kemampuan Menerapkan Teknik-teknik Komunikasi Terapeutik**

Kesadaran Diri	Kemampuan		N	$\chi^2$	p
	Rendah	Tinggi			
Reaktif	10 (76,9%)	3(23,1%)	13	2,974	0,085
Proaktif	56 (47,5%)	62 (52,5%)	118		

Berdasarkan pada tabel 5.17. tersebut diatas menunjukkan bahwa jumlah responden yang mempunyai kesadaran diri reaktif dan berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah sebanyak 76,9 persen sedangkan yang mempunyai kesadaran diri reaktif dan berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi hanya sebanyak 23,1 persen. Jumlah responden yang mempunyai kesadaran

diri proaktif dan berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah dan tinggi hampir sama yaitu 47,5 persen dan 52,5 persen. Hubungan antara kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan kesadaran diri tidak signifikan ( $p > 0,05$ ).

Analisis hubungan antara variabel motivasi dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dilakukan dengan uji chi square. Hasil uji tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

**Tabel 5.18.**  
**Hubungan Antara Motivasi**  
**Dengan Kemampuan Menerapkan Teknik-teknik Komunikasi Terapeutik**

Motivasi		Kemampuan		N	$\chi^2$	p
		Rendah	Tinggi			
<b>Intrinsik</b>	Rendah	39 (81,3%)	9 (18,8%)	48	26,961	0,000
	Tinggi	27 (32,5%)	56 (67,5%)	83		
<b>Ekstrinsik</b>	Rendah	45 (50,6%)	44 (49,4%)	89	0,000	1,000
	Tinggi	21 (50,0%)	21 (50,0%)	42		
<b>Keseluruhan</b>	Rendah	47 (61,0%)	30 (39,0%)	77	7,484	0,006
	Tinggi	19 (35,2%)	35 (64,8%)	54		

Jumlah responden yang mempunyai motivasi intrinsik rendah dan mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah sebanyak 81,3 persen sedangkan yang mempunyai motivasi intrinsik rendah dan mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi hanya sebanyak 18,8 persen. Jumlah responden yang mempunyai motivasi intrinsik tinggi dan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah hanya sebanyak 32,5 persen sedangkan yang mempunyai motivasi



intrinsik rendah dan mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi sebanyak 67,5 persen.. Hubungan antara kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan motivasi instrinsik signifikan ( $p < 0,05$ ).

Jumlah responden yang mempunyai motivasi ekstrinsik rendah dan mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah maupun tinggi relatif sama yaitu 50,6% dan 49,4%. Demikian juga, responden yang mempunyai motivasi ekstrinsik tinggi dan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah maupun tinggi berjumlah sama yaitu 50,0%. Hubungan antara kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan motivasi ekstrinsik tidak signifikan ( $p > 0,05$ ).

Jumlah responden yang mempunyai motivasi rendah dan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah 61,0 persen sedangkan responden yang mempunyai motivasi rendah dan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi hanya 39,0 persen. Jumlah responden yang mempunyai motivasi tinggi dan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah hanya 35,2 persen sedangkan responden yang mempunyai motivasi tinggi dan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi sebanyak 64,8 persen.. Hubungan antara kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan motivasi signifikan ( $p < 0,05$ ).

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen. Variabel independen dalam penelitian ini terdiri dari karakteristik, kesadaran diri, dan motivasi. Variabel independen tersebut kemudian dimasukkan ke dalam model multivariat dengan uji regresi logistik. Hasil uji regresi logistik tersebut dijelaskan dalam tabel 5.19. berikut.

**Tabel 5.19.**  
**Hasil Uji Regresi Logistik Sederhana**  
**Hubungan Antara Karakteristik, Kesadaran Diri, Dan Motivasi**  
**Dengan Kemampuan Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik**

Variabel		B	Wald	p	OR	95,0% C.I.
Jenis Kelamin	Laki-laki				1	0,505-2,173
	Perempuan	-0,047	0,016	0,901	1,048	
Usia		-0,117	17,366	0,000*	0,890	0,842-0,940
Status Perkawinan	Kawin				1	0,340-2,383
	Tidak Kawin	-0,105	0,045	0,832	0,900	
Tingkat Pendidikan	Rendah				1	0,372-1,755
	Tinggi	-0,214	0,291	0,590	0,808	
Pengalaman Kerja		-0,108	14,714	0,000*	0,897	0,849-0,948
Kesadaran Diri	Reaktif				1	0,966-14,092
	Proaktif	1,306	3,648	0,056*	3,690	
Motivasi Intrinsik	Rendah				1	3,811-21,197
	Tinggi	-2,196	25,160	0,000*	8,988	
Motivasi Ekstrinsik	Rendah				1	0,491-2,130
	Tinggi	0,022	0,004	0,952	1,023	

\* p<0,25

Pada tabel 5.19. didapatkan bahwa variabel jenis kelamin tidak berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p > 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 1,048. Hal tersebut berarti bahwa responden perempuan berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 1,048 kali

dibandingkan responden laki-laki. Jenis kelamin tidak dapat masuk dalam uji regresi logistik karena memiliki nilai  $p > 0,25$ .

Usia berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 0,890. Hal tersebut berarti bahwa responden yang berusia tua berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih rendah 0,890 kali dibandingkan dengan responden yang berusia muda. Usia dapat masuk dalam uji regresi logistik karena memiliki nilai  $p < 0,25$ .

Status perkawinan tidak berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p > 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 0,900. Hal tersebut berarti bahwa responden yang berstatus belum kawin berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih rendah 0,900 kali dibandingkan responden yang sudah kawin. Status perkawinan tidak dapat masuk dalam uji regresi logistik karena memiliki nilai  $p > 0,25$ .

Tingkat pendidikan tidak berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p > 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 0,808. Hal tersebut berarti bahwa responden yang berpendidikan tinggi berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih rendah 0,808 kali dibandingkan dengan responden yang

berpendidikan rendah. Tingkat pendidikan tidak dapat masuk dalam uji regresi logistik karena memiliki nilai  $p > 0,25$ .

Pengalaman kerja berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 0,897. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai pengalaman kerja lebih lama berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih rendah 0,897 kali dibandingkan responden yang baru kerja. Pengalaman kerja dapat masuk dalam uji regresi logistik karena memiliki nilai  $p < 0,25$ .

Kesadaran diri tidak berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p > 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 3,690. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai kesadaran proaktif berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 3,690 kali dibandingkan responden dengan kesadaran diri reaktif. Kesadaran diri dapat masuk dalam uji regresi logistik karena memiliki nilai  $p < 0,25$ .

Motivasi intrinsik berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 8,988. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai motivasi intrinsik tinggi berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik

komunikasi terapeutik lebih tinggi 8,988 kali dibandingkan responden dengan motivasi intrinsik rendah. Motivasi intrinsik dapat masuk dalam uji regresi logistik karena memiliki nilai  $p < 0,25$ .

Motivasi ekstrinsik tidak berhubungan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p > 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 1,023. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai motivasi ekstrinsik tinggi berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 1,023 kali dibandingkan responden dengan motivasi ekstrinsik rendah. Motivasi ekstrinsik tidak dapat masuk dalam uji regresi logistik karena memiliki nilai  $p > 0,25$ .

Variabel yang telah memenuhi syarat untuk dianalisis dengan regresi logistik berganda dengan nilai signifikansi 0,25 adalah umur, pengalaman kerja, kesadaran diri, dan motivasi intrinsik. Hasil perhitungan uji tersebut dijelaskan dalam tabel berikut.

**Tabel 5.20.**  
**Hasil Uji Regresi Logistik Ganda**  
**Hubungan Antara Pengalaman Kerja, Kesadaran Diri, Dan Motivasi**  
**Dengan Kemampuan Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik**

Variabel	B	Wald	p	OR	95,0% C.I.
<b>Pengalaman Kerja</b>	0,079	1,020	0,312	1,082	0,929-1,261
<b>Usia</b>	-0,201	6,622	0,010	0,818	0,702-0,953
<b>Kesadaran Diri</b>	Reaktif			1	0,675-16,950
	Proaktif	1,218	2,195	0,138	
<b>Motivasi Intrinsik</b>	Rendah			1	4,224-30,068
	Tinggi	2,422	23,401	0,000	

Pada tabel 5.20, pengalaman kerja tidak berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p > 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 1,082. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai pengalaman kerja lebih muda berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 1,082 kali dibandingkan responden yang sudah lama bekerja setelah dikontrol usia, motivasi intrinsik, dan kesadaran diri. Pengalaman kerja tidak dapat masuk dalam uji regresi logistik selanjutnya karena memiliki nilai  $p > 0,25$ .

Usia berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 0,818. Hal tersebut berarti bahwa responden yang berusia tua berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih rendah 0,818 kali dibandingkan responden yang berusia muda setelah dikontrol oleh pengalaman kerja, motivasi intrinsik, dan kesadaran diri. Usia dapat masuk dalam uji regresi logistik selanjutnya karena memiliki nilai  $p < 0,25$ .

Kesadaran diri tidak berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p > 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 3,382. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai kesadaran diri proaktif berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 3,382 kali dibandingkan dengan responden yang mempunyai kesadaran diri reaktif setelah dikontrol oleh umur,

pengalaman kerja, dan motivasi intrinsik. Kesadaran diri dapat masuk dalam uji regresi logistik selanjutnya karena memiliki nilai  $p < 0,25$ .

Motivasi intrinsik berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 11,270. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai motivasi intrinsik tinggi berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 11,270 kali dibandingkan responden dengan motivasi intrinsik rendah setelah dikontrol oleh umur, pengalaman kerja, dan kesadaran diri. Motivasi intrinsik dapat masuk dalam uji regresi logistik selanjutnya karena memiliki nilai  $p < 0,25$ .

Variabel yang telah memenuhi syarat untuk dianalisis dengan regresi logistik berganda pada permodelan berikutnya dengan nilai signifikansi 0,25 adalah umur, kesadaran diri, dan motivasi intrinsik. Hasil perhitungan uji tersebut dijelaskan dalam tabel 5.21.

**Tabel 5.21.**  
**Hasil Uji Regresi Logistik Ganda**  
**Hubungan Antara Usia, Kesadaran Diri, dan Motivasi Intrinsik**  
**Dengan Kemampuan Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik**

Variabel		B	Wald	p	OR	95,0% C.I.
Umur		-0,129	17,949	0,000	0,879	0,828-0,933
Kesadaran Diri	Reaktif				1	
	Proaktif	1,236	2,311	0,128	3,442	0,699-16,939
Motivasi Intrinsik	Rendah				1	
	Tinggi	2,335	22,968	0,000	10,326	3,974-26,828

Pada tabel 5.21., usia tetap berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 0,879. Hal tersebut berarti bahwa responden yang berusia tua berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih rendah 0,879 kali dibandingkan dengan responden yang berusia muda setelah dikontrol oleh motivasi intrinsik dan kesadaran diri.

Kesadaran diri tetap tidak berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p > 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 3,442. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai kesadaran diri proaktif berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 3,442 kali dibandingkan dengan responden yang mempunyai kesadaran diri reaktif setelah dikontrol oleh umur dan motivasi intrinsik.

Motivasi intrinsik juga tetap berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 10,326. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai motivasi intrinsik tinggi berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 10,326 kali dibandingkan responden dengan motivasi intrinsik rendah setelah dikontrol oleh umur dan kesadaran diri.



Kesadaran diri, karena tidak berhubungan secara signifikan, maka dikeluarkan dari permodelan selanjutnya, sehingga permodelan selanjutnya hanya umur dan motivasi intrinsik. Hasil perhitungan uji tersebut dijelaskan dalam tabel 5.14.

Tabel 5.22.

**Hasil Uji Regresi Logistik Ganda Hubungan Usia Dan Motivasi Intrinsik Dengan Kemampuan Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik**

Variabel	B	Wald	p	OR	95,0% C.I.
Umur	-0,127	17,352	0,000	0,880	0,829-0,935
Motivasi Intrinsik					
• Rendah				1	
• Tinggi	2,392	24,877	0,000	10,941	4,273-28,012
Konstanta	2,530				

Pada tabel 5.22. usia tetap berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 0,880. Hal tersebut berarti bahwa responden yang berusia lebih tua berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih rendah 0,880 kali dibandingkan responden yang berusia lebih muda setelah dikontrol oleh motivasi intrinsik.

Motivasi intrinsik juga tetap berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ). Nilai OR hubungan tersebut sebesar 10,941. Hal tersebut berarti bahwa responden yang mempunyai motivasi intrinsik tinggi berpeluang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-

teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 10,941 kali dibandingkan responden dengan motivasi intrinsik rendah setelah dikontrol oleh umur.

Berdasarkan hasil permodelan dalam analisis multivariate yang terakhir didapatkan rumus persamaan sebagai berikut :

$$Z = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3$$

Z = Jumlah linier konstanta

X = Variabel independen

Persamaan tersebut terlihat sebagai berikut

$$Z = 2,530 + 2,392 \text{ motivasi intrinsik} + (-0,127) \text{ umur.}$$

Persamaan tersebut berarti bahwa responden yang berusia muda dan mempunyai motivasi intrinsik yang tinggi akan mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik yang tinggi.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab pembahasan ini akan diuraikan lebih lanjut mengenai hasil penelitian yang telah dipaparkan dalam bab V yang berfungsi untuk menjawab tujuan penelitian yang terdapat dalam bab I. Oleh karena itu, dalam bab ini akan diuraikan mengenai kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi, karakteristik, kesadaran diri, dan motivasi; hubungan antara karakteristik, kesadaran diri, dan motivasi dengan kemampuan perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi; serta faktor dominan yang paling berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi.

#### **A. Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi**

Kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik didukung oleh tiga domain, yaitu domain: kognitif, dan afektif, konatif.

## 1. Domain Kognitif

Berdasarkan skor kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rata-rata menunjukkan bahwa domain kognitif memperoleh nilai yang paling rendah yaitu sebesar  $66,27 \pm 12,81$ . Hal tersebut berarti bahwa kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik masih lemah pada domain kognitif.

Domain kognitif adalah sekelompok tingkah laku yang tergolong dalam kemampuan berfikir atau intelektual, sehingga domain kognitif ini disebut juga sebagai bidang kemampuan intelektual atau kemampuan pengetahuan.

Martinis Yamin (2007:39) menyatakan bahwa: "Pengetahuan merupakan sekumpulan informasi yang tersimpan di dalam otak (memori) dalam bentuk arti dan konsep. Ia merupakan kamus mental yang tercipta melalui pengalaman-pengalaman yang didapat pada tingkat indra, tingkat gnostik, dan tingkat konseptual". Untuk lebih jelasnya maka akan dikemukakan secara lengkap berdasarkan pada pendapat dari Martinis Yamin (2007:39-41) yaitu :

### a. Memori Indra

Merupakan memori preatentif dan otomatis yang mampu menyimpan informasi dalam jangka pendek, yaitu kurang dari satu detik. Memori

ini tidak membutuhkan perhatian serta usaha untuk mempertahankannya.

b. Memori Gnostik

Merupakan memori yang mampu mempertahankan informasi dalam jangka waktu 15 – 30 detik. Memori ini dapat dipertahankan jangka waktu hidupnya dengan cara meningkatkan atau mengulang-ulang (rehearse). Para ahli membedakan dua jenis pengulangan, yaitu pengulangan mempertahankan dan pengulangan elaboratif.

1) Pengulangan Mempertahankan

Pengulangan mempertahankan dilakukan secara mekanis tanpa pemikiran mengenai butir-butir yang diulang sehingga sifatnya adalah hanya untuk mempertahankan item tersebut dalam memori jangka pendek.

2) Pengulangan Elaboratif

Pada pengulangan elaboratif, informasi diperkaya, misalnya dengan inferensi logis, contoh-contoh, penghalusan-penghalusan, atau yang lainnya yang akan menghubungkan informasi.

Pengulangan elaboratif inilah yang akan mentransfer informasi tersebut ke dalam memori jangka panjang.

c. Memori Konseptual

Merupakan memori yang dapat merekam peristiwa-peristiwa yang berisi segala jenis unsur, berupa ucapan, kata-kata, gambar-gambar visual, dsb. sehingga dapat membentuk sebuah konsep (arti).

Memori konseptual adalah memori yang dapat merekam mengenai apa yang telah terjadi pada diri kita, mampu menceritakan kejadian yang telah kita alami. Ia mendudukan kata, gambaran, dan konsep (arti) dalam hubungan tertentu. Oleh karena itu, memori ini amat bermanfaat bagi usaha untuk mengingat hubungan-hubungan antara satuan kognitif.

Kemampuan pengetahuan yang seharusnya diketahui, difahami, diterapkan, dianalisis, disintesis, dan dievaluasi oleh seorang perawat kesehatan mental-psikiatri adalah mengenai teknik-teknik komunikasi terapeutik, khususnya teknik-teknik komunikasi terapeutik: memberikan penghargaan (*giving recognition*), mengajukan pertanyaan terbuka (*broad opening*), eksplorasi (*exploring*), diam (*silence*), mendengarkan (*listening*), pengamatan/observasi (*observation*), asertif, memfokuskan (*focusing*), klarifikasi dan/atau validasi, mengulang (*restating*), dan menyimpulkan.

Pengetahuan perawat mengenai teknik-teknik komunikasi tersebut terbagi menjadi dua bagian, yaitu pengetahuan deklaratif dan pengetahuan prosedural. Martinis Yamin (2007:44-45) menyatakan bahwa pengetahuan deklaratif adalah pengetahuan mengenai “apa” dan pengetahuan prosedural adalah pengetahuan mengenai “bagaimana”.

## 2. Domain Afektif

Berdasarkan skor kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rata-rata menunjukkan bahwa domain afektif mencapai nilai sebesar  $88,69 \pm 7,76$ . Domain afektif adalah kelompok tingkah laku yang tergolong ke dalam kemampuan sikap dan nilai. Cartono dan Utari (2006:127) menyatakan bahwa “beberapa ahli mengatakan bahwa sikap seseorang dapat diramalkan perubahannya oleh seseorang yang telah memiliki penguasaan kognitif tingkat tinggi”.

Domain ini meliputi jenjang-jenjang: kemampuan menerima, kemauan menanggapi, kemampuan menilai, kemampuan mengorganisasi, dan kemampuan menyatakan. Cartono dan Utari (2006:142-144) menyatakan bahwa istilah-istilah dalam kompetensi dasar pada domain afektif beberapa diantaranya yaitu: mendengarkan dengan penuh perhatian; menunjukkan kepekaan terhadap kebutuhan dasar manusia dan masalah-

masalah sosial; menyelesaikan tugas-tugas; berpartisipasi dalam diskusi; menghargai peranan dari ilmu pengetahuan dalam kehidupan sehari-hari; menunjukkan perhatian yang besar terhadap kesejahteraan orang lain; mengenal peranan dari perencanaan yang sistematis dalam memecahkan suatu masalah; menerima tanggung jawab untuk tingkah lakunya sendiri; mempunyai kebiasaan yang baik dalam kesehatan; menunjukkan kerajinan, ketepatan waktu, dan disiplin diri; serta menggunakan pendekatan yang objektif dalam upaya untuk memecahkan suatu masalah.

### **3. Domain Konatif**

Berdasarkan skor kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rata-rata domain konatif mencapai nilai sebesar  $84,11 \pm 8,56$ . Domain konatif/psikomotor yaitu kemampuan motorik yang menggiatkan dan mengoordinasikan gerakan. Domain ini terdiri dari gerakan refleks, gerakan dasar, kemampuan perseptual, kemampuan jasmani, gerakan terlatih, dan komunikasi non diskursif.

Seorang perawat kesehatan mental-psikiatri pada setiap kali melakukan dinasnya di ruangan diharapkan akan selalu dapat melakukan: komunikasi terapeutik, komunikasi terapeutik yang lengkap dan sistematis, pertemuan pertamanya selalu dimulai dari memperhatikan kebutuhan dasar



manusianya dulu, selalu berkomunikasi dan berdiskusi dengan teman sejawat di ruangan atau membaca buku sumber pada setiap kali mengalami kesulitan dalam berkomunikasi dengan pasien, penghayatan yang mendalam bahwa semua pasien gangguan jiwa sedang mengalami cobaan dari Tuhan yang sangat berat, selalu berusaha keras agar selalu dapat menggunakan dirinya sendiri secara terapeutik terhadap siapapun dan terutama terhadap pasien, memahami dan menjalankan setiap fase komunikasi terapeutik dengan benar dan sistematis (pra-interaksi, orientasi/perkenalan, interaksi/kerja, dan terminasi).

Seperti apa yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa skor rata-rata domain afektif sebesar  $88,69 \pm 7,76$ ; domain konatif sebesar  $84,11 \pm 8,56$ ; dan domain kognitif sebesar  $66,27 \pm 12,82$  (paling rendah). Dalam pengukuran variabel kemampuan responden dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, pada ketiga domain tersebut kemudian dijumlahkan dan dikategorikan menjadi responden yang mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah dan tinggi. Cut of point untuk menentukan kategori kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tersebut, berdasarkan pada hasil perhitungan univariat dengan menggunakan median 94, dimana responden yang memiliki skor  $\leq 94$  dianggap berkemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik rendah dan responden yang mempunyai skor  $> 94$  dianggap berkemampuan

menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi. Hasilnya menunjukkan bahwa jumlah perawat pelaksana yang mempunyai kemampuan dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tinggi dan rendah hampir sama, yaitu 50,4 persen berkemampuan tinggi dan 49,6 persen berkemampuan rendah. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kemampuan perawat yang menjadi responden penelitian ini dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik belum merata. Hampir separuh perawat pelaksana belum mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan baik.

Kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik merupakan kemampuan seorang perawat dalam mengidentifikasi kemampuan pasien dan mengoptimalkannya dalam melakukan hubungan keluarga dan hubungan sosial. Komunikasi diharapkan akan menjadi lebih baik, dan perilaku yang maladaptif berubah menuju perilaku yang adaptif setelah pasien mencoba pola perilaku dan koping baru yang konstruktif.

## **B. Karakteristik Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi**

Karakteristik perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi terdiri dari lima bagian, yaitu jenis kelamin, usia, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan pengalaman kerja.

### **1. Perbedaan Gender**

Jumlah perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi 43 orang (32,8) laki-laki dan 88 orang (67,2%) perempuan. Beberapa studi yang memperlihatkan adanya perbedaan yang berkaitan dengan gender dalam hal cara berfungsinya intelek cenderung terlalu melebih-lebihkan hasil temuan mereka.

Hasil dari studi yang tidak memperlihatkan perbedaan gender biasanya tidak diterbitkan atau hasil temuannya kurang diperhatikan (Gage dan Berliner, 1992 dalam Susan B. Bastable, 2002:192). Dengan demikian, mengenai sejauhmana hasil pembelajaran itu dipengaruhi oleh perbedaan gender masih terus dipertanyakan. Kebanyakan perbedaan gender yang sudah diketahui secara statistik hanya sedikit jumlahnya. Bahkan perbedaan terbesar dalam fungsi kognitif tidak signifikan seperti pada perbedaan yang ditemukan mengenai tinggi laki-laki dan perempuan.

## 2. Perbedaan Status Perkawinan

Status perkawinan perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi dibagi menjadi dua bagian, yaitu yang tidak kawin sebanyak 19 orang (14,5%) dan yang kawin sebanyak 112 orang (85,5%). Terdapat tiga pendapat mengenai status perkawinan ini yang saling memperkuat, yaitu pendapat dari Robbins (2003) yang menyatakan bahwa status perkawinan mempunyai hubungan dengan kinerja pegawai, sebab status perkawinan memerlukan tanggung jawab dan membuat pekerjaan menjadi lebih berharga dan lebih penting. Oleh karena itu, pegawai yang telah menikah akan lebih loyal dengan pekerjaannya jika dibandingkan dengan pegawai yang masih bujangan. Karyawan yang telah menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah, dan merasa lebih puas dengan pekerjaan mereka.

Pendapat tersebut dipertegas oleh Rusmiati (2006:30) yang menyatakan bahwa “Perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan lebih penting. Sangat mungkin, perawat yang tekun dan puas lebih besar terdapat pada perawat yang menikah”. Iverson dan Buttigieg (1998) dalam Pangabean (2004) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status perkawinan dengan komitmen. Karyawan yang telah menikah lebih komit daripada yang belum menikah.

### 3. Perbedaan Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi dibagi menjadi dua bagian, yaitu yang berpendidikan rendah (SPRB dan SPK) sebanyak 35 orang (26,7%) dan yang berpendidikan tinggi (D.III. dan S.1.) sebanyak 96 orang (73,3%). Siagian (2001) berpendapat bahwa pendidikan merupakan pengalaman yang berfungsi untuk mengembangkan kemampuan dan kualitas kepribadian seseorang, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka akan semakin besar kemauannya untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya.

### 4. Perbedaan Usia

Perbedaan usia pada perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi dibagi menjadi dua bagian, yaitu yang berusia kurang dari 36 tahun sebanyak 93 orang (71,0%) dan yang berusia 36 tahun atau lebih sebanyak 38 orang (29,0%). Siagian (2001) berpendapat bahwa “Umur berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas, yang berarti bahwa jika semakin meningkat umur seseorang, maka akan meningkat pula kedewasaannya atau kematangan jiwanya, baik secara teknis maupun secara psikologis, serta akan semakin mampu melaksanakan tugasnya”. Umur yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijakan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi, toleran, dan semakin

terbuka terhadap pandangan orang lain. Di sisi lain, karyawan berusia muda biasanya mempunyai harapan yang ideal tentang dunia kerjanya. Menurut pendapat ini berarti bahwa perawat muda dengan harapan idealnya tentang dunia kerja akan berusaha untuk mengeksplorasi semua pengalaman belajarnya, dalam hal ini mengenai teknik-teknik komunikasi terapeutik, yang kemudian akan mereka usahakan untuk diaplikasikan langsung kepada pasiennya di ruangan

#### **5. Perbedaan Pengalaman Kerja**

Pengalaman kerja perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi dibagi menjadi dua bagian, yaitu yang mempunyai pengalaman kerja kurang dari 10 tahun sebanyak 83 orang (63,4%) dan yang mempunyai pengalaman kerja 10 tahun atau lebih sebanyak 48 orang (36,6%). Wursanto (2003), Siagian (2001), dan Sinaga (2001) menyatakan bahwa pengalaman kerja memengaruhi pegawai dalam menjalankan fungsinya sehari-hari, dimana semakin lama seseorang bekerja maka akan semakin terampil dan semakin berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya.

Pendapat di atas didukung oleh Robbins (2003) yang menyatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja, maka akan semakin terampil dan semakin berpengalaman pula dalam melaksanakan pekerjaannya. Senioritas sebagai suatu masa bagi seseorang dalam menjalankan

pekerjaan tertentu, menunjukkan hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas pekerjaan”. Kreitner dan Kinski (2003) pun berpendapat bahwa semakin lama kerja, maka keterampilan dan pengetahuan akan meningkat, serta akan memperoleh pekerjaan yang lebih menantang, juga akan memperoleh pengakuan dan penghargaan, sehingga mereka akan puas dan mempunyai komitmen yang tinggi.

### **C. Kesadaran Diri Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi**

Kesadaran diri dibagi menjadi dua bagian, yaitu kesadaran diri yang bersifat reaktif dan kesadaran diri yang bersifat proaktif. Jumlah perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi yang kesadaran dirinya bersifat reaktif hanya sebanyak 13 orang (9,9%), sedangkan yang bersifat proaktif sebanyak 118 orang (90,1%). Seseorang yang memiliki kesadaran diri yang tinggi akan memberikan respon yang tidak merugikan dirinya sendiri, orang lain, atau lingkungan yang ada di sekitarnya. Ia akan selalu berespon atas banyak pertimbangan dari berbagai segi. Karena, walaupun manusia dapat bebas untuk memilih respon, namun ia tidak akan bisa bebas dari konsekuensi atas pemilihan respon tersebut. Selalu ada sebab-akibat. Respon yang bijak selalu atas dasar kesadaran diri yang tinggi terhadap nilai, norma, dan ilmu. Dengan kesadaran diri, seseorang dapat menjadi proaktif, karena sebagai manusia kita harus bertanggung jawab (responsibility = responsibility) atas hidup kita sendiri. Jadi, tingkah laku adalah merupakan satu pilihan atas

kesadaran, bukan karena proses yang otomatis begitu saja. Lawan dari proaktif adalah reaktif.

Seorang perawat yang memahami kondisi bio, psiko, sosial, dan spiritualnya akan mengetahui dan menyadari kemampuannya ketika berinteraksi dengan pasiennya. Kesadaran diri seorang perawat terhadap lingkungan ini akan memberikan gambaran pada dirinya sebagai seorang yang beradab, menjunjung tinggi nilai maupun norma, santun, dll. Komponen filosofi akan menjelaskan tentang arti hidup seseorang. Kesadaran diri yang bersifat proaktif, karena perawat merasa bertanggung jawab (responsibility = responsibility) terhadap pekerjaannya. Kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada seorang perawat timbul karena pengetahuannya sebagai perwujudan dari rasa tanggung jawab terhadap pekerjaannya. Kesadaran diri yang tinggi serta berdasarkan pada nilai-nilai dan norma-norma yang dimilikinya, seorang perawat diharapkan akan dapat memberikan respon yang tepat dan terapeutik pada setiap stimulus yang dihadapinya, dengan kata lain ia dapat menggunakan dirinya sendiri secara terapeutik.

#### **D. Motivasi Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi**

Motivasi dibagi menjadi dua bagian, yaitu motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik. Motivasi intrinsik dan motivasi ekstrinsik, masing-masing dibagi lagi menjadi dua bagian, yaitu yang bermotivasi rendah atau tinggi. Jumlah



perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi yang motivasi intrinsiknya rendah hanya sebanyak 48 (36,6%) orang, sedangkan 83 (63,4%) orang lainnya memiliki motivasi intrinsik yang tinggi. Motivasi ekstrinsik yang rendah dimiliki oleh 63 (48,1%) orang dan motivasi ekstrinsiknya yang tinggi dimiliki oleh 68 (51,9%) orang lainnya. Jadi, secara keseluruhan, Jumlah perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi yang memiliki motivasi rendah sebanyak 38 (29,0%) orang dan yang memiliki motivasi tinggi sebanyak 93 (71,0%) orang.

#### **E. Hubungan Antara Karakteristik Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi**

Karakteristik perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi terbagi menjadi dua bagian, yaitu yang tidak berhubungan dan yang berhubungan. Karakteristik jenis kelamin, status perkawinan, dan tingkat pendidikan ternyata tidak berhubungan dengan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

1. Jumlah responden laki-laki sebanyak 32,8 persen sedangkan responden perempuan lebih banyak yaitu 67,2 persen. Tidak berhubungannya antara gender dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi

terapeutik berarti bahwa antara perawat laki-laki dengan perawat perempuan tidak menunjukkan adanya perbedaan dalam kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

Beberapa studi yang memperlihatkan adanya perbedaan yang berkaitan dengan gender dalam hal cara berfungsinya intelek cenderung terlalu melebih-lebihkan hasil temuan mereka. Hasil dari studi yang tidak memperlihatkan perbedaan gender biasanya tidak diterbitkan atau hasil temuannya kurang diperhatikan (Gage dan Berliner, 1992 dalam Susan B. Bastable, 2002:192). Dengan demikian, mengenai sejauhmana hasil pembelajaran itu dipengaruhi oleh perbedaan gender masih terus dipertanyakan. Kebanyakan perbedaan gender yang sudah diketahui secara statistik hanya sedikit jumlahnya. Bahkan perbedaan terbesar dalam fungsi kognitif tidak signifikan seperti pada perbedaan yang ditemukan mengenai tinggi laki-laki dan perempuan.

2. Responden yang telah menikah sebanyak 85,5 persen dan yang belum menikah hanya 14,5 persen. Status perkawinan perawat pelaksana di RSJ Bandung dan Cimahi juga tidak berhubungan dengan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Hal ini berarti bahwa tidak ada perbedaan antara perawat yang telah menikah dengan perawat

yang belum menikah, mereka mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik yang sama, karena perbedaan kemampuan diantara keduanya tidak bermakna. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat dari Robbins (2003) yang menyatakan bahwa status perkawinan mempunyai hubungan dengan kinerja pegawai, sebab status perkawinan memerlukan tanggung jawab dan membuat pekerjaan menjadi lebih berharga dan lebih penting. Oleh karena itu, pegawai yang telah menikah akan lebih loyal dengan pekerjaannya jika dibandingkan dengan pegawai yang masih bujangan. Karyawan yang telah menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah, dan merasa lebih puas dengan pekerjaan mereka.

Pendapat tersebut dipertegas oleh Rusmiati (2006:30) yang menyatakan bahwa “Perkawinan memaksakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan lebih penting. Sangat mungkin, perawat yang tekun dan puas lebih besar terdapat pada perawat yang menikah”. Iverson dan Buttigieg (1998) dalam Panggabean (2004) menyatakan bahwa terdapat hubungan antara status perkawinan dengan komitmen. Karyawan yang telah menikah lebih komit daripada yang belum menikah. Status perkawinan merupakan pengalaman yang berfungsi untuk mengembangkan kemampuan dan kualitas kepribadian seseorang.

3. Tingkat pendidikan responden yang berpendidikan tinggi (D.III. sampai S.1. Keperawatan) sebanyak 73,3 persen dan yang berpendidikan rendah (SPK dan SPRB) hanya 26,7 persen. Tingkat pendidikan perawat pelaksana di RSJ Bandung dan Cimahi juga tidak berhubungan dengan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Perawat yang berpendidikan rendah mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik yang sama dengan perawat yang berpendidikan tinggi, sebab perbedaan diantara keduanya tidak bermakna. Padahal pendidikan merupakan pengalaman yang berfungsi untuk mengembangkan kemampuan dan kualitas kepribadian seseorang, dimana semakin tinggi tingkat pendidikan maka seharusnya akan semakin memperbesar kemauannya untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya (Siagian, 2001). Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap daya nalar dan daya kritik, sehingga berpengaruh pula terhadap kemampuan penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan. Penelitian ini membuktikan bahwa kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tidak hanya ditentukan oleh tingkat pendidikan, sebab teknik-teknik komunikasi terapeutik merupakan kegiatan dasar dalam ilmu keperawatan sehingga baik perawat yang berpendidikan rendah maupun perawat yang berpendidikan tinggi telah mendapatkan pendidikan tersebut, misalnya melalui pelatihan-pelatihan.

Karakteristik perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi yang berhubungan dengan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik hanya karakteristik usia dan pengalaman kerja.

1. Usia perawat pelaksana di RSJ Bandung dan Cimahi juga tidak berhubungan dengan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Hal tersebut menunjukkan bahwa tidak terdapat kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada perawat kelompok usia muda dengan perawat kelompok usia tua. Hal tersebut tidak sesuai dengan pendapat Siagian (2001) yang menyatakan bahwa “Umur berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas, yang berarti bahwa jika semakin meningkat umur seseorang, maka akan meningkat pula kedewasaannya atau kematangan jiwanya, baik secara teknis maupun secara psikologis, serta akan semakin mampu melaksanakan tugasnya” Umur yang semakin meningkat akan meningkatkan pula kebijakan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, semakin bijaksana, mampu mengendalikan emosi, toleran, dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain. Di sisi lain, karyawan berusia muda biasanya mempunyai harapan yang ideal tentang dunia kerjanya. Menurut pendapat ini berarti bahwa perawat muda dengan harapan idealnya tentang dunia kerja akan berusaha untuk mengeksplorasi semua pengalaman belajarnya, dalam hal ini mengenai

teknik-teknik komunikasi terapeutik, yang kemudian akan mereka usahakan untuk diaplikasikan langsung kepada pasiennya di ruangan.

2. Pengalaman kerja tidak berhubungan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Responden yang mempunyai pengalaman kerja kurang dari 10 tahun maupun yang telah berpengalaman lebih dari 10 tahun mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik yang sama. Hasil tersebut bertentangan dengan pendapat Wursanto (2003), Siagian (2001), dan Sinaga (2001) yang menyatakan bahwa pengalaman kerja adalah keseluruhan pelajaran yang diperoleh seseorang dari peristiwa-peristiwa yang dialami selama perjalanan kerjanya. Kreitner dan Kinski (2003) pun berpendapat bahwa semakin lama kerja, maka keterampilan dan pengetahuan akan meningkat, serta akan memperoleh pekerjaan yang lebih menantang, juga akan memperoleh pengakuan dan penghargaan, dengan demikian maka akan mempermudah baginya untuk mendapatkan job dan kepercayaan atau wewenang, sehingga mereka akan puas dan mempunyai komitmen yang tinggi. Di sisi lain, karyawan berusia muda biasanya mempunyai harapan yang ideal tentang dunia kerjanya. Menurut pendapat ini berarti bahwa perawat muda dengan harapan idealnya tentang dunia kerja akan berusaha untuk mengeksplorasi semua pengalaman belajarnya, dalam hal ini mengenai teknik-teknik komunikasi terapeutik, yang kemudian akan

mereka usahakan untuk diaplikasikan langsung kepada pasiennya di ruangan

#### **F. Hubungan Antara Kesadaran Diri Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi**

Sekitar 90 persen responden mempunyai kesadaran diri proaktif dan hanya 10 persen yang mempunyai kesadaran diri reaktif, dan kesadaran diri tidak berhubungan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Kesadaran diri dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk memahami dirinya sendiri, baik pikiran, perasaan, maupun perilakunya sendiri. Kesadaran diri terdiri dari empat komponen, yaitu: psikologis, fisik, lingkungan, dan filosofi. Seorang perawat yang menyadari komponen psikologisnya akan menyadari dirinya sebagai orang yang tertutup atau terbuka, seorang pemarah, seorang penyabar, seseorang yang bermotivasi tinggi, atau seseorang yang minder, dll.

Seorang perawat yang memahami kondisi fisiknya akan mengetahui dan menyadari kemampuan fisiknya ketika berinteraksi dengan pasiennya. Kesadaran diri seorang perawat terhadap lingkungan ini akan memberikan gambaran pada dirinya sebagai seorang yang beradab, menjunjung tinggi nilai maupun norma, santun, tidak pandai bergaul, dll.. Komponen filosofi akan

menjelaskan tentang arti hidup seseorang. Kesadaran diri yang bersifat proaktif, karena perawat merasa bertanggung jawab (responsibility = responsibility) terhadap pekerjaannya. Kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada seorang perawat timbul karena pengetahuannya sebagai perwujudan rasa tanggung jawab terhadap pekerjaannya. Kesadaran diri yang tinggi serta berdasarkan pada nilai-nilai dan norma-norma yang dimilikinya, seorang perawat diharapkan akan dapat memberikan respon yang tepat dan terapeutik pada setiap stimulus yang dihadapinya.

#### **G. Hubungan Antara Motivasi Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi**

Hasil statistik bivariat menunjukkan bahwa motivasi intrinsik dan motivasi keseluruhan berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Winardi (2001) mendefinisikan bahwa motivasi adalah suatu kekuatan potensial yang ada dalam diri seorang manusia, yang dapat dikembangkannya sendiri atau dikembangkan oleh sejumlah kekuatan luar yang pada intinya berkisar sekitar imbalan moneter dan imbalan non moneter, yang dapat mempengaruhi hasil kinerjanya secara positif atau negatif tergantung pada situasi dan kondisi yang dihadapi oleh orang yang bersangkutan. Menurut Steers (1996) motivasi adalah tenaga, dorongan, arah,



dan bentuk reaksi subyektif seseorang yang ada dalam organisasi. Robbins (1996) mendefinisikan motivasi sebagai suatu kemauan berjuang atau berusaha ke tingkat yang lebih tinggi menuju tercapainya tujuan organisasi, dengan syarat tidak mengabaikan kemampuannya untuk memperoleh kepuasan dalam pemenuhan kebutuhan-kebutuhan pribadi. Motivasi karyawan sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik yang bersifat internal seperti persepsi kepuasan kerja dan prestasi kerja maupun yang bersifat eksternal seperti jenis dan sifat pekerjaan, kelompok dan organisasi tempat bekerja, lingkungan serta sistem imbalan yang berlaku dan cara penerapannya (Siagian, 2002).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mempunyai motivasi tinggi akan mampu menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik lebih tinggi 2,663 kali dibandingkan responden dengan motivasi rendah. Kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik merupakan kemampuan seorang perawat mengidentifikasi kemampuan pasien dan mengoptimalkannya dalam melakukan hubungan keluarga dan hubungan sosial. Komunikasi diharapkan akan menjadi lebih baik, dan perilaku yang maladaptif berubah menuju perilaku yang adaptif setelah pasien mencoba pola perilaku dan koping baru yang konstruktif.

Perawat merasa termotivasi untuk menjalankan teknik-teknik komunikasi terapeutik kemungkinan karena perawat merasa puas terhadap pekerjaannya. Di negara Inggris misalnya, para konsultan manajemen Price Waterhouse (1988) menemukan bahwa alasan utama yang diberikan oleh 7600 perawat yang ditanya tentang tetapnya mereka bekerja di keperawatan adalah karena keinginan untuk menolong orang lain. Para perawat ini tidak menyatakan pekerjaan mereka dalam istilah imbalan ekstrinsik yang dinilai oleh budaya para kaum pengusaha yang populer di kerajaan Inggris tahun 1980-an. Hal ini dapat berarti bahwa kepuasan kerja beberapa perawat lebih berdasarkan pada penghargaan intrinsik daripada ekstrinsik. Hasil penelitian Barret (1988) mengkaji di Inggris menemukan bahwa motivasi perawat untuk tetap bekerja di Departemen Kesehatan di Inggris dan mengidentifikasi empat alasan yang berkaitan dengan kerja, salah satu diantaranya kepuasan dengan pekerjaan mereka. Di Amerika Serikat, Hinshaw dan kawan-kawan (1987) melakukan survey terhadap 1597 perawat dan menemukan beberapa faktor yang mendukung pengurangan staf karena motivasi intrinsik perawat seperti kesenangan pada posisi yang dimiliki dan kemampuan memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Kepuasan kerja dipengaruhi faktor-faktor intrinsik, sedangkan ketidakpuasan kerja pada umumnya dikaitkan dengan faktor ekstrinsik (Sondang, 1995).

## **H. Faktor Dominan Yang Paling Berhubungan Kemampuan Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi**

Hasil statistik multivariat menunjukkan bahwa ternyata motivasi dan karakteristik usia berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p < 0,05$ ), yaitu perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi yang berusia muda dan mempunyai motivasi intrinsik yang tinggi akan mempunyai kemampuan dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik yang tinggi.

### **I. Keterbatasan Penelitian**

Variabel penelitian ini hanya melihat hubungan antara kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan karakteristik, kesadaran diri, dan motivasi. Variabel lain yang diduga mempunyai kemungkinan berpengaruh terhadap kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tidak diteliti seperti misalnya kegiatan supervisi, pelatihan, beban kerja, suasana kerja, dan sebagainya.

Penilaian kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dilihat dari kemampuan menjawab kuesioner tampaknya kurang efektif, terutama terhadap domain konatif yang bersifat keterampilan. Jika waktunya cukup memadai maka sebaiknya dilakukan dengan cara observasi secara langsung.

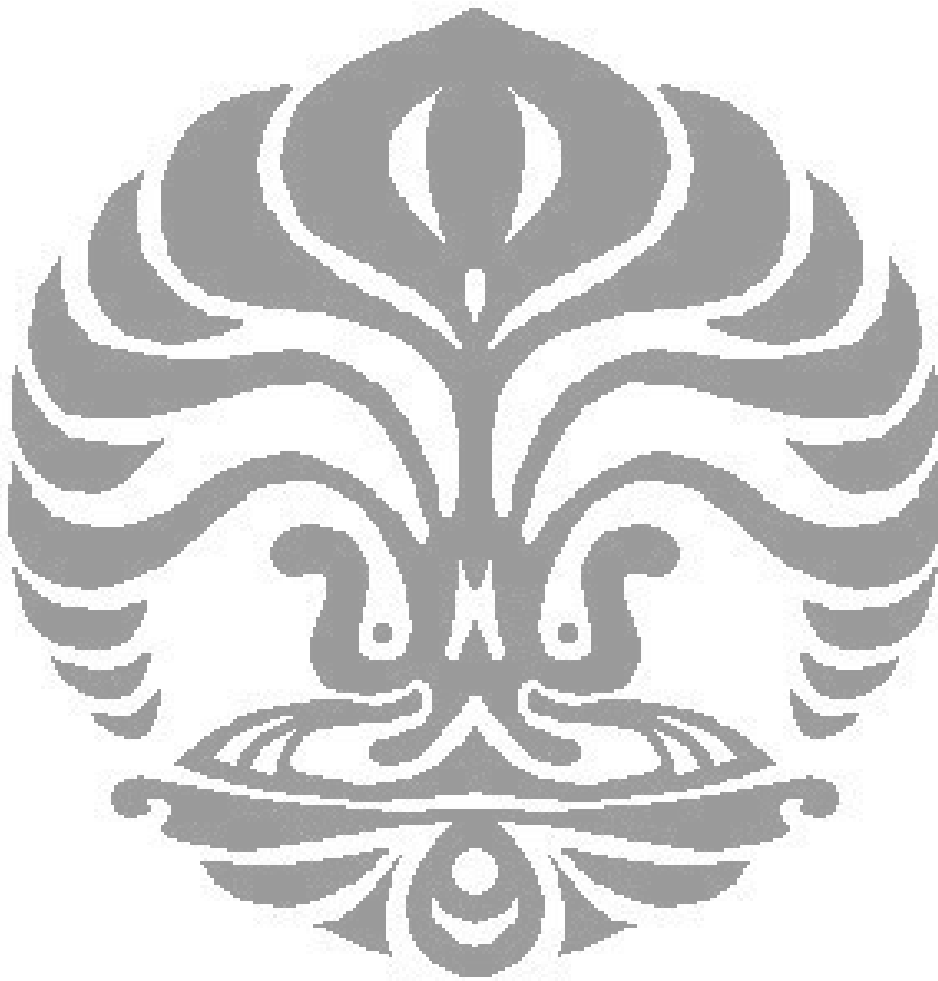
Observasi terhadap kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik karena merupakan perilaku.

#### **J. Implikasi Terhadap Pelayanan Dan Penelitian**

Motivasi intrinsik merupakan variabel yang paling kuat berhubungan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Hal tersebut harus disikapi pihak manajemen dengan meningkatkan supervisi pada perawat untuk membangkitkan motivasi perawat sehingga motivasi intrinsik untuk menjalankan teknik-teknik komunikasi terapeutik meningkat. Supervisi sebaiknya dilakukan oleh kepala ruangan sebagai penanggung jawab kinerja perawat di setiap ruangan. Oliver dan Anderson (1994) mengatakan bahwa persepsi *behaviour-control governance* atau perilaku pengawasan atasan berhubungan dengan motivasi intrinsik.

Supervisi dalam praktek keperawatan profesional adalah suatu proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas-tugas dalam mencapai tujuan organisasi (Nursalam, 2002). Hasil akhir dari kegiatan supervisi adalah meningkatkan mutu dari produk yang dihasilkan (Dharma, 2003). Selain melakukan kegiatan supervisi, manajemen juga harus melakukan penyegaran bagi para perawat karena kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik pada aspek kognisi merupakan aspek paling lemah. Mengacu pada kemampuan perawat pelaksana

yang berhubungan dengan praktik keperawatan, maka sebaiknya dalam pengumpulan datanya di samping menggunakan questioner juga dapat disertai dengan kegiatan observasi langsung.



## BAB VII

### KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab terakhir ini akan diuraikan mengenai kesimpulan yang berdasarkan pada seluruh pembahasan sebelumnya dan disampaikan pula saran sesuai dengan pokok permasalahan yang muncul dalam penelitian ini.

#### A. Kesimpulan

1. Kemampuan perawat pelaksana secara keseluruhan di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik baik yang berkemampuan tinggi maupun yang berkemampuan rendah jumlah hampir sama. Hanya kemampuan kognitifnya saja yang belum baik karena baru mencapai nilai 66,27, padahal kemampuan afektif dan konatif perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik cukup baik.
2. Karakteristik Perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi menunjukkan bahwa jumlah perawat perempuan jauh lebih banyak daripada perawat laki-laki; usia rata-rata perawatnya sekitar 32 tahun; sebagian besar sudah menikah dan hanya sebagian kecil saja yang belum menikah; sebagian besar berpendidikan minimal D.III. Keperawatan dan hanya sebagian kecil saja yang berpendidikan SPK dan SPRB; serta rata-rata pengalaman kerjanya sekitar 10 tahun.

Karakteristik perawat di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi yang tidak berhubungan dengan kemampuan dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik adalah karakteristik jenis kelamin, status perkawinan, dan tingkat pendidikan. Sedangkan karakteristik usia dan pengalaman kerja berhubungan dengan kemampuan dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

3. Kesadaran diri perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi hampir seluruhnya bersifat proaktif. Kesadaran diri perawat di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi, baik yang proaktif maupun yang reaktif juga tidak berhubungan dengan kemampuan perawat dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.
4. Motivasi perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi, lebih dari setengahnya mempunyai motivasi intrinsik tinggi, yang mempunyai motivasi intrinsik rendah kurang dari setengahnya, yang motivasi ekstrinsiknya rendah maupun yang tinggi jumlahnya hampir sama, yang motivasi keseluruhannya rendah hanya sebagian kecil, dan sebagian besar memiliki motivasi keseluruhan yang tinggi. Motivasi perawat pelaksana di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi, baik motivasi intrinsik maupun motivasi keseluruhan berhubungan dengan

kemampuan perawat dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, hanya motivasi ekstrinsik saja yang tidak berhubungan.

5. Faktor dominan yang paling berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi adalah motivasi intrinsik yang dikontrol oleh umur. Oleh karena itu, perawat pelaksana yang mempunyai motivasi intrinsik tinggi dan masih berusia muda akan mempunyai kemampuan dalam menerapkan teknik teknik komunikasi terapeutik yang lebih tinggi.

## **B. Saran**

Berdasarkan pada kesimpulan tersebut diatas, maka ada beberapa saran yang akan disampaikan, yaitu:

### **1. Pihak Rumah Sakit Jiwa Bandung Dan Cimahi**

Oleh karena ditemukan bahwa ternyata karakteristik perawat pelaksana dari segi jenis kelamin, status perkawinan, tingkat pendidikan, ternyata tidak berhubungan dengan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, padahal perawat tersebut mempunyai motivasi intrinsik yang tinggi, maka disarankan agar:

- a. Secara berkala (misalnya dua tahun sekali) dilakukan penyegaran dengan memberikan pelatihan-pelatihan, seminar, kursus, dsb. agar



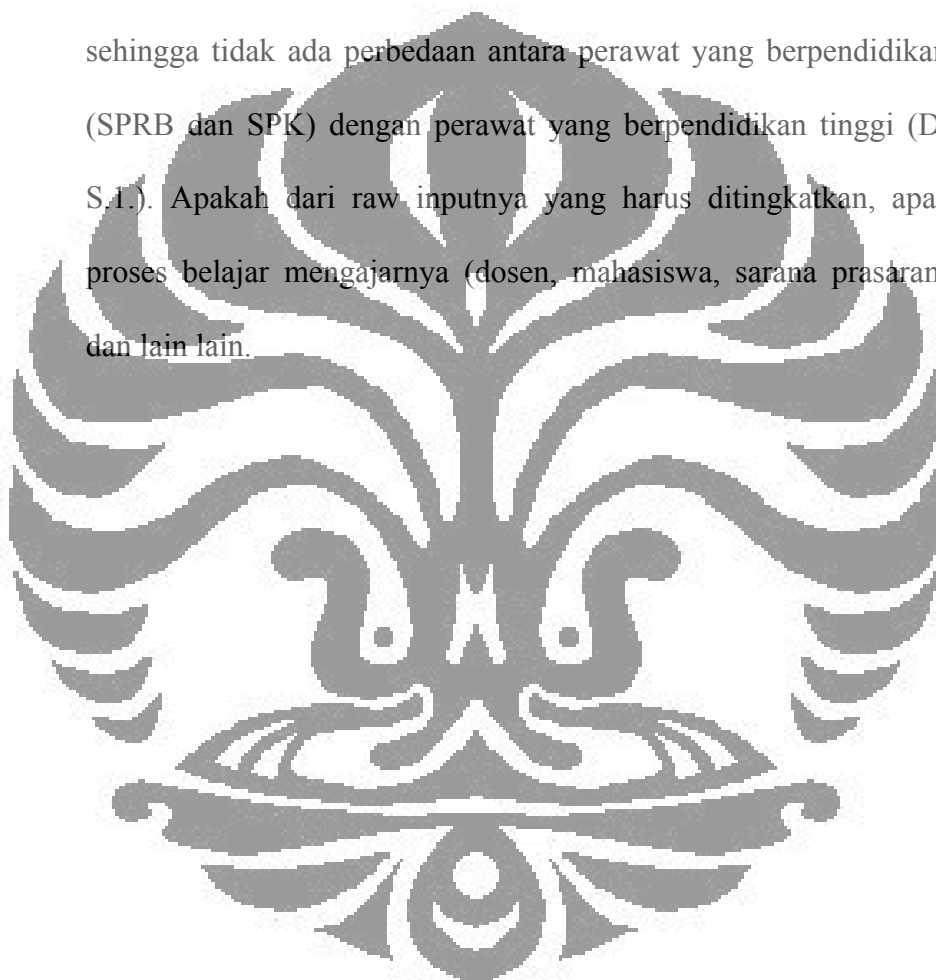
para perawat dengan bertambahnya waktu (usia dan pengalaman kerja) dapat menjadi lebih mampu dalam merawat pasien, khususnya dari segi kemampuan kognitif perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik.

- b. Meningkatkan kegiatan supervisi serta mulai menerapkan sistem *reward* dan *punishment* yang konsisten dan konsekuen agar motivasi ekstrinsik dari para perawat pelaksana dapat terbangkitkan sehingga mereka dapat meningkatkan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi kepada siapapun, terutama pada pasiennya.
- e. Diadakan atau ditingkatkan pertemuan rutin di ruangan masing-masing (misalnya sebulan sekali) antar perawat yang dipimpin oleh kepala ruangnya masing-masing agar saling memberikan umpan balik dalam rangka untuk saling meningkatkan pengetahuan tentang diri sendiri sehingga kesadaran diri dari para perawat akan meningkat.
- d. Penyebaran tenaga perawat pelaksana antara yang lebih muda dengan yang lebih tua agar lebih merata sehingga diantara keduanya dapat saling mempengaruhi ke arah yang lebih baik dalam upaya penerapan teknik-teknik komunikasi terapeutik di ruangan.

## 2. Pihak Pendidikan Keperawatan

Oleh karena ternyata tingkat pendidikan dari para perawat pelaksana tidak berhubungan dengan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik

komunikasi terapeutik, padahal secara psikologis mereka ternyata mempunyai motivasi intrinsik yang tinggi, maka sebaiknya pihak pendidikan keperawatan selaku produsen tenaga kerja keperawatan agar melakukan beberapa penelitian mengenai apa yang menjadi sebab sehingga tidak ada perbedaan antara perawat yang berpendidikan rendah (SPRB dan SPK) dengan perawat yang berpendidikan tinggi (D.III. dan S.1.). Apakah dari raw inputnya yang harus ditingkatkan, apakah dari proses belajar mengajarnya (dosen, mahasiswa, sarana prasarana, dsb.), dan lain lain.



## DAFTAR PUSTAKA

- Abdulhak, H. I. & Sanjaya, W. (2005). *Media Pendidikan: Suatu Pengantar*. Bandung: Pusat Pelayanan Dan pengembangan Media Pendidikan UPI Bandung.
- Abraham, C. & Shanley, E. (1997). *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. Jakarta: EGC.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., & Hilgard, E. R. (1999). *Pengantar Psikologi*. Ed. Ke-8. Jakarta: Erlangga.
- Azwar, S. (2003). *Sikap Manusia: Teori Dan Pengukurannya*. Ed. Ke-2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Bandono (2007). *Komunikasi Terapeutik*: <http://bandono.web.id/files/makalah-komunikasi.pdf>; diperoleh Minggu 01 Juli 2007.
- Basford, L. & Stevin, O. (2006). *Teori Dan Praktik Keperawatan: Pendekatan Integral Pada Asuhan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Bastable, S. B. (2002). *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran Dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC.
- Benson, N. C. & Grove, S. (2000). *Mengenal Psikologi: For Beginners*. Bandung: Mizan.
- Boyd, M. A. & Nihart, M. A. (1998). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. Newyork, Philadelphia: Lippincott.
- Breeze, J. & Repper, J. (1998). *Struggling For Control: The Care Experiences Of Difficult Patients In Mental Health Services*. Journal Of Advanced Nursing. Vol. 28, 6, pp. 1301-1311.
- Bungin, H.M. B. (2005). *Metodologi Penelitian Kuantitatif: Komunikasi, Ekonomi, Dan Kebijakan Publik, Serta Ilmu-Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Prenada Media.
- Cartono, M. & Utari, T. S. G. (2006). *Penilaian Hasil Belajar Berbasis Standar*. Bandung: Prisma Press.
- Cleary, M. (2003). *The Challenges Of Mental Health Care Reform For Contemporary Mental Health Nursing Practice: Relationships, Power, And Control*. International Journal Of Mental Health Nursing. Vol. 12, 2, pp. 139-147.

- Cleary, M. & Edwards, C. (1999). *Some things Always Comes Up: Nurse Patient Interaction In An Psychiatric Setting*. Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing. Vol. 6, pp. 469-477.
- Creswell, J. W. (2002). *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches*. Jakarta: KIK Press.
- Daftar Pustaka: Kunci Singkatan (2007). *Daftar Definisi istilah*: <http://ww.hkbu.edu.hk/ppp/pf/Pkglos.htm>; diperoleh tanggal 7 Februari 2007.
- Dahlan, M. S. (2006). *Besar Sampel Dalam Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*. Jakarta: Arkans.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Jiwa Bagi Calon Jemaah Haji Dan Jemaah haji: Pedoman Bagi Petugas kesehatan*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Dan Direktorat Bina Pelayanan Kesehatan Jiwa.
- ..... (2004). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat.
- ..... (2003). *Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- ..... (2003). *Indikator Indonesia Sehat 2010 Dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat Dan Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- ..... (2003). *Panduan promosi Kesehatan Rumah Sakit*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan.
- ..... (1997). *Strategi Penyuluhan Kesehatan*. Jakarta: Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat.
- Departemen Pendidikan & Kebudayaan. (1998). *Bahan Penataran Pengujian Pendidikan Tahun 1999/2000*. Jakarta: Pusat penelitian Dan Pengembangan Sistem Pengujian Badan Penelitian Dan Pengembangan Pendidikan Dan Kebudayaan.
- Dharma, A, 2003, Manajemen Supervisi (Petunjuk Praktis Bagi para Supervisor), PT. Raja Grafindo Persada, Jakarta
- Djaali. (2000). *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Program Pascasarjana Universitas Negeri Jakarta.

- Effendy, O. U. (1986). *Ilmu Komunikasi: Teori Dan Praktek*. Bandung: Remaja Karya.
- ..... (1986). *Dinamika Komunikasi*. Bandung: Remaja Karya
- ..... (1981). *Dimensi – Dimensi Komunikasi*. Bandung: Alumni.
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. (2004). *Panduan Penulisan Tesis*. Jakarta: Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Fauzi, H. A. (1999). *Psikologi Umum: Untuk IAIN, STAIN, PTAIS, Fakultas Tarbiyah, Komponen MKDK*. Bandung: Pustaka Setia.
- Gibson, J.I. Ivancevich, J.M. & Donelly, J.H., 2000. *Organisasi Perilaku, Struktur dan Proses*. Jilid 2 (ed. 8), Bina Rupa Aksara, Jakarta.
- Hamid, A. Y. S. (2008). *Buku Ajar Riset Keperawatan: Konsep, Etika, Dan Instrumentasi*. Ed. Ke-2. Jakarta: EGC.
- ..... (1999). *Buku Ajar Riset Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Harre, R. & Lamb, R. (1996). *Ensiklopedi Psikologi*. Jakarta: Arcan.
- Hastono, S. Priyo. (2001). *Modul Analisis Data*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat universitas Indonesia.
- Hawari, H. D. (2003). *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Ed. Ke-2. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Hidayat, A. A. A. (2007). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Ed. Ke-2. Jakarta: Salemba Medika.
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja, Teori, Penilaian, Dan Penelitian*. Jakarta: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Isaacs, A. (2005). *Panduan Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Psikiatrik*. Ed. Ke-3. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A. & Akemat. (Eds.) (2006). *Modul: Model Praktek Keperawatan Profesional jiwa (MPKP Jiwa)*. Jakarta: World Health Organization (WHO) Perwakilan Indonesia dan Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.

- Keliat, B. A., Akemat., & Subu, A. (Eds.). (2006). *Modul IC CMHN: Majemen Kasus Gangguan Jiwa Dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: Fakultas ilmu keperawatan Universitas Indonesia dan World Health organization Indonesia.
- Keliat, B. A., Daulima, N. H. C., Nurhaeni, N. & Akemat. (Eds.). (2005) Modul: *Basic Course Community mental health Nursing (CMHN)*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Keliat, B. A., Herawati, N., Panjaitan, R. U. & Daulima N. H. C. (1999). *Proses keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A. (1996). *Hubungan Terapeutik Perawat-Klien*. Jakarta:EGC.
- Kreitner, R. dan Kinski, A. (2003). *Perilaku Organisasi*. Buku 1. Jakarta: Salemba Empat
- Lemeshow, S., Hosmer Jr., David W., Klar, J. & Lwanga, S. K. (1997). *Besar Sampel Dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Lumenta, B. (1989). *Perawat, Citra, Peran, dan Fungsi: Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Kanisius.
- Machfoedz, I. (2007). *Teknik Membuat Alat Ukur Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, Dan Kebidanan: Cara Membuat Kuesioner, Angket, Panduan Wawancara, Dll.* Yogyakarta: Fitramaya.
- Mahmud, M. D. (1990). *Psikologi: Suatu pengantar*. Yogyakarta: BPFE.
- Mangkunegara, A.A.A.P. (2004). *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Minichiello, V., Sullivan G., Greenwood, K., & Axford, R. (Eds.). (2004). *Research Methods For Nursing And Health Science*. Australia: Pearson Education .
- Mohr, W. K. (2006). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Sixth Ed.. Newark, New Jersey: Lippincott Williams & Wilkins.
- Music, G. (2003). *Emosi Dan Afeksi*. Yogyakarta: Pohon Sukma.
- Nasution, S. & Thomas, M. (2004) *Buku Penuntun Membuat Tesis, Skripsi, Disertasi, Dan Makalah*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

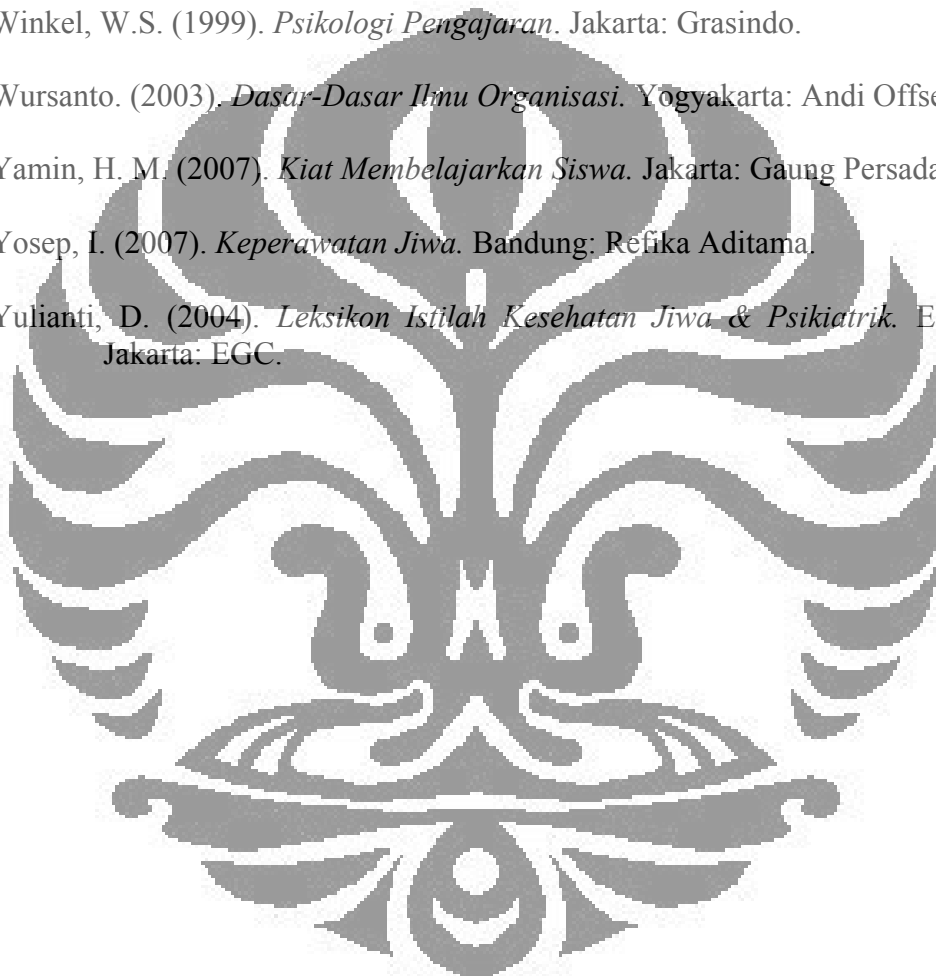
- Nurjannah, I. (2005). *Aplikasi Proses Keperawatan*. Yogyakarta: MocoMedika.
- ..... (2005). *Komunikasi Keperawatan*. Yogyakarta: MocoMedika.
- ..... (2005). *Pedoman Penanganan Pada Gangguan Jiwa*. Yogyakarta: MocoMedia.
- Nursalam, 2002, *Manajemen Keperawatan, Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Salemba Medika, Jakarta.
- Pandawa, R. (2005). *Determinan Kinerja Perawat pelaksana Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate*. Tesis. Tidak Dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Panggabean, M.S. (2004). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Galia Indonesia.
- Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2000). *Kode Etik Keperawatan, Lambang, Panji PPNI, Dan Ikrar Keperawatan*. Jakarta: Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Fundamental keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- PPNI – Persatuan Perawat Nasional Indonesia (2006). *Komunikasi Dalam keperawatan*: <http://www.ina-ppni.or.id/index.php?name=News&file=print&sid=88>; diperoleh Minggu, 01 Juli 2007.
- Purba, J. M. (2007). *Komunikasi Dalam keperawatan*: [http://library.usu.ac.id/download/fk/keperawatan\\_jenny.pdf](http://library.usu.ac.id/download/fk/keperawatan_jenny.pdf); diperoleh Minggu, 01 Juli 2007.
- Purwanto, M. N. (1990). *Psikologi Pendidikan*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Purwanto, H. (1999). *Pengantar Perilaku Manusia Untuk Keperawatan*, Jakarta: EGC.
- Rahman et. al. (2006). *Peran Strategis Kepala Sekolah Dalam Meningkatkan Mutu Pendidikan*, Sumedang: Alqaprint Jatinangor.
- Rachmat, C.& Solehuddin, M. (1992). *Pengukuran dan Penilaian Hasil Belajar*. Bandung: IKIP-Fakultas Ilmu Pendidikan.
- Robbins, J. G. & Jones, B. S. (1986). *Komunikasi Yang Efektif*. Ed. Ke-3. Jakarta: Pedoman Ilmu Jaya.

- Robbins, S.P. (2003). *Perilaku Organisasi*. Ed. Ke-9. Jilid 2. Jakarta: Indeks Gramedia.
- ..... (2003). *Perilaku Manusia*. Jakarta: Indeks Gramedia.
- ..... (1996). Organizational Behaviour: Concepts, Conte-oversies, and Applications, 3 rd ed. New. Jersey : Precentice Hall.
- Rusmiati. (2006). *Hubungan Lingkungan organisasi Dan Karakteristik Perawat Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Ruang Rawat Inap RSUP Persahabatan Jakarta*. Tesis. Tidak Dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.
- Sagala, S. (2006). *Konsep Dan Makna Pembelajaran: Untuk Membantu Memecahkan Problematika Belajar Dan Mengajar*. Bandung: Alfabeta.
- Sanjaya, W. (2006). *Pembelajaran Dalam Implementasi Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Sarwono, S. W. (2002). *Psikologi Sosial: Individu Dan Teori-Teori Psikologi Sosial*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2002). *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis, Ed. Ke-2*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sastroputro, R.A. S. (1987). *Komunikasi Sosial*. Bandung: Remaja Karya.
- Siagian, S.P. (2002). *Kiat Meningkatkan Produktivitas Kerja*. Jakarta: Rineka Cipta.
- ..... (2001). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- ..... (1999). *Teori Dan Praktek Kepemimpinan*. Jakarta: Rendika.
- Schuster, P.M. (2000). *Communication The Key To The Therapeutic Relationship*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Simamora, B. (2004). *Riset Pemasaran: Falsafah, Teori, Dan Aplikasi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Sinaga, C.T. (2001). *Hubungan Karakteristik Pekerjaan Dengan Kepuasan Kerja Perawat Primer Di Unit Rawat Interne Bedah PK St. Carolus*. Tesis. Tidak dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
- Sobur, A. (2003). *Psikologi Umum*. Bandung: Pustaka Setia.



- Sondang, P. (1995). *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. PT. Rineka Cipta Jakarta.
- Steers, R., P, L., (1996). *Motivation and Leadership at Work*. Mc Graw-Hill.
- Stuart, G. W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Ed. Ke-5. Jakarta: EGC.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2005). *Principles And Practice Of Psychiatric Nursing*. 8<sup>th</sup> Ed..St. Louis, Missouri: Mosby.
- Stuart, G. W. & Sundeen, S. J. (1998). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Ed. Ke-3. Jakarta: EGC.
- Suliswati et. al. (2005). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*, Jakarta: EGC.
- Suryani. (2006). *Komunikasi Terapeutik: Teori Dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Susana, A. (2003). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Budaya Kerja Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Imanuel Bandung*. Tesis. Tidak Dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.
- Taylor, C., Lilis, C., & LeMone, P. (1997). *Fundamental Of Nursing: The Art And Science Of Nursing Care*. 3th Ed. Philadelphia: Lippincott.
- Teasdale, K., Brocklehurst, N. & Thom N. (2001) Clinical Supervision and Support for Nurses: an evaluation study. *Journal of Advanced Nursing* 33(2), 216-224.
- Townsend, M. C. (2005). *Essentials Of Psychiatric Mental health Nursing*. Third Ed. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- .....(1998). *Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri*. Ed. Ke-3. Jakarta: EGC.
- Weiskopf, C.S. (2005). *Nurses Experience Of Caring For Inmate Patients*. *Journal Of Advanced Nursing* 49 (4), 336-343.
- Widaningsih. (2002). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Darat Gatot Subroto Jakarta*. Tesis. Tidak Dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Widodo. (2005). *4 Kecerdasan Menghadapi Ujian: Skripsi, tesis, Dan Disertasi*. Jakarta: Yayasan Kelopak – MAGNA Script.

- Wikipedia Indonesia (2007). *Pengetahuan*: <http://en.wikipedia.org/wiki/Knowledge>; diperoleh Sabtu, 14 April 2007.
- Wilkinson, J.M. (1996). *Nursing Process: A Critical Thinking Approach*. 2<sup>nd</sup> Ed. California: Addison-Wesleynursing.
- Winardi, 2001. Motivasi & Pemotivasian dalam Manajemen. PT Raja Grafindo Persada-Jakarta.
- Winkel, W.S. (1999). *Psikologi Pengajaran*. Jakarta: Grasindo.
- Wursanto. (2003). *Dasar-Dasar Ilmu Organisasi*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Yamin, H. M. (2007). *Kiat Membelajarkan Siswa*. Jakarta: Gaung Persada Press.
- Yosep, I. (2007). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.
- Yulianti, D. (2004). *Leksikon Istilah Kesehatan Jiwa & Psikiatrik*. Ed. Ke-2. Jakarta: EGC.



# PENELITIAN

## FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN PERAWAT PELAKSANA DALAM MENERAPKAN TEKNIK KOMUNIKASI TERAPEUTIK DI RUMAH SAKIT JIWA BANDUNG DAN CIMAHI

Asep Edyana

DR. Budi Anna Keliat, S.Kp., M.App.Sc

Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes.

Pada pasien gangguan jiwa terdapat gangguan pada pikiran dan perasaannya sehingga menjadi beban dalam hidupnya. Namun, jika ada perawat yang mau mendengarkan, berbagi rasa, berbagi cerita, dan membantu menyelesaikan masalahnya sesuai dengan kebutuhan dan keadaannya maka akan sangat menolong sebab kesejahteraan pasien akan meningkat. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik komunikasi terapeutik. Desain yang digunakan adalah deskriptif korelatif dengan pendekatan potong lintang. Sampel dipilih berdasarkan kriteria inklusi yang berjumlah 131 orang. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Analisis univariat dilakukan untuk menganalisis distribusi dan statistik deskriptif untuk melihat variasi dari variabel bebas. Analisis bivariat menggunakan uji t-Test untuk data numerik dan uji Kai Kuadrat (Chi Square) untuk data kategorik. Analisis multivariat yang digunakan adalah analisis regresi logistik berganda dengan model gabungan antara model prediksi dan model faktor resiko. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ternyata motivasi intrinsik dan usia berhubungan secara signifikan dengan kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik ( $p=0,000$ ). Responden yang berusia muda dan mempunyai motivasi intrinsik yang tinggi akan mempunyai kemampuan menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik yang tinggi. Hasil penelitian menyimpulkan bahwa faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di RSJ Bandung dan Cimahi adalah faktor motivasi, khususnya motivasi intrinsik dan usia. Saran yang disampaikan agar diadakan pelatihan, supervisi, *reward and punishmen*, dan pertemuan rutin.

Kata kunci: Kognitif, afektif, psikomotor, kemampuan, teknik komunikasi terapeutik, motivasi, kesadaran diri, dan karakteristik.

Daftar Pustaka

## PENDAHULUAN

Era globalisasi dan persaingan bebas yang terjadi saat ini menimbulkan stressor dalam kehidupan manusia yang semakin kompleks dan berdampak terhadap kecenderungan peningkatan gangguan kesehatan jiwa. Saat ini diperkirakan ada 450 juta penderita gangguan jiwa di seluruh dunia. Di Indonesia, berdasarkan Survei Kesehatan Rumah Tangga 1995, didapatkan prevalensi gangguan jiwa 264 per 1.000 anggota rumah tangga. Rinciannya, psikosis tiga per 1.000, demensia (pikun) empat per 1.000, retardasi mental lima per 1.000, gangguan mental emosional pada anak dan remaja (4-15 tahun) 104 per 1.000, gangguan mental emosional pada dewasa (di atas 15 tahun) 140 per 1.000, dan gangguan jiwa lain lima per 1.000 (Yulianti, <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=647&tbl=cakrawala> Kamis, 05 Apr 2001 08:20:20 dan Siswono, Jumat, 12 Oktober 2001, <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1002779805,55571>, yang diperoleh pada hari Kamis, 10 Juli 2008).

Gangguan jiwa adalah gangguan pikiran, gangguan perasaan, dan/atau gangguan tingkah laku sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari (fungsi pekerjaan dan fungsi sosial) dari orang tersebut. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2003:34). Gangguan kesehatan jiwa dapat diobati, apalagi jika diketahui sejak awal. Sejalan dengan hal ini, maka kemampuan sumber daya manusia yang berkualitas sangat diharapkan untuk mengatasi hal tersebut. Perawat sebagai salah seorang yang terlibat dalam team kesehatan mempunyai pengetahuan dasar tentang perawatan yang didominasi oleh nilai suka menolong (altruism) dan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada

pasien menggunakan suatu metode yaitu proses keperawatan. (Davies, 1975 dalam Abraham dan Shanley, 1997:75). Beberapa pendapat dari Kozier, Rosalinda, serta Schultz dan Videbeck dalam Nurjannah (2005:1) mengemukakan tentang definisi proses keperawatan sebagai: (1) Suatu metode pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan rasional (Kozier, 1991); (2) Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistematis, yang berfokus pada respons unik individu atau kelompok individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Rosalinda, 1986); (3) Suatu aktivitas yang dinamik dan berkelanjutan yang meliputi interaksi perawat pasien dan proses pemecahan masalah (Schultz dan Videbeck, 1998).

Kemampuan atau keterampilan seorang perawat untuk berperilaku yang terapeutik terhadap pasiennya sangat dipengaruhi oleh pengetahuan perawat tentang teknik-teknik komunikasi terapeutik yang dimilikinya. Stuart (2007:11) menyatakan bahwa hubungan terapeutik perawat-pasien merupakan pengalaman belajar timbal balik dan pengalaman emosional korektif bagi pasien, dimana perawat menggunakan diri sendiri dan teknik-teknik klinis tertentu dalam menangani pasien untuk meningkatkan pemahaman dan perubahan perilaku pasien.

Kemampuan seorang perawat terdiri dari tiga domain. Benjamin S. Bloom dan kawan-kawan (dalam Cartono dan Utari 2006:117-118) menyatakan bahwa aspek-aspek tingkah laku/kemampuan yang akan dinilai sesuai dengan aspek-aspek tingkah laku/kemampuan yang tersirat dalam rumusan tujuan pengajaran. Aspek-aspek tersebut dikelompokkan dalam tiga domain, yaitu: domain kognitif, domain afektif, dan domain

psikomotor. Selanjutnya, peta kemampuan/tingkah laku yang dibagi menjadi tiga domain (kawasan) disebut taksonomi (peta) B.S. Bloom.

Kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor perawat sebagai hasil belajar dipengaruhi oleh lima faktor, yaitu motivasi, sikap, minat, kebiasaan belajar, dan konsep diri. (Djaali, 2000:130). Untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik tersebut maka perlu dilakukan penelitian dengan judul "Faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi".

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi.

#### BAHAN DAN CARA

Desain penelitian adalah deskriptif korelatif dengan pendekatan potong lintang (cross sectional).

Populasi pada penelitian ini seluruh perawat pelaksana yang ada di Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Cimahi yang berjumlah 193 orang dengan komposisi latar belakang tingkat pendidikan keperawatan yang beragam, Namun, karena tidak semua perawat berada di ruangan yang memungkinkan dirinya untuk dapat menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, maka seleksi responden dilakukan dengan menggunakan kriteria inklusi bagi seluruh perawat yang bekerja di ruang rawat inap (akut, tenang, dan MPKP),

ruang rehab, dan ruang rawat jalan, yang berjumlah 144 orang.

Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji statistik univariat, bivariat, dan multivariat. Univariat dilakukan untuk menganalisis distribusi dan melihat variasi dari variabel bebas, yang terdiri dari karakteristik, kesadaran diri, dan motivasi dengan variabel terikatnya yaitu kemampuan (kognitif, afektif, dan psikomotor) perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik. Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel karakteristik perawat pelaksana, kesadaran diri, dan motivasinya dengan kemampuan perawat pelaksana dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik dengan menggunakan uji t-Test untuk data numerik dan uji Kai Kuadrat (Chi Square) untuk data kategorik. Analisis multivariat menggunakan uji regresi logistik berganda untuk mengetahui variabel yang paling berhubungan diantara variabel karakteristik, kesadaran diri, dan motivasi perawat pelaksana dengan kemampuannya dalam menerapkan teknik-teknik komunikasi terapeutik, dengan cara menghubungkan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu yang bersamaan

#### HASIL PENELITIAN

##### 1. Karakteristik Perawat Pelaksana Di RSJ Bandung Dan Cimahi

Variabel karakteristik terdiri dari jenis kelamin, usia, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan pengalaman kerja. Analisis karakteristik responden dilakukan dengan menggunakan uji distribusi frekuensi yang tersaji dalam tabel 5.1. berikut.

**Tabel 5.1.**  
**Karakteristik Perawat Pelaksana Di RSJ**  
**Bandung Dan Cimahi**

Karakteristik		Frekuensi	Persen
Jenis Kelamin	Laki-laki	43	32,8
	Perempuan	88	67,2
Status Perkawinan	Tidak kawin	19	14,5
	Kawin	112	85,5
Tingkat Pendidikan	Rendah	35	26,7
	Tinggi	96	73,3

Jumlah responden laki-laki sebanyak 32,8 persen sedangkan responden perempuan lebih banyak yaitu berjumlah 67,2 persen. Responden yang telah menikah sebanyak 85,5 persen dan yang belum menikah hanya 14,5 persen. Tingkat pendidikan responden yang berpendidikan tinggi (D.III. sampai S.1 Keperawatan) sebanyak 73,3 persen dan yang berpendidikan rendah (SPK dan SPRB) hanya 26,7 persen. Rata-rata usia dan pengalaman kerja responden tergambar dalam tabel berikut.

**Tabel 5.2.**  
**Karakteristik Perawat Pelaksana Di RSJ**  
**Bandung Dan Cimahi**

Karakteristik	N	Rata-rata	SD	Nilai Min.	Nilai Maks
Umur	131	32,54	8,03	22	53
Lama Kerja	131	9,92	7,94	1	32

Rata-rata usia responden adalah 32,54 tahun. Responden tertua berusia 53 tahun sedangkan responden termuda berusia 22 tahun. Rata-rata pengalaman kerja responden 9,92 tahun. Responden yang mempunyai masa kerja paling lama 32 tahun, sedangkan masa kerja yang paling baru adalah 1 tahun.

PEMBAHASAN

KESIMPULAN

KEPUSTAKAAN

Abdulhak, H. I. dan Sanjaya, W. (2005). *Media Pendidikan: Suatu Pengantar*. Bandung: Pusat Pelayanan Dan pengembangan Media Pendidikan UPI Bandung.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., dan Hilgard, E. R. (1999). *Pengantar Psikologi*. Ed. Ke-8. Jakarta: Erlangga.

Azwar, S. (2003). *Sikap Manusia: Teori Dan Pengukurannya*. Ed. Ke-2. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Bandono (2007). *Komunikasi Terapeutik*: <http://bandono.web.id/files/makalah-komunikasi.pdf>; diperoleh Minggu 01 Juli 2007.

Bastable, S. B. (2002). *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran Dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC.

Boyd, M. A. & Nihart, M. A. (1998). *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. Newyork, Philadelphia: Lippincott.

Bungin, H.M. B. (2005). *Metodologi Penelitian Kuantitatif: Komunikasi, Ekonomi, Dan Kebijakan Publik, Serta Ilmu-Ilmu Sosial Lainnya*. Jakarta: Prenada Media.

Cartono, M. dan Utari, T. S. G. (2006). *Penilaian Hasil Belajar Berbasis Standar*. Bandung: Prisma Press.

Cleary, M. (2003). *The Challenges Of Mental Health Care Reform For Contemporary Mental Health Nursing Practice: Relationships, Power, And Control*. International Journal Of Mental Health Nursing. Vol. 12, 2, pp. 139-147.

Creswell, J. W. (2002). *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches*. Jakarta: KIK Press.

- Daftar Pustaka: Kunci Singkatan (2007). *Daftar Definisi istilah*: <http://www.hkbu.edu.hk/ppp/pf/Pkglos.htm>; diperoleh tanggal 7 Februari 2007.
- Dahlan, M. S. (2006). *Besar Sampel Dalam Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*. Jakarta: Arkans.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa Masyarakat.
- .....(2003). *Buku Pedoman Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- .....(2003). *Indikator Indonesia Sehat 2010 Dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat Dan Kabupaten/Kota Sehat*. Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- .....(1997). *Strategi Penyuluhan Kesehatan*. Jakarta: Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan. (1998). *Bahan Penataran Pengujian Pendidikan Tahun 1999/2000*. Jakarta: Pusat penelitian Dan Pengembangan Sistem Pengujian Badan Penelitian Dan Pengembangan Pendidikan Dan Kebudayaan.
- Djaali. (2000). *Psikologi Pendidikan*. Jakarta: Program Pascasarjana Universitas Negeri Jakarta.
- Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. (2004). *Panduan Penulisan Tesis*. Jakarta: Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Hastono, S. Priyo. (2001). *Modul Analisis Data*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat universitas Indonesia.
- Isaacs, A. (2005). *Panduan Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Psikiatrik*. Ed. Ke-3. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A. dan Akemat. (Eds.) (2006). *Modul: Model Praktek Keperawatan Profesional jiwa (MPKP Jiwa)*. Jakarta: World Health Orhanization (WHO) Perwakilan Indonesia dan Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.
- Keliat, B. A., Akemat., dan Subu, A. (Eds.). (2006). *Modul IC CMHN: Majemen Kasus Gangguan Jiwa Dalam Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas*. Jakarta: Fakultas ilmu keperawatan Universitas Indonesia dan World Health organization Indonesia.
- Keliat, B. A., Daulima, N. H. C., Nurhaeni, N. dan Akemat. (Eds.). (2005) *Modul: Basic Course Community mental health Nursing (CMHN)*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Keliat, B. A., Herawati, N., Panjaitan, R. U. dan Daulima N. H. C. (1999). *Proses keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B. A. (1996). *Hubungan Terapeutik Perawat-Klien*. Jakarta:EGC.
- Machfoedz, I. (2007). *Teknik Membuat Alat Ukur Penelitian Bidang Kesehatan, Keperawatan, Dan Kebidanan: Cara Membuat Kuesioner, Angket, Panduan Wawancara, Dll.* Yogyakarta: Fitramaya.
- Notoatmodjo, S. (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurjannah, I. (2005). *Aplikasi Proses Keperawatan*. Yogyakarta: MocoMedika.



- ..... (2005). *Komunikasi Keperawatan*. Yogyakarta: MocoMedika.
- ..... (2005). *Pedoman Penanganan Pada Gangguan Jiwa*. Yogyakarta: MocoMedia.
- Pandawa, R. (2005). *Determinan Kinerja Perawat pelaksana Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Chasan Boesoirie Ternate*. Tesis. Tidak Dipublikasikan. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Purba, J. M. (2007). *Komunikasi Dalam keperawatan*: <http://library.usu.ac.id/download/fk/keperawatan-jenny.pdf>, diperoleh Minggu, 01 Juli 2007.
- Sagala, S. (2006). *Konsep Dan Makna Pembelajaran: Untuk Membantu Memecahkan Problematika Belajar Dan Mengajar*. Bandung: Alfabeta.
- Sanjaya, W. (2006). *Pembelajaran Dalam Implementasi Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- <http://pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=647&tbl=cakrawala> Kamis, 05 Apr 2001 08:20:20 dan <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.cgi?newsid1002779805,55571>, yang diperoleh pada hari Kamis, 10 Juli 2008).