



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN KECERDASAN EMOSIONAL PERAWAT DENGAN
PERILAKU *CARING* PERAWAT PELAKSANA MENURUT
PERSEPSI PASIEN DI RUANG RAWAT INAP
RSU Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister

ANISAH ARDIANA

0806445956

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
DEPOK
JULI 2010**

i

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Anisah Ardiana
NPM : 0806445956
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Kecerdasan Emosional Perawat dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

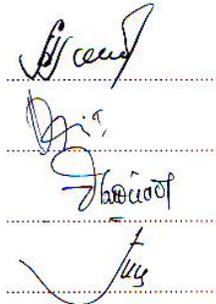
DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D

Pembimbing II : Dewi Gayatri, S.Kp., M.Kes.

Penguji : Debie Dahlia, S.Kp., MHSM., ETN

Penguji : Yunita Asima, S.Kp., M.Kep.



Handwritten signatures of the examiners and supervisors, corresponding to the names listed on the left. The signatures are written in black ink on a white background with horizontal dotted lines.

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 14 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Segala puji bagi Allah SWT, Tuhan seru sekalian alam yang telah melimpahkan hidayahNya sehingga tesis dengan judul "Hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum (RSU) Dr. H. Koesnadi, Bondowoso" bisa tersusun sesuai ketentuan.

Ungkapan terima kasih patut saya sampaikan kepada semua pihak yang telah berkontribusi pada keseluruhan penyelesaian proposal ini :

1. Ibu Dewi Irawaty, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI)
2. Ibu Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc. selaku Ketua Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ibu Dra. Junaiti Sahar, SKp., M.App.Sc., Ph.D selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pemikiran untuk memberikan bimbingan, saran, masukan yang sangat berguna untuk tesis ini, dan selaku Pembimbing Akademik (PA) yang senantiasa memberikan motivasi dan dukungan yang sangat berharga selama penulis melaksanakan studi.
4. Ibu Dewi Gayatri, SKp. Mkes. Selaku pembimbing II yang telah banyak meluangkan waktu, tenaga dan pemikiran untuk memberikan pengarahan terhadap ketepatan pemilihan uji statistik untuk tesis ini
5. Direktur RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso yang telah mengizinkan peneliti untuk menggunakan rumah sakit tersebut sebagai tempat penelitian
6. Direktur RSUD Abdoer Rahem Situbondo yang telah mengizinkan peneliti untuk menggunakan rumah sakit tersebut sebagai tempat uji coba instrumen
7. Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan, Kepala Diklat dan para Kepala Ruang Rawat Inap RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso yang telah banyak memberikan bantuan selama proses penelitian
8. Para perawat pelaksana dan pasien di Ruang Rawat Inap RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

9. Rektor Universitas Jember, Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember beserta seluruh jajaran pimpinan, staf dosen, dan staf administrasi yang senantiasa memberikan bantuan dan motivasi selama penulis menjalankan studi
10. Seluruh keluarga besar, terutama suami tercinta, Saiful Hadi, orang tua tercinta (Bapak Riyanto & Ibu Nurhayati), mertua tercinta (Ibu Sopiya Manshur), kakak, adik, keponakan, yang selalu memberikan motivasi dan doa yang luar biasa berharga selama penulis menjalankan studi
11. Rekan-rekan mahasiswa magister keperawatan UI angkatan 2008, terutama Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan yang selalu saling memberikan motivasi, doa dan dukungannya yang sangat berharga.

Akhir kata, saya berharap semoga ALLAH SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi profesi keperawatan untuk mengembangkan pelayanan keperawatan. Terima kasih.

Depok, Juni 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

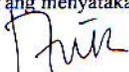
Nama : Anisah Ardiana
NPM : 0806445956
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul 'Hubungan Kecerdasan Emosional Perawat dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso' (jika diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 14 Juli 2010
Yang menyatakan,


Anisah Ardiana

vii

DAFTAR ISI

v

HALAMAN JUDUL	I
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR DIAGRAM	xiii
DAFTAR SKEMA	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	9
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Perilaku <i>Caring</i>	11
2.1.1 <i>Caring</i> Menurut Pandangan Beberapa Pakar Keperawatan.....	11
2.1.2 Komponen <i>Caring</i>	13
2.1.2.1 Komponen <i>Caring</i> Menurut Watson.....	13
2.1.2.2 Komponen <i>Caring</i> Menurut Swanson.....	20
2.1.3 Manfaat <i>Caring</i>	21
2.1.4 Cara Mengukur perilaku <i>Caring</i>	22
2.1.5 Pasien Sebagai Faktor Individu Yang Mempersepsikan Perilaku <i>Caring</i> Perawat.....	26
2.2 Kecerdasan Emosional.....	29
2.2.1 Perkembangan Kecerdasan Emosional.....	30
2.2.2 Pengertian Kecerdasan Emosional.....	31
2.2.3 Dampak Penggunaan Kecerdasan Emosional Dalam Kehidupan Sehari-hari.....	32
2.2.4 Dimensi Kecerdasan Emosional.....	33
2.2.4.1 Dimensi Kecerdasan Emosional Menurut Salovey dan Mayer.....	33
2.2.4.2 Dimensi Kecerdasan Emosional Menurut Goleman.....	34
2.2.4.3 Dimensi Kecerdasan Emosional Menurut Bar-on.....	39
2.2.5 Pengukuran Kecerdasan Emosional.....	40
2.2.6 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kecerdasan Emosional.....	42
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	47
3.1 Kerangka konsep penelitian.....	47
3.1.1 Variabel Bebas (independen).....	47
3.1.2 Variabel Terikat (dependen).....	47
3.1.3 Variabel Pengganggu (confounding).....	48

3.2 Hipotesis.....	50
3.2.1 Hipotesis Mayor	50
3.2.2 Hipotesis Minor	50
3.3 Definisi operasional.....	50
4. METODE PENELITIAN.....	55
4.1 Desain Penelitian.....	55
4.2 Populasi dan Sampel.....	55
4.3 Tempat Penelitian.....	58
4.4 Waktu Penelitian.....	58
4.5 Etika Penelitian.....	58
4.6 Alat Pengumpulan Data.....	61
4.7 Prosedur Pengumpulan Data.....	70
4.8 Analisis Data.....	72
5. HASIL PENELITIAN	77
5.1 Analisis univariat	77
5.1.1 Karakteristik responden	77
5.1.2 Kecerdasan emosional	80
5.1.3 Perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien	81
5.2 Analisis bivariat	
5.2.1 Hubungan kecerdasan emosional dengan perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien	82
5.2.2 Hubungan dimensi mengetahui emosi diri dengan perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien	83
5.2.3 Hubungan dimensi mengatur emosi diri dengan perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien	84
5.2.4 Hubungan dimensi memotivasi diri dengan perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien	85
5.2.5 Hubungan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien	86
5.2.6 Hubungan dimensi membina hubungan dengan orang lain dengan perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien	87
5.3 Analisis multivariat	89
6. PEMBAHASAN	93
6.1 Interpretasi dan diskusi hasil	93
6.2 Keterbatasan penelitian	109
6.3 Implikasi.....	110
7. SIMPULAN DAN SARAN	118
7.1 Simpulan	118
7.2 Saran	120

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

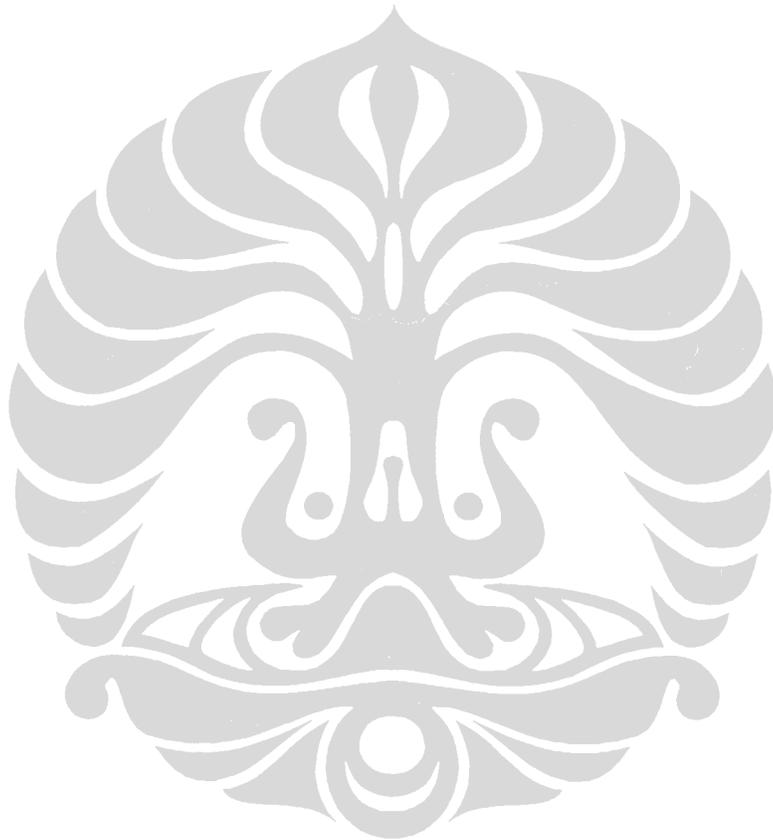
Tabel 3.1 Definisi operasional	51
--------------------------------------	----

Tabel 4.1	Uji validitas dan reliabilitas kuesioner B.....	69
Tabel 4.2	Uji validitas dan reliabilitas kuesioner D.....	70
Tabel 4.2	Uji statistik yang digunakan pada analisis bivariat.....	75
Tabel 5.1	Distribusi responden menurut umur dan lama kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	77
Tabel 5.2	Distribusi responden menurut jenis kelamin, status pernikahan, dan tingkat pendidikan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	78
Tabel 5.3	Distribusi responden menurut umur dan lama rawat pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	79
Tabel 5.4	Distribusi responden menurut jenis kelamin, tingkat pendidikan dan frekuensi pasien dirawat di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	79
Tabel 5.5	Hubungan kecerdasan emosional dengan penerapan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	83
Tabel 5.6	Hubungan dimensi mengetahui emosi diri dengan penerapan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	84
Tabel 5.7	Hubungan dimensi mengatur emosi diri dengan penerapan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	85
Tabel 5.8	Hubungan dimensi memotivasi diri dengan penerapan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	86
Tabel 5.9	Hubungan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan penerapan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	87
Tabel 5.10	Hubungan dimensi membina hubungan dengan orang lain dengan penerapan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	88
Tabel 5.11	Nilai p dari analisis bivariat untuk kandidat model pada variabel independen dan variabel potensial pengganggu dengan perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	90
Tabel 5.12	Analisis regresi logistik pada variabel kecerdasan emosional, dimensi mengatur emosi diri, memahami dan mendukung emosi orang lain, membina hubungan dengan orang lain, status pernikahan perawat, tingkat pendidikan perawat dan frekuensi pasien dirawat dengan perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	91
Tabel 5.13	Analisis regresi logistik ganda pada subvariabel memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku <i>caring</i> menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	91

DAFTAR DIAGRAM

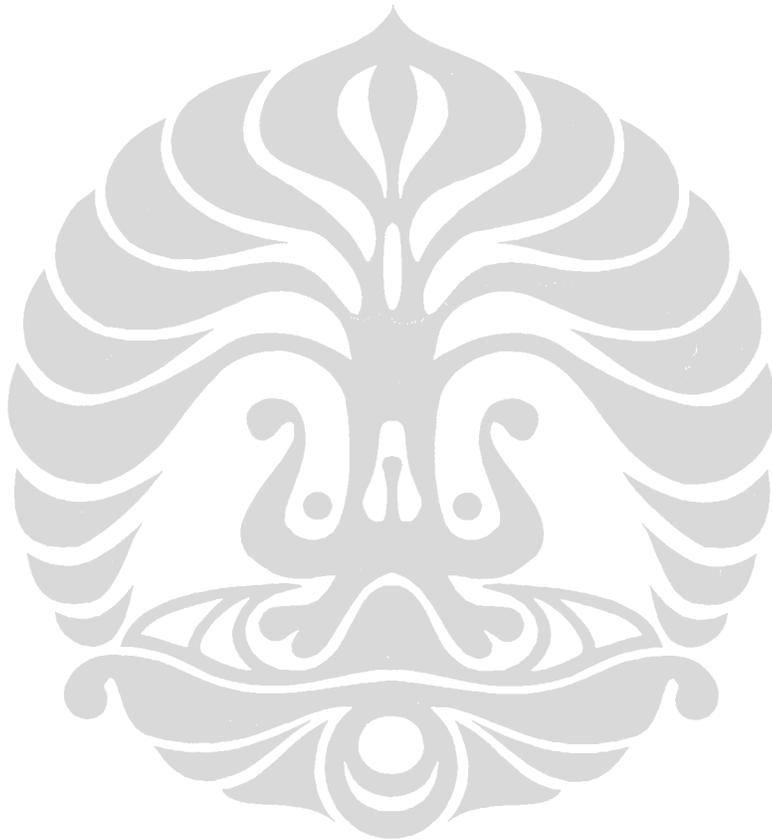
Diagram 5.1 Distribusi kecerdasan emosional perawat pelaksana di ruang

	rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	79
Diagram 5.2	Distribusi dimensi-dimensi kecerdasan emosional perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	81
Diagram 5.3	Distribusi perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.....	82



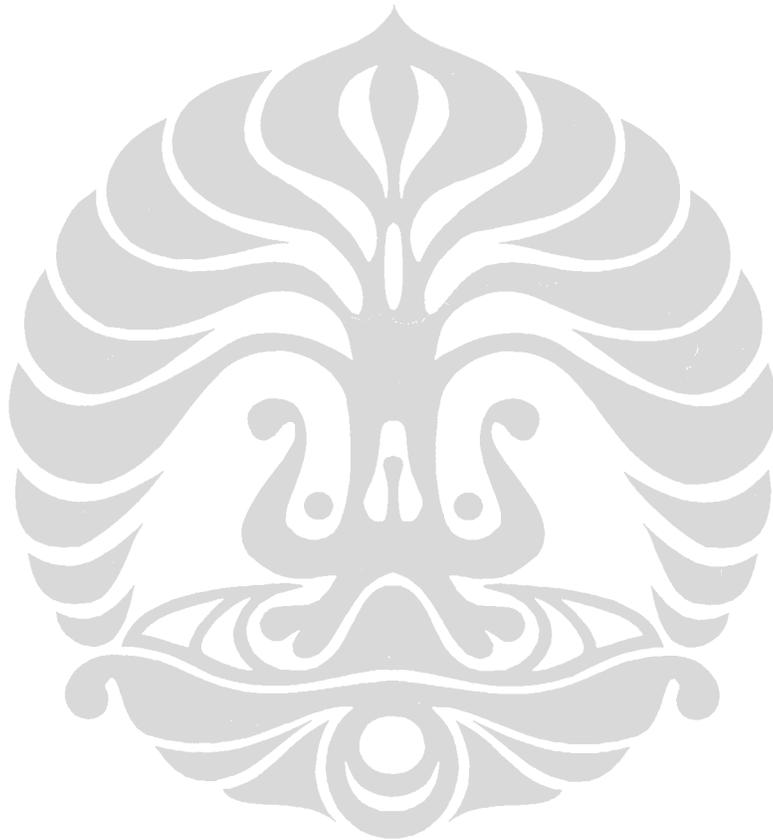
DAFTAR SKEMA

Skema 2.1. Peran kecerdasan emosional dalam kehidupan sehari-hari.....	32
Skema 2.2 Diagram skematis hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana menurut persepsi pasien	45
Skema 3.1 Kerangka konsep penelitian	49



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Rencana jadwal kegiatan penelitian
- Lampiran 2 Kuesioner untuk perawat pelaksana
- Lampiran 3 Kuesioner untuk pasien
- Lampiran 4 Hasil revisi kuesioner
- Lampiran 5 Keterangan lolos uji etik
- Lampiran 6 Permohonan ijin penelitian
- Lampiran 7 Daftar riwayat hidup



**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juni 2010

Anisah Ardiana

Hubungan Kecerdasan Emosional Perawat dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso

xv +122 hal + 17 tabel + 3 diagram + 3 skema + 7 lampiran

Abstrak

Perilaku *caring* perawat yang didasari kecerdasan emosional tinggi dapat mendorong pencapaian pelayanan keperawatan yang berkualitas. Penelitian ini untuk mengetahui hubungan kecerdasan emosional dengan perilaku *caring* perawat. Jenis penelitian deskriptif korelasi dengan sampel 92 perawat pelaksana dan 92 pasien. Analisis menggunakan uji *Chi-Square* dan regresi logistik berganda. Sebanyak 54 % perawat berperilaku *caring* menurut persepsi pasien. Hasil penelitian terdapat hubungan yang signifikan antara dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat ($p = 0,049$). Perawat yang memiliki dimensi ini berpeluang 2,567 kali lebih *caring*. Rumah sakit perlu mengembangkan program pelatihan komunikasi efektif dan komunikasi terapeutik, sebagai salah satu bentuk perilaku *caring*.

Kata kunci: *caring*, kecerdasan emosional, perawat, persepsi pasien
Daftar pustaka: 73 (1996-2010)

**POST GRADUATE PROGRAM
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS INDONESIA**

Thesis, June 2010

Anisah Ardiana

The relationship between Nurses' Emotional Intelligence with Their Caring Behavior According to Patients' Perceptions at Ward of Dr. H. Koesnadi Bondowoso Public Hospital.

xv + 122 pages + 17 tables + 3 diagrams + 3 schemes + 7 appendixes

Abstract

Nurses caring behavior based on high emotional intelligence can encourage the achievement of quality nursing service. This research was to recognize the relationship between nurses' emotional intelligence with their caring behavior according to patients' perceptions. This is a descriptive correlation, with 92 nurses and 92 patients as samples. Analysis was using Chi Square and multiple logistic regressions. An approximately 54 % of nurses are caring. The result showed that the dimension of understanding and support of other people's emotions is significantly associated with nurses caring behavior ($p= 0,049$). Nurses who are having high level in this dimension are having opportunity as much as 2,567 times more caring. The manager of hospital can develop a sustainable training program on effective and therapeutic communication as one of nurses caring behavior.

Keywords: caring, emotional intelligence, nurse, patients' perception

References: 73 (1996-2010)

BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini akan menguraikan tentang latar belakang munculnya topik penelitian, masalah penelitian, tujuan penelitian dan manfaat penelitian ini. Penulis akan menguraikan satu-persatu bagian tersebut dengan menggunakan berbagai sumber referensi, baik yang berupa konsep, teori, media massa maupun hasil penelitian.

1.1 Latar Belakang

Era globalisasi mendorong persaingan pertumbuhan industri pada semua bidang di seluruh dunia, termasuk industri pemberi layanan jasa di bidang kesehatan, seperti rumah sakit. Ancaman kehilangan konsumen dapat dialami rumah sakit jika rumah sakit tidak mampu bersaing, baik secara kualitas maupun biaya. Namun demikian, rumah sakit juga berpeluang memperoleh lebih banyak konsumen jika rumah sakit memiliki kapabilitas menarik animo pasien dengan kualitas pelayanan kesehatan yang tinggi atau melebihi harapan pasien.

Persaingan dalam hal pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu akan menjadi sorotan masyarakat sebagai pengguna jasa layanan kesehatan. Hal ini dikarenakan para konsumen pelayanan kesehatan sangat memperhatikan pelayanan kesehatan yang mengutamakan mutu pelayanan yang diberikan oleh suatu rumah sakit (Potter & Perry, 2005). Sesuai dengan pasal 32(d) UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pasien mempunyai hak untuk memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar operasional prosedur. Sehingga, rumah sakit dituntut senantiasa meningkatkan mutu pelayanan yang dapat menjadi ciri khas rumah sakit dan pendongkrak daya saingnya.

Kualitas pelayanan kesehatan yang bermutu tentunya hanya dapat dihasilkan oleh sumber daya yang berkualitas, sarana dan prasarana yang mendukung, serta sistem manajerial dan kepemimpinan yang efektif. Wuryanano (2008) mengatakan bahwa manusia adalah kunci keberhasilan suatu organisasi. Begitu pula rumah sakit, sumber daya manusianya, baik tenaga kesehatan maupun non

kesehatan adalah penggerak utama institusi pemberi jasa pelayanan kesehatan ini. Sumber daya manusia yang paling berperan di rumah sakit adalah perawat. Tenaga kerja keperawatan adalah komponen utama dalam sistem pelayanan kesehatan karena perawat merupakan kelompok pekerja terbesar yang memberikan pelayanan kesehatan dalam sistem tersebut dan sifat pelayanan yang diberikan 24 jam dalam 1 hari dan 7 hari dalam 1 minggu (Huber, 2006). Berdasarkan hal tersebut pelayanan keperawatan mempunyai kontribusi yang cukup besar dalam menentukan mutu pelayanan rumah sakit.

Ketenagaan keperawatan yang mendominasi jumlah tenaga kesehatan di suatu rumah sakit, tentunya diharapkan mampu memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas. Karena, salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan. Potter dan Perry (2005) menegaskan bahwa keberhasilan pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh partisipasi perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas pada pasien. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Al-Mailam (2005) yang menemukan adanya hubungan yang signifikan antara persepsi pasien tentang pelayanan keperawatan dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan rumah sakit. Hubungan yang signifikan juga ditemukan antara kepuasan pasien dengan keinginan mereka untuk berkunjung kembali ke rumah sakit. Dengan demikian, kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan oleh perawat menjadi tolok ukur mutu pelayanan kesehatan suatu rumah sakit.

Pelayanan keperawatan yang berkualitas dapat diwujudkan melalui pemberian asuhan keperawatan yang didasari oleh perilaku *caring* Perawat. Sebab, perilaku *caring* yang ditampilkan oleh seorang perawat dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Salah satu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan adalah kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan DepKes RI, 2008). Tingginya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan tercapai, apabila kebutuhan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diharapkan dapat terpenuhi. Hasil penelitian William (1997) menemukan adanya hubungan yang signifikan antara persepsi pasien mengenai perilaku *caring*

perawat dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Penelitian yang dilakukan Wolf, Colahan dan Costello (1998) juga menemukan adanya hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* perawat dengan kepuasan pasien. Pendapat tersebut juga didukung oleh hasil penelitian Agustin (2002) bahwa *caring* perawat cenderung akan meningkatkan kepuasan pasien. Dengan demikian, perilaku *caring* perawat dapat meningkatkan kepuasan pasien sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, karena kepuasan pasien merupakan salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan.

Caring merupakan esensi dari keperawatan. *Caring* dipandang sebagai ideal moral keperawatan. Watson (2005) mempercayai bahwa fokus utama dalam praktik keperawatan adalah 10 (sepuluh) *carative factor* yang berasal dari perspektif humanistik yang dikombinasikan dengan dasar ilmu pengetahuan ilmiah. Sepuluh faktor karatif tersebut meliputi nilai-nilai kemanusiaan; kepercayaan-harapan; kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain; hubungan saling percaya dan saling membantu; ungkapan perasaan positif dan negatif; metode penyelesaian masalah sistematis; pengajaran dan pembelajaran melalui hubungan interpersonal; dukungan, perlindungan mental, fisik, sosial budaya dan lingkungan spiritual; kebutuhan manusia; dan kekuatan eksistensial-phenomenologikal (Watson, 2005).

Penerapan *caring* yang diintegrasikan dengan pengetahuan biofisikal dan pengetahuan tentang perilaku manusia akan dapat meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian pelayanan kepada pasien (Watson, 1979, dalam Tomey & Alligod, 2006). Perilaku *caring* perawat tidak hanya mampu meningkatkan kepuasan pasien, namun juga dapat menghasilkan keuntungan untuk rumah sakit. Godkin dan Godkin (2004) menyampaikan bahwa perilaku *caring* dapat mendatangkan manfaat finansial bagi industri pelayanan kesehatan. Issel dan Khan (1998) menambahkan bahwa perilaku *caring* staf kesehatan mempunyai nilai ekonomi bagi rumah sakit karena perilaku ini berdampak bagi kepuasan pasien. Dengan demikian, perilaku *caring* perawat dapat memberikan

kemanfaatan bagi pelayanan kesehatan, karena dapat meningkatkan kepuasan pasien sehingga akan meningkatkan kunjungan pasien ke rumah sakit.

Penerapan perilaku *caring* sedang menjadi perhatian Rumah Sakit Umum (RSU) Dr.H. Koesnadi Bondowoso dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit tersebut. RSU Dr.H. Koesnadi Bondowoso merupakan rumah sakit rujukan di wilayah Kabupaten Bondowoso. Rumah sakit (RS) ini merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan dan telah terakreditasi 5 pelayanan pada tahun 2000-2003. Berdasarkan hasil studi pendahuluan pada bulan Januari 2010 diketahui bahwa hasil survey kepuasan pasien yang dikelola oleh Bagian Perencanaan RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso dilakukan terakhir kali pada tahun 2007. Berdasarkan hasil survey tersebut diperoleh data bahwa rata-rata pasien menyatakan puas terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. Namun demikian, masih ada keluhan dari pasien terhadap pelayanan dan sikap perawat antara lain judes, kurang ramah, jarang senyum, jarang menyampaikan informasi yang dibutuhkan pasien. Selama ini pihak manajemen Keperawatan telah melakukan upaya peningkatan pelayanan keperawatan termasuk perilaku *caring* perawat melalui kegiatan pertemuan rutin bulanan perawat. Namun demikian, Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan masih menemukan data sekitar 33 (tigapuluh tiga) komplain terhadap perawat selama tahun 2009, termasuk komplain dari pasien terhadap sikap perawat seperti kurang menghargai orang lain, sering mendahulukan kepentingan sendiri, kurang cekatan. (Hasil wawancara dengan Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan pada tanggal 11 Januari 2010).

Perilaku *caring* yang didasari dengan kecerdasan emosional yang baik akan mendukung terciptanya pelayanan keperawatan yang sesuai dengan harapan pasien. Kerfoot (1996, dalam Rego, Godinho & McQueen, 2008.) menyampaikan bahwa pasien yang menerima pelayanan tenaga kesehatan dengan keterampilan sempurna, namun tidak disertai dengan sikap emosi yang baik dalam pelayanannya, maka pelayanan tersebut dinilai pasien sebagai pelayanan yang tidak adekuat. Selain itu, Kernbach dan Schutte (2005) juga menyebutkan bahwa kecerdasan emosional yang baik, yang ditunjukkan oleh pemberi pelayanan

kehatan, mampu meningkatkan laporan tingkat kepuasan pasien dalam berhubungan dengan petugas kesehatan. Oleh karena itu, perawat perlu menginternalisasikan kecerdasan emosional yang baik dalam setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien. Hal ini sesuai pernyataan McQueen (2004) bahwa perawat perlu memiliki kemampuan kecerdasan emosional untuk memenuhi kebutuhan perawatan pasien dan untuk melakukan negosiasi kooperatif dengan tim kesehatan lain.

Kecerdasan emosional menjadi bagian penting dalam keberhasilan pembentukan hubungan manusia. McQueen (2004) berpendapat kecerdasan emosional sangat penting untuk membangun hubungan terapeutik perawat-pasien. Karena, dengan kecerdasan emosional, seorang tenaga kesehatan akan lebih empati, memiliki rasa kasih dan lebih bijaksana (Freedman & Blasé, 2005). Hal ini di sesuai dengan hasil penelitian Rego, Godinho & McQueen (2008.) yang menemukan hubungan signifikan antara kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat. Suwardi (2008) juga menemukan hubungan yang signifikan antara kecerdasan emosi dengan kemampuan komunikasi terapeutik perawat. Selain itu, penelitian Codier, Kamikawa, Kooker dan Shoultz (2009) menunjukkan bahwa kecerdasan emosional staf perawat klinis memiliki hubungan yang signifikan dengan performa kerja yang baik, karir dan retensi pekerjaan (*job retention*).

Kecerdasan emosional merupakan suatu kemampuan seseorang untuk mengenali dan mengelola emosi yang dimilikinya, mampu memahami emosi diri sendiri dan orang lain serta mampu menggunakan perasaan untuk mengarahkan pikiran dan tindakan orang lain (Salovey & Mayer, 1990, dalam Cherniss, 2000). Goleman (2005) mengidentifikasi lima domain kecerdasan emosional yang meliputi mengetahui emosi diri sendiri, mengatur emosi diri, memotivasi diri sendiri, mendukung dan memahami emosi orang lain, dan membina hubungan dengan orang lain.

Dimensi-dimensi kecerdasan emosional akan mempengaruhi pekerjaan seseorang. Hal ini sesuai dengan pendapat Robbins (2001) bahwa seseorang yang mampu

memahami emosi dirinya dan mampu menafsirkan emosi orang lain, maka kemungkinan pekerjaan orang tersebut lebih efektif. Robbins menyebut hal tersebut sebagai kecerdasan emosional. Rosenthal (1977 dalam Cherniss, 2000) juga menyatakan bahwa individu yang mampu mengidentifikasi emosi orang lain dapat lebih sukses dalam pekerjaannya dan kehidupan sosialnya. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Dewi (2008) bahwa kecerdasan emosional dan spiritual perawat berpengaruh signifikan terhadap kinerja, baik secara bersama-sama maupun terpisah. Selain itu, Gerits, Derksen, dan Verbruggen (2004) menemukan hubungan yang signifikan antara kecerdasan emosional perawat dengan keberhasilan perawat untuk beradaptasi dalam merawat pasien yang mengalami retardasi mental dan masalah perilaku lainnya. Dengan demikian, kecerdasan emosional perawat akan mempengaruhi perawat dalam melaksanakan pekerjaannya termasuk dalam berperilaku *caring* pada pemberian pelayanan keperawatan.

Berdasarkan studi pendahuluan pada bulan Januari 2010, diperoleh data bahwa perawat RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso belum mampu mengetahui emosi diri sendiri, mengatur emosi diri, memotivasi diri sendiri, mendukung dan memahami emosi orang lain, serta membina hubungan dengan orang lain. Hal ini diketahui dari data 33 (tigapuluh tiga) komplain terhadap perawat selama tahun 2009 antara lain tidak bisa menahan emosi, cuek pada keadaan, kurang dapat menerima masukan orang lain, bersikap keras kepada pasien, sulit berkoordinasi, sangat bergantung terhadap orang lain dan menghindari tanggungjawab. Selama ini rumah sakit belum melakukan upaya-upaya untuk meningkatkan kecerdasan emosional perawat. Padahal kecerdasan emosional perawat terbukti dapat mempengaruhi perawat dalam melaksanakan pekerjaannya termasuk dalam berperilaku *caring* pada pemberian pelayanan keperawatan. Di Indonesia, kecerdasan emosional perawat dihubungkan dengan perilaku *caring* perawat, sejauh yang peneliti ketahui, masih jarang diteliti. Sehubungan dengan hal tersebut, penulis tertarik untuk meneliti hubungan kecerdasan emosional perawat dan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.2 Rumusan Masalah

Hasil survey kepuasan pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi terakhir dilakukan pada tahun 2007. Hasilnya menunjukkan rata-rata pasien puas terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. Namun demikian, masih ada keluhan pasien terhadap pelayanan dan sikap perawat seperti judes, kurang ramah, jarang senyum, jarang menyampaikan informasi yang dibutuhkan pasien. Selain itu, beberapa sikap perawat masih belum mencerminkan dimensi kecerdasan emosional antara lain tidak bisa menahan emosi, cuek pada keadaan, kurang dapat menerima masukan orang lain, bersikap keras kepada pasien, sulit berkoordinasi, sangat bergantung terhadap orang lain dan menghindari tanggungjawab.

Watson (2005) memandang *Caring* sebagai esensi dari praktik keperawatan yang didasari oleh nilai-nilai kemanusiaan, perhatian dan kasih sayang terhadap diri sendiri dan orang lain. Mc Quenn (2004) menyampaikan perawat perlu mengadopsi nilai-nilai kecerdasan emosional untuk menciptakan lingkungan emosi yang mendukung hubungan pasien-perawat yang kooperatif, sebab dengan kecerdasan emosional, seorang tenaga kesehatan akan lebih empati, memiliki rasa kasih dan lebih bijaksana (Freedman & Blasé, 2005). Perilaku *caring* perawat yang didasari kecerdasan emosional yang tinggi dapat mendorong pencapaian pelayanan keperawatan yang berkualitas. Sehingga, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian: Apakah ada hubungan antara kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai melalui penelitian ini adalah:

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi hubungan antara kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso

1.3.2 Tujuan Khusus

Teridentifikasi:

- 1.3.2.1 Perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
- 1.3.2.2 Kecerdasan emosional perawat pelaksana ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, meliputi dimensi: mengetahui emosi diri sendiri; mengatur emosi diri sendiri; memotivasi diri sendiri; memahami dan mendukung emosi orang lain dan membina hubungan dengan orang lain.
- 1.3.2.3 Hubungan dimensi mengetahui emosi diri sendiri yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- 1.3.2.4 Hubungan dimensi mengatur emosi diri sendiri yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- 1.3.2.5 Hubungan dimensi memotivasi diri sendiri yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- 1.3.2.6 Hubungan dimensi mendukung dan memahami emosi orang lain yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- 1.3.2.7 Hubungan dimensi membina hubungan dengan orang lain yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- 1.3.2.8 Faktor potensial pengganggu meliputi perawat (usia, jenis kelamin, status perkawinan, lama kerja) dan pasien (usia, tingkat pendidikan, jenis kelamin, lama dirawat dan frekuensi dirawat) yang mempengaruhi hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

1.3.2.9 Dimensi kecerdasan emosional yang paling dominan berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso setelah dikontrol oleh faktor perancu.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Pelayanan di Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dalam melaksanakan kegiatan perencanaan, pengembangan dan pembinaan terhadap sumber daya keperawatan guna menghasilkan tenaga keperawatan yang mampu menerapkan perilaku *caring* dalam setiap pemberian pelayanan keperawatan. Perilaku *caring* perawat diharapkan mampu meningkatkan kepuasan pasien, sebagai salah satu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan. Rumah sakit dapat menekankan penggunaan dimensi-dimensi kecerdasan emosional perawat dalam memberikan pelayanan seperti mengetahui emosi diri sendiri, mengatur emosi diri, memotivasi diri, memahami emosi orang lain dan *social skills*, sehingga diharapkan dapat menghasilkan pelayanan yang lebih adekuat.

1.4.2 Perkembangan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi perawat RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso untuk menggali dimensi-dimensi kecerdasan emosional diri perawat sehingga diharapkan dapat mendasari perawat dalam melakukan hubungan interpersonal maupun intrapersonal. Selain itu, perawat diharapkan mampu melatih diri dalam menerapkan perilaku *caring* pada pemberian pelayanan keperawatan. Teridentifikasinya hubungan kecerdasan emosional dengan perilaku *caring* perawat pelaksana diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan manajemen keperawatan terutama mengenai perilaku *caring* perawat yang dapat meningkatkan kepuasan pasien sebagai salah satu indikator klinik mutu pelayanan keperawatan

serta untuk pengembangan konsep *caring* yang didasari oleh kecerdasan emosional perawat.

1.4.3 Perkembangan Riset Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan riset keperawatan yang berkaitan dengan perilaku *caring* perawat dalam pemberian asuhan keperawatan serta pengembangan alat ukur baru yang menilai perilaku *caring* perawat dihubungkan dengan kecerdasan emosional. Dengan demikian riset mengenai perilaku *caring* perawat dapat berkembang secara berkelanjutan.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini akan menguraikan beberapa konsep dan teori serta penelitian terkait yang melandasi penelitian ini. Konsep tersebut meliputi konsep *caring*, kecerdasan emosional, faktor yang mempengaruhi penilaian perilaku *caring* perawat oleh pasien, serta faktor yang mempengaruhi kecerdasan emosional perawat.

2.1 Perilaku *Caring*

Perilaku *caring* perawat pada pemberian pelayanan keperawatan telah diperkenalkan sejak masa Nightingale, namun mulai dibahas sebagai filosofi dari ilmu keperawatan oleh Watson.

2.1.1 *Caring* menurut pandangan beberapa pakar keperawatan

Caring dibahas oleh beberapa pakar keperawatan melalui pendekatan yang berbeda-beda. Watson (1979, dalam Tomey & Alligod, 2006) menyatakan *caring* sebagai “*core*” atau inti dari praktik keperawatan yang hanya bisa efektif jika dipraktikkan dalam hubungan interpersonal. Watson (1979, dalam Watson 2005) menjelaskan *caring* dalam 10 faktor karatif. Kemudian pada tahun 2001 Watson menjelaskan *caring* dalam proses *caritas* klinik yang lebih eksplisit menjelaskan hubungan *caring* dengan cinta. Watson mengartikan *caritas* dengan menghargai dan memberikan perhatian yang penuh cinta. *Caritas* hampir sama dengan bentuk original *caratif*, namun lebih dapat menjelaskan lebih dalam tentang hubungan *caring* dan cinta transpersonal (Watson, 2005).

Eriksson juga menjelaskan *caring* didasari oleh *caritas* yaitu penggabungan dari cinta dan kemurahan hati. Eriksson menggambarkan *caring* sebagai suatu hubungan yang penuh intensitas, vitalitas, hangat, dekat, santai, peduli, jujur dan toleran. Eriksson mengatakan *caring* merupakan usaha untuk mengurangi penderitaan dengan penuh kemurahan hati, cinta, kepercayaan, dan harapan yang diekspresikan melalui perawatan, permainan dan pembelajaran (Eriksson, 1995, 2002, dalam Tomey & Alligod, 2006).

Martinsen (1989, dalam Tomey & Alligod, 2006) berpendapat bahwa bentuk “*care*” bukan hanya merupakan nilai dasar keperawatan, tapi juga merupakan prasyarat dasar untuk kehidupan. *Care* mencakup tiga hal yaitu hubungan, praktik dan moral yang simultan. *Caring* diungkapkan langsung pada hal-hal yang berhubungan dengan orang lain. Swanson mendefinisikan *caring* sebagai cara perawat memelihara hubungan yang bernilai dengan pasien agar mereka merasakan komitmen dan tanggungjawab terhadap dirinya sendiri. Hal ini dilakukan melalui lima komponen proses *caring* yaitu mengetahui (*knowing*), kehadiran (*being with*), melakukan (*doing for*), memampukan (*enabling*) dan mempertahankan kepercayaan (*maintaining belief*) (Swanson, 1991 dalam Watson, 2005).

Watson (1979, dalam George, 1990) menyebutkan *caring* sebagai suatu karakteristik interpersonal yang tidak diturunkan secara genetika, namun dapat dipelajari melalui pendidikan sebagai budaya profesi. Hal ini dipertegas oleh pernyataan Martinsen (1990, dalam Tomey & Alligod, 2006) yang menyampaikan bahwa pada konteks profesional, *caring* membutuhkan pendidikan dan pelatihan. Watson (1985 dalam Tomey & Alligod, 2006) juga menyatakan bahwa pendidikan keperawatan dan sistem pemberi pelayanan kesehatan harus berdasarkan nilai-nilai kemanusiaan dan berfokus pada kesejahteraan orang lain. Woodward (2008) menambahkan bahwa untuk mengabadikan *caring* dalam praktik, maka diperlukan peningkatan fokus pendidikan sehingga muncul komitmen untuk mempertahankan *caring* sebagai nilai sentral. Dengan demikian jelas bahwa *caring* pada dasarnya bisa dipelajari dan diinternalisasikan melalui suatu pembelajaran.

Martinsen menekankan bahwa kita perlu memikirkan diri kita jika berada pada situasi yang dialami pasien dan (empati) sehingga kita dapat memberikan tindakan yang terbaik bagi pasien (Martinsen, 1990, dalam Tomey & Alligod, 2006). Hal ini didukung oleh pernyataan Morse, Bottorff, Neander dan Solberg’s (1991 dalam Watson 2009) bahwa *caring* digambarkan dalam 5 (lima) hal yaitu *caring* sebagai *human trait* (kondisi natural manusia); *caring*

sebagai *moral imperative* (nilai individu); *caring* sebagai sikap pada diri sendiri, pasien dan pekerjaan; *caring* sebagai interaksi interpersonal, dan *caring* sebagai intervensi terapeutik.

Berdasarkan pandangan beberapa pakar di atas dapat disimpulkan bahwa *caring* merupakan bukti nyata tindakan keperawatan yang didasari oleh keinginan untuk mengerti, menolong dan mengurangi penderitaan pasien dengan melakukan tindakan yang terbaik bagi kesehatan pasien, berdasarkan nilai-nilai kebaikan untuk meningkatkan kepuasan pasien serta memandirikan pasien. Perilaku *caring* dapat diinternalisasikan melalui suatu proses pembelajaran dengan mengaplikasikan komponen-komponen dari *caring* dalam setiap pemberian pelayanan keperawatan.

2.1.2 Komponen *caring*

Caring sebagai inti dari praktik keperawatan terdiri dari beberapa komponen yang dapat menjadi panduan perawat dalam menerapkan perilaku *caring* pada pemberian pelayanan keperawatan. Komponen *caring* dijelaskan oleh beberapa pakar keperawatan seperti Watson dan Swanson.

2.1.2.1 Komponen *caring* menurut Watson

Komponen *caring* menurut Watson (1979, dalam Tomey & Alligod, 2006; Watson, 2005) diuraikan dalam 10 (sepuluh) faktor karatif yang berasal dari perspektif humanistik yang dikombinasikan dengan dasar ilmu pengetahuan ilmiah. Sepuluh faktor karatif ini dapat memberikan kepuasan pada pemenuhan kebutuhan-kebutuhan tertentu pada manusia. Oleh karena itu, Watson menekankan agar sepuluh faktor karatif harus tercermin dalam pemberian asuhan keperawatan. Sepuluh faktor karatif dijelaskan sebagai berikut (Watson 1979 dalam Tomey & Alligod, 2006; Watson, 2005; Mc Ewen & Wills, 2007):

- a. Pembentukan sistem nilai *humanistic* dan *altruistic*. Watson menyampaikan bahwa nilai-nilai humanistik dan altruistik dipelajari sejak awal kehidupan, akan tetapi sangat dipengaruhi oleh pendidikan perawat. Woodward (2008) mengidentifikasi berkurangnya nilai altruistik di masyarakat kemungkinan

menjadi salah satu penyebab menurunnya perilaku *caring*. Faktor karatif ini didefinisikan sebagai kepuasan dalam memberikan dan mengembangkan perasaan diri. Perawat menumbuhkan rasa puas karena mampu memberikan sesuatu kepada pasien (Nurachmah, 2001).

Perilaku *caring* perawat pelaksana yang mencerminkan pembentukan sistem nilai humanistik yaitu dengan menghargai atau menghormati pasien sebagai individu (manusia). Perilaku *caring* perawat pelaksana yang mencerminkan pembentukan sistem nilai altruistik yaitu dengan mendahulukan kepentingan pasien daripada kepentingan pribadi. (Watson, 1979 dalam Tomey & Alligod, 2006).

Penelitian Bolton, Aydin, Donaldson, Brown, Nelson dan Harms (2003) menemukan adanya hubungan yang signifikan antara jam perawatan pasien setiap hari dengan persepsi pasien tentang pelayanan keperawatan, dimana variabel yang paling dominan adalah menghormati nilai-nilai pasien, pilihan dan kebutuhan yang diinginkan pasien. Kralik, Koch, dan Wotton (1997 dalam Wysong & Driver, 2009) menemukan bahwa aspek perilaku *caring* yang paling penting menurut persepsi pasien post operasi di Australia adalah perawat yang mampu menyatu dengan pasien melalui komunikasi terbuka, menerima pasien sebagai individu yang unik, ramah, hangat dan memberikan sentuhan yang lembut.

b. Menanamkan kepercayaan-harapan

Faktor ini menggabungkan nilai-nilai humanistik dan altruistik, memfasilitasi pemberian pelayanan keperawatan yang holistik dan kesehatan yang positif kepada pasien. Perawat berperan membangun hubungan yang efektif antara perawat-pasien dan pencapaian kesejahteraan dengan membantu pasien meningkatkan perilaku mencari pertolongan kesehatan, membantu memahami terapi yang diberikan dan memberi keyakinan adanya kekuatan penyembuhan. Perawat perlu mendorong pasien untuk mempunyai harapan mencapai kondisi normal

(sehat) kembali (Pinto dan Spiri, 2008). Nurachmah (2001) menyebutkan, untuk mengembangkan hubungan saling percaya, perawat perlu memberikan informasi dengan jujur dan memperlihatkan sikap empati dengan apa yang dirasakan pasien.

c. Mengembangkan kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain

Pengakuan perasaan untuk aktualisasi diri melalui penerimaan diri baik pasien maupun perawat. Seorang perawat yang memiliki kepekaan (sensitivitas) dalam perasaannya, maka ia akan lebih mampu ikhlas, apa adanya dan peka terhadap kebutuhan orang lain. Nurachmah (2001) menyatakan perawat yang mampu sensitif dengan perasaannya, maka ia akan mampu bersikap wajar pada orang lain. Beberapa pasien menyatakan perawat yang dapat menyatu dengan pasien, salah satunya, diwujudkan dengan menunjukkan rasa tertarik dengan apa yang dirasakan pasien (Wysong & Driver, 2009).

d. Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu

Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu antara perawat dan pasien merupakan hal yang sangat penting dalam *transpersonal caring*. Hubungan saling percaya dilakukan dengan mendukung dan menerima ekspresi perasaan positif maupun negatif. Hubungan ini mencakup 4 hal yaitu kecocokan (*congruence*), empati, hangat yang tidak posesif, dan komunikasi efektif. *Congruence* mencakup jujur, sesuai kenyataan, dan tulus. Empati adalah kemampuan mengalami dan memahami persepsi dan perasaan orang lain dan mengkomunikasikan perasaan tersebut. Hangat yang tidak posesif ditampilkan dengan berbicara dengan volume sedang, relaks, sikap tubuh terbuka dan ekspresi wajah yang sesuai dengan komunikasi orang lain. Komunikasi efektif terdiri dari komponen respon kognitif, afektif dan perilaku.

Penelitian yang dilakukan William (1997) menyebutkan bahwa pasien tidak puas dengan perilaku *caring* perawat terutama terkait komunikasi

dan hubungan saling percaya (*trust*) perawat-pasien. Pasien mengharapkan perilaku *caring* yang holistik sehingga pasien puas dengan pelayanan keperawatan. Penelitian Suliman, Welmann, Omer dan Thomas (2009) menemukan hasil yang berbeda. Penelitian ini menghasilkan temuan 97,2 % pasien di Saudi Arabia menganggap bahwa perilaku *caring* sangat penting, namun pada faktor karatif saling percaya dan saling membantu dianggap tidak terlalu penting. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan budaya dan bahasa antara pasien dengan perawat di Arab (Suliman, Welmann, Omer & Thomas, 2009).

e. Mendukung dan menerima ungkapan perasaan yang positif dan negatif

Perawat perlu mempunyai pemahaman intelektual dan emosional terhadap perbedaan perasaan baik positif maupun negatif. Tujuan dari sikap ini adalah menciptakan hubungan perawat-pasien yang terbuka, saling menghargai perasaan dan pengalaman perawat dan pasien (Watson, 2005).

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan faktor karatif ini yaitu memberikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan keluhan dan perasaannya (Nurachmah, 2001). Dari hasil penelitian Wysong dan Driver (2009) teridentifikasi bahwa pasien mempersepsikan perawat responsif adalah perawat yang dapat mendengarkan keluhan pasien, perhatian dan menindaklanjuti permintaan pasien dengan cepat. Pasien mengungkapkannya “mereka memeriksa saya setiap saat, ketika mereka bilang mereka akan kembali, maka mereka kembali lebih cepat sebelum waktunya”.

f. Menggunakan metode yang sistematis dalam pemecahan masalah

Perawat menggunakan proses keperawatan untuk memecahkan masalah yang berhubungan pelayanan keperawatan, dan mengambil keputusan secara sistematis. Proses keperawatan merupakan pendekatan yang digunakan dalam memecahkan masalah secara sistematis dan terorganisir,

sehingga dapat menghilangkan pandangan lama bahwa perawat adalah asisten dokter (Watson, 2005).

Metode proses keperawatan digunakan perawat sebagai pola pikir dan pendekatan asuhan kepada pasien (Nurachmah, 2001). Penelitian Wysong dan Driver (2009) menyebutkan bahwa klien mempersepsikan perawat yang mempunyai keahlian adalah perawat yang cepat, tanggap mengantisipasi kebutuhan pasien, dapat mengantisipasi apa yang akan terjadi pada pasien, melihat tanda-tanda yang dialami pasien dengan cermat, dapat membuat keputusan dan mempunyai rasional klinis yang tepat.

g. Meningkatkan pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal

Faktor ini merupakan konsep penting dalam keperawatan yang akan membedakan *caring* dengan *curing*. Dengan pembelajaran dan pengajaran memungkinkan pasien memperoleh pengetahuan dan bertanggungjawab terhadap kondisi sehat-sakitnya. Melalui proses pembelajaran ini diharapkan pasien dapat melakukan perawatan mandiri, menentukan kebutuhan diri dan mendorong pertumbuhan diri pasien (Watson, 2005). McQueen (2000) mengatakan bahwa perawat berada pada posisi yang ideal untuk memberikan informasi, pendidikan, dorongan dan dukungan kepada pasien dalam rangka memandirikan dan melibatkan pasien dalam mencapai kondisi kesehatannya.

Penelitian Wysong & Driver (2009) menyebutkan perawat yang mampu memfasilitasi proses pembelajaran bagi pasien dengan mengintegrasikan pendidikan pasien, dipersepsikan pasien sebagai keahlian kedua perawat. Pasien menggambarkan perawat yang mampu memberikan proses belajar bagi pasien adalah perawat yang mampu memberikan informasi tentang medikasi atau pemberian obat pasien dan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan kepada pasien, menjelaskan apa yang akan dialami

pasien, dan selalu menginformasikan kepada pasien tentang kondisi penyakitnya.

Hasil penelitian Suliman, Welmann, Omer dan Thomas (2009) memberikan hasil yang berbeda. Penelitian ini menemukan 97,2 % pasien di Saudi Arabia menganggap bahwa perilaku *caring* sangat penting, namun pada faktor karatif proses pembelajaran dan pengajaran oleh perawat menempati tingkat kepentingan yang rendah. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh perbedaan budaya dan bahasa antara pasien dengan perawat di Arab (Suliman, Welmann, Omer & Thomas, 2009).

- h. Menciptakan lingkungan yang suportif, protektif, perbaikan mental, fisik, sosial budaya dan spiritual

Perawat perlu mengenali pengaruh lingkungan internal dan eksternal pasien terhadap kondisi sehat sakit pasien. Konsep yang berhubungan dengan lingkungan internal antara lain kesehatan mental spiritual dan kepercayaan sosiokultural individu. Sedangkan lingkungan eksternal mencakup kenyamanan, *privacy*, keamanan, kebersihan dan keindahan lingkungan sekitar (Watson, 1979 dalam Tomey & Aliigod, 2006).

Perawat perlu mengenali lingkungan internal dan eksternal pasien yang kemungkinan mempengaruhi kondisi penyakit pasien. (Nurachmah, 2001). *The American Association of Critical-Care Nurses / AACN* (2003 dalam Wysong dan Driver, 2009) menyebutkan ada pasien yang mengungkapkan kepuasan yang dialami setelah mendapatkan perawatan yang sangat baik dari perawat. Pasien tersebut menjelaskan perhatian perawat terhadap kebutuhan spiritualnya (pasien), “menjadi orang yang beragama, dia (perawat) berdoa bersama saya”.

- i. Membantu memberi bimbingan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan pasien

Perawat perlu mengenali kebutuhan biofisikal, psikofisikal, psikososial dan interpersonal diri perawat dan pasien. Pasien harus puas terhadap kebutuhan terendah sebelum mencapai kebutuhan yang lebih tinggi. Kebutuhan biofisikal yang terendah antara lain makan, eliminasi dan ventilasi. Kebutuhan psikofisikal yang terendah antara lain aktivitas dan seksualitas. Kebutuhan psikososial tertinggi antara lain pencapaian dan afiliasi. Aktualisasi diri merupakan kebutuhan intra-interpersonal tertinggi (Watson, 1979 dalam Tomey & Aliigod, 2006). Pada penelitian Baldursdottir dan Jonsdottir (2002) menemukan bahwa pertolongan pemenuhan kebutuhan pasien (*human needs*) adalah perilaku *caring* paling utama menurut persepsi pasien di ruang *emergency*.

- j. Menghargai kekuatan eksistensial-phenomenologikal

Perawat perlu menghargai adanya kekuatan eksistensial dan fenomenologikal yang diyakini pasien. Fenomenologi digambarkan sebagai suatu data situasi yang dapat membantu individu memahami fenomena. Psikologi eksistensial adalah ilmu eksistensi manusia yang dijelaskan menggunakan pendekatan fenomenologikal. Watson (1979) menyatakan sulit menjelaskan faktor ini. Inti dari faktor ini adalah menghargai pengalaman yang merangsang pemikiran untuk memfasilitasi pemahaman yang lebih baik bagi diri sendiri dan orang lain (Watson, 1979 dalam Tomey & Aliigod, 2006). Nurachmah (2001) menyebutkan menghargai kekuatan eksistensial-phenomenologikal bertujuan untuk memfasilitasi pencapaian pertumbuhan diri dan kematangan jiwa pasien.

Perilaku *caring* perawat yang mencerminkan sepuluh faktor karatif ini akan dapat menunjukkan perbedaan fokus *caring* perawat dengan konsep *curing* dalam pelayanan kesehatan.

2.1.2.2 Komponen *caring* menurut Swanson

Swanson menjelaskan proses *caring* dalam 5 komponen *caring* yaitu (Swanson, 1991 dalam Hood & Leddy, 2006, Swanson, 1999 dalam Tomey & Alligod, 2006):

- a. Mengetahui (*Knowing*) adalah usaha untuk memahami kejadian yang berarti dalam kehidupan orang lain, menghindari asumsi, fokus merawat orang lain, mencari petunjuk, mengkaji dengan teliti dan menggabungkan perawat-pasien dalam proses mengetahui (Swanson, 1991 dalam Hood & Leddy, 2006, Swanson, 1999 dalam Tomey & Alligod, 2006). Penelitian oleh Baldursdottir dan Jonsdottir (2002) menemukan bahwa perilaku *caring* perawat yang paling penting menurut pasien di ruang *emergency* adalah mengetahui apa yang dilakukan, kapan perlu menghubungi dokter, bagaimana memberikan suntikan intravena dan menggunakan peralatan.
- b. Kehadiran (*Being with*) yaitu menghadirkan emosi ketika bersama orang lain. Hal ini meliputi kehadiran diri perawat untuk pasien, mengkomunikasikan kesiapan (bersedia) untuk membantu, dan berbagi perasaan tanpa membebani pasien (Swanson, 1991 dalam Hood & Leddy, 2006, Swanson, 1999 dalam Tomey & Alligod, 2006). Penelitian Davis (2005 dalam Wysong & Driver, 2009) mengidentifikasi karakteristik pelayanan keperawatan yang baik menurut persepsi pasien yaitu sikap perawat yang lemah lembut, tenang, sopan, baik, perhatian, empati dan menentramkan hati.
- c. Melakukan (*Doing for*) yaitu melakukan tindakan untuk orang lain atau memandirikan pasien jika mungkin, mencakup tindakan antisipasi, kenyamanan, menampilkan kompetensi dan keahlian, melindungi pasien dan menghargai martabat pasien (Swanson, 1991 dalam Hood & Leddy, 2006, Swanson, 1999 dalam Tomey & Alligod, 2006).
- d. Memampukan (*Enabling*) yaitu memfasilitasi pasien untuk melewati masa transisi atau kejadian yang tidak biasa dengan berfokus pada situasi, memberikan informasi atau penjelasan, memberi dukungan, memvalidasi perasaan pasien, menawarkan pilihan (alternatif) tindakan, dan memberikan

umpan balik (Swanson, 1991 dalam Hood & Leddy, 2006, Swanson, 1999 dalam Tomey & Alligod, 2006).

- e. Mempertahankan kepercayaan (*Maintaining belief*) yaitu mempertahankan kepercayaan pasien dengan mempercayai kapasitas pasien, menghargai nilai yang dimiliki pasien, mempertahankan perilaku penuh pengharapan, menawarkan harapan yang realistis, membantu mencari makna dan selalu siap membantu pasien pada situasi apapun (Swanson, 1991 dalam Hood & Leddy, 2006, Swanson, 1999 dalam Tomey & Alligod, 2006).

2.1.3 Manfaat *caring*

Pemberian pelayanan keperawatan yang didasari oleh perilaku *caring* perawat mampu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Penerapan *caring* yang diintegrasikan dengan pengetahuan biofisikal dan pengetahuan mengenai perilaku manusia akan dapat meningkatkan kesehatan individu dan memfasilitasi pemberian pelayanan kepada pasien. Watson (1979, dalam Tomey & Alligod, 2006) menambahkan bahwa *caring* yang dilakukan dengan efektif dapat mendorong kesehatan dan pertumbuhan individu. Selain itu, William (1997) dalam penelitiannya, menemukan adanya hubungan yang signifikan antara persepsi pasien mengenai perilaku *caring* perawat dengan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan. Dengan demikian, perilaku *caring* yang ditampilkan oleh seorang perawat akan mempengaruhi kepuasan pasien.

Perilaku *caring* perawat tidak hanya mampu meningkatkan kepuasan pasien, namun juga dapat menghasilkan keuntungan bagi rumah sakit. Godkin dan Godkin (2004) menyampaikan bahwa perilaku *caring* dapat mendatangkan manfaat finansial bagi industri pelayanan kesehatan. Issel dan Khan (1998) menambahkan bahwa perilaku *caring* staf kesehatan mempunyai nilai ekonomi bagi rumah sakit karena perilaku ini berdampak bagi kepuasan pasien. Dengan demikian, secara jelas dapat diketahui bahwa perilaku *caring* perawat dapat memberikan kemanfaatan bagi pelayanan kesehatan karena dapat meningkatkan kesehatan dan pertumbuhan individu serta meningkatkan kepuasan pasien

sehingga akan meningkatkan kunjungan pasien ke rumah sakit dan pada akhirnya memberikan keuntungan finansial bagi rumah sakit.

2.1.4 Cara mengukur perilaku *caring*

Perilaku *caring* dapat diukur dengan beberapa alat ukur (*tools*) yang telah dikembangkan oleh peneliti-peneliti yang membahas ilmu *caring*. Beberapa penelitian tentang *caring* bersifat kuantitatif maupun kualitatif. Watson (2009) mengatakan pengukuran *caring* merupakan proses mengurangi subyektifitas, fenomena manusia yang bersifat *invisible* (tidak terlihat) yang terkadang bersifat pribadi, ke bentuk yang lebih obyektif. Oleh karena itu, penggunaan alat ukur formal dapat mengurangi subyektifitas pengukuran perilaku *caring*.

Tujuan pemakaian alat ukur formal pada penelitian keperawatan tentang perilaku *caring* antara lain: untuk memperbaiki *caring* secara terus menerus melalui penggunaan hasil (*outcomes*) dan intervensi yang berarti untuk memperbaiki praktik keperawatan; sebagai studi banding (*benchmarking*) struktur, setting dan lingkungan yang lebih menunjukkan *caring*; mengevaluasi konsekuensi *caring* dan non *caring* pada pasien maupun perawat. Alat ukur formal *caring* dapat menghasilkan model pelaporan perawatan pada area praktik tertentu, mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan proses *caring* dan melakukan intervensi untuk memperbaiki dan menghasilkan model praktik yang lebih sempurna. Selain itu, penggunaan alat ukur formal dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman tentang hubungan *caring*, kesehatan dan proses kesembuhan dan sebagai validasi empiris untuk memperluas teori *caring* serta memberikan petunjuk baru bagi perkembangan kurikulum, keilmuan keperawatan dan ilmu kesehatan termasuk penelitian (Watson, 2009).

Pengukuran perilaku *caring* perawat dapat dilakukan melalui pengukuran persepsi pasien terhadap perilaku *caring* perawat. Penggunaan persepsi pasien dalam pengukuran perilaku *caring* perawat dapat memberikan hasil yang lebih sensitif karena pasien adalah individu yang menerima langsung perilaku dan tindakan perawat termasuk perilaku *caring* (Rego, Godinho, McQueen, 2008.).

Beberapa alat ukur formal yang mengukur perilaku *caring* perawat berdasarkan persepsi pasien antara lain *caring behaviors assessment tool* (digunakan oleh Cronin dan Harrison, 1988), *caring behavior checklist and client perception of caring* (digunakan oleh McDaniel, 1990), *caring professional scale* (digunakan oleh Swanson, 2000), *caring assessment tools* (digunakan oleh Duffy, 1992, 2001), *Caring factor survey* (digunakan oleh Nelson, Watson dan Inovahelath, 2008).

Caring behaviors assessment tool (CBA) dilaporkan sebagai salah satu alat ukur pertama yang dikembangkan untuk mengkaji *caring*. CBA dikembangkan berdasarkan teori Watson dan menggunakan 10 faktor karatif. CBA terdiri dari 63 perilaku *caring* perawat yang dikelompokkan menjadi 7 subskala yang disesuaikan 10 faktor karatif Watson. Tiga faktor karatif pertama dikelompokkan menjadi satu subskala. Enam faktor karatif lainnya mewakili semua aspek dari *caring*. Alat ukur ini menggunakan skala Likert (5 poin) yang merefleksikan derajat perilaku *caring* menurut persepsi pasien (Watson, 2009).

Validitas dan reliabilitas alat ukur ini telah diuji oleh empat ahli berdasarkan teori Watson. Cronin dan Harrison (1988 dalam Watson, 2009) meneliti 22 pasien infark miokard, kemudian Huggins, et.al. (1993 dalam Watson, 2009) meneliti 288 pasien ruang emergensi. Mereka menggunakan Alpha Cronbach pada 7 subskala yang berkisar antara 0,66 sampai 0,90.

Selain itu, Schultz, et.al. (1999, dalam Watson, 2009) menggunakan alat ukur ini dengan tes reliabilitas pada kisaran 0,71 sampai 0,88 pada subskala, dan alpha 0,93 pada skala total. Penelitian terbaru oleh Manogin, Bechtel, dan Rami (2000, dalam Watson 2009) menggunakan CBA, mereka melaporkan reliabilitas alpha Cronbach tiap subskala berkisar dari 0,66 sampai 0,90. Cronin dan Harrison (1988 dalam Watson, 2009) menemukan dua perilaku *caring* paling penting menurut pasien yaitu “membuat saya merasa sebagai seseorang jika saya membutuhkan mereka” dan “tahu apa yang mereka lakukan”. Sedangkan perilaku *caring* yang paling tidak penting menurut pasien adalah “mendatangi saya ketika

saya pindah ke rumah sakit lain” dan “menanyakan kepada saya apa nama panggilan kesukaan saya”. Ini menunjukkan bahwa perilaku *caring* yang paling penting menurut pasien yaitu bagaimana perawat menampilkan kemampuan profesionalnya.

Alat ukur *caring behavior checklist (CBC) and client perception of caring (CPC)* dikembangkan oleh McDaniel (1990 dalam Watson, 2009) dengan dua jenis pengukuran. McDaniel membedakan “*caring for*” dan “*caring about*”. CBC didesain untuk mengukur ada tidaknya perilaku *caring* (observasi). CPC merupakan kuesioner yang mengukur respon pasien terhadap perilaku *caring* perawat. Dua alat ukur ini digunakan bersama-sama untuk melihat proses *caring*.

CBC terdiri dari 12 item perilaku *caring*. Alat ukur ini membutuhkan seorang observer yang menilai interaksi perawat-pasien selama 30 menit. Rentang nilai 0 (nol) sampai 12 (dua belas), nilai tertinggi menunjukkan ada perilaku *caring* yang ditampilkan. CPC ditujukan kepada pasien setelah diobservasi. Alat ukur ini terdiri dari 10 item dengan 6 rentang skala. Rentang skor 10 sampai 60, dimana skor tertinggi menunjukkan derajat perilaku *caring* yang dipersepsikan pasien bernilai tinggi, begitu juga sebaliknya (Mc Daniel, 1990 dalam Watson, 2009).

Validitas CBC menggunakan *content validity index (CVI)* yakni sebesar 0,80. Reliabilitas CPC menggunakan konsistensi internal yakni alpha sebesar 0,81. Reliabilitas CBC menggunakan pernyataan interater dan dihasilkan nilai rentang 0,76 sampai 1,00, dimana 8 dari 12 item adalah 0,90 atau diatas rata-rata (Mc Daniel, 1990 dalam Watson, 2009).

Alat ukur *caring professional scale (CPS)* dikembangkan oleh Swanson (2000 dalam Watson, 2009) dengan menggunakan teori *caring* Swanson (suatu *middle range theory* yang dikembangkan berdasarkan penelitiannya pada 185 ibu yang mengalami keguguran). CPS terdiri dari dua subskala analitik yaitu *Compassionate Healer* dan *Competent Practitioner*, yang berasal dari 5

komponen *caring* Swanson yakni mengetahui, keberadaan, melakukan tindakan, memampukan dan mempertahankan kepercayaan.

CPS terdiri dari 14 item dengan 5 skala Likert. Validitas dan reliabilitas CPS dikembangkan dengan menghubungkan alat ukur CPS dengan subskala empati *The Barret-Lennart Relationship Inventory* ($r=0,61$; $p<0,001$). Nilai estimasi alpha Cronbach untuk konsistensi internal digunakan untuk membandingkan beberapa tenaga kesehatan yaitu *advance practice nurse* (0,74 sampai 0,96), *nurse* (0,97) dan dokter (0,96).

Alat ukur *caring assessment tools* (CAT) dikembangkan oleh Duffy (1990 dalam Watson, 2009) pada program doktoralnya. Alat ukur ini didesain untuk penelitian deskriptif korelasi. CAT menggunakan konsep teori Watson dan mengukur 10 faktor karatif. Alat ukur ini terdiri dari 100 item dengan menggunakan skala Likert dari 1 (*caring* rendah) sampai 5 (*caring* tinggi), sehingga kemungkinan skor total berkisar antara 100 sampai 500. Sampel penelitian yang digunakan saat itu adalah 86 pasien medikal bedah.

Duffy (1993 dalam Watson, 2009) mengembangkan CAT versi admin (CAT-admin) yang mengukur persepsi perawat tentang manajer mereka untuk administrasi riset keperawatan. Alat ukur ini menambahkan pertanyaan kualitatif pada versi CAT original, dan masih menggunakan 10 faktor karatif. CAT-admin diuji pada 56 perawat *part-time* dan *full-time*, dan diperoleh nilai alpha Cronbach sebesar 0,98. Kemudian pada tahun 2001, CAT dikembangkan oleh Duffy ke versi CAT-edu yang didesain menggunakan pendidikan keperawatan, dengan sampel 71 siswa keperawatan program sarjana dan magister. CAT-edu terdiri dari 95 item pertanyaan dengan 5 poin skala Likert. Nilai alpha cronbach sebesar 0,98.

Caring factor survey (CFS) merupakan alat ukur terbaru yang menguji hubungan *caring* dan cinta universal (*caritas*). *Caritas* merupakan pandangan terbaru Watson tentang *caring* (2008). CFS mengkaji penggunaan perilaku *caring* fisik, mental dan spiritual, yang dilaporkan oleh pasien yang mereka rawat. CFS

dikembangkan oleh Karen Drenkard, John Nelson, Gene Rigotti dan Jean Watson dengan bantuan program riset dari *Inovahealth* di Virginia. Alat ukur ini awalnya terdiri dari 20 item kemudian direduksi menjadi 10 item pertanyaan, tiap pernyataan mewakili satu proses caritas. CFS menggunakan skala Likert dari 1 sampai 7. Skala terendah (1-3) mengindikasikan tidak setuju, 7 sangat setuju, dan 4 netral. Semua item berupa pernyataan positif, ditujukan kepada pasien atau keluarga pasien. Nilai alpha cronbach pada 20 item pernyataan adalah 0,70 kemudian 20 item tersebut direduksi menjadi 10 item untuk menaikkan nilai alpha Cronbach (Watson, 2009).

Beberapa alat ukur diatas merupakan instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien. Penilaian ini tentunya sangat bergantung dari persepsi pasien terhadap tindakan atau pelayanan yang diterimanya dari perawat.

2.1.5 Pasien sebagai faktor individu yang mempersepsikan perilaku *caring* perawat

Perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan oleh pasien sebagai penerima perilaku tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor yang mempengaruhi persepsi pasien. Persepsi merupakan suatu proses dimana individu mengatur dan menginterpretasikan kesan-kesan sensoris mereka, untuk memberikan respon terhadap lingkungan mereka (Robbins & Judge, 2008). Hal ini ditambahkan oleh Gibson, Ivancevich dan Donnelly (1996) yang mendefinisikan persepsi sebagai proses kognitif individu dalam mengorganisasikan informasi dari lingkungan. Gordon (1993) menjelaskan persepsi sebagai suatu proses seseorang merasakan realita (kenyataan) dan menginterpretasikan dalam pemikirannya. Dari beberapa penjelasan diatas, dapat disimpulkan bahwa persepsi merupakan proses individu menerima, mengatur, menilai dan menginterpretasikan suatu informasi, realita atau kenyataan yang dirasakan. Pasien akan mampu mempersepsikan perilaku perawat, termasuk perilaku *caring*, berdasarkan interaksi yang dirasakan antara pasien dan perawat.

Persepsi pasien terhadap perilaku *caring* dipengaruhi oleh beberapa hal. Robbins & Judge (2008) menyatakan bahwa ada 3 hal yang mempengaruhi persepsi individu yaitu faktor-faktor dalam diri pembentuk persepsi (pasien yang mempersepsikan perilaku *caring* perawat), faktor-faktor dalam diri target yang dipersepsikan (perawat), serta faktor-faktor dalam konteks situasi dimana persepsi tersebut dibentuk (hospitalisasi).

Karakteristik pribadi yang mempengaruhi persepsi meliputi sikap, motivasi, minat, pengalaman masa lalu dan harapan-harapan seseorang (Robbin & Judge, 2008). Karakteristik biografi (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan) juga merupakan karakteristik pribadi yang dapat mempengaruhi persepsi seseorang (Wolf, Collahan & Costello, 1998).

Sikap setiap individu dalam mempersepsikan sesuatu dapat berbeda. Hal ini dikarenakan setiap orang dapat memiliki interpretasi yang berbeda terhadap suatu hal yang sama. Motivasi dan minat seseorang juga memiliki pengaruh yang sangat kuat terhadap persepsi mereka. Motivasi ini dipengaruhi oleh kondisi atau situasi yang dialami individu. Minat individu terhadap sesuatu yang sedang dipersepsikan akan mempengaruhi individu tersebut dalam mempersepsikannya. Persepsi individu juga dipengaruhi oleh adanya pengalaman masa lalu terhadap sesuatu yang dipersepsikan tersebut. Pengalaman yang baik atau buruk akan berpengaruh terhadap persepsi individu pada hal yang sama. Harapan-harapan yang dimiliki individu juga sangat mempengaruhi persepsinya. Kenyataan yang tidak sesuai dengan harapan individu dapat dipersepsikan sebagai hal yang buruk, dan sebaliknya (Robbins, 2001).

Usia pasien mempengaruhi persepsi pasien terhadap perilaku perawat termasuk perilaku *caring*. Seseorang yang memiliki usia lebih tua umumnya lebih bijaksana dalam menilai dan berespon terhadap perilaku orang lain daripada orang yang lebih muda (Iezzoni, 2003, dalam Meebon, 2006). Selain itu, Robbins dan Judge (2008) menambahkan bahwa kecenderungan seseorang untuk merenung (membuat persepsi) berkurang seiring bertambahnya usia. Hal ini ditunjang oleh

hasil penelitian Silvestri, Ziran, Barrette-Grischow, dan Hull (2008) yang meneliti hubungan kepuasan intelektual, emosional dan temporal pasien terhadap pelayanan perawat dengan usia pasien. Hasil penelitian menyebutkan bahwa pasien yang lebih tua lebih puas terhadap tiga kategori tersebut dibandingkan pasien yang lebih muda. Dengan demikian, pasien yang berusia lebih tua lebih mudah menerima perlakuan orang lain, termasuk perilaku *caring* perawat dibandingkan pasien yang berusia lebih mudah.

Jenis kelamin, berhubungan dengan gender. Pada umumnya, wanita lebih teliti dalam melakukan penilaian terhadap perilaku orang lain. Hal ini sesuai dengan pendapat Robbins dan Judge (2008) yang menyatakan bahwa wanita menghabiskan waktu lebih banyak untuk menganalisis suatu hal dibandingkan pria. Selain itu, orang tua umumnya lebih mendorong dan menguatkan ungkapan ekspresi diri pada anak perempuan daripada anak laki-laki, sehingga menyebabkan wanita lebih ekspresif daripada pria (Robbins & Judge, 2008). Dengan demikian pasien wanita lebih teliti dalam menilai perilaku orang lain dan lebih mampu mengekspresikan penilaiannya mengenai perilaku orang lain, termasuk perilaku *caring* perawat.

Hasil penelitian Foss (2002) menyebutkan bahwa ungkapan kepuasan pasien wanita muda terhadap perilaku *caring* perawat lebih rendah dibandingkan pasien pria. Namun, hasil penelitian Drain (2001, dalam Meeboon, 2006) menunjukkan hasil yang berbeda, dimana pasien wanita mempunyai kepuasan yang lebih tinggi terhadap pelayanan keperawatan dibandingkan pasien pria. Oleh karena itu variabel ini perlu diteliti lebih lanjut terkait dengan perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan pasien.

Tingkat pendidikan pasien, lama dirawat dan frekuensi dirawat pasien di rumah sakit juga mempengaruhi persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan termasuk perilaku *caring* perawat. Penelitian Radwin (2003) menyebutkan bahwa tingkat pendidikan, dihubungkan dengan penghasilan dan gender, mempengaruhi persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan. Hospitalisasi juga

mempengaruhi persepsi pasien. Individu yang mengalami hospitalisasi selama 24 jam di rumah sakit lebih merasakan pelayanan kesehatan daripada pasien yang tidak dirawat di rumah sakit. Hal ini akan mempengaruhi persepsi dan harapan pasien terhadap pelayanan keperawatan.

Faktor ke dua yang mempengaruhi persepsi menurut Robbins dan Judge (2008) adalah target yang diartikan oleh individu. Karakteristik target yang diobservasi, dalam hal ini perawat, bisa mempengaruhi apa yang diartikan oleh pasien. Faktor-faktor dalam diri target yang mempengaruhi persepsi individu antara lain adanya sesuatu yang baru dalam diri target, gerakan, suara atau performa target yang diobservasi, latar belakang, kedekatan dan kemiripan pada target yang diobservasi. Dengan demikian, perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien dapat dipengaruhi oleh faktor perawat itu sendiri.

Faktor-faktor dalam konteks situasi (seperti waktu, keadaan kerja, keadaan sosial) juga dapat mempengaruhi persepsi dimana individu melihat berbagai objek atau peristiwa yang dipersepsikan tersebut (Robbins & Judge, 2008). Waktu saat objek atau peristiwa dilihat dapat mempengaruhi perhatian, seperti halnya lokasi, cahaya, panas atau sejumlah faktor situasional lainnya. Dengan demikian perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien juga dapat dipengaruhi oleh kondisi situasi selama hospitalisasi. Perilaku *caring* perawat yang diwujudkan dalam setiap pemberian asuhan keperawatan merupakan refleksi kecerdasan emosional yang dimiliki perawat.

2.2 Kecerdasan emosional

Kecerdasan emosional adalah salah satu kemampuan yang dimiliki individu dan mempengaruhi perilaku individu tersebut. Kecerdasan emosional akhir-akhir ini telah menjadi perbincangan para ahli terkait dengan kemampuan yang mempengaruhi individu dalam berperilaku.

2.2.1 Perkembangan kecerdasan emosional

Kecerdasan emosional, awalnya oleh para ahli psikologi, dilihat sebagai dua hal yang berbeda yaitu kecerdasan (*intelligence*) dan emosi. Sekitar tahun 1970-1989 disebut sebagai dekade pendahuluan kecerdasan emosional oleh Ciarrochi, Forgas dan Mayer (2001). Pada masa itu, para ahli menggabungkan faktor kognisi dan afeksi untuk menguji bagaimana emosi berinteraksi dengan pikiran. Komunikasi non verbal menjelaskan persepsi mengenai informasi non verbal, salah satunya emosional, melalui wajah dan postur tubuh. Teori *multiple intelligence* dari Howard Gardner mendeskripsikan kecerdasan intrapersonal yang mencakup semua hal yang berhubungan dengan kemampuan untuk merasakan dan mengartikan emosi.

Di awal tahun 1990an, Mayer dan Salovey mengawali munculnya konsep kecerdasan emosional dengan menerbitkan seri artikel-artikel tentang kecerdasan emosional. Editorial di jurnal "*intelligence*" saat itu menyebutkan bahwa keberadaan atau eksistensi kecerdasan emosional sebagai kecerdasan aktual atau yang sesungguhnya. Sejak saat itu kajian mengenai kecerdasan emosional mulai dikembangkan.

Tahun 1994-1997 disebut sebagai tahun popularisasi konsep kecerdasan emosional, yang dipelopori oleh seorang jurnalis sains yang bernama Goleman. Saat itu Goleman mempopulerkan sebuah buku tentang kecerdasan emosional dan menjadi *best seller* di penjuru dunia. Tahun 1998 hingga sekarang menjadi masa perkembangan berbagai penelitian mengenai kecerdasan emosional, pengenalan berbagai alat ukur kecerdasan emosional dan pembahasan-pembahasan terhadap penelitian mengenai konsep ini (Ciarrochi, Forgas, & Mayer 2001). Dari gambaran diatas, sangat jelas bahwa konsep kecerdasan emosional mengalami perkembangan yang cepat sejalan dengan semakin berkembangnya pemikiran para ahli bahwa faktor emosional juga menjadi bagian penting dalam kelangsungan hidup manusia baik secara individu maupun sosial.

2.2.2 Pengertian kecerdasan emosional

Pengertian kecerdasan emosional dari beberapa ahli memiliki arti yang hampir sama. Ciarrochi, Forgas dan Mayer, (2001) mendefinisikan kecerdasan emosional sebagai suatu kemampuan mengenal makna emosi dan hubungan emosi-emosi, serta mampu memberikan alasan dan penyelesaian masalah terhadap kondisi emosi tersebut. Kecerdasan emosional meliputi kemampuan mempersepsikan emosi, memahami emosi, mengerti informasi dari emosi dan mengatur emosi. Salovey dan Mayer (1990 dalam Luca & Tarricone, 2001) menjelaskan kecerdasan emosional merupakan kemampuan memonitor dan mengatur perasaan diri sendiri dan orang lain, dan menggunakan perasaan untuk mengarahkan pikiran dan tindakan.

Menurut Goleman (1999), kecerdasan emosional merujuk pada kemampuan mengenali perasaan kita sendiri dan perasaan orang lain, kemampuan memotivasi diri sendiri, dan kemampuan mengelola emosi dengan baik pada diri sendiri dan dalam hubungan dengan orang lain. Rosenthal (2002) menambahkan kecerdasan emosional sebagai serangkaian kemampuan untuk mempersepsikan dan menggunakan seluruh rentang emosi.

Ivancevich, Konopaske dan Matteson (2005) mengartikan kecerdasan emosional sebagai suatu kombinasi dari keahlian dan kemampuan seperti kesadaran diri, kontrol diri, empati dan sensitif terhadap perasaan orang lain. Robbins (2001) juga melihat kecerdasan emosional sebagai gabungan dari keterampilan, kemampuan dan kompetensi non kognitif yang mempengaruhi kemampuan individu untuk berhasil menyelesaikan kebutuhan dan tekanan lingkungan.

Bar-on (2007) menyampaikan kecerdasan emosional sebagai suatu kecerdasan emosional-sosial yaitu suatu hubungan yang mewakili keseluruhan kompetensi emosional dan sosial, keahlian dan fasilitator yang menentukan bagaimana seseorang memahami dan mengekspresikan dirinya sendiri, memahami orang lain dan berhubungan dengan orang lain tersebut, dan mampu mengatasi kebutuhan, tantangan dan tekanan yang muncul dalam kehidupan sehari-hari. Hal

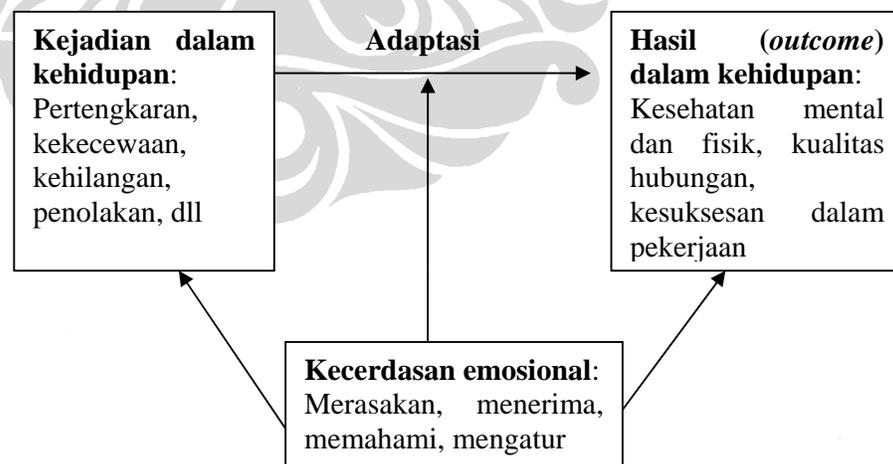
senada disampaikan oleh Agustian (2005), dalam bukunya *Emotional Spiritual Qoutient (ESQ)*, menjelaskan kecerdasan emosi merupakan kemampuan merasakan, memahami secara efektif, menerapkan daya dan kepekaan emosi sebagai sumber energi, informasi, koneksi dan pengaruh manusia.

Dari beberapa penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa kecerdasan emosional merupakan kemampuan yang dimiliki oleh individu untuk mengenal atau memahami dan mengatur emosi diri sendiri dan orang lain sehingga akan mempengaruhi hubungan intra-interpersonal individu tersebut, termasuk dalam pekerjaannya. Kecerdasan emosional seseorang dapat mempengaruhi pekerjaannya.

2.2.3 Dampak penggunaan kecerdasan emosional dalam kehidupan sehari-hari

Ciarrochi, Forgas dan Mayer (2001) menggambarkan dampak penggunaan kecerdasan emosional dalam kehidupan sehari-hari seperti pada gambar berikut.

Skema 2.1 Peran Kecerdasan Emosional dalam Kehidupan Sehari-Hari



(sumber: Ciarrochi J., Forgas, J.P., Mayer, J.D. (2001). *Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry*, hal 26)

Pada skema 2.1 tersebut dapat dilihat bahwa kecerdasan emosional yang digunakan sebagai bentuk adaptasi terhadap kejadian-kejadian dalam kehidupan (baik yang bersifat negatif maupun positif) akan mampu menghasilkan *outcome* yang diinginkan. Kecerdasan emosional yang dimiliki individu secara langsung dapat mempengaruhi individu dalam berespon terhadap kejadian dalam kehidupannya. Kecerdasan emosional juga secara langsung mempengaruhi individu mencapai hasil (*outcome*) yang diinginkan dalam kehidupannya.

2.2.4 Dimensi kecerdasan emosional

Kecerdasan emosional dijabarkan dalam beberapa dimensi oleh para ahli seperti Salovey dan Mayer (2003), Goleman (2005), dan Bar-on (2007).

2.2.4.1 Dimensi kecerdasan emosional menurut Salovey dan Mayer

Kecerdasan emosional yang didefinisikan oleh Salovey dan Mayer (2003, dalam Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005) dijabarkan dalam 4 (empat) dimensi yaitu persepsi, penilaian dan ekspresi emosi, fasilitasi emosi untuk berpikir, memahami dan menganalisis informasi emosi, menggunakan pengetahuan emosional dan mengatur emosi.

Dimensi kemampuan mempersepsikan, menilai dan mengekspresikan emosi terdiri dari beberapa kemampuan. Individu mampu mengidentifikasi emosi pada kondisi fisik dan psikologi individu, mengidentifikasi emosi orang lain, mengekspresikan emosi dengan akurat dan mengekspresikan kebutuhan terhadap perasaan tersebut. Selain itu individu juga mampu membedakan ekspresi perasaan antara yang akurat dan tidak akurat, jujur dan tidak jujur (Salovey dan Mayer, 2003 dalam Ivancevich, Konopaske & Matteson, 2005).

Dimensi ke dua yaitu kemampuan fasilitasi emosi untuk berpikir. Dimensi ini memungkinkan individu untuk mengatur dan memprioritaskan pikiran pribadi berdasarkan perasaan yang dihubungkan dengan objek, kejadian dan orang lain, membangkitkan emosi untuk memfasilitasi memori dan pendapat yang berhubungan dengan perasaan yang dirasakan. Individu juga mampu

mengintegrasikan mood dan perspektif serta menggunakan keadaan emosional untuk memecahkan masalah dan menghasilkan kreatifitas (Salovey dan Mayer, 2003 dalam Ivancevich, Konopaske Matteson, 2005).

Dimensi ketiga yaitu memahami dan menganalisis informasi emosional, serta menggunakan pengetahuan emosional. Individu mampu mengetahui bagaimana emosi-emosi yang berbeda saling berhubungan, menerima sebab dan konsekuensi dari perasaan. Individu mampu menginterpretasikan perasaan yang kompleks serta mampu memahami dan memprediksi perubahan emosi (Salovey, Mayer, & Caruso, 2002 dalam Bracket & Salovey, 2006).

Dimensi yang terakhir menurut Salovey dan Mayer (2002) yaitu mengatur emosi. Dimensi ini terdiri dari beberapa kemampuan seperti terbuka terhadap perasaan, baik yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan, memonitor dan merefleksikan emosi dan menggunakan ataupun melepaskan emosi, tergantung pada pendapat atau rasional diri. Individu mampu mengatur emosi diri ataupun orang lain (Salovey, Mayer, & Caruso, 2002 dalam Bracket & Salovey, 2006). Dimensi-dimensi diatas kemudian dikembangkan lagi oleh Goleman, dengan menambahkan ketrampilan sosial individu.

2.2.4.2 Dimensi kecerdasan emosional menurut Goleman

Dimensi kecerdasan emosional menurut Goleman diadaptasi dari model Salovey dan Mayer. Goleman menjabarkannya dalam lima domain kecerdasan emosional meliputi mengetahui emosi diri sendiri (kesadaran diri), mengatur emosi diri, memotivasi diri sendiri, mendukung dan memahami emosi orang lain (empati), dan membina hubungan dengan orang lain atau ketrampilan sosial (Goleman, 2005).

Dimensi mengetahui emosi diri sendiri (kesadaran diri) diwujudkan dengan mengetahui apa yang dirasakan pada suatu saat, dan menggunakannya untuk memandu pengambilan keputusan sendiri. Individu memiliki tolok ukur yang realistis terhadap kemampuan sendiri. Selain itu, kepercayaan diri yang kuat

mendorong individu untuk mampu mengidentifikasi emosi dirinya (Goleman, 2005).

Individu yang memiliki *self-awareness* yang tinggi akan mampu mengatur dan memahami *mood*, emosi dan kebutuhannya sendiri. Mereka mengetahui dan mengantisipasi bagaimana tindakan mereka akan mempengaruhi orang lain, nyaman ketika menyampaikan keterbatasannya, sehingga mereka tahu kapan mereka membutuhkan pertolongan (McShane & Glinow, 2003). Individu yang kritis dalam berpikir dan membuat perubahan perilaku akan mendorong individu untuk dapat memahami diri sendiri secara mendalam. Individu ini lebih mampu memahami orang lain (Luca & Tarricone, 2001).

Perawat perlu memiliki dimensi kesadaran diri ini. Perawat yang mampu memahami perasaan dirinya akan lebih mampu mengatur emosinya sehingga perawat berperilaku lebih bijaksana ketika berinteraksi dengan pasien. Perawat mampu bertindak dan berkomunikasi dengan cara yang tepat dan penuh kepedualian (Rego, Godinho, & McQueen, 2008.). Jika perawat tidak menyadari bahwa perawat sedang dalam kondisi frustrasi, jijik, jengkel, marah atau sangat sedih berkaitan dengan situasi pasien sehingga kurang mampu mengontrol emosinya, maka hal ini akan berisiko untuk berdampak negatif pula pada pasien (McQueen, 2004 dalam Rego, Godinho, & McQueen, 2008.). Oleh karena itu perawat perlu memiliki kesadaran diri yang tinggi.

Lanser (2001 dalam Luca & Tarricone, 2001) menekankan pada pentingnya kesadaran diri untuk penampilan kerja termasuk dalam berinteraksi dengan kolega. Kesadaran diri dapat membangun jiwa kepemimpinan dan tim kerja yang positif dan produktif. Anggota tim yang efektif adalah yang memiliki kepercayaan diri atau mampu merefleksikan kesadaran diri emosionalnya dan mampu mengontrol emosinya (Cherniss, 1998 dalam Luca & Tarricone, 2001).

Dimensi yang ke dua adalah mengatur emosi diri. Dimensi ini memungkinkan individu mampu menangani, mengatur dan mengontrol emosi diri sendiri

sehingga berdampak positif terhadap pekerjaan. Individu ini memiliki kepekaan terhadap kata hati dan sanggup menunda kesenangan sebelum tercapainya suatu sasaran. Individu yang mampu mengatur emosi diri mempunyai kemampuan untuk pulih kembali dari tekanan emosi (Goleman, 2005). Selain itu, individu juga mampu memikirkan konsekuensi dari tindakan dan tidak reaktif terhadap tekanan (McShane & Glinow, 2003).

Ciarrochi, Forgas dan Mayer (2001) menyebutkan individu yang dapat mengatur emosi diri dengan baik memiliki kontrol diri, dapat dipercaya, teliti atau bersungguh-sungguh, mampu beradaptasi serta mampu melakukan inovasi. Kemampuan mengatasi emosi dan lebih mendahulukan pelaksanaan tugas daripada mengedepankan emosi, akan mempermudah pencapaian tujuan yang diharapkan (Goleman, 1999). Hal ini sesuai pendapat Luca & Tarricone (2001) bahwa individu yang mampu mengatur emosi, terutama selama terjadi konflik, tekanan, stress, dan *deadlines*, akan memfasilitasi kemajuan penyelesaian pekerjaan yang lebih lancar dan mendukung hubungan pekerjaan yang lebih efektif dan positif dengan anggota tim maupun klien.

Perawat perlu memiliki dimensi kecerdasan emosional kedua ini. Dalam interaksinya dengan pasien, perawat terkadang berhadapan dengan keluhan pasien, bahkan mungkin ancaman dari pasien. Perawat yang tidak memiliki pengaturan emosi yang baik, mungkin akan mengeluh dan berkomentar terhadap keluhan pasien, kurang mampu menjadi pendengar yang baik bagi pasien serta kurang *caring* pada pasien (Bushell, 1998 dalam Rego, Godinho, & McQueen, 2008.).

Dimensi memotivasi diri sendiri dapat mendorong individu menggunakan hasrat yang paling dalam untuk menggerakkan dan menuntun diri menuju sasaran. Dimensi ini membantu individu mengambil inisiatif dan bertindak sangat efektif, bertahan menghadapi kegagalan dan tekanan (Goleman, 2005). Individu ini memiliki optimisme yang tinggi bahkan ketika belum dapat mencapai tujuan (McShane & Glinow, 2003).

Individu yang memiliki motivasi mampu berkomitmen, memiliki inisiatif, optimisme dan usaha untuk mencapai sasaran. Dalam tim kerja, individu tidak hanya bertanggungjawab memunculkan motivasi diri namun juga berperan penting dalam memotivasi orang lain. Larson (2000, dalam Luca & Tarricone, 2001) menyebutkan bahwa motivasi merupakan elemen kecerdasan emosional yang penting karena mampu mendorong individu untuk menunjukkan inisiatif, ketekunan, dedikasi, berorientasi, fokus dan proaktif pada tujuan yang ingin dicapai.

Perawat perlu memiliki dimensi kecerdasan emosional memotivasi diri. Perawat yang mampu memotivasi diri cenderung lebih gigih ketika berhadapan dengan situasi sulit, aneh dan kritis serta mampu mencari solusi tanpa takut terhadap kegagalan. Perawat juga mampu memberikan dukungan emosional dan optimisme kepada pasien atau memotivasi pasien (Boyatzis & Mckee, 2000 dalam Rego, Godinho, & McQueen, 2008.). Perawat yang mampu memotivasi diri sendiri akan lebih mampu menunjukkan perilaku *caring* dalam berinteraksi dengan pasien (Rego, Godinho, & McQueen, 2008.).

Dimensi keempat yaitu mendukung dan memahami emosi orang lain yang dapat diwujudkan dalam bentuk empati. Individu memahami perasaan, pikiran dan situasi yang dirasakan oleh orang lain (McShane & Glinow, 2003). Individu ini mampu memahami perspektif orang lain, menumbuhkan saling percaya dan menyelaraskan diri dengan orang lain (Goleman, 2005), akan tetapi tidak mengambil (adopsi) emosi orang lain, hanya peka terhadap emosi orang lain (McShane & Glinow, 2003).

Ciarrochi, Forgas dan Mayer (2001) menjelaskan karakteristik empati individu dengan lima tindakan yaitu memahami orang lain, mengembangkan orang lain, orientasi pelayanan, memahami perbedaan dan kesadaran politik. Empati sangat tepat diaplikasikan pada hubungan perawat-pasien. Dengan empati kepada pasien, perawat akan lebih mampu menunjukkan rasa kasih terhadap pasien dalam setiap keputusan dan tindakannya yang merupakan aspek penting dalam

pelayanan keperawatan (Rego, Godinho, & McQueen, 2008.). Hal ini sesuai pendapat Kernbach dan Schutte (2005) bahwa kecerdasan emosional yang baik yang ditunjukkan oleh pemberi pelayanan kesehatan mampu meningkatkan laporan tingkat kepuasan pasien dalam berhubungan dengan petugas kesehatan. Selain itu, Kerfoot (1996, dalam Rego, Godinho, & McQueen, 2008.) juga menyampaikan bahwa pasien yang menerima pelayanan tenaga kesehatan dengan keterampilan sempurna, namun tidak disertai dengan sikap emosi yang baik dalam pelayanannya, maka pelayanan tersebut dinilai pasien sebagai pelayanan yang tidak adekuat.

Dimensi yang terakhir, membina hubungan dengan orang lain (*social skills*) merupakan kemampuan untuk mengatur emosi orang lain. Hal ini tentunya membutuhkan keahlian dan kompetensi sosial untuk mempengaruhi orang lain melakukan tindakan (McShane & Glinow, 2003). Individu ini mampu menangani emosi dengan baik ketika berhubungan dengan orang lain dan dengan cermat membaca situasi dan jaringan sosial, berinteraksi dengan lancar. Individu mampu menggunakan ketrampilan ini untuk mempengaruhi dan memimpin, bermusyawarah dan menyelesaikan perselisihan serta untuk bekerja sama dan bekerja dalam tim (Goleman, 2005).

Perawat perlu memiliki dimensi ketrampilan sosial untuk mendukung hubungan interpersonal baik dengan pasien maupun dengan tim kesehatan yang lain. Hal ini sesuai dengan pendapat McQueen (2004) bahwa perawat perlu memiliki kemampuan kecerdasan emosional untuk memenuhi kebutuhan perawatan pasien dan untuk melakukan negosiasi kooperatif dengan tim kesehatan lain.

McShane & Glinow (2003) berpendapat bahwa self-awareness merupakan level terendah dan ketrampilan sosial (*social skills*) adalah level tertinggi dan paling kompleks dalam dimensi kecerdasan emosional.

2.2.4.3 Dimensi kecerdasan emosional menurut Bar-on

Bar-on (2007) menjabarkan kecerdasan emosional ke dalam 5 komponen yaitu kemampuan memahami emosi dan mengekspresikan perasaan diri sendiri (*Intrapersonal*); kemampuan memahami perasaan orang lain dan berhubungan dengan orang lain (*Interpersonal*); kemampuan mengatur dan mengontrol emosi diri sendiri (*Stress management*); kemampuan mengatur perubahan dan mengatasi masalah pada hubungan intrapersonal dan interpersonal (*Adaptability*); dan kemampuan menyalurkan mood yang positif dan mampu memotivasi diri sendiri (*General mood*).

Komponen-komponen tersebut, oleh Bar-on dijabarkan dalam model Bar-on yaitu 5 (lima) meta faktor dan diuraikan menjadi 15 (lima belas) sub metafaktor secara keseluruhan. Kemampuan memahami emosi dan mengekspresikan perasaan diri sendiri (*Intrapersonal*) terdiri dari 5 (lima) sub meta faktor mencakup *Self-regard* (menyadari, memahami dan menerima diri sendiri); *Emotional self-awareness* (memahami emosi diri sendiri); *Assertiveness* (mengekspresikan perasaan diri tanpa desktruktif); *Independence* (percaya diri dan bebas dari ketergantungan emosi pada orang lain) dan *Self-actualization* (mengatur dan mencapai tujuan aktualisasi potensi diri).

Kemampuan individu memahami perasaan orang lain dan berhubungan dengan orang lain (*Interpersonal*) mendorong individu untuk bersikap empati (memahami dan mengerti perasaan orang lain), mengidentifikasi perasaan sebagai bagian dari kelompok sosial (*Social-responsibility*). Individu mampu membangun hubungan yang memuaskan diri sendiri dan orang lain (*Interpersonal relationship*) (Bar-on, 2007).

Kemampuan individu mengatur dan mengontrol emosi diri sendiri (*stress management*) diwujudkan dalam bentuk kemampuan mengatur emosi secara efektif dan konstruktif (*stress tolerance*) dan mengontrol emosi secara efektif dan konstruktif (*impulse control*). Individu mampu menghasilkan emosi yang efektif dan konstruktif (Bar-on, 2007).

Kemampuan individu mengatur perubahan dan mengatasi masalah pada hubungan intrapersonal dan interpersonal (*Adaptability*) mendorong individu memvalidasi perasaan diri sendiri dan menghubungkannya dengan realita eksternal (*Reality testing*). Individu mampu mengatasi dan beradaptasi dengan perubahan yang terjadi dalam kehidupan (*Flexibility*) serta mampu menggunakan solusi yang efektif terhadap masalah interpersonal maupun intrapersonal (*Problem solving*) (Bar-on, 2007).

Kemampuan yang terakhir yaitu kemampuan menyalurkan mood yang positif dan mampu memotivasi diri sendiri (*General mood*). Individu memiliki pandangan yang positif dan melihat sisi baik dari kehidupan (*Optimism*) dan mampu merasakan kebahagiaan dengan diri sendiri, orang lain dan kehidupan secara umum (*Happiness*) (Bar-on, 2007).

Dimensi-dimensi kecerdasan emosional tersebut akan mempengaruhi hubungan intrapersonal maupun interpersonal individu perawat, yang pada akhirnya juga dapat mempengaruhi perilaku *caring* perawat pada pemberian asuhan keperawatan kepada pasien.

2.2.5 Pengukuran kecerdasan emosional

Pengukuran kecerdasan emosional terdiri dari dua jenis yaitu tes performa dan kuisioner *self-report*. Tes performa dilakukan dengan melihat performa emosi individu secara obyektif seperti wajah. Kuisioner *self-report* adalah laporan emosi yang dirasakan diri sendiri. Kedua tes ini masing-masing memiliki kekuatan dan kelemahan. Tes performa membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan kuisioner *self-report* karena tes performa membutuhkan waktu untuk observasi, sedangkan kuisioner *self-report* lebih cepat dilakukan. Tidak seperti tes performa, kuisioner *self-report* membutuhkan pemahaman diri terhadap tingkat kecerdasan emosional pribadi. Terkadang individu tidak mampu mengartikan emosi dirinya sendiri. Kelemahan kuisioner *self-report* adalah terkadang individu mengubah respon mereka agar terlihat baik. Oleh karena itu pada kuisioner *self-report* sebaiknya menggunakan skala ukur. Adanya skala ukur dapat mengukur

perbedaan respon tiap-tiap individu terhadap setiap item pernyataan kecerdasan emosional (Ciarrochi, Forgas & Mayer, 2001).

Beberapa alat ukur kecerdasan emosional untuk mengukur performa antara lain *Multifactor emotional intelligence scale* (MEIS), *Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test* (MSCEIT V.1.1 dan V.2.0), *level of emotional awareness scale* (LEAS). Beberapa alat ukur kecerdasan emosional yang berupa *self-report* antara lain *Bar-On emotional quotient inventory* (EQ-i), *Emotional competence inventory* (ECI), *Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test* (MSCEIT).

EQ-i dikatakan sebagai alat ukur *self-report* kecerdasan emosional tertua (Cherniss, 2000). EQ-i terdiri dari 12 subskala yang menggambarkan semua subfaktor yang dijelaskan oleh Bar-on. Setiap subskala tersebut memiliki reliabilitas yang tinggi (Ciarrochi, Forgas & Mayer, 2001). EQ-i terdiri dari 4 indikator validitas yaitu *omission rate*, *inconsistency index*, *positive impression*, dan *negative impression*.

Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT) dikembangkan dari uji sebelumnya yaitu *Multifactor emotional intelligence test* (MEIS) yang mengukur komponen kecerdasan emosional meliputi persepsi emosi, penggunaan emosi untuk fasilitasi berpikir, memahami emosi, dan manajemen emosi. MSCEIT terdiri dari 141 item yang dibagi dalam 8 tugas (dua untuk setiap komponen). Reliabilitas keempat komponen tersebut berkisar antara 0,76 sampai 0,91 namun reliabilitas untuk setiap komponen cukup rendah yaitu 0,55 sampai 0,88.

Emotional competence inventory (ECI) didesain untuk mengukur kompetensi emosional individu dan organisasi. ECI dikembangkan dari kompetensi emosional Goleman dan kompetensi Hay/ McBERS. ECI mengukur 18 kompetensi yang dibagi dalam 4 kluster yaitu *self awareness*, *self management*, *social awareness* dan *relationship management*. Nilai alpha Cronbach untuk semua kompetensi

cukup baik (0,63 sampai 0,78). Validitas instrument ini telah diuji melalui beberapa studi antara lain studi tentang kesuksesan hidup individu oleh Sevinc, performa departemen oleh Nel, persepsi kepemimpinan dalam kelompok oleh Humphrey dan performa penjualan oleh Lloyd (Wolf, 2005). Beberapa alat ukur kecerdasan emosional diatas tentunya sangat bersifat individual. Masing-masing orang memiliki tingkat kecerdasan emosional yang berbeda-beda yang mempengaruhi perilakunya.

2.2.6 Faktor-faktor yang mempengaruhi kecerdasan emosional

Kecerdasan emosional seseorang tentunya dipengaruhi oleh karakteristik biografi individu seperti jenis kelamin, status perkawinan, usia, tingkat pendidikan, dan lama kerja. Goleman (2005) mengatakan bahwa seorang pria yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi memiliki keramahmataman, menyenangkan, sosialisasi yang baik, tidak memiliki ketakutan ataupun kekhawatiran. Pria mempunyai kemampuan untuk berkomitmen terhadap orang lain, bertanggungjawab, memiliki pandangan yang etis, simpati dan *caring* dalam membina hubungan. Mereka juga memiliki kenyamanan dengan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sosial. Namun pada kondisi tertekan, tidak berdaya atau dikritik, seorang pria cenderung mengekspresikan marah, yang mungkin berisiko menjadi perilaku kekerasan.

Wanita yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi cenderung asertif, mampu mengekspresikan perasaan secara langsung, memiliki perasaan positif terhadap diri sendiri (Goleman, 2005). Wanita lebih mampu mengidentifikasi dan mengekspresikan emosi dengan akurat (Ciarrochi, Forgas & Mayer, 2001). McShane & Glinow (2003) juga berpendapat bahwa wanita lebih mampu menerima atau merasakan emosinya dibandingkan pria. Namun demikian, pria lebih mampu mengontrol emosi daripada wanita.

Goleman (1999) juga menyatakan bahwa wanita tidak lebih hebat daripada pria dalam hal kecerdasan emosional, atau sebaliknya. Berdasarkan sebuah analisis tentang kecerdasan emosi terhadap ribuan pria dan wanita, Goleman (1999)

menemukan bahwa wanita rata-rata lebih sadar tentang emosi mereka, lebih mudah bersikap empati, dan lebih terampil dalam hubungan interpersonal dibandingkan pria. Hal ini mungkin dikarenakan pria kurang motivasi untuk berempati dibandingkan wanita. Namun demikian, pria lebih percaya diri, optimistis, mudah beradaptasi, dan lebih baik dalam mengatasi stress (Goleman, 1999). Selain itu, hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku caring seseorang dijelaskan dari hasil penelitian Greenhalgh, Vanhaunen dan Kyngas (1998) yang menemukan bahwa perawat perempuan lebih *caring* pada dirinya sendiri dan orang lain, membangun hubungan saling percaya dengan klien dan memberikan rasa nyaman yang lebih baik daripada perawat laki-laki.

Wanita yang menikah (istri) lebih akurat dalam mengidentifikasi dan mengekspresikan emosi dibandingkan pria (suami). Wanita yang menikah lebih mampu menunjukkan respon verbal yang sesuai dengan ungkapan emosinya dibandingkan pria menikah yang tidak bahagia. Pasangan suami istri yang bahagia dalam pernikahannya lebih mampu mengidentifikasi dan mengekspresikan emosinya daripada pasangan suami istri yang tidak bahagia (Ciarrochi, Forgas & Mayer, 2001).

Usia berhubungan dengan kematangan atau tingkat kedewasaan seseorang. Individu yang memiliki usia lebih tua dan pengalaman kerja yang lebih lama umumnya memiliki kecerdasan emosional yang lebih baik. Hal ini seperti yang diungkapkan oleh Goleman (1999) yang menyebutkan istilah lama untuk perkembangan kecerdasan emosional sebagai kedewasaan. Studi-studi yang menelusuri tingkat kecerdasan emosional seseorang selama bertahun-tahun menunjukkan bahwa orang makin lama makin baik dalam kemampuan ini (kecerdasan emosional) sejalan dengan semakin terampilnya dirinya dalam menangani emosinya sendiri, memotivasi diri, dan mengasah empati serta kecakapan sosialnya (Goleman, 2005). Selain itu, Robbins & Judge (2008) juga menyampaikan bahwa masa jabatan, jika dinyatakan sebagai pengalaman kerja, dapat dijadikan sebuah dasar perkiraan yang baik untuk produktivitas pekerjaan individu. Perawat yang memiliki pengalaman kerja yang lebih lama diharapkan

mampu menghasilkan produktivitas kerja yang lebih baik termasuk dalam menerapkan perilaku *caring*.

Tingkat pendidikan. Sejauh yang peneliti ketahui, pembahasan mengenai pengaruh tingkat pendidikan terhadap kecerdasan emosional belum ada. Peneliti juga belum menemukan hasil-hasil penelitian yang menyebutkan bahwa individu yang memiliki tingkat pendidikan lebih tinggi mempunyai kecerdasan emosional yang lebih baik, atau sebaliknya. Namun demikian, tingkat pendidikan seseorang dapat mempengaruhi pemanfaatan pengetahuan dan ketrampilan. Hal ini dinyatakan oleh Siagian (1999) bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin tinggi pula keinginan orang tersebut untuk memanfaatkan atau mengaplikasikan pengetahuan dan ketrampilannya.

Tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi kemampuan intelektualnya. Robbins dan Judge (2008) menyampaikan bahwa individu yang memiliki kemampuan intelektual akan mampu mempelajari pekerjaannya dengan lebih cepat, lebih mampu beradaptasi dalam keadaan yang berubah dan lebih baik dalam menemukan solusi untuk meningkatkan kinerjanya. Perawat yang memiliki latar belakang pendidikan yang lebih tinggi diharapkan lebih mampu mengaplikasikan pengetahuan dan ketrampilan keperawatannya termasuk dalam menerapkan perilaku *caring*.

Berdasarkan beberapa penjelasan tersebut, maka dapat disimpulkan kerangka teoritis yang menjabarkan hubungan kecerdasan emosional dan perilaku *caring* perawat pada skema 2.1 berikut:

Skema 2.2 Diagram skematis hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien



Berdasarkan diagram skematis hubungan kecerdasan emosional perawat dan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa dimensi kecerdasan emosional menurut beberapa pakar, antara lain Salovey dan Mayer, Goleman serta Bar-on. Penelitian ini akan menggunakan dimensi kecerdasan emosional Goleman, karena lebih sistematis menggambarkan kecerdasan emosional individu dalam melakukan hubungan intrapersonal maupun interpersonal. Komponen *caring* disimpulkan berdasarkan 10 (sepuluh) faktor karatif menurut Watson dan 5 (lima) komponen *caring* menurut Swanson. Penelitian ini akan menggunakan komponen *caring* yang tercakup dalam 10 (sepuluh) faktor karatif Watson karena mampu menggambarkan perilaku *caring* yang perlu ditampilkan oleh perawat secara detail.

Hubungan kecerdasan emosional dan perilaku *caring* perawat ini dipengaruhi oleh karakteristik perawat itu sendiri dan juga oleh pasien sebagai individu yang menerima perilaku *caring* perawat. Karakteristik perawat mencakup usia, jenis kelamin, lama kerja, dan status perkawinan. Karakteristik pasien mencakup usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pengalaman masa lalu (lama dirawat, dan frekuensi dirawat). Sedangkan, karakteristik lainnya mencakup sikap, motif, minat dan harapan individu (pasien) tidak dikaji pada penelitian ini karena karakteristik ini umumnya tidak berbeda pada setiap pasien.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini akan menguraikan tentang kerangka konsep, hipotesis penelitian dan definisi operasional berdasarkan variabel-variabel yang diteliti.

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan kajian literatur pada tinjauan pustaka, maka diperoleh gambaran bahwa perilaku *caring* perawat dalam pemberian asuhan keperawatan yang didukung dengan kecerdasan emosional yang baik akan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Variabel-variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.1.1 Variabel bebas (*independen variable*)

Variabel bebas pada penelitian ini adalah kecerdasan emosional yaitu kemampuan yang dimiliki oleh individu untuk mengenal atau memahami dan mengatur emosi diri sendiri dan orang lain sehingga akan mempengaruhi individu dalam membina hubungan intrapersonal maupun interpersonal. Penelitian ini mengukur kecerdasan emosional perawat pelaksana berdasarkan 5 (lima) dimensi kecerdasan emosional Goleman (2005) yang meliputi mengetahui emosi diri sendiri (kesadaran diri), mengatur emosi diri, memotivasi diri sendiri, mendukung dan memahami emosi orang lain (empati), dan membina hubungan dengan orang lain (*social skills*).

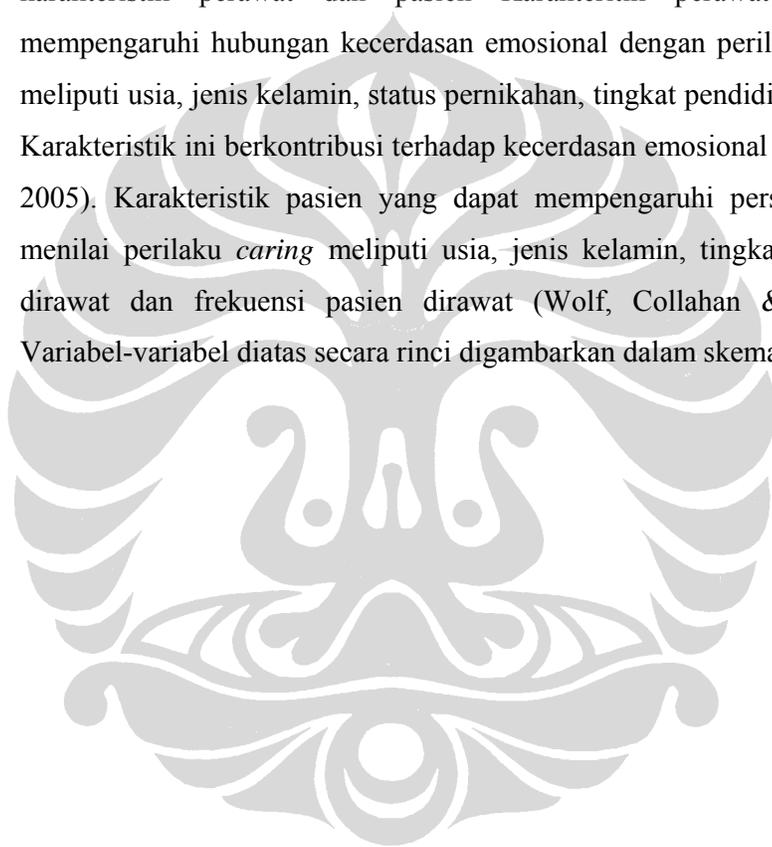
3.1.2 Variabel terikat (*dependen variable*)

Variabel terikat pada penelitian ini adalah perilaku *caring* yang dipersepsikan oleh pasien yang sedang dirawat dan langsung menerima perawatan dari perawat. Penelitian ini mengukur perilaku *caring* perawat berdasarkan 10 faktor karatif Watson (1979, dalam Tomey & Alligod, 2006) meliputi sistem nilai *humanistic* dan *altruistic*, kepercayaan-harapan, kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain, hubungan saling percaya dan saling membantu, ungkapan perasaan yang positif dan negatif, metode yang sistematis dalam pemecahan masalah,

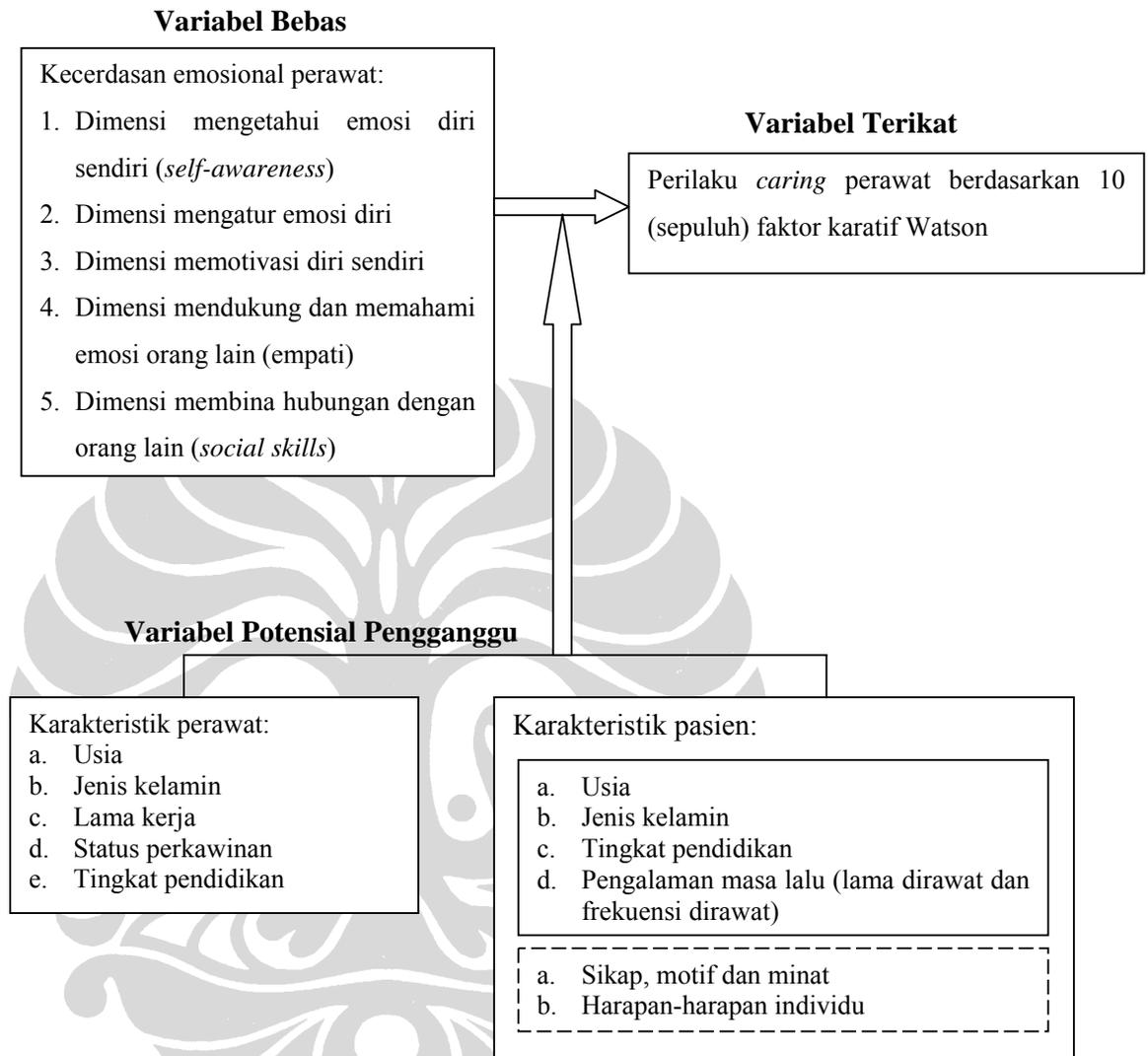
pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal, lingkungan yang supportif, protektif, perbaikan mental, fisik, sosial budaya dan spiritual, pemenuhan kebutuhan dasar manusia dan penghargaan kekuatan eksistensial-phenomenologikal, yang akan dinilai secara komposit.

3.1.3 Variabel potensial pengganggu (*counfounding variable*)

Variabel potensial pengganggu pada penelitian ini terdapat dua jenis yaitu karakteristik perawat dan pasien. Karakteristik perawat yang berpotensi mempengaruhi hubungan kecerdasan emosional dengan perilaku *caring* perawat meliputi usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan dan lama kerja. Karakteristik ini berkontribusi terhadap kecerdasan emosional individu (Goleman, 2005). Karakteristik pasien yang dapat mempengaruhi persepsi pasien dalam menilai perilaku *caring* meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama dirawat dan frekuensi pasien dirawat (Wolf, Collahan & Costello, 1998). Variabel-variabel di atas secara rinci digambarkan dalam skema berikut.



Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Keterangan:

: variabel yang diteliti

: variabel yang tidak diteliti

3.2 Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini terdiri dari dua jenis yaitu hipotesis mayor dan hipotesis minor.

3.2.1 Hipotesis mayor

Hipotesis mayor pada penelitian ini adalah:

3.2.1.1 Ada hubungan antara kecerdasan emosional perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso

3.2.2 Hipotesis minor

Hipotesis minor pada penelitian ini yaitu:

3.2.2.1 Ada hubungan antara dimensi mengetahui emosi diri sendiri yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

3.2.2.2 Ada hubungan antara dimensi mengatur emosi diri sendiri yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

3.2.2.3 Ada hubungan antara dimensi memotivasi diri sendiri yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

3.2.2.4 Ada hubungan antara dimensi mendukung dan memahami emosi orang lain yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

3.2.2.5 Ada hubungan antara dimensi membina hubungan dengan orang lain yang dirasakan oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

3.1 Definisi Operasional

Definisi operasional ditentukan untuk memperoleh pemahaman yang sama tentang pengertian variabel yang akan diukur (variabel bebas, terikat dan

pengganggu), dan untuk menentukan metode penelitian yang akan digunakan dalam analisis data. Definisi operasional pada penelitian ini dijelaskan pada tabel berikut.

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel/ sub variabel	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
1. Variabel dependen					
	Perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana menurut persepsi pasien	Persepsi pasien terhadap perilaku <i>caring</i> perawat pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien mencakup 10 faktor karatif	Diukur dengan kuesioner D Terdiri dari 37 item Menggunakan skala Likert: 4: sangat sesuai 3: sesuai 2: tidak sesuai 1: sangat tidak sesuai Untuk pertanyaan negatif, kategori nilai berlaku terbal	Total skor antara 37-148. Dikategori kan berdasarkan <i>cut of poin</i> nilai mean: < 112,98: kurang <i>caring</i> . ≥ 112,98: <i>caring</i>	Nominal
2. Variabel Independen					
	Kecerdasan emosioanl	Kemampuan perawat mencakup mengetahui emosi diri sendiri, mengatur emosi diri, memotivasi diri sendiri, mendukung dan memahami emosi orang lain, dan membina hubungan dengan orang lain (<i>social skills</i>)	Diukur dengan kuesioner B Terdiri dari 54 item. Menggunakan skala Likert: 4: sangat sesuai 3: sesuai 2: tidak sesuai 1: sangat tidak sesuai. Untuk pernyataan negatif, kategori nilai berlaku terbalik	Total skor antara 54-216 Dikategori kan berdasar skor total (Hunsaker, 2001): < 172,8: rendah ≥172,8: tinggi	Nominal
	a. Mengetahui emosi diri	Kemampuan perawat	Diukur dengan kuesioner B	Skor responden	Nominal

	mencakup: kesadaran emosi, penilaian diri secara akurat, percaya diri	Terdiri dari 7 item pernyataan Menggunakan skala Likert: 4: sangat sesuai 3: sesuai 2: tidak sesuai 1: sangat tidak sesuai. Untuk pernyataan negatif, kategori nilai berlaku terbalik	antara 7-28. Dikategorikan berdasarkan 80% skor total (Hunsaker, 2001): < 22,4: rendah $\geq 22,4$: tinggi	
b. Mengatur emosi diri	Kemampuan perawat mencakup: kendali diri, dapat dipercaya, berhati-hati, adaptasi, inovatif	Diukur dengan kuesioner B Terdapat 16 item pernyataan. Menggunakan skala Likert: 4: sangat sesuai 3: sesuai 2: tidak sesuai 1: sangat tidak sesuai. Untuk pernyataan negatif, kategori nilai berlaku terbalik	Skor responden antara 16-64 Dikategorikan berdasarkan 80% skor total (Hunsaker, 2001) < 51,2: rendah $\geq 51,2$: tinggi	Nominal
c. Memotivasi diri sendiri	Kemampuan perawat mencakup: dorongan berprestasi, komitmen, inisiatif, optimis	Diukur dengan kuesioner B Terdapat 9 item pernyataan Menggunakan skala Likert: 4: sangat sesuai 3: sesuai 2: tidak sesuai 1: sangat tidak sesuai. Untuk pernyataan negatif, kategori nilai berlaku terbalik	Skor responden antara 9-36 Dikategorikan berdasarkan 80% skor total (Hunsaker, 2001) : < 28,8: rendah $\geq 28,8$: tinggi	Nominal
d. Memahami dan mendukung emosi orang	Kemampuan perawat mencakup: empati, orientasi	Diukur dengan kuesioner B Terdapat 11 item pernyataan	Skor responden antara 11-44 Dikategorikan	nominal

lain	pelayanan, mengembangkan orang lain, mengatasi keragaman, kesadaran politik	Menggunakan skala Likert: 4: sangat sesuai 3: sesuai 2: tidak sesuai 1: sangat tidak sesuai. Untuk pernyataan negatif, kategori nilai berlaku terbalik	kan berdasarkan 80% skor total (Hunsaker, 2001): < 35,2: rendah \geq 35,2: Tinggi	
e. Membina hubungan dengan orang lain	Kemampuan perawat mencakup: pengaruh, komunikasi, kepemimpinan, katalisator perubahan, manajemen konflik, membangun ikatan, kolaborasi dan kooperasi, kemampuan tim	Diukur dengan kuesioner B Terdiri dari 11 item pernyataan Menggunakan skala Likert: 4: sangat sesuai 3: sesuai 2: tidak sesuai 1: sangat tidak sesuai. Untuk pernyataan negatif, kategori berlaku terbalik	Skor responden antara 11-44 Dikelompokkan (Hunsaker, 2001): < 35,2: rendah \geq 35,2: Tinggi	nominal
3. Variabel Potensial Pengganggu				
a. Usia	Usia responden dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuesioner	Diukur dengan kuesioner A (untuk perawat) dan B (untuk pasien)	Jumlah usia dalam tahun	Interval
b. Jenis kelamin	Karakteristik responden tentang jenis kelamin, terdiri dari "laki-laki" dan "perempuan"	Diukur dengan kuesioner A (untuk perawat) dan B (untuk pasien) Pengelompokan 1: laki-laki 2: perempuan	Pengelompokan 1: laki-laki 2: perempuan	Nominal
c. Status pernikahan	Status pernikahan	Diukur dengan	Pengelompokan 1: belum menikah	Nominal

	perawat, terdiri dari “ menikah” dan “ belum menikah”	kuesioner A Pengelompokan 1: belum menikah 2: menikah	2: menikah	
d. Lama kerja	Lamanya perawat bekerja di RSUD Dr.H.Koesnadi Bondowoso	Diukur dengan kuesioner A	Lama kerja perawat bekerja dalam tahun	Interval
e. Tingkat pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang diselesaikan responden dan dibuktikan dengan tanda kelulusan resmi dari institusi	Diukur dengan kuesioner A Pengelompokan: 1. SPK 2. D3 Kep 3. S1/ Ners Diukur dengan kuesioner C Pengelompokan: 1: tidak sekolah 2: SD 3: SMP 4: SMA 5: Perguruan tinggi (Diploma, Sarjana, Magister)	Pengelompokan: 1. SPK 2. D3 Kep 3. S1/ Ners Pengelompokan: 1: \leq SMP 2: \geq SMA	Ordinal
f. Lama dirawat	Jumlah hari pasien dirawat saat ini di RSUD Dr.H. Koesnadi Bondowoso	Diukur dengan kuesioner C	Lama pasien dirawat dalam hari	Rasio
g. Frekuensi dirawat	Frekuensi pasien pernah dirawat di RSUD Dr.H. Koesnadi Bondowoso pada 5 tahun terakhir	Diukur dengan kuesioner C Pengelompokan 1: 1 kali 2: 2 kali 3: 3 kali 4: > 3 kali	Pengelompokan : 1: 1 kali 2: \geq 2 kali	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan desain penelitian, populasi dan sampel, tempat dan waktu penelitian. Selain itu, pada bab ini juga menjelaskan tentang etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

4.1 Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional* dimana pengukuran variabel-variabelnya dilakukan hanya satu kali, pada satu saat (Ghazali, Sastromihardjo, Rochani, Soelaryo, & Pramulyo, 2008). Desain ini digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (kecerdasan emosional perawat) dengan variabel dependen (perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien).

4.2 Populasi dan sampel

Populasi dalam penelitian ini menggunakan dua kelompok yaitu perawat dan pasien.

4.2.1 Perawat

Kelompok perawat diteliti untuk variabel kecerdasan emosional perawat.

4.2.1.1 Populasi

Populasi adalah kumpulan semua individu pada suatu batas tertentu. Populasi studi merupakan kumpulan individu yang akan diukur atau diamati ciri-cirinya (Budiarto, 2002). Populasi perawat yang digunakan pada penelitian ini adalah semua perawat pelaksana di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso yaitu berjumlah 142 orang.

4.2.1.2 Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso yaitu Paviliun Melati, Paviliun Teratai, Paviliun Dahlia, Paviliun Bogenvil, Paviliun Anggrek dan Paviliun Rengganis. Kriteria inklusi sampel pada penelitian ini yaitu: perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, tidak sedang cuti dan bersedia menjadi responden. Teknik *sampling* yang digunakan adalah *total*

sampling dimana seluruh populasi yang memenuhi kriteria inklusi diambil sebagai sampel dalam penelitian. Untuk kebutuhan generalisasi maka jumlah sampel minimal yang dibutuhkan untuk analisis dihitung berdasarkan estimasi proporsi suatu populasi dengan rumus berikut (Sastroasmoro, 2008):

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

N = besar sampel yang diinginkan

α = tingkat kemaknaan (0,05)

P = proporsi keadaan yang akan dicari (*caring*) yaitu 0,4

Q = 1-P yaitu 0,6

d = tingkat ketepatan absolut yang dicari yaitu 10%

Dari rumus tersebut diperoleh hasil sebagai berikut:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (0,4) \times (0,6)}{(0,10)^2}$$

n = 92

Dengan demikian, dengan jumlah sampel perawat yang dibutuhkan sebanyak 92 perawat. Cara pengambilan sampel di akan dilakukan secara *simple random sampling*.

4.2.2 Pasien

Kelompok pasien diteliti untuk variabel perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien.

4.2.2.1 Populasi

Populasi pasien yang akan digunakan pada penelitian ini adalah semua pasien yang dirawat di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

4.2.2.2 Sampel

Teknik *sampling* yang akan digunakan adalah *pursposive sampling* yaitu pemilihan responden sebagai sampel berdasarkan pertimbangan subyektif peneliti, bahwa responden tersebut dapat memberikan informasi yang memadai untuk menjawab pertanyaan penelitian (Sastroasmoro, 2008). Kriteria inklusi pada sampel pasien yaitu pasien dirawat di ruang rawat inap minimal 3X24 jam,

kesadaran *composmentis*, tingkat ketergantungan *self care* dan *partial care*, dan pasien bersedia menjadi responden. Kriteria inklusi ini ditentukan oleh peneliti berdasarkan gambaran kondisi pasien secara umum di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Individu yang mengalami hospitalisasi selama 24 jam di rumah sakit lebih merasakan pelayanan kesehatan daripada pasien yang tidak dirawat di rumah sakit (Radwin, 2003), sehingga berdasarkan pertimbangan tersebut maka pasien yang telah dirawat selama 3X24 jam diharapkan mampu mempersepsikan perilaku *caring* yang diberikan perawat kepada pasien. Pasien dengan kesadaran *composmentis* memiliki kesadaran penuh sehingga diharapkan dapat mempersepsikan perilaku perawat dengan baik. Pasien dengan tingkat ketergantungan *self care* dan *partial care* diharapkan dapat kooperatif (mampu bekerja sama) dan tidak mengganggu pemberian pelayanan untuk pasien. Kesediaan menjadi responden menjadi hal yang sangat penting terkait prinsip etika penelitian (*self determination*).

Untuk kebutuhan generalisasi maka jumlah sampel minimal yang dibutuhkan untuk analisis dihitung berdasarkan estimasi proporsi suatu populasi dengan rumus berikut (Sastroasmoro, 2008):

$$n = \frac{z_{\alpha}^2 PQ}{d^2}$$

N = besar sampel yang diinginkan

α = tingkat kemaknaan (0,05)

P = proporsi keadaan yang akan dicari (*caring*) yaitu 0,4

Q = 1-P yaitu 0,6

d = tingkat ketepatan absolut yang dicari yaitu 10%

Dari rumus tersebut diperoleh hasil sebagai berikut:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times (0,4) \times (0,6)}{(0,10)^2}$$

n = 92

jadi jumlah sampel pasien yang dibutuhkan sebanyak 92 orang.

4.3 Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Alasan utama peneliti menggunakan RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso sebagai tempat penelitian karena rumah sakit ini sedang melakukan upaya peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit termasuk pelayanan keperawatan. Selain itu, berdasarkan hasil wawancara dengan Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan, ditemukan adanya beberapa keluhan pasien terhadap sikap perawat seperti kurang cekatan, seringkali mendahulukan kepentingan pribadi, kurang ramah, kurang memberikan informasi yang dibutuhkan pasien. Sikap ini tidak mencerminkan *caring* sebagai esensi dari praktik keperawatan. Oleh karena itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data awal bagi Bidang Keperawatan RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan melalui perilaku *caring* perawat.

4.4 Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada minggu II April 2010 – minggu I Mei 2010. Penelitian dilaksanakan setelah ujicoba kuesioner. Rancangan waktu penelitian mulai dari penyusunan proposal sampai dengan penyusunan laporan tesis terlampir. Peneliti membuat jadwal pengambilan data di 6 ruang rawat inap. Ruang Paviliun Melati tanggal 10-13 April 2010, Paviliun Teratai tanggal 14-16 April 2010, Paviliun Dahlia tanggal 17-20 April 2010, Paviliun Bougenvil tanggal 21-26 April 2010, Paviliun Anggrek tanggal 27-29 April dan Paviliun Rengganis tanggal 30 April 2010-4 Mei 2010.

4.5 Etika penelitian

Etika penelitian membahas aplikasi prinsip etika dalam penelitian dan *informed consent*.

4.5.1 Aplikasi prinsip etika dalam penelitian

Penelitian Kesehatan yang mengikutsertakan subyek manusia harus memperhatikan aspek etik dalam kaitan menaruh hormat atas martabat manusia. Secara hukum hal ini telah diatur dalam PP 39/1995 tentang penelitian dan pengembangan kesehatan. Menurut PP tersebut, pelaksanaan

penelitian dan pengembangan kesehatan wajib dilakukan dengan memperhatikan kesehatan dan keselamatan jiwa manusia, keluarga dan masyarakat yang bersangkutan. Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2003) menyebutkan prinsip dasar penerapan etik penelitian kesehatan mencakup *respect for person* (menghormati seseorang), *beneficence & non maleficence* (kemanfaatan) dan *Justice* (keadilan).

Prinsip menghormati seseorang (*respect for person*) diwujudkan dengan penghormatan terhadap otonomi seseorang, termasuk melindungi seseorang yang otonominya berkurang (Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2003). Penerapan prinsip ini dilakukan peneliti dengan cara menghormati kebebasan responden untuk memutuskan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian, tanpa adanya paksaan dari pihak manapun (*self determination*). Peneliti menghormati hak untuk membuat keputusan mengakhiri keikutsertaannya sebagai subjek penelitian, untuk menolak memberikan informasi, atau untuk meminta klarifikasi tentang tujuan penelitian bahkan pertanyaan khusus lainnya (Hamid, 2008). Selama proses pengambilan data, semua responden perawat yang memenuhi kriteria inklusi tidak ada yang menolak ataupun mengakhiri menjadi subjek penelitian. Sedangkan, pada responden pasien, terdapat satu pasien yang menolak berpartisipasi menjadi subjek dalam penelitian ini. Peneliti menerapkan prinsip *respect for person* dengan menghormati kebebasan responden untuk menolak menjadi responden.

Prinsip *beneficence* dan *non maleficence* (kemanfaatan/ kebaikan) diwujudkan dengan memaksimalkan kebaikan dan meminimalkan kerugian serta kesalahan (Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2003). Prinsip *beneficence* menekankan pada manfaat atau kebaikan yang akan diterima oleh responden (Watson, McKenna, Cowman dan Keady, 2008). Manfaat penelitian ini bagi responden pasien antara lain dapat teridentifikasi penilaian pasien terhadap perilaku *caring* perawat sehingga diharapkan dapat dijadikan sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan keperawatan melalui perilaku *caring* perawat. Manfaat penelitian ini bagi responden perawat antara lain sebagai masukan bagi perawat dan institusi dalam meningkatkan kualitas

pelayanan rumah sakit khususnya keperawatan. Prinsip *non-maleficence* menekankan bahwa penelitian tidak akan mengakibatkan bahaya atau kematian bagi responden. Penerapan prinsip ini yang dilakukan peneliti antara lain dilakukan dengan penyimpanan data responden. Kerahasiaan informasi atau data yang diperoleh dari responden akan dijamin oleh peneliti dan hanya akan digunakan dalam penelitian ini saja (*confidentiality*) serta akan dimusnahkan setelah proses pelaporan penelitian diterima sebagai hasil penelitian yang sah. Selain itu, prinsip *non-maleficence* diwujudkan menjaga kerahasiaan identitas responden (*anonymity*). Peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner, peneliti hanya mencantumkan kode. Kesesuaian nama responden dan kode tersebut hanya diketahui oleh peneliti. Kuesioner yang telah diisi diserahkan dalam amplop tertutup.

Prinsip *justice* (keadilan) diwujudkan dengan memperlakukan setiap orang dengan moral yang benar dan pantas serta memberi setiap orang haknya, serta penekanan pada distribusi seimbang dan adil antara beban dan manfaat keikutsertaan (Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2003). Prinsip ini juga diartikan sebagai kesempatan yang adil bagi semua responden tanpa memandang *gender*, bahasa dan usia. Responden memiliki hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil dan mendapatkan keleluasaan pribadi (Hamid, 2008).

Penerapan prinsip ini dilakukan oleh peneliti dengan cara memberikan perlakuan yang adil mencakup seleksi subyek yang adil dan tidak diskriminatif, perlakuan yang tidak menghukum bagi mereka yang menolak atau mengundurkan diri dari kesertaannya dalam penelitian, subyek dapat mengakses penelitian setiap saat diperlukan untuk mengklarifikasi informasi, subyek berhak mendapatkan penjelasan jika diperlukan, serta mengikutsertakan semua data responden yang memenuhi kriteria inklusi mulai dari pengolahan data sampai penyajian data.

4.5.2 Informed consent

Informed consent merupakan persetujuan yang diberikan oleh seorang individu kompeten yang telah menerima informasi yang diperlukan, yang telah memahami secara memadai informasi tersebut, dan yang setelah mempertimbangkan informasi tersebut tiba pada suatu keputusan tanpa mengalami paksaan, pengaruh atau bujukan yang tidak layak. Bila seorang individu tidak mampu membuat suatu *informed consent* untuk berpartisipasi dalam penelitian, maka peneliti harus memperoleh persetujuan wali dari wakil hukum individu tersebut atau wakil lain yang berwenang (CIOMS & WHO, 1993).

Sebelum pelaksanaan penelitian, peneliti terlebih dahulu memberikan penjelasan kepada responden dalam penelitian ini yaitu perawat dan pasien. Penjelasan tersebut meliputi tujuan penelitian, manfaat yang akan didapatkan, perkiraan lama berpartisipasi, kemungkinan risiko dan ketidaknyamanan, jaminan anonimitas dan kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden, penjelasan bahwa responden dapat mengundurkan diri kapan saja. Responden yang bersedia menjadi subjek penelitian, diminta untuk menandatangani *informed consent* (formulir persetujuan). Namun, terhadap responden yang menolak, peneliti tidak melakukan paksaan ataupun ancaman apapun.

4.6 Alat pengumpulan data

Alat pengumpul data atau instrumen yang digunakan pada penelitian ini berupa kuesioner meliputi:

4.6.1 Kuisisioner A

Kuisisioner A berisi tentang karakteristik demografi perawat pelaksana yang terdiri dari umur, jenis kelamin, status pernikahan, lama kerja dan tingkat pendidikan. Kuisisioner berisi pertanyaan terbuka dan daftar cek yang diisi dengan cara menuliskan kondisi responden yang sebenarnya (lampiran kuisisioner). Hasil pengumpulan data subvariabel usia dan lama kerja tidak dikategorikan. Subvariabel jenis kelamin dikategorikan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Subvariabel status pernikahan dikategorikan menjadi dua yaitu belum

menikah dan menikah. Subvariabel tingkat pendidikan dikategorikan menjadi tiga yaitu SPK, D3 Keperawatan dan S1 Keperawatan.

4.6.2 Kuisisioner B

Kuisisioner B berisi tentang kecerdasan emosional perawat pelaksana. Kuisisioner ini adalah adopsi dan modifikasi dari dimensi kecerdasan emosional yang dikembangkan oleh Goleman (2005). Pengembangan kuisisioner ini disesuaikan dengan kondisi setempat, menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh perawat pelaksana. Kuisisioner terdiri dari 83 pertanyaan (lampiran kuisisioner), yang dapat dilakukan analisis sebanyak 54 item pernyataan.

Dimensi kesadaran diri (*self awareness*) terdiri dari 10 pernyataan yaitu 6 pernyataan positif (no. 1, 6, 8, 12, 21, 60) dan 4 pernyataan negatif (no. 14, 18, 31, 49). Dimensi pengaturan emosi diri terdiri dari 22 pernyataan yaitu 12 pernyataan positif (no. 10, 11, 15, 17, 19, 22, 23, 36, 40, 46, 54, 80) dan 10 pernyataan negatif (no. 33, 39, 50, 56, 57, 67, 70, 73, 74, 78). Dimensi memotivasi diri terdiri dari 15 pernyataan yaitu 8 pernyataan positif (no. 2, 3, 24, 28, 30, 42, 43, 44) dan 7 pernyataan negatif (no. 7, 13, 34, 51, 64, 68, 82). Dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain terdiri dari 16 pernyataan yaitu 13 pernyataan positif (no. 4, 25, 27, 41, 48, 55, 58, 59, 66, 72, 79, 83, 84) dan 3 pernyataan negatif (no. 32, 52, 75). Dimensi membina hubungan dengan orang lain terdiri dari 20 pernyataan yaitu 13 pernyataan positif (no. 9, 16, 26, 35, 37, 38, 43, 61, 63, 65, 71, 81) dan 7 pernyataan negatif (no. 5, 20, 29, 47, 53, 69, 77).

Alternatif jawaban pada kuisisioner B menggunakan skala Likert 1-4. Kriteria penilaian pada pernyataan positif yaitu nilai 1 untuk sangat tidak sesuai, nilai 2 untuk tidak sesuai, nilai 3 untuk sesuai dan nilai 4 untuk sangat sesuai. Pada pernyataan negatif berlaku kebalikan yaitu nilai 1 untuk sangat sesuai, nilai 2 untuk sesuai, nilai 3 untuk tidak sesuai dan nilai 4 untuk sangat tidak sesuai.

4.6.3 Kuisisioner C

Kuisisioner C berisi tentang karakteristik demografi pasien yang terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, lama dirawat dan frekuensi dirawat. Kuisisioner berisi pertanyaan terbuka dan daftar cek yang diisi dengan cara menuliskan kondisi responden yang sebenarnya (lampiran kuisisioner). Hasil pengumpulan data subvariabel usia tidak dikategorikan. Subvariabel jenis kelamin dikategorikan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Subvariabel tingkat pendidikan dikategorikan menjadi lima yaitu tidak sekolah, SD, SMP, SMA, PT. Subvariabel lama dirawat tidak dikategorikan. Subvariabel frekuensi dirawat dikategorikan menjadi tiga yaitu satu kali, dua kali, tiga kali dan lebih dari tiga kali.

4.6.4 Kuisisioner D

Kuisisioner D berisi tentang penampilan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien. Kuisisioner ini diadopsi dari *Caring Assessment Tool* (CAT) yang dikembangkan oleh Duffy (1990). CAT menggunakan konsep teori Watson dan mengukur 10 faktor karatif. Peneliti melakukan beberapa perubahan pada CAT, dimana hanya item yang relevan yang dipakai dalam kuisisioner ini disesuaikan dengan kondisi setempat dan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien. Kuisisioner terdiri dari 41 pertanyaan.

Kuisisioner ini mengukur perilaku *caring* perawat secara komposit berdasarkan 10 faktor karatif Watson. Faktor karatif 1 (sistem nilai humanistik dan altruistik) terdiri dari lima pernyataan yaitu empat pernyataan positif (no. 1, 12, 15, 23) dan 1 pernyataan negatif (no. 8). Faktor karatif 2 (kepercayaan dan harapan) terdiri dari tiga pernyataan positif (no. 9, 13, 28). Faktor karatif 3 (kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain) terdiri dari tiga pernyataan positif (no. 2, 27, 31) dan dua pernyataan negatif (no. 36, 40). Faktor karatif 4 (hubungan saling percaya dan membantu) terdiri dari enam pernyataan yaitu empat pernyataan positif (no. 14, 16, 30, 34) dan dua pernyataan negatif (no. 10, 41). Faktor karatif 5 (ungkapan perasaan positif dan negatif) terdiri dari satu pernyataan negatif (no. 17) dan satu pernyataan positif (no. 25).

Faktor karatif 6 (metode sistematis dalam pemecahan masalah) terdiri dari tiga pernyataan positif (no. 3, 6, 11). Faktor karatif 7 (pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal) terdiri dari empat pernyataan yaitu dua pernyataan positif (no. 21, 22) dan dua pernyataan negatif (no. 7, 39). Faktor karatif 8 (lingkungan yang suportif, protektif, perbaikan mental, fisik, sosial, budaya dan spiritual) terdiri dari lima pernyataan yaitu tiga pernyataan positif (no. 18, 20, 26) dan dua pernyataan negatif (no. 24, 37). Faktor karatif 9 (pemenuhan kebutuhan dasar manusia) terdiri dari lima pernyataan yaitu empat pernyataan positif (no. 4, 19, 32, 29) dan satu pernyataan negatif (no. 35). Faktor karatif 10 (kekuatan eksistensial dan fenomenologikal) terdiri dari dua pernyataan positif (no. 5, 33) dan satu pernyataan negatif (no. 38).

Alternatif jawaban pada kuesioner D menggunakan skala Likert 1-4. Kriteria penilaian pada pernyataan positif yaitu nilai 1 untuk sangat tidak sesuai, nilai 2 untuk tidak sesuai, nilai 3 untuk sesuai dan nilai 4 untuk sangat sesuai. Pada pernyataan negatif berlaku kebalikan yaitu nilai 1 untuk sangat sesuai, nilai 2 untuk sesuai, nilai 3 untuk tidak sesuai dan nilai 4 untuk sangat tidak sesuai.

Peneliti memilih CAT sebagai alat ukur yang digunakan untuk meneliti perilaku *caring* menurut persepsi pasien dikarenakan beberapa alasan. CAT menggunakan konsep teori Watson dan mengukur 10 faktor karatif. Pernyataan dalam alat ukur ini sederhana dan sangat tepat digunakan untuk melihat persepsi pasien terhadap perilaku *caring*. Alat ukur ini didesain untuk penelitian deskriptif korelasi dan telah diuji validitas dan reliabilitasnya berkali-kali, terakhir pada tahun 2001 dengan nilai alpha Cronbach 0,98.

4.6.5 Validitas

Validitas suatu penelitian dilakukan untuk memperoleh gambaran mengenai seberapa jauh pengukuran yang kita lakukan memang mengukur sesuai yang diukur. Suatu alat ukur (kuesioner) dikatakan valid jika pernyataan dalam alat ukur tersebut mampu mengungkap sesuatu yang hendak diukur (Portney & Watkins, 2000). Beberapa pengukuran validitas menurut Portney dan Watkins

(2000) meliputi validitas muka (*face validity*), validitas isi (*content validity*), validitas criteria (*criterion-related validity*) dan validitas konstruk (*construct validity*). Beberapa literatur lain menyebutkan validitas muka sebagai hal yang serupa dengan validitas isi.

Validitas isi (*content validity*) menunjukkan sejauhmana suatu instrumen mampu mencakup semua substansi penting dari domain yang ingin diukur berdasarkan teori yang mendukungnya. Untuk memperoleh validitas isi yang tinggi, suatu alat ukur harus dirancang sedemikian rupa sehingga hanya berisi item yang relevan dan perlu menjadi bagian dari pengukuran, sehingga diperlukan batasan yang jelas agar bebas dari pengaruh faktor-faktor yang tidak relevan (Portney & Watkins, 2000; Hamid, 2008). Penilaian mengenai hal ini dapat dilakukan oleh penilai profesional (*professional judgment*).

Validitas isi pada penelitian ini dilakukan dengan cara memilah item pernyataan yang memang mengukur variabel penelitian. Pada pengukuran variabel kecerdasan emosional, validitas isi dilakukan dengan membandingkan item pernyataan dengan penjabaran domain-domain kecerdasan emosional Goleman. Sedangkan, pada variabel perilaku *caring* perawat, dilakukan dengan memilih item CAT yang relevan dan penting pada penelitian ini. Ada beberapa item pernyataan pada CAT yang tidak digunakan pada penelitian ini karena dianggap kurang tepat diaplikasikan pada penelitian ini. Kemudian, peneliti mengkonsultasikan validitas isi kuesioner penelitian ini kepada pembimbing dan seorang psikolog sebagai penilai profesional.

Validitas muka menunjukkan sejauh mana suatu instrumen tampak mampu mengukur kualitas variabel yang diinginkan. Validitas muka menekankan pada kemampuan tiap item pernyataan suatu alat ukur dapat dipahami atau ditafsirkan dengan benar oleh responden. Apabila penampilan tes telah meyakinkan dan memberikan kesan mampu mengungkap apa yang ingin diukur, maka dapat dikatakan validitas muka dapat terpenuhi (Portney & Watkins, 2000). Validitas muka pada penelitian ini dilakukan dengan memberikan kuesioner mengenai

kecerdasan emosional perawat kepada perawat sebagai *self-evaluation* terhadap kecerdasan emosional pribadi. Kuesioner mengenai perilaku *caring* perawat yang dinilai oleh pasien sebagai individu yang menerima perawatan langsung dari perawat dengan menggunakan CAT sebagai instrumen yang mengukur perilaku *caring* perawat oleh pasien. Jadi, validitas isi dinilai oleh pembimbing dan psikolog sebagai *professional judgment* dan validitas muka oleh pasien dan perawat pelaksana sebagai responden.

Validitas kriteria menunjukkan sejauh mana suatu alat ukur berkorelasi dengan alat ukur yang dianggap sebagai standar emas (*gold standard*) yang baku (Portney & Watkins, 2000). Jika korelasi antara hasil tes dengan standar baku tersebut positif dan tinggi maka dapat dikatakan alat ukur tersebut memiliki validitas yang tinggi. Metode ini disebut *concurrent criterion-related validity*. Jenis validitas kriteria yang lain yaitu *predictive criterion-related validity*. Validitas ini menunjukkan sejauh mana alat ukur dapat digunakan sebagai prediktor yang valid di masa yang akan datang. Uji validitas yang dilakukan pada penelitian ini yaitu melalui uji korelasi dengan cara membandingkan antara skor setiap pernyataan dengan skor totalnya (Hastono, 2007). Teknik korelasi menggunakan *Pearson product moment* (r). Kemudian r hitung dibandingkan dengan r tabel. Jika r hitung lebih besar dari r tabel maka item pernyataan tersebut valid (Notoatmodjo, 2005).

Validitas konstruk menekankan sejauh mana metode pengukuran berkorelasi dengan teori yang berlaku. Peneliti perlu mengumpulkan berbagai bukti empiris untuk mendukung pengukuran yang bermakna. Semakin kuat korelasi dengan teori berlaku maka semakin tinggi validitas konstruksinya (Hamid, 2008). Validitas konstruk dapat dilakukan dengan dua cara yaitu melalui *multi trait-multi method* dan analisis faktor. Hal-hal yang secara teori berdekatan harus tinggi korelasinya (*convergent validation*) dan hal-hal yang secara teori berjauhan harus rendah korelasinya (*discrimination validation*). Cara kedua dilakukan melalui analisis faktor. Melalui analisis faktor, dikonfirmasi ulang apakah data yang diambil memang mengandung faktor-faktor atau dimensi-dimensi yang diteorikan. Hal ini sering disebut dengan analisis faktor konfirmatori yang dapat dilakukan melalui

program SPSS dan penelaahan terhadap penampilan instrumen (Suryabrata, 2005). Validitas konstruk pada penelitian ini dilakukan dengan cara membuat kisi-kisi instrumen dengan berpedoman pada teori yang berlaku, baik pada instrumen variabel kecerdasan emosional maupun perilaku *caring*.

4.6.6 Reliabilitas

Reliabilitas suatu alat ukur menunjukkan seberapa konsisten suatu alat ukur mengukur konsep yang diteliti jika alat ukur tersebut digunakan oleh orang yang sama dalam waktu berlainan atau oleh orang yang berbeda dalam waktu yang sama atau waktu yang berlainan (Hamid, 2008; Suryabrata, 2005). Uji reliabilitas perlu dilakukan untuk setiap instrumen yang digunakan dalam suatu penelitian. Tingkat reliabilitas umumnya dinyatakan dalam bentuk koefisien korelasi. Nilai koefisien korelasi 1 (satu) menunjukkan reliabilitas sempurna, dan nilai 0 (nol) menunjukkan tidak reliabel. Untuk instrumen yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat koefisien korelasi yang bisa diterima adalah 0,80. Untuk instrumen yang baru dikembangkan, nilai reliabilitas 0,70 masih dianggap reliabel (Burns & Gorve, 1997 dalam Hamid, 2008).

Uji reliabilitas dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain uji stabilitas (*test-retest method*/ metode uji ulang), kesetaraan (*equivalence*) dan homogenitas (*internal consistency*). Uji kesetaraan dilakukan dengan membandingkan pengukuran yang dilakukan oleh dua orang atau lebih terhadap hal yang sama. Tingkat reliabilitas yang diharapkan adalah diatas 0,80 (Hamid, 2008). Uji homogenitas dilakukan untuk mengetahui korelasi berbagai item pernyataan dalam suatu instrumen, apakah setiap item instrumen secara konsisten mengukur hal yang sama. Uji homogenitas dapat dilakukan dengan menggunakan koefisien alpha Cronbach, korelasi Spearman Brown atau *Item-to-total correlation*.

Uji reliabilitas pada penelitian ini dilakukan melalui uji homogenitas (*internal consistency*) dengan membandingkan nilai r hasil (nilai *alpha Cronbach*) dengan r tabel. Jika r alpha lebih besar dari r tabel maka item pernyataan tersebut reliabel (Hastono, 2007).

4.6.7 Uji coba instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk memperoleh data seakurat mungkin dari subjek penelitian sehingga data dapat dipertanggungjawabkan. Untuk itu perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap setiap butir pertanyaan. Uji coba instrumen pada penelitian ini dilakukan pada tanggal 22 – 24 Maret 2010 di RSUD Situbondo, dengan alasan merupakan rumah sakit rujukan di kabupaten Situbondo, sama halnya RSU Bondowoso juga merupakan rumah sakit rujukan wilayah Kabupaten Bondowoso. Selain itu, gambaran perilaku *caring* perawat di kedua rumah sakit ini hampir serupa (kurang *caring*), memiliki budaya yang hampir sama karena berada di wilayah Karesidenan Besuki. Sehingga, diperkirakan kedua rumah sakit ini memiliki karakteristik perawat dan pasien yang hampir sama. Penelitian ini bersifat deskriptif korelasi sehingga ujicoba instrumen dilakukan dengan jumlah sampel 30 orang (Sugiyono, 1999).

4.6.8 Hasil uji coba instrumen

Hasil uji coba instrumen kuesioner yang mengukur kecerdasan emosional perawat (kuesioner A dan B) diperoleh r tabel sebesar 0,361 pada tingkat kemaknaan 5% ($df= 28$). Kuesioner B sebelum direvisi terdiri dari 56 item pernyataan terdapat 14 pernyataan yang valid (r hasil $> r$ tabel) yakni pernyataan nomor 9, 10, 14, 15, 22, 30, 32, 33, 37, 40, 44, 49, 51, dan 52, sedangkan 42 pernyataan yang lain tidak valid. Nilai alpha Cronbach sebelum revisi diperoleh sebesar 0,664 (nilai r Alpha $> r$ tabel atau $0,664 > 0,361$). Hastono (2007) berpendapat bahwa Jika r alpha lebih besar dari r tabel maka item-item pernyataan tersebut reliabel. Namun demikian, untuk instrumen yang baru dikembangkan, nilai reliabilitas yang masih dianggap reliabel adalah minimal 0,70 (Burns & Gorve, 1997 dalam Hamid, 2008).

Dengan pertimbangan tersebut, peneliti melakukan perbaikan terhadap pernyataan yang tidak valid dan menambahkan beberapa item pernyataan yang menunjang dan melakukan validitas isi dengan berkonsultasi kepada ahli (psikolog) terhadap kuesioner yang belum direvisi. Kuesioner B setelah direvisi terdiri dari 83 item pernyataan. Dari 83 item pernyataan yang dapat dianalisis sebanyak 54 item

pernyataan (r tabel = 0,205, df = 90). Perbaiki item-item pernyataan terlampir (lampiran 5). Setelah dilakukan revisi, nilai α Cronbach diperoleh sebesar 0,871. Untuk instrumen yang baru dikembangkan, nilai reliabilitas 0,70 masih dianggap reliabel (Burns & Gorge, 1997 dalam Hamid, 2008). Oleh karena itu, peneliti memutuskan bahwa 54 item pernyataan ini dapat dilakukan analisis lebih lanjut. Berikut ini uji validitas dan reliabilitas sebelum dan setelah dilakukan revisi.

Tabel 4.1 Uji validitas dan reliabilitas Kuesioner B

Variabel	Jumlah pernyataan		Nilai validitas item (<i>rit</i>)		Nilai <i>alpha</i> <i>Cronbach</i>	
	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah
Kecerdasan emosional	56	83	0,00-0,60	0,20-0,52	0,66	0,87
Dimensi:						
1. Mengetahui emosi diri	11	10	0,01-0,23	0,02-0,41	0,10	0,59
2. Pengaturan emosi diri	11	22	0,01-0,56	0,13-0,45	0,11	0,66
3. Memotivasi diri sendiri	9	15	0,01-0,40	0,10-0,31	0,57	0,50
4. Memahami dan mendukung emosi orang lain	10	16	0,22-0,59	0,04-0,54	0,33	0,65
5. Membina hubungan dengan orang lain	15	20	0,02-0,47	0,09-0,39	0,58	0,55

rit: corrected item-total correlation

Pada tabel 4.1 diatas menunjukkan bahwa terjadi peningkatan hasil uji validitas pada sebagian besar subvariabel, nilai r hitung rata-rata naik, dan nilai *alpha Cronbach* juga meningkat dari 0,66 meningkat menjadi 0,87.

Hasil uji instrumen terhadap kuesioner D (mengukur perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien) diperoleh r tabel sebesar 0,361 pada tingkat kemaknaan 5% (df =3 28). Dari 42 item pernyataan terdapat 10 pernyataan yang valid (r hasil > r tabel) yakni pernyataan nomor 12, 14, 20, 24, 27, 29, 31, 32, 39, dan 42, sedangkan 32 pernyataan yang lain tidak valid. Nilai *alpha Cronbach* kuesioner CAT yang baku berbahasa Inggris adalah 0,98. Kuesioner D mengadopsi dan memodifikasi sebagian item dari CAT dan kemudian diterjemahkan dalam bahasa Indonesia. Nilai α Cronbach kuesioner D sebelum revisi diperoleh sebesar 0,701. Untuk instrumen yang sudah dikembangkan dengan baik, tingkat

koefisien korelasi yang bisa diterima adalah 0,80 (Burns & Gorve, 1997 dalam Hamid, 2008).

Dengan pertimbangan tersebut, peneliti melakukan beberapa revisi item pernyataan menjadi 41 item. Item yang direvisi atau dibuang terlampir (lampiran 5). Rentang nilai r hitung sebelum revisi yaitu 0,000 – 0,562 (r tabel= 0,361) sedangkan rentang nilai r hitung setelah revisi yaitu 0,111 - 0,707 (r tabel= 0,205). Nilai *alpha Cronbach* setelah revisi diperoleh sebesar 0,917. Berikut ini uji validitas dan reliabilitas sebelum dan setelah revisi.

Tabel 4.2 Uji validitas dan reliabilitas Kuesioner D

Variabel	Jumlah pernyataan		Nilai validitas item (<i>rit</i>)		Nilai <i>alpha Cronbach</i>	
	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah	Sebelum	Setelah
Caring (komposit)	42	41	0,00-0,56	0,11-0,71	0,701	0,917
Faktor caratif:						
1. Sistem nilai humanistik dan altruistik	7	5	0,00-0,49	0,24-0,54	0,386	0,564
2. Kepercayaan dan harapan	3	3	0,10-0,19	0,24-0,25	0,214	0,440
3. Kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain	4	5	0,04-0,33	0,49-0,68	0,354	0,796
4. Hubungan saling percaya dan membantu	7	6	0,09-0,42	0,17-0,60	0,390	0,649
5. Ungkapan perasaan positif dan negatif	3	2	0,00-0,98	0,13-0,13	0,132	0,234
6. Metode sistematis dalam pemecahan masalah	4	3	0,15-0,43	0,01-0,32	0,033	0,253
7. Pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal	4	4	0,37-0,40	0,17-0,59	0,338	0,621
8. Lingkungan yang supportif dan protektif	4	5	0,09-0,36	0,13-0,35	0,386	0,430
9. Pemenuhan kebutuhan dasar	4	5	0,04-0,22	0,02-0,48	0,245	0,526
10. Kekuatan eksistensial dan fenomenologikal	2	3	0,37-0,37	0,35-0,61	0,548	0,670

rit: corrected item-total correlation

Tabel 4.2 menunjukkan bahwa terjadi peningkatan hasil uji validitas pada sebagian besar subvariabel, r hitung rata-rata naik, dan nilai *alpha Cronbach* juga meningkat dari 0,71 meningkat menjadi 0,91.

4.7 Prosedur pengumpulan data

Prosedur pengumpulan data akan dimulai setelah peneliti lolos dari uji etik penelitian dengan Komisi Uji Etik Penelitian Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Uji etik ini bertujuan untuk memastikan bahwa peneliti telah memenuhi prinsip etika penelitian. Setelah peneliti lolos dari uji etik penelitian pada tanggal 5 April 2010, maka peneliti memulai prosedur administratif pengumpulan data. Lembar lolos uji etik terlampir (lampiran 6).

4.7.1 Prosedur administratif

Prosedur administratif dilakukan terkait dengan persyaratan administratif untuk pelaksanaan uji validitas dan reliabilitas kuesioner di RSUD Situbondo dan pelaksanaan penelitian di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Peneliti mengajukan permohonan pembuatan surat ijin kepada pihak Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Surat ijin ditujukan kepada pihak RSUD Situbondo untuk uji coba instrumen dan RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso untuk ijin penelitian.

4.7.2 Prosedur teknis

Prosedur teknis dilakukan terkait pengumpulan data dari perawat (untuk variabel kecerdasan emosional) dan dari pasien (untuk variabel perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien). Peneliti berkoordinasi dengan Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan dan Bagian Diklat untuk pengumpulan data kuesioner yang ditujukan pada perawat dan pasien. Peneliti membuat jadwal pengambilan data di 6 ruang rawat inap. Ruang Paviliun Melati tanggal 10-13 April 2010, Paviliun Teratai tanggal 14-16 April 2010, Paviliun Dahlia tanggal 17-20 April 2010, Paviliun Bougenvil tanggal 21-26 April 2010, Paviliun Anggrek tanggal 27-29 April dan Paviliun Rengganis tanggal 30 April 2010-4 Mei 2010.

4.7.2.1 Responden perawat pelaksana

Pengumpulan data dari responden perawat pelaksana dilakukan di masing-masing ruang rawat. Peneliti mendatangi perawat di ruang rawat pada jam-jam tertentu (ketika perawat tidak sibuk atau tidak melakukan tindakan keperawatan). Peneliti

mengawali pengumpulan data dengan penjelasan mengenai penelitian (lembar penjelasan terlampir). Pada responden yang bersedia berpartisipasi dalam penelitian, diberikan lembar *informed consent* kepada responden. Responden diberikan kesempatan untuk membaca kuesioner terlebih dahulu agar memahami isi kuesioner. Selama pengisian kuesioner, peneliti tetap berada di ruangan untuk mengantisipasi jika ada pernyataan yang kurang jelas. Selain itu, selama di ruangan, peneliti juga sambil mengumpulkan data dari responden pasien. Setelah pengisian kuesioner, peneliti memeriksa kelengkapan kuesioner.

4.7.2.2 Responden pasien

Pengumpulan data dari responden pasien dilakukan dengan berkoordinasi bersama kepala ruangan untuk menentukan pasien yang memenuhi kriteria inklusi. Peneliti mengawali pengumpulan data dengan memberikan penjelasan mengenai penelitian (lembar penjelasan terlampir). Pada responden bersedia berpartisipasi dalam penelitian, diberikan lembar *informed consent* kepada responden. Selama pengisian kuesioner, peneliti mendampingi pasien untuk mengantisipasi jika ada pernyataan yang kurang jelas. Pada beberapa responden yang kurang mengerti bahasa Indonesia, peneliti bekerja sama dengan pihak keluarga pasien, membantu menterjemahkan isi kuesioner kedalam bahasa yang lebih dimengerti pasien (bahasa Madura). Setelah pengisian kuesioner, peneliti memeriksa kelengkapan kuesioner.

4.8 Analisis data

Pengolahan dan analisis data menggunakan komputer dengan program SPSS, melalui beberapa tahap yaitu (Hastono, 2007) *editing, coding, entry*, dan analisis data. Proses *editing* data dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan, kejelasan, relevansi, dan konsistensi jawaban. Beberapa kuesioner yang belum lengkap terutama pada pengisian karakteristik responden berupa tingkat pendidikan dan lama kerja perawat. Peneliti menanyakan hal ini kepada responden yang bersangkutan dan bekerja sama dengan kepala ruang karena data tersebut juga tersedia di ruangan.

Coding data dilakukan dengan cara mengkonversikan data yang telah terkumpul ke dalam angka, dan diberi kode untuk setiap pertanyaan sehingga memudahkan pengolahan data selanjutnya. Pada kuesioner B (mengukur kecerdasan emosional), data subvariabel usia dan lama kerja tidak dikategorikan sehingga tidak dilakukan *coding* pada subvariabel tersebut. Subvariabel jenis kelamin dikategorikan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Laki-laki kode 1, perempuan kode 2. Subvariabel status pernikahan dikategorikan menjadi dua yaitu belum menikah dan menikah. Belum menikah kode 1, menikah kode 2. Subvariabel tingkat pendidikan dikategorikan menjadi tiga yaitu SPK, D3 Keperawatan dan S1 Keperawatan. SPK kode 1, D3 Keperawatan kode 2, S1 Keperawatan kode 3.

Hasil pengumpulan pada kuesioner D (mengukur perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien) untuk data subvariabel usia dan lama rawat tidak dikategorikan sehingga tidak dilakukan *coding*. Subvariabel jenis kelamin dikategorikan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Laki-laki kode 1, perempuan kode 2. Subvariabel tingkat pendidikan dikategorikan menjadi lima yaitu tidak sekolah, SD, SMP, SMA, PT. Tidak sekolah kode 1, SD kode 2, SMP kode 3, SMA kode 4, dan PT kode 5. Kemudian dilakukan *recode* (kode ulang) yaitu tidak sekolah tetap kode 1, SD dan SMP menjadi kode 2, SMA dan PT menjadi kode 2. *Recode* ini dilakukan dengan pertimbangan bahwa pemerintah Indonesia telah mewajibkan pendidikan dasar hingga 9 tahun (program wajib belajar 9 tahun). Subvariabel frekuensi dirawat dikategorikan menjadi empat yaitu satu kali (kode 1), dua kali (kode 2), tiga kali (kode 3) dan lebih dari tiga kali (kode 4). Kemudian peneliti melakukan *recode* kode 1 untuk satu kali, kode 2 untuk lebih dari satu kali. *Recode* ini dilakukan dengan pertimbangan berdasarkan hasil input data diperoleh bahwa sebagian besar (sekitar 80%) pasien dirawat satu kali. Sehingga peneliti melakukan *recode* dengan menggabungkan semua data yang lebih dari satu kali menjadi satu kode.

Entry data dilakukan dengan cara *entry* data dari kuesioner ke program SPSS (*Statistic Programe For Social Science*) di komputer sehingga dapat dianalisis;

cleaning, yaitu kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientri, apakah ada yang hilang, ada kesalahan atau ketidakkonsistensian data. Selama proses *entry* dan *cleaning* data, peneliti tidak menemukan kendala. Proses terakhir yaitu *analisis data* yang dilakukan secara statistik. Analisis data meliputi analisis univariat, bivariat dan multivariat.

4.8.1 Analisis univariat

Analisis univariat mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Variabel yang merupakan data numerik dianalisis nilai rata-rata hitung mencakup mean, median, modus dan standar deviasi. Sedangkan, variabel yang merupakan data kategorik dianalisis menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi (Hastono, 2007). Variabel yang merupakan data numerik pada penelitian ini meliputi usia, lama kerja, dan lama dirawat. Variabel yang merupakan data katagorik pada penelitian ini meliputi kecerdasan emosional perawat, perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien, jenis kelamin, status pernikahan, frekuensi dirawat dan tingkat pendidikan.

4.8.2 Analisis bivariat

Analisis ini bertujuan untuk melihat hubungan antara variabel independen (kecerdasan emosional perawat beserta dimensinya) dengan variabel dependen (perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien). Uji statistik yang digunakan pada analisis bivariat diuraikan pada tabel berikut.

Tabel 4.3 Uji statistik yang digunakan pada analisis bivariat

No.	Variabel independen	Data	Variabel dependen	Data	Uji statistik
1.	Kecerdasan emosional Dimensi: Mengetahui emosi diri	Nominal	Perilaku <i>caring</i> perawat pelaksana menurut persepsi pasien	Nominal	Uji <i>chi-square</i>
2.	Mengatur emosi diri				
3.	Memahami dan mendukung emosi orang lain				
4.	Membina hubungan dengan orang lain				
5.					

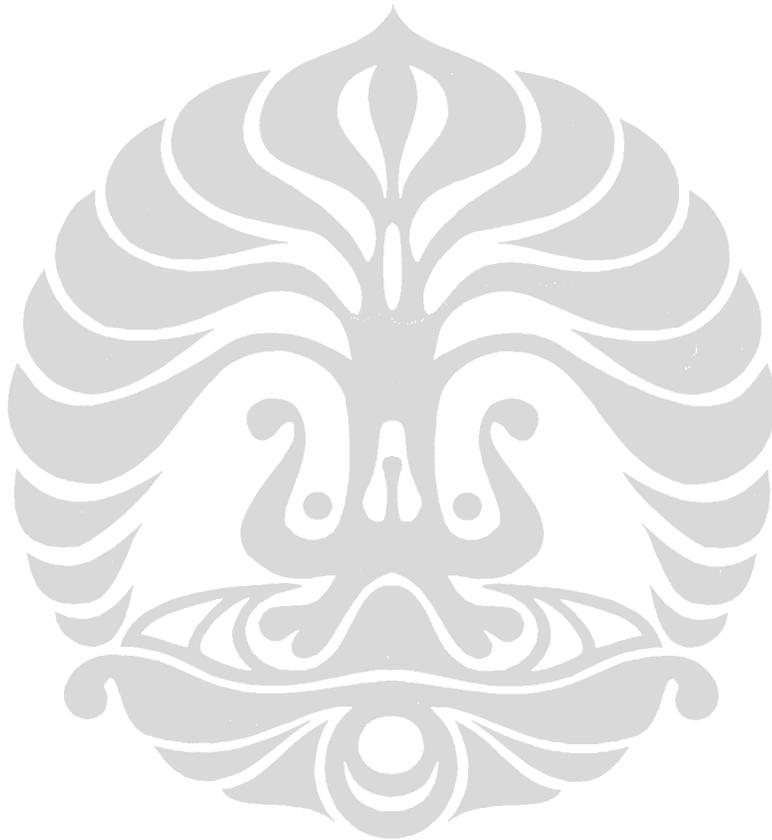
Analisis bivariat pada penelitian ini diuji menggunakan uji *Chi-Square*. Uji statistik untuk menganalisis hubungan variabel katagorik dengan variabel katagorik dilakukan dengan menggunakan uji *Chi-Square* (Hastono, 2007).

4.8.3 Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mempelajari hubungan beberapa variabel atau sub variabel (independen) dengan variabel dependen (Hastono, 2007). Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis regresi logistik berganda dengan alasan variabel dependen adalah katagorik. Analisis multivariat pada penelitian ini bertujuan untuk melihat hubungan dimensi kecerdasan emosional dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien setelah dikontrol oleh faktor perancu, dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0.05$) atau disebut pemodelan faktor risiko. Tahapan pemodelan ini adalah sebagai berikut (Hastono, 2007):

- a. Melakukan pemodelan lengkap, mencakup variabel utama, semua kandidat konfonding dan kandidat interaksi.
- b. Melakukan penilaian interaksi, dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai p Wald-nya tidak signifikan dikeluarkan dari model secara berurutan satu per satu dari nilai p Wald yang terbesar.

- c. Melakukan penilaian konfounding, dengan cara mengeluarkan variabel konfounding satu per satu dimulai dari yang memiliki nilai p Wald terbesar. Jika setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel konfounding dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai konfounding dan harus tetap berada dalam model.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menyajikan hasil pengumpulan data yang telah dilakukan pada 10 April 2010 sampai 4 Mei 2010 di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Kuesioner dibagikan kepada perawat dan pasien di 6 ruang rawat inap. Perawat mengisi kuesioner tentang kecerdasan emosional sebanyak 83 item pernyataan. Pasien mengisi kuesioner tentang penilaian perilaku *caring* perawat pelaksana sebanyak 41 item pernyataan. Hasil analisis diuraikan mencakup analisis univariat, bivariat dan multivariat berikut ini.

5.1 Hasil analisis univariat

Analisis univariat pada penelitian ini akan menguraikan gambaran karakteristik responden (perawat dan pasien), gambaran kecerdasan emosional perawat dan gambaran perilaku *caring* menurut persepsi pasien.

5.1.1 Gambaran karakteristik responden

Karakteristik responden perawat meliputi umur, status pernikahan, jenis kelamin, lama kerja dan pendidikan terakhir. Gambaran responden perawat berdasarkan umur dan lama kerja dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.1 Distribusi responden menurut umur dan lama kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
10 April 2010 - 4 Mei 2010 (n= 92)

Variabel	Mean	Standar deviasi	Minimum-maksimum	95% CI
Umur	31,95	6,537	21-56	30,59-33,30
Lama kerja	9,787	6,907	0,1-36	8,357-11,218

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa rata-rata umur responden perawat adalah 31,95 tahun, dengan standar deviasi 6,537 tahun (95% CI: 30,59-33,30). Umur termuda 21 tahun dan umur tertua 56 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur perawat adalah diantara 30,59 sampai

33,30 tahun. Lama kerja perawat rata-rata 9,787 tahun dengan lama kerja tersingkat 0,1 tahun dan terlama 36 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata lama kerja perawat adalah antara 8,357 tahun sampai 11, 218 tahun.

Gambaran responden perawat berdasarkan jenis kelamin, status pernikahan, dan tingkat pendidikan dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.2 Distribusi responden menurut jenis kelamin, status pernikahan, dan tingkat pendidikan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD. Dr. H. Koesnadi Bondowoso, 10 April 2010 - 4 Mei 2010 (n= 92)

Variabel	Kategori	Frekuensi	Prosentase (%)
Jenis kelamin	Laki-laki	31	33,7
	Perempuan	61	66,3
Status pernikahan	Belum menikah	10	10,9
	Menikah	82	89,1
Tingkat pendidikan	SPK	1	1,1
	D3 Keperawatan	74	80,4
	S1 Keperawatan/ Ners	17	18,5

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat berjenis kelamin perempuan sebesar 66,3%, berpendidikan D3 Keperawatan 80,4 % dan status pernikahan sebagian besar menikah yaitu sebanyak 89,1%.

Karakteristik responden pasien meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama pasien dirawat dan frekuensi pasien dirawat di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Gambaran responden pasien menurut umur dan lama pasien dirawat dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.3 Distribusi responden menurut umur dan lama pasien dirawat di ruang rawat inap RSUD. Dr. H. Koesnadi Bondowoso 10 April 2010- 4 Mei 2010 (n=92)

Variabel	Mean	Standar deviasi	Minimum-maksimum	95% CI
Umur	41,42	16,91	13 – 84	37,92 - 44,93
Lama rawat	4,42	1,780	3 – 21	4,06 – 4,79

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa rata-rata umur responden pasien adalah 41,42 tahun, dengan standar deviasi 16,91 tahun (95% CI: 37,92 - 44,93). Umur termuda 13 tahun dan umur tertua 84 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata umur pasien adalah diantara 37,92 sampai 44,93 tahun. Lama pasien dirawat rata-rata 4,42 hari dengan lama rawat tersingkat 3 hari dan terlama 21 hari. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata lama pasien dirawat adalah antara 4,06 sampai 4,79 hari.

Gambaran responden pasien berdasarkan jenis kelamin, tingkat pendidikan dan frekuensi pasien dirawat di RSUD. Dr. H. Koesnadi Bondowoso dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.4 Distribusi responden menurut jenis kelamin, tingkat pendidikan dan frekuensi pasien dirawat di ruang rawat inap RSUD. Dr. H. Koesnadi Bondowoso, 10 April 2010 - 4 Mei 2010 (n= 92)

Variabel	Kategori	Frekuensi	Prosentase (%)
Jenis kelamin	Laki-laki	45	48,9
	Perempuan	47	51,1
Tingkat pendidikan	Tidak sekolah	8	8,7
	≤ SMP	53	57,6
	≥ SMA	31	33,7
Frekuensi dirawat	Satu kali	73	79,3
	Lebih dari satu kali	19	20,7

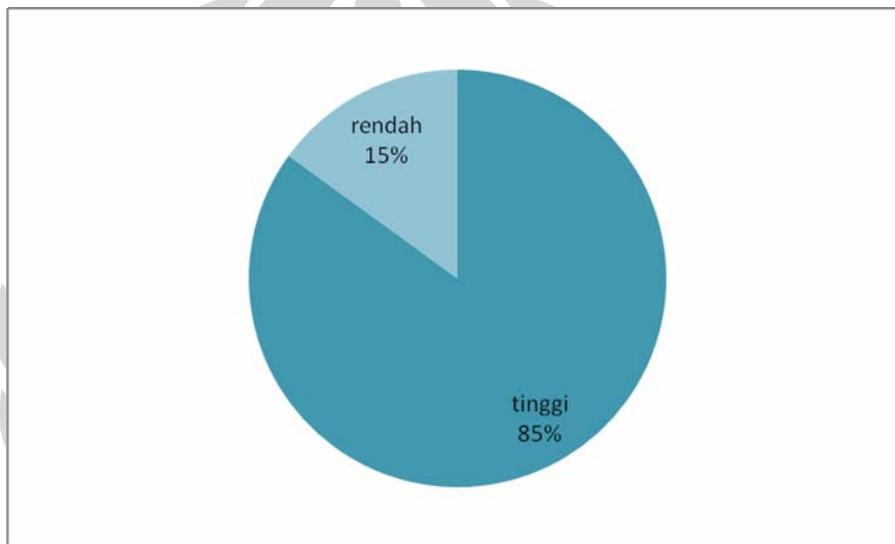
Tabel 5.4 menunjukkan bahwa jumlah pasien berjenis kelamin perempuan hampir sama dengan pasien berjenis kelamin laki-laki yaitu perempuan sebanyak 51,1 %

dan laki-laki 48,9 %. Sebagian besar pasien telah mendapatkan pendidikan dasar sebanyak 57,6 % dan frekuensi pasien dirawat satu kali yaitu sebanyak 79,3 %.

5.1.2 Kecerdasan emosional

Proporsi perawat pelaksana yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi dan rendah digambarkan pada diagram berikut.

Diagram 5.1 Distribusi kecerdasan emosional perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, 10 April 2010 - 4 Mei 2010 (n= 92)



Pada diagram 5.1 diatas menunjukkan bahwa proporsi perawat pelaksana yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi sebanyak 85 % dan perawat yang memiliki kecerdasan emosional rendah sebanyak 15 %.

Gambaran proporsi perawat pelaksana berdasarkan dimensi-dimensi kecerdasan emosional yang baik dan kurang baik digambarkan pada tabel berikut.

Diagram 5.2 Distribusi dimensi-dimensi kecerdasan emosional perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, 10 April 2010- 4 Mei 2010 (n=92)

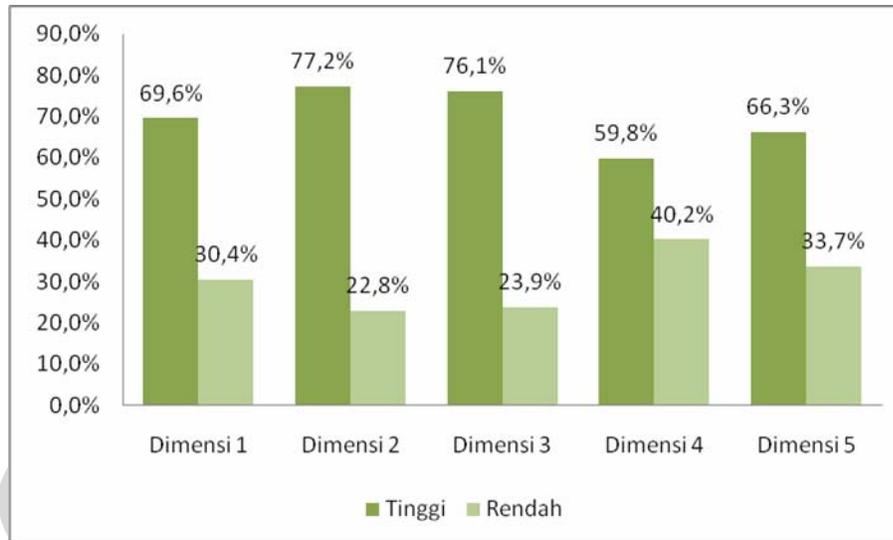
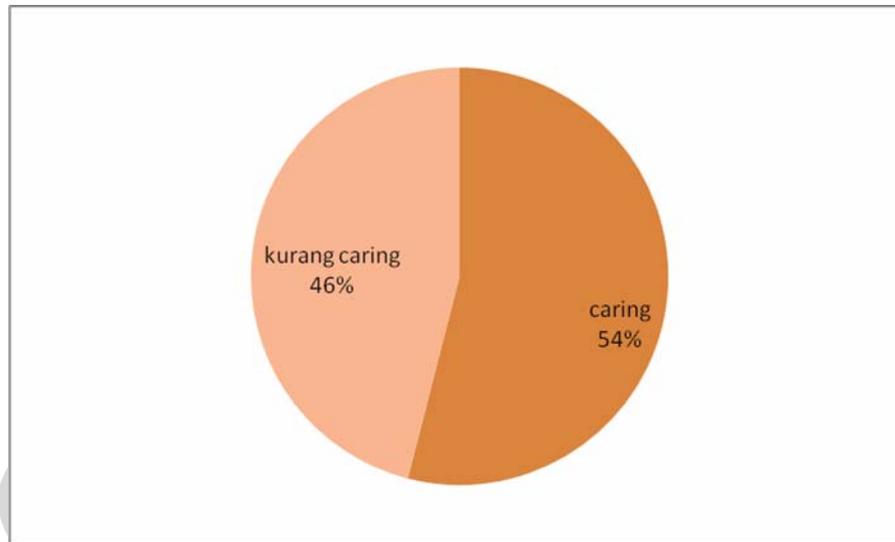


Diagram 5.2 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki dimensi kecerdasan emosional yang tinggi yaitu pada dimensi mengetahui emosi diri sebanyak 69,6 %, dimensi pengaturan emosi sebanyak 77,2 %, dimensi memotivasi diri sendiri sebanyak 76,1 % serta dimensi membina hubungan dengan orang lain sebanyak 66,3 %. Proporsi perawat yang memiliki dimensi memahami dan mendukung orang lain hanya 59,8 %.

5.1.3 Perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Gambaran perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dapat dilihat pada diagram berikut.

Diagram 5.3 Distribusi perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso 10 April 2010 - 4 Mei 2010 (n= 92)



Pada diagram 5.3 diatas menunjukkan bahwa proporsi perawat pelaksana yang menerapkan perilaku *caring* dan kurang *caring* menurut persepsi pasien hampir sama yaitu *caring* sebanyak 54 % dan kurang *caring* sebanyak 46 %.

5.2 Analisis bivariat

Analisis bivariat pada penelitian ini akan menguraikan hubungan dari variabel: kecerdasan emosional perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien serta hubungan tiap dimensi kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien.

5.2.1 Hubungan kecerdasan emosional dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis hubungan kecerdasan emosional dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi digambarkan pada tabel berikut.

Tabel 5.5 Analisis Hubungan Kecerdasan Emosional dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, Mei 2010

Karakteristik	Penerapan perilaku <i>caring</i>				Jlh n	X ²	OR (95% CI)	p-value
	Kurang <i>caring</i>		<i>Caring</i>					
	n	%	N	%				
Kecerdasan emosional								
Rendah	10	71,4	4	28,6	14	3,28	1	0,070
Tinggi	32	41	46	59	78		3,59 (1,04-12,47)	

Tabel 5.5 diatas menunjukkan bahwa proporsi perawat pelaksana yang memiliki kecerdasan emosional yang rendah, sebanyak 28,6 % dari 14 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Sedangkan proporsi perawat pelaksana yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi, sebanyak 59 % dari 78 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara kecerdasan emosional dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien ($p=0,070$; $\alpha=0,05$). Berdasarkan hasil analisis tersebut diperoleh nilai OR = 3,59 yang artinya perawat yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi berpeluang 3,59 kali lebih berperilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki kecerdasan emosional yang rendah (95 % CI: 1,036-12,471)

5.2.2 Hubungan dimensi mengetahui emosi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis hubungan dimensi mengetahui emosi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien diuraikan pada tabel berikut.

Tabel 5.6 Analisis Hubungan Dimensi Mengetahui Emosi Diri dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, Mei 2010

Karakteristik	Penerapan perilaku <i>caring</i>				Jlh N	X ²	OR (95% CI)	p-value
	Kurang <i>caring</i>		<i>Caring</i>					
	n	%	N	%				
Dimensi mengetahui emosi diri:								
Rendah	13	46,4	15	53,6	28	0,00	1	1,000
Tinggi	29	45,3	35	54,7	64		1,05 (0,43-2,55)	

Tabel 5.6 diatas menunjukkan bahwa proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang rendah, sebanyak 53,6 % dari 28 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Sedangkan proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang tinggi, sebanyak 54,7 % dari 64 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dimensi mengetahui emosi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien ($p= 1,000$; $\alpha= 0,05$). Berdasarkan hasil analisis tersebut diperoleh nilai OR = 1,05 yang artinya perawat yang memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang tinggi berpeluang 1,05 kali lebih berperilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang rendah (95 % CI: 0,429-2,550)

5.2.3 Hubungan dimensi mengatur emosi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis hubungan antara dimensi mengatur diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien diuraikan pada tabel berikut.

Tabel 5.7 Analisis Hubungan Dimensi Mengatur Emosi Diri dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, Mei 2010

Karakteristik	Penerapan perilaku <i>caring</i>				Jlh n	X ²	OR (95% CI)	p-value
	Kurang <i>caring</i>		<i>Caring</i>					
	n	%	N	%				
Dimensi mengetahui emosi diri:								
Rendah	12	57,1	9	42,9	21	0,91	1	0,340
Tinggi	30	42,3	41	57,7	71		1,82 (0,68-4,87)	

Tabel 5.7 diatas menunjukkan bahwa proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi pengaturan emosi diri yang rendah, sebanyak 42,9 % dari 21 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Sedangkan proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi pengaturan emosi diri yang tinggi, sebanyak 57,7 % dari 71 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dimensi pengaturan emosi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien ($p= 0,340$; $\alpha= 0,05$). Berdasarkan hasil analisis tersebut diperoleh nilai OR = 1,82 yang artinya perawat yang memiliki dimensi pengaturan emosi diri yang tinggi berpeluang 1,82 kali lebih berperilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi pengaturan emosi diri yang rendah (95 % CI: 0,681-4,876).

5.2.3 Hubungan dimensi memotivasi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis hubungan dimensi memotivasi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien terlihat pada tabel berikut.

Tabel 5.8 Analisis Hubungan Dimensi Memotivasi Diri dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, Mei 2010

Karakteristik	Penerapan perilaku <i>caring</i>				Jlh n	X ²	OR (95% CI)	p-value
	Kurang <i>caring</i>		<i>Caring</i>					
	n	%	N	%				
Dimensi memotivasi diri:								
Rendah	12	54,5	10	45,4	22	0,51	1	0,475
Tinggi	30	42,9	40	57,1	70		1,60 (0,61-4,19)	

Tabel 5.8 diatas menunjukkan bahwa proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi memotivasi diri yang rendah, sebanyak 45,5 % dari 22 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Sedangkan proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi memotivasi diri yang tinggi, sebanyak 57,1 % dari 70 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara dimensi memotivasi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien ($p=0,475$; $\alpha=0,05$). Berdasarkan hasil analisis tersebut diperoleh nilai OR = 1,60 yang artinya perawat yang memiliki dimensi memotivasi diri yang tinggi berpeluang 1,6 kali lebih berperilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi memotivasi diri yang rendah (95 % CI: 0,610-4,193).

5.2.4 Hubungan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis hubungan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat pelaksana diuraikan pada tabel berikut.

Tabel 5.9 Analisis Hubungan Dimensi Memahami dan Mendukung Emosi Orang Lain dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, Mei 2010

Karakteristik	Penerapan perilaku <i>caring</i>				Jlh N	X ²	OR (95% CI)	p-value
	Kurang <i>caring</i>		<i>Caring</i>					
	n	%	N	%				
Dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain:								
Rendah	22	59,5	15	40,5	37	3,87	1	0,049*
Tinggi	20	36,4	35	63,6	55		2,57 (1,09-6,04)	

* = bermakna pada $\alpha = 0,05$

Tabel 5.9 diatas menunjukkan bahwa proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang rendah, sebanyak 40,5 % dari 37 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Sedangkan proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi, sebanyak 63,6 % dari 55 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien ($p = 0,049$; $\alpha = 0,05$). Berdasarkan hasil analisis tersebut diperoleh nilai OR = 2,567 yang artinya perawat yang memiliki dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi berpeluang 2,567 kali lebih berperilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang rendah (95 % CI: 0,610-4,193).

5.2.5 Hubungan dimensi membina hubungan dengan orang lain dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis hubungan dimensi membina hubungan dengan orang lain dengan perilaku *caring* menurut persepsi pasien dijelaskan pada tabel berikut.

Tabel 5.10 Analisis Hubungan Dimensi Membina Hubungan dengan Orang Lain dengan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, Mei 2010

Karakteristik	Penerapan perilaku <i>caring</i>				Jlh n	X ²	OR (95% CI)	p-value
	Kurang <i>caring</i>		<i>Caring</i>					
	n	%	N	%				
Dimensi membina hubungan dengan orang lain:								
Rendah	16	51,6	15	48,4	31	0,356	1	0,551
Tinggi	26	42,6	35	57,4	61		1,436 (0,60-3,42)	

Tabel 5.10 diatas menunjukkan bahwa proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi membina hubungan dengan orang lain yang rendah, sebanyak 48,4 % dari 31 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Sedangkan proporsi perawat pelaksana yang memiliki dimensi membina hubungan dengan orang lain yang tinggi, sebanyak 57,4 % dari 61 orang menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara dimensi membina hubungan dengan orang lain dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien ($p=0,551$; $\alpha=0,05$). Berdasarkan hasil analisis tersebut diperoleh nilai OR = 1,436 yang artinya perawat yang memiliki dimensi membina hubungan dengan orang lain yang tinggi berpeluang 1,436 kali lebih berperilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi membina hubungan dengan orang lain yang rendah (95 % CI: 0,603-3,421).

Berdasarkan gambaran hubungan kecerdasan emosional dan perilaku *caring* menurut persepsi pasien menunjukkan bahwa variabel kecerdasan emosional secara komposit tidak berhubungan secara bermakna dengan variabel perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Namun jika dilihat pada tiap dimensi kecerdasan emosional perawat, maka dapat diketahui bahwa dari 5 (lima) dimensi kecerdasan emosional terdapat satu dimensi kecerdasan emosional yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien yaitu dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain.

5.3 Analisis multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mempelajari hubungan variabel atau sub variabel independen dengan variabel dependen (Hastono, 2007). Analisis multivariat yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis regresi logistik berganda dengan alasan variabel dependen adalah katagorik. Analisis logistik berganda yang digunakan pada penelitian ini adalah model faktor risiko. Model ini digunakan bertujuan untuk mengestimasi secara valid hubungan variabel kecerdasan emosional dengan variabel perilaku *caring* perawat pelaksana dengan mengontrol beberapa variabel pengganggu dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0.05$). Tahapan analisis multivariat mencakup pemilihan variabel kandidat multivariat, pembuatan model lengkap, uji interaksi dan model terakhir.

5.3.1 Pemilihan variabel kandidat multivariat

Pemilihan variabel kandidat multivariat dilakukan dengan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen. Bila hasil bivariat menghasilkan nilai p value $< 0,25$ maka variabel tersebut langsung masuk tahap multivariat. Untuk variabel independen yang hasil bivariatnya menghasilkan p value $> 0,25$, namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana (Hastono, 2007). Hasil uji regresi logistik sederhana untuk kandidat model dijelaskan pada tabel berikut.

Tabel 5.11 Nilai p Dari Analisis Bivariat Untuk Kandidat Model Pada Variabel Independen (Dimensi Kecerdasan Emosional) Dan Variabel Potensial Pengganggu (Karakteristik Perawat Dan Pasien) Dengan Perilaku *Caring* Menurut Persepsi Pasien Di Ruang Rawat Inap
RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso
Mei 2010 (n= 92)

Variabel	p value
Kecerdasan emosional (komposit)*	0,061*
Dimensi mengetahui emosi diri	0,921
Dimensi pengaturan emosi diri*	0,229*
Dimensi memotivasi diri sendiri	0,338
Dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain*	0,029*
Dimensi membina hubungan dengan orang lain*	0,029*
Umur perawat	0,454
Jenis kelamin perawat	0,339
Status pernikahan perawat*	0,073*
Lama kerja perawat	0,676
Tingkat pendidikan perawat*	0,228*
Umur pasien	0,448
Jenis kelamin pasien	0,518
Tingkat pendidikan pasien	0,676
Lama rawat pasien	0,540
Frekuensi pasien di rawat*	0,053*

Keterangan: * : variabel dengan $p < 0,25$ (kandidat multivariat)

Pada tabel 5.11 diatas menunjukkan bahwa variabel yang menjadi kandidat multivariat terdapat 7 (enam) variabel/ sub variabel yaitu kecerdasan emosional (komposit) dimensi pengaturan emosi diri, memahami dan mendukung emosi orang lain, membina hubungan dengan orang lain, status pernikahan perawat, tingkat pendidikan perawat dan frekuensi pasien dirawat.

1.3.2 Pemodelan lengkap

Langkah selanjutnya adalah melakukan pemodelan lengkap mencakup sub variabel dimensi pengaturan emosi diri, memahami dan mendukung emosi orang lain, membina hubungan dengan orang lain, sebagai variabel utama, dan variabel status pernikahan perawat, tingkat pendidikan perawat, frekuensi pasien dirawat sebagai kandidat konfonding. Variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ dipertahankan, sedangkan variabel yang p valuenya $> 0,05$ dikeluarkan.

Pengeluaran variabel tidak serentak, namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar. Hasil pemodelannya dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 5.12 Analisis Regresi Logistik Ganda pada Variabel Kecerdasan Emosional, Dimensi Mengatur Emosi Diri, Memahami dan Mendukung Emosi Orang Lain, Membina Hubungan Dengan Orang Lain, Status Pernikahan Perawat, Tingkat Pendidikan Perawat, dan Frekuensi Pasien Dirawat dengan Perilaku *Caring* menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, Mei 2010

Model	Subvariabel	B	Wald	p value	Exp (B)
1.	Kecerdasan emosional (komposit)	2,060	2,909	0,088	7,850
	Mengetahui emosi diri	-1,242	1,555	0,212	0,289
	Memahami dan mendukung emosi orang lain	1,017	2,745	0,098	2,766
	Membina hubungan dengan orang lain	-0,850	1,481	0,224	0,427
	Status pernikahan perawat	-1,471	2,568	0,109	0,230
	Tingkat pendidikan perawat	-0,822	1,617	0,204	0,439
	Frekuensi pasien dirawat	0,894	2,026	0,155	2,444

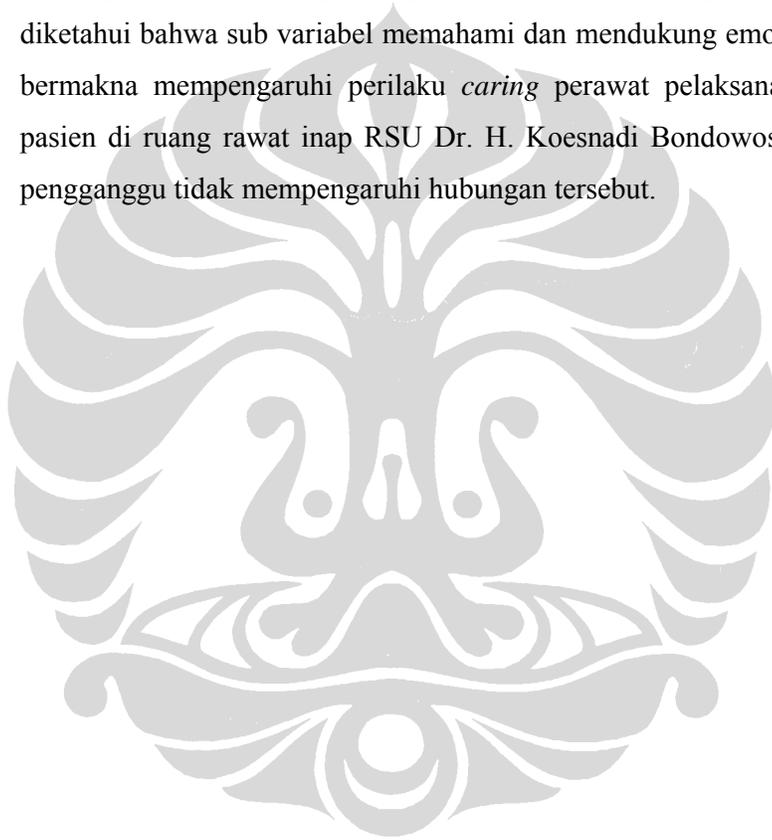
Pada tabel 5.12 diatas, pemodelan awal dapat terlihat bahwa subvariabel membina hubungan dengan orang lain memiliki p value terbesar sehingga perlu dikeluarkan dari pemodelan. Secara berturut-turut, subvariabel dengan p value terbesar dikeluarkan secara bertahap. Berikut ini pemodelan akhir yang diperoleh terlihat pada tabel berikut.

Tabel 5.13
Analisis Regresi Logistik Ganda Pada Subvariabel Memahami dan mendukung emosi orang lain dengan Perilaku *Caring* Menurut Persepsi Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, Mei 2010

Subvariabel	B	Wald	P value	OR (95 % CI)
Konstanta: - 0,383				
Memahami dan mendukung emosi orang lain				
Rendah	0,943	4,659	0,031	1
Tinggi				2,567
				(1,091-6,041)

Hasil analisis dari tabel 5.13 menunjukkan bahwa perawat pelaksana yang memiliki dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi berpeluang berperilaku *caring* menurut persepsi pasien sebanyak 2,567 kali dibandingkan perawat pelaksana yang memiliki dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang rendah (95 % CI: 1,091-6,041).

Uji interaksi tidak dilakukan dikarenakan hanya ada 1 subvariabel yang masuk dalam pemodelan lengkap. Dengan demikian dari hasil pemodelan terakhir dapat diketahui bahwa sub variabel memahami dan mendukung emosi orang lain secara bermakna mempengaruhi perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Faktor potensial pengganggu tidak mempengaruhi hubungan tersebut.



BAB 6

PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas secara rinci hasil penelitian, keterbatasan penelitian, dan implikasi penelitian untuk keperawatan.

6.1. Interpretasi dan diskusi hasil

Gambaran variabel independen dan dependen beserta hubungannya akan dijelaskan berikut ini. Variabel potensial pengganggu tidak dijelaskan dalam bab pembahasan ini karena berdasarkan analisis multivariat, hubungan variabel independen (dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain) dengan variabel dependen (*caring*) tidak dipengaruhi oleh variabel potensial pengganggu.

6.1.1 Hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis terhadap variabel perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien diperoleh gambaran bahwa proporsi perawat yang dinilai kurang *caring* dan *caring* hampir sama, yakni sebanyak 46 % dinilai kurang *caring* dan 54 % dinilai *caring*. Hasil penelitian ini sama dengan hasil penelitian Agustin (2002) yang menunjukkan hasil bahwa sekitar 48,5 % perawat dinilai tidak *caring* oleh pasien. Gambaran ini menunjukkan bahwa masih banyak perawat yang belum berperilaku *caring* menurut pasien.

Perilaku *caring* yang sudah baik menurut pasien adalah penerapan faktor karatif 1 (humanistik dan altruistik), 3 (kepekaan terhadap diri sendiri dan orang lain), 5 (ungkapan perasaan positif dan negatif), 6 (metode sistematis dalam pemecahan masalah), dan 8 (lingkungan yang supportif dan protektif). Sedangkan, perilaku perawat yang kurang *caring* terutama terkait komunikasi perawat kepada pasien dalam menerapkan faktor karatif 2 (kepercayaan dan harapan), 4 (hubungan saling percaya dan saling membantu), 7 (pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal), dan 10 (penghargaan kekuatan eksistensial dan fenomenologikal).

Pasien mempersepsikan lebih dari 60% perawat tidak menerapkan komunikasi yang baik menurut persepsi pasien. Hal ini terbukti dari hasil analisis pada item pernyataan no 5, 7, 14, 21, 22 dan 33 menunjukkan bahwa perawat dipersepsikan tidak sesuai dengan item pernyataan tersebut (item pernyataan terlampir pada kuesioner). Selain itu, berdasarkan pengamatan peneliti, perawat jarang/ tidak pernah memperkenalkan diri (nama perawat) kepada pasien, beberapa perawat tidak menggunakan tanda pengenalan nama (*nametag*). Hal ini menunjukkan bahwa perawat belum menerapkan komunikasi efektif. Selain itu, pasien juga mempersepsikan sebagian besar (73%) perawat tidak membantu pasien dalam melaksanakan keperluan sesuai kemampuan atau ketidakmampuan pasien terkait pemenuhan kebutuhan dasar, seperti BAB, BAK, mandi, dan lain-lain.

Berdasarkan hal ini, peneliti menganalisis bahwa perilaku *caring* perawat yang dipersepsikan masih kurang oleh pasien adalah terkait dengan komunikasi perawat selama memberikan pelayanan keperawatan pada pasien. Perawat belum menerapkan komunikasi terapeutik. Padahal, Stuart dan Laraia (2005) menyebutkan bahwa komunikasi merupakan hal penting yang harus diterapkan dalam praktik keperawatan sebab komunikasi merupakan alat untuk membangun suatu hubungan yang terapeutik. Selain itu, komunikasi bisa menjadi media untuk mempengaruhi perilaku orang lain, sehingga tanpa komunikasi, hubungan terapeutik perawat-pasien tidak mungkin terjalin. Hal ini didukung oleh penelitian Kralik, Koch, dan Wotton (1997 dalam Wysong & Driver, 2009) yang menemukan bahwa aspek perilaku *caring* yang paling penting menurut persepsi pasien post operasi di Australia adalah perawat yang mampu menyatu dengan pasien melalui komunikasi terbuka.

Watson (2005) menyebutkan bahwa komunikasi yang efektif merupakan salah satu bentuk hubungan saling percaya. Stuart dan Laraia (2005) menjelaskan bahwa hubungan perawat pasien terdiri dari 4 fase yaitu pre interaksi, pengenalan atau orientasi, fase kerja, dan terminasi. Kontrak awal berupa saling memperkenalkan diri (nama) perawat dan pasien merupakan bagian dari fase orientasi. Peneliti menganalisis bahwa perawat pelaksana tidak melaksanakan fase

ini sehingga tidak terbina hubungan saling percaya. Hal ini dibuktikan dari hasil analisis yang menunjukkan bahwa sebagian perawat (50%) masih belum menerapkan faktor karatif 2 (hubungan saling percaya dan saling membantu). Oleh karena itu, komunikasi terapeutik perawat perlu ditingkatkan.

Analisis lebih lanjut, menunjukkan bahwa pasien mempersepsikan sebagian besar perawat belum menerapkan faktor karatif 2 (menanamkan kepercayaan-harapan). Perawat tidak memberi keyakinan adanya kekuatan penyembuhan (item no 28). Seharusnya perawat mampu berperan membangun hubungan yang efektif antara perawat-pasien dan pencapaian kesejahteraan dengan membantu pasien meningkatkan perilaku mencari pertolongan kesehatan, membantu memahami terapi yang diberikan dan memberi keyakinan adanya kekuatan penyembuhan (Watson, 2005). Perawat perlu mengaplikasikan tindakan ini pada saat memberikan pelayanan keperawatan.

Peneliti juga menganalisis bahwa lebih dari 50% perawat belum mampu menerapkan faktor karatif 7 (pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal) yakni pada item no 7, 21, dan 22. Peneliti menganalisis faktor karatif ini merupakan konsep penting dalam keperawatan yang akan membedakan *caring* dengan *curing*. Dengan pembelajaran dan pengajaran memungkinkan pasien memperoleh pengetahuan dan bertanggungjawab terhadap kondisi sehat-sakitnya. Melalui proses pembelajaran ini diharapkan pasien dapat melakukan perawatan mandiri, menentukan kebutuhan diri dan mendorong pertumbuhan diri pasien (Watson, 2005).

Perawat hendaknya mampu memberikan informasi mengenai kondisi kesehatan pasien dengan menggunakan bahasa yang dapat dimengerti oleh pasien. McQueen (2000) mengatakan bahwa perawat berada pada posisi yang ideal untuk memberikan informasi, pendidikan, dorongan dan dukungan kepada pasien dalam rangka memandirikan dan melibatkan pasien dalam mencapai kondisi kesehatannya. Hal ini sesuai dengan penelitian Wysong & Driver (2009) yang menyebutkan perawat yang mampu memfasilitasi proses pembelajaran bagi

pasien dengan mengintegrasikan pendidikan pasien, dipersepsikan pasien sebagai keahlian kedua perawat. Pasien menggambarkan perawat yang mampu memberikan proses belajar bagi pasien adalah perawat yang mampu memberikan informasi tentang medikasi atau pemberian obat pasien dan penjelasan tentang prosedur yang akan dilakukan kepada pasien, menjelaskan apa yang akan dialami pasien, dan selalu menginformasikan kepada pasien tentang kondisi penyakitnya.

Selain itu, analisis terhadap faktor karatif 9 (bimbingan pemenuhan kebutuhan dasar manusia) diperoleh hasil bahwa sebagian besar perawat (lebih dari 70%) tidak membantu atau membimbing pasien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya sesuai kemampuan atau ketidakmampuan pasien. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Baldursdottir dan Jonsdottir (2002) yang menemukan bahwa pertolongan pemenuhan kebutuhan pasien (*human needs*) adalah perilaku *caring* paling utama menurut persepsi pasien. Peneliti menganalisis perawat dipersepsikan demikian oleh pasien karena beban kerja yang tinggi dialami oleh perawat. Peneliti menganalisis bahwa meskipun pekerjaan non keperawatan yang dikerjakan perawat cukup banyak seperti konsul dokter, mengurus administrasi pasien, pemeriksaan lab pada jam tertentu, namun seharusnya perawat tetap dapat menerapkan faktor karatif ini dengan memberikan bimbingan kepada pasien atau keluarga pasien untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien dengan tujuan untuk memandirikan pasien. Berdasarkan pengamatan, perawat tidak pernah mengkomunikasikan hal ini kepada pasien atau keluarga pasien sehingga banyak pasien yang mengeluhkan mengenai hal ini. Oleh karena itu, perawat sebaiknya mengkomunikasikan sejak awal pasien dirawat.

Dari beberapa penjelasan diatas, peneliti menganalisis bahwa komunikasi menjadi hal yang sangat penting yang perlu ditingkatkan oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan. Dengan komunikasi ini, maka hubungan terapeutik perawat-pasien dapat terwujud sehingga pasien akan merasa puas terhadap pelayanan keperawatan. Sebab, perilaku *caring* yang ditampilkan oleh seorang perawat dapat mempengaruhi kepuasan pasien. Tingginya tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan tercapai, apabila kebutuhan pasien terhadap

pelayanan keperawatan yang diharapkan dapat terpenuhi. (Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan DepKes RI, 2008).

Wolf, Colahan dan Costello (1998) menemukan adanya hubungan yang signifikan antara perilaku *caring* perawat dengan kepuasan pasien. Perilaku *caring* perawat tidak hanya mampu meningkatkan kepuasan pasien, namun juga dapat menghasilkan keuntungan untuk rumah sakit. Godkin dan Godkin (2004) menyampaikan bahwa perilaku *caring* dapat mendatangkan manfaat finansial bagi industri pelayanan kesehatan. Issel dan Khan (1998) menambahkan bahwa perilaku *caring* staf kesehatan mempunyai nilai ekonomi bagi rumah sakit karena perilaku ini berdampak bagi kepuasan pasien.

Pada penelitian ini diperoleh gambaran bahwa hampir separuh perawat dipersepsikan kurang *caring* oleh pasien. Hal ini dapat mengindikasikan bahwa tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan oleh perawat masih rendah. Hal ini dapat berdampak pada menurunnya tingkat kunjungan pasien dikarenakan pasien mencari pelayanan kesehatan lain yang lebih mampu memberikan pelayanan sesuai harapan mereka. Namun, jika semua perawat mampu menampilkan perilaku *caring* dalam pemberian pelayanan keperawatan, maka tingkat kepuasan pasien akan meningkat, dan pada akhirnya akan memberikan manfaat finansial bagi rumah sakit. Oleh karena itu, perilaku *caring* hendaknya dapat diterapkan pada setiap pemberian pelayanan kepada pasien.

Analisis terhadap kecerdasan emosional (secara komposit) perawat pelaksana diperoleh hasil lebih dari separuh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi memiliki kecerdasan emosional yang tinggi. Hal ini dibuktikan dengan perawat yang memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang tinggi sebanyak 69,6%, dimensi pengaturan emosi diri yang tinggi sebanyak 77,2 %, dimensi memotivasi diri yang tinggi sebanyak 76,1 %, dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi sebanyak 59,8 % dan dimensi membina hubungan dengan orang lain yang tinggi sebanyak 66,3 %.

Dimensi mengetahui emosi diri (self awareness) perawat tinggi yaitu dalam hal penilaian kekuatan dan kelemahan diri yang akurat dan percaya diri dan rendah dalam hal kesadaran emosi atau mengenali emosi diri dan efeknya (yaitu no 6,8,12,31). Dimensi mengatur emosi diri perawat tinggi yaitu dalam hal mengatur emosi-emosi dan desakan hati yang mendesak dan fleksibel terhadap perubahan dan rendah dalam hal mempertahankan kejujuran dan integritas, bertanggung jawab terhadap performa diri dan inovatif (yaitu no 10, 19, 36, 40, 80). Dimensi memotivasi diri perawat yang tinggi yaitu dalam hal dorongan berprestasi dan inisiatif (memanfaatkan peluang) dan rendah dalam hal optimisme (kegigihan meraih tujuan/ sasaran meskipun menemui halangan atau kegagalan) dan komitmen dengan tujuan kelompok atau organisasi (yaitu pada no 42, 44, 51).

Dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi pada perawat yaitu dalam hal mengembangkan orang lain, menumbuhkan peluang melalui pergaulan dengan bermacam-macam orang, dan membaca emosi kelompok, dan rendah dalam hal empati (kesadaran terhadap perasaan, perspektif dan kepentingan orang lain) dan orientasi pelayanan (mengantisipasi, mengenali, dan berusaha memenuhi kebutuhan pelanggan) yaitu pada no 25, 41, 59, 66, 72 dan 79. Dimensi membina hubungan dengan orang lain yang tinggi pada perawat yaitu dalam kepemimpinan, dan manajemen konflik (negosiasi dan menyelesaikan perbedaan pendapat) dan rendah dalam hal taktik untuk melakukan persuasif, komunikasi, katalisator perubahan, menumbuhkan ikatan atau hubungan, kolaborasi dan kooperasi serta menciptakan sinergi kelompok dalam memperjuangkan tujuan bersama yaitu pada no 35, 37, 38, 61, 65 dan 71.

Jika dilihat dari data tersebut, maka hasil ini memberikan peluang yang sangat baik. Sebab, kecerdasan emosional staf perawat secara signifikan berhubungan dengan performa kerja yang baik (Codier, Kamikawa, Kooker, Shoultz, 2009). Dengan kecerdasan emosional yang tinggi yang dimiliki oleh perawat di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso, maka diharapkan performa kerja yang ditampilkan juga baik.

Dari hasil uji statistik, tidak ditemukan adanya hubungan antara kecerdasan emosional (secara komposit) dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien. Namun demikian, secara deskriptif statistik menunjukkan bahwa perawat yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien dibandingkan perawat yang memiliki kecerdasan emosional yang rendah.

Hasil penelitian ini relevan dengan hasil penelitian Gerits, Derksen, dan Verbruggen (2004) yang menemukan hasil bahwa perawat yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi lebih mampu beradaptasi ketika merawat pasien. Selain itu, penelitian oleh Dewi (2008) menyebutkan bahwa kecerdasan emosional dan spiritual perawat berpengaruh signifikan terhadap kinerja, baik secara bersama-sama maupun terpisah. Rosenthal (1977 dalam Cherniss, 2000) juga menyatakan bahwa individu yang mampu mengidentifikasi emosi orang lain dapat lebih sukses dalam pekerjaannya dan kehidupan sosialnya.

Pada penelitian ini, peneliti menganalisis bahwa perawat yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi terbukti dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien yaitu sebanyak 59%. Hal ini mengindikasikan bahwa pelayanan yang diberikan perawat, yang disertai dengan sikap emosi yang baik, berdampak pada kepuasan pasien terhadap pelayanan perawat termasuk dalam berperilaku *caring*.

Perilaku *caring* yang didasari dengan kecerdasan emosional yang baik akan mendukung terciptanya pelayanan keperawatan yang sesuai dengan harapan pasien. Kerfoot (1996, dalam Rego, Godinho & McQueen, 2008.) menyampaikan bahwa pasien yang menerima pelayanan tenaga kesehatan dengan keterampilan sempurna, namun tidak disertai dengan sikap emosi yang baik dalam pelayanannya, maka pelayanan tersebut dinilai pasien sebagai pelayanan yang tidak adekuat. Selain itu, Kernbach dan Schutte (2005) juga menyebutkan bahwa kecerdasan emosional yang baik, yang ditunjukkan oleh pemberi pelayanan kesehatan, mampu meningkatkan laporan tingkat kepuasan pasien dalam berhubungan dengan petugas kesehatan. Dengan demikian tampak jelas bahwa

tindakan atau pelayanan perawat kepada pasien yang didasari dengan penerapan kecerdasan emosional yang tinggi akan membawa pengaruh terhadap persepsi pasien dalam menilai perilaku perawat termasuk perilaku *caring*. Oleh karena itu, perawat perlu menginternalisasikan kecerdasan emosional yang baik dalam setiap pelayanan yang diberikan kepada pasien.

6.1.2 Hubungan dimensi mengetahui emosi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis univariat pada subvariabel dimensi mengetahui emosi diri menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana di ruangan rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang tinggi yakni sebanyak 69,9 %. Ini menggambarkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso memiliki kemampuan yang tinggi dalam hal mengetahui emosi diri (*self-awareness* yang tinggi). Berdasarkan analisis tiap item pernyataan diperoleh hasil bahwa dimensi *self awareness* yang tinggi pada perawat yaitu dalam hal penilaian kekuatan dan kelemahan diri yang akurat dan percaya diri, sedangkan dimensi *self awareness* yang rendah yaitu dalam hal kesadaran emosi atau mengenali emosi diri dan efeknya (yaitu no 6, 8, 12, 31).

Dari penjelasan tersebut, peneliti menganalisis bahwa perawat RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso telah memiliki *self-awareness* tinggi, mampu mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan diri sendiri serta memiliki keyakinan terhadap harga diri dan kemampuan diri sendiri. Namun, kemampuan untuk mengenali emosi diri dan efeknya masih perlu ditingkatkan. Sehingga, dengan *self-awareness* yang tinggi, perawat diharapkan lebih mampu memahami orang lain, termasuk pasien.

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dimensi mengetahui emosi diri yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Namun, secara statistik deskriptif diketahui bahwa perawat pelaksana yang memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang

tinggi lebih mampu menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang rendah, yaitu sebanyak 54,7%. Hasil penelitian ini cukup relevan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rego, Godinho, & McQueen (2008) yang menyatakan bahwa perawat yang mampu memahami perasaan dirinya, lebih mampu bertindak dan berkomunikasi dengan cara yang tepat dan penuh kepedulian. Sehingga, pasien akan mempersepsikan perawat mampu menerapkan perilaku *caring* dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Individu yang mampu mengetahui emosi dirinya sendiri, lebih mampu mengetahui dan mengantisipasi bagaimana tindakan mereka akan mempengaruhi orang lain (McShane & Glinow, 2003). Individu yang kritis dalam berpikir dan membuat perubahan perilaku akan mendorong individu untuk dapat memahami diri sendiri secara mendalam. Individu ini lebih mampu memahami orang lain (Luca & Tarricone, 2001). Perawat harus mampu mengkaji perasaan emosi dirinya. Pemahaman dan penerimaan emosi diri yang baik akan memudahkan perawat memahami perbedaan dan keunikan pasien (Eckroth-Bucher, 2001 dalam Stuart & Laraia, 2005).

Seorang perawat yang memiliki kepekaan (*sensitivitas*) dalam perasaannya, maka ia akan lebih peka terhadap kebutuhan orang lain. Nurachmah (2001) menyatakan perawat yang mampu sensitif dengan perasaannya, maka ia akan mampu bersikap wajar pada orang lain. Beberapa pasien menyatakan perawat yang dapat menyatu dengan pasien, salah satunya, diwujudkan dengan menunjukkan rasa tertarik dengan apa yang dirasakan pasien (Wysong & Driver, 2009). Untuk itu diperlukan kemampuan mengetahui emosi diri yang tinggi.

Self awareness perawat dapat ditingkatkan dengan cara mendengarkan kata hati, mendengar dan belajar dari orang lain, dan menyampaikan aspek (emosi) diri. Mendengarkan kata hati merupakan eksplorasi terhadap pemikiran, memori dan perasaan diri. Mendengarkan orang lain dan belajar dari orang lain perlu dilakukan untuk meningkatkan *self awareness* karena individu berhubungan

dengan orang lain. Sehingga, individu perlu mendengar secara aktif dan terbuka dengan masukan orang lain. Yang terakhir, menyampaikan aspek diri kepada orang lain sehingga individu dapat mencapai kesehatan personaliti atau kepribadian yang sehat (Stuart & Laraia, 2005). Cara-cara ini dapat diterapkan untuk meningkatkan *self awareness* perawat.

6.1.3 Hubungan dimensi mengatur emosi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis univariat pada subvariabel dimensi mengatur emosi diri diperoleh hasil bahwa sebagian besar perawat pelaksana memiliki kemampuan yang tinggi dalam mengatur emosi diri yakni sebanyak 77,2 %. Dimensi mengatur emosi diri perawat yang tinggi yaitu dalam hal kemampuan mengatur emosi-emosi dan desakan hati yang merusak dan fleksibel terhadap perubahan, sedangkan yang rendah dalam hal mempertahankan kejujuran dan integritas, bertanggung jawab terhadap performa diri dan inovatif (yaitu no 10, 19, 36, 40, 80).

Peneliti menganalisis kemampuan perawat mengatur emosi dan desakan yang merusak dan fleksibel terhadap perubahan merupakan potensi yang perlu dikembangkan. Individu yang mampu menangani, mengatur dan mengontrol emosi diri sendiri, mempunyai kemampuan untuk pulih kembali dari tekanan emosi (Goleman, 2005), mampu memikirkan konsekuensi dari tindakan dan tidak reaktif terhadap tekanan (McShane & Glinow, 2003). Dengan demikian, perawat, dalam melakukan pekerjaan tidak akan terpengaruh meskipun perawat berada dalam situasi mendesak atau tertekan baik dari pasien maupun tim kerjanya. Selain itu, peneliti juga menganalisis bahwa kemampuan perawat dalam hal mempertahankan kejujuran dan integritas, bertanggung jawab terhadap performa diri dan inovatif perlu ditingkatkan. Individu yang memiliki kontrol diri, lebih dapat dipercaya, teliti atau bersungguh-sungguh, mampu beradaptasi serta mampu melakukan inovasi (Ciarrochi, Forgas dan Mayer, 2001).

Berdasarkan hasil analisis bivariat diketahui bahwa tidak ditemukan adanya hubungan antara dimensi pengaturan emosi diri yang dimiliki oleh perawat

pelaksana dengan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Namun, jika dianalisis lebih lanjut, proporsi perawat yang memiliki dimensi pengaturan emosi diri yang tinggi, yang berperilaku *caring* dengan yang kurang *caring* dipersepsikan hampir sama oleh pasien. Hal ini mengindikasikan bahwa meskipun perawat memiliki dimensi pengaturan emosi diri yang tinggi, masih ada perawat yang berperilaku kurang *caring*. Selain itu, perawat yang memiliki kemampuan mengatur emosi dirinya dengan baik, dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien (sebanyak 57,7%) dibandingkan perawat yang tidak mampu mengatur emosi dirinya.

Penelitian ini cukup relevan dengan hasil penelitian Bushell (1998 dalam Rego, Godinho, & McQueen, 2008) yang menyebutkan bahwa perawat yang tidak memiliki pengaturan emosi yang baik, kurang mampu menjadi pendengar yang baik bagi pasien sehingga dipersepsikan kurang *caring* oleh pasien. Sedangkan, perawat yang mampu mengatur emosinya dapat berperilaku lebih bijaksana ketika berinteraksi dengan pasien, sehingga pasien akan mempersepsikan perawat mampu menerapkan perilaku *caring* dalam memberikan pelayanan keperawatan. Peneliti menganalisis, dengan banyaknya perawat pelaksana RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso yang memiliki kemampuan mengatur emosi diri yang baik, maka perawat mampu beradaptasi terhadap berbagai tekanan, konflik baik dari dalam diri maupun yang muncul dari luar termasuk pasien. Perawat mampu mengelola kondisi emosinya selama memberikan pelayanan kepada pasien.

Peneliti menganalisis bahwa aspek kejujuran perawat (dalam hal mengakui kesalahan pribadi karena takut berakibat fatal) dan integritas, tanggung jawab terhadap performa diri dan kemampuan inovatif perawat perlu ditingkatkan. Kejujuran dan integritas perawat dapat diasah melalui komunikasi terbuka antara perawat pelaksana dengan pasien maupun tenaga kesehatan lain. Dengan komunikasi terbuka akan memfasilitasi hubungan saling percaya (Stuart & Laraia, 2005). Tanggung jawab terhadap performa diri dapat ditingkatkan melalui penilaian kinerja yang obyektif dan akurat serta penyegaran kembali mengenai hak dan tanggungjawab perawat. Kemampuan inovatif dapat ditingkatkan melalui

program kompetisi antar perawat disertai pemberian *rewards* (penghargaan) berupa finansial atau non finansial.

6.1.4 Hubungan dimensi memotivasi diri dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Analisis univariat pada subvariabel dimensi memotivasi diri menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang tinggi, yaitu sebanyak 76,1 %. Dimensi memotivasi diri perawat yang tinggi yaitu dalam hal dorongan berprestasi dan inisiatif (memanfaatkan peluang) dan rendah dalam hal optimisme (kegigihan meraih tujuan/ sasaran meskipun menemui halangan atau kegagalan) dan komitmen dengan tujuan kelompok atau organisasi (yaitu pada no 42, 44, 51).

Peneliti menganalisis bahwa dorongan berprestasi dan inisiatif yang dimiliki perawat dapat dijadikan potensi yang baik untuk melakukan pengembangan perawat. Dengan dua kemampuan tersebut akan mendorong perawat untuk melakukan pelayanan perawatan terbaik bagi pasien. Namun, optimisme dan komitmen perawat perlu ditingkatkan. Hal ini dapat dilakukan melalui program-program yang sifatnya mengikat seperti pembiayaan untuk melanjutkan pendidikan, mengikuti pelatihan, seminar maupun pemberian penghargaan bagi perawat berprestasi, baik berupa finansial maupun non finansial (seperti ucapan selamat, pemberian predikat perawat berprestasi). Program-program ini akan mendorong komitmen perawat terhadap institusi.

Pada uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara dimensi memotivasi diri yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Namun demikian, secara statistik deskriptif diketahui bahwa perawat pelaksana yang memiliki dimensi memotivasi diri yang tinggi lebih mampu menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi memotivasi diri yang rendah yakni sebanyak 57,1%.

Hal ini cukup relevan dengan hasil penelitian Boyatzis dan McKee (2000) yang menyebutkan bahwa perawat yang mampu memotivasi diri cenderung lebih gigih ketika berhadapan dengan situasi sulit, aneh dan kritis serta mampu mencari solusi tanpa takut terhadap kegagalan. Perawat juga mampu memberikan dukungan emosional dan optimisme kepada pasien atau memotivasi pasien (Boyatzis & Mckee, 2000 dalam Rego, Godinho, & McQueen, 2008.). McShane & Glinow (2003) menggambarkan individu yang memiliki motivasi tinggi, mampu memiliki optimisme yang tinggi bahkan ketika belum dapat mencapai tujuan, mampu berkomitmen, memiliki inisiatif, optimisme dan usaha untuk mencapai sasaran. Peneliti menganalisis perawat pelaksana yang mampu memotivasi diri sendiri, maka ia lebih mampu menunjukkan perilaku *caring* dalam berinteraksi dengan pasien sebab perawat dapat memberikan motivasi kepada pasien.

Dimensi motivasi diri dapat mendorong individu menggunakan hasrat yang paling dalam untuk menggerakkan dan menuntun diri menuju sasaran. Dimensi ini membantu individu mengambil inisiatif dan bertindak sangat efektif, bertahan menghadapi kegagalan dan tekanan (Goleman, 2005). Hal ini didukung oleh pendapat Larson (2000, dalam Luca & Tarricone, 2001) yang menyebutkan bahwa motivasi merupakan elemen kecerdasan emosional yang penting karena mampu mendorong individu untuk menunjukkan inisiatif, ketekunan, dedikasi, berorientasi, fokus dan proaktif pada tujuan yang ingin dicapai. Oleh karena itu, motivasi perawat untuk menerapkan perilaku *caring* perlu ditingkatkan kembali.

6.1.5 Hubungan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa lebih dari separuh perawat memiliki kemampuan memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi, yaitu sebanyak 59,8 %. Dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi pada perawat yaitu dalam hal mengembangkan orang lain, menumbuhkan peluang melalui pergaulan, dan mampu membaca emosi kelompok, sedangkan yang rendah dalam hal empati (kesadaran terhadap perasaan, perspektif dan

kepentingan orang lain) dan orientasi pelayanan (mengantisipasi, mengenali, dan berusaha memenuhi kebutuhan pelanggan) yaitu pada no 25, 41, 59, 66, 72,79.

Peneliti menganalisis kemampuan perawat mengembangkan orang lain, menumbuhkan peluang melalui pergaulan serta membaca emosi kelompok merupakan potensi yang baik. Kemampuan tersebut dapat mendasari perawat dalam merawat pasien. Perawat dapat mengembangkan pasien untuk melakukan perawatan mandiri sesuai kemampuan diri. Namun, hal ini hendaknya ditunjang dengan empati yang tinggi dan berorientasi pada pelayanan. Program pengembangan staf dapat dilakukan untuk membudayakan perilaku empati dan orientasi pelayanan (Stuart & Laraia, 2005) misalnya pelatihan dan penyegaran tentang empati, komunikasi efektif dan komunikasi terapeutik baik untuk perawat lama maupun perawat baru sehingga secara keseluruhan perawat dapat dinilai empati oleh pasien.

Hasil analisis bivariat diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien. Dari hasil interpretasi ini, dapat dikatakan bahwa kemampuan perawat memahami dan mendukung emosi orang lain terbukti mempengaruhi perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien. Perawat yang memiliki kemampuan yang tinggi dalam memahami dan mendukung emosi orang lain, dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien dibandingkan perawat yang memiliki kemampuan yang rendah dalam hal memahami dan mendukung emosi orang lain yakni sebanyak 63,6%. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa perawat yang memiliki kemampuan memahami dan mendukung emosi orang lain berpeluang 2,567 kali dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien dibandingkan perawat yang memiliki kemampuan yang rendah dalam hal memahami dan mendukung emosi orang lain.

Hal ini sesuai dengan pendapat Bar-on (2007) yang menyatakan bahwa kemampuan individu memahami perasaan orang lain akan mendorong individu untuk bersikap empati (memahami dan mengerti perasaan orang lain) dan mampu

membangun hubungan yang memuaskan diri sendiri dan orang lain. Individu yang mampu memahami dan mendukung emosi orang lain akan lebih mampu memahami perasaan, pikiran dan situasi yang dirasakan oleh orang lain (McShane & Glinow, 2003), mampu memahami perspektif orang lain, menumbuhkan saling percaya dan menyelaraskan diri dengan orang lain (Goleman, 2005). Dengan empati kepada pasien, maka perawat akan lebih mampu menunjukkan rasa kasih terhadap pasien dalam setiap keputusan dan tindakannya yang merupakan aspek penting dalam pelayanan keperawatan.

Peneliti menganalisis bahwa kemampuan perawat dalam memahami dan mendukung emosi orang lain akan mendorong terciptanya hubungan perawat-pasien yang terbuka, saling percaya, saling menghargai perasaan dan pengalaman perawat dan pasien. Mengembangkan hubungan saling percaya dan saling membantu antara perawat dan pasien merupakan hal yang sangat penting dalam *transpersonal caring* (Watson, 2005). Penelitian yang dilakukan William (1997) menyebutkan bahwa pasien tidak puas dengan perilaku *caring* perawat terutama terkait hubungan saling percaya (*trust*) perawat-pasien, dimana hubungan ini didasari oleh kemampuan perawat memahami dan mendukung emosi orang lain. Pasien mengharapkan perilaku *caring* yang holistik sehingga pasien puas dengan pelayanan keperawatan. Jadi dengan kemampuan perawat memahami dan mendukung emosi orang lain (dalam hal ini pasien) maka dapat mendorong perawat untuk menerima perasaan pasien baik positif maupun negatif sehingga akan tercipta hubungan saling percaya yang merupakan salah satu wujud perilaku *caring* perawat.

6.1.6 Hubungan dimensi membina hubungan dengan orang lain dengan perilaku caring perawat pelaksana menurut persepsi pasien

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki kemampuan yang tinggi dalam membina hubungan orang lain, baik dalam pekerjaannya maupun dalam kehidupan sosialnya. Dimensi membina hubungan dengan orang lain yang tinggi pada perawat yaitu dalam hal mengkomunikasikan emosi, kepemimpinan, dan manajemen konflik (negosiasi dan menyelesaikan

perbedaan pendapat), sedangkan yang rendah dalam hal taktik untuk melakukan persuasif, katalisator perubahan, menumbuhkan ikatan atau hubungan, kolaborasi dan kooperasi serta menciptakan sinergi kelompok dalam memperjuangkan tujuan bersama yaitu pada no 35, 37, 38, 61, 65 dan 71.

Individu yang mampu mengaplikasikan keterampilan sosialnya maka ia mampu mempengaruhi dan memimpin orang lain, bermusyawarah dan menyelesaikan perselisihan serta dapat bekerja sama dan bekerja dalam tim (Goleman, 2005). Peneliti menganalisis data ini menggambarkan bahwa perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso pada dasarnya telah memiliki potensi untuk dapat memimpin orang lain (pasien), dan manajemen konflik (negosiasi dan menyelesaikan perbedaan pendapat), namun hal ini tidak ditunjang dengan kemampuan persuasif dan komunikasi perawat. Perawat belum mampu menjadi katalisator perubahan, menumbuhkan ikatan atau hubungan, kolaborasi dan kooperasi serta menciptakan sinergi kelompok dalam memperjuangkan tujuan bersama.

Hasil analisis bivariat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara dimensi membina hubungan dengan orang lain yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Namun demikian, secara statistik hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perawat yang memiliki kemampuan yang tinggi dalam membina hubungan dengan orang lain, dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien dibandingkan perawat yang memiliki kemampuan yang rendah dalam hal membina hubungan dengan orang lain yakni sebanyak 57,4%. Hasil penelitian ini sesuai dengan kajian yang dilakukan oleh McQueen (2004) yang menyatakan bahwa dimensi ketrampilan sosial (membina hubungan dengan orang lain) yang dimiliki individu dapat mendorong hubungan interpersonal baik dengan pasien maupun dengan tim kesehatan yang lain.

Perawat perlu memiliki kemampuan kecerdasan emosional untuk memenuhi kebutuhan perawatan pasien dan untuk melakukan negosiasi kooperatif dengan tim kesehatan lain. Hal senada disampaikan Goleman (2005) individu yang

mampu membina hubungan dengan orang lain terlihat melalui penguasaan emosi yang baik ketika berhubungan dengan orang lain, kemampuan membaca situasi dan jaringan sosial, serta mampu berinteraksi dengan lancar. Dengan kemampuan perawat dalam membina hubungan orang lain, perawat akan mampu menciptakan lingkungan yang suportif, protektif, untuk perbaikan mental, fisik, sosial budaya dan spiritual bagi pasien (Watson, 1979 dalam Tomey & Aliigod, 2006).

Peneliti menganalisis, perawat yang mampu membina hubungan dengan orang lain, termasuk dengan pasien, telah mampu menciptakan lingkungan yang suportif, yang meningkatkan kenyamanan pasien dalam membina hubungan interpersonal dengan perawat. Sehingga, pasien dapat merasakan manfaat hubungan terapeutik perawat-pasien, yang pada akhirnya meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang telah diberikan perawat, termasuk perilaku *caring*.

6.2 Keterbatasan penelitian

Peneliti telah berupaya melaksanakan penelitian ini sesuai dengan rancangan penelitian yang telah dibuat. Namun demikian, peneliti masih menemukan kendala dan keterbatasan pada penelitian ini terkait dengan prosedur pengumpulan data. Prosedur pengumpulan data dari pasien direncanakan dilaksanakan dengan cara pasien menilai perilaku *caring* perawat tertentu. Satu perawat akan dinilai oleh dua pasien, atau namun jika jumlah sampel tidak memungkinkan maka satu pasien menilai dua perawat. Namun, hal ini tidak terlaksana dikarenakan pasien tidak mengetahui nama perawat yang merawatnya, perawat jarang memperkenalkan diri dan terkadang tidak menggunakan *nametag* (tanda identitas nama). Berdasarkan kondisi yang peneliti amati selama penelitian, perawat didistribusikan di tiap kamar, dimana setiap kamar terdiri dari 5-6 pasien. Maka, upaya yang dilakukan peneliti untuk meminimalkan keterbatasan ini adalah dengan melakukan pengambilan sampel secara acak di semua kamar di tiap ruangan. Dengan metode ini, diharapkan sampel tersebut dapat mewakili penilaian terhadap perilaku *caring* perawat di setiap kamar. Sehingga, hasil

penelitian ini hanya dapat menggambarkan respon pasien terhadap perilaku *caring* perawat secara keseluruhan.

6.3 Implikasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 5 dimensi kecerdasan emosional, terdapat 1 dimensi kecerdasan emosional yang berhubungan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien yaitu dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain. Hasil penelitian ini mempunyai implikasi bagi institusi pelayanan keperawatan dan penelitian.

6.3.1 Implikasi bagi pelayanan keperawatan

Penelitian ini menggambarkan bahwa proporsi perawat yang berperilaku *caring* dan kurang *caring* menurut pasien hampir sama. Perilaku perawat yang kurang *caring* terutama terkait komunikasi perawat kepada pasien dalam menerapkan faktor karatif 2 (kepercayaan dan harapan), 4 (hubungan saling percaya dan saling membantu), 7 (pembelajaran dan pengajaran dalam hubungan interpersonal), dan 10 (penghargaan kekuatan eksistensial dan fenomenologikal) serta bantuan dan bimbingan dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien. Komunikasi yang tidak terjalin antara perawat dan pasien akan berdampak pada tidak terciptanya hubungan terapeutik perawat-pasien, yang sangat diperlukan untuk penyembuhan pasien. Untuk itu perlu dilakukan penyegaran dan pelatihan mengenai komunikasi efektif, komunikasi terapeutik dan perilaku *caring* perawat mencakup semua faktor karatif bagi semua perawat. Bagi perawat baru, hal ini sebaiknya dimasukkan dalam materi orientasi penerimaan (*recruitment*) perawat baru.

Pasien yang mempersepsikan perawat masih banyak yang kurang *caring*, dapat berdampak pada kepuasan pasien, bahkan terhadap finansial rumah sakit. Sebab, di salah satu rumah sakit di Australia, perilaku *caring* yang diterapkan dalam memberikan pelayanan keperawatan terbukti mampu meningkatkan kepuasan pasien dan mempunyai nilai ekonomi tinggi bagi rumah sakit. Untuk itu, perilaku *caring* hendaknya dapat diterapkan pada setiap pemberian pelayanan kepada pasien. Data ini dapat menjadi salah satu data yang mengukur kepuasan pasien

terhadap pelayanan yang diberikan perawat di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Rumah sakit dapat menggunakan data ini untuk melakukan perencanaan dalam membuat atau memperbaiki program-program yang bertujuan untuk meningkatkan kepuasan pasien. Jika kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan perawat dapat meningkat maka hal ini dapat menjadi peluang untuk meningkatkan kunjungan pasien ke rumah sakit yang pada akhirnya akan dapat meningkatkan BOR (*bed occupancy rate*) rumah sakit. Fungsi manajemen dapat diterapkan untuk memastikan penerapan perilaku *caring* oleh perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan mencakup fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian. Sehingga, perawat mampu memberikan asuhan yang lebih adekuat, berkualitas dan dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang telah diberikan.

Sebagian besar perawat di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso telah memiliki kecerdasan emosional yang tinggi. Perawat dapat mengetahui emosi diri, mengatur emosi diri, memotivasi diri, memahami dan mendukung emosi orang lain serta mampu membina hubungan dengan orang lain. Hal ini dapat membawa dampak positif bagi rumah sakit. Kecerdasan emosional yang baik akan berpengaruh terhadap performa kerja yang baik pula. Sehingga, pelayanan yang diberikan kepada pasien akan meningkatkan kepuasan pasien. Rumah sakit dapat mengembangkan program-program yang dapat semakin meningkatkan kecerdasan emosional perawat, sehingga dapat semakin meningkatkan performa kerja perawat.

Kecerdasan emosional, jika dianalisis tiap dimensinya dapat diketahui bahwa dimensi mengetahui emosi diri (*self awareness*) perawat tinggi yaitu dalam hal penilaian kekuatan dan kelemahan diri yang akurat dan percaya diri, namun kemampuan untuk mengenali emosi diri dan efeknya masih perlu ditingkatkan. Sebab, kemampuan ini dapat berdampak pada kemampuan memahami orang lain, termasuk pasien. Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara dimensi mengetahui emosi diri yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Namun, secara statistik

deskriptif diketahui bahwa perawat pelaksana yang memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang tinggi lebih mampu menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi mengetahui emosi diri yang rendah yakni sebanyak 54,7%. Perawat yang mampu memahami perasaan dirinya, lebih mampu bertindak dan berkomunikasi dengan cara yang tepat dan penuh kepedulian. Sehingga, pasien akan mempersepsikan perawat mampu menerapkan perilaku *caring* dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Rumah sakit dapat menggunakan data ini untuk membuat program pengembangan *Self awareness* perawat. *Self awareness* perawat dapat ditingkatkan dengan pelatihan mengenai cara mendengarkan kata hati, mendengar dan belajar dari orang lain, dan menyampaikan aspek (emosi) diri. Mendengarkan kata hati merupakan eksplorasi terhadap pemikiran, memori dan perasaan diri. Mendengarkan orang lain dan belajar dari orang lain perlu dilakukan untuk meningkatkan *self awareness* karena individu berhubungan dengan orang lain. Sehingga, individu perlu mendengar secara aktif dan terbuka dengan masukan orang lain. Yang terakhir, menyampaikan aspek diri kepada orang lain sehingga individu dapat mencapai kesehatan personaliti atau kepribadian yang sehat (Stuart & Laraia, 2005). Cara-cara ini dapat diterapkan untuk meningkatkan *self awareness* perawat.

Dimensi mengatur emosi diri perawat tinggi yaitu dalam hal mengatur emosi-emosi dan desakan hati yang mendesak dan fleksibel terhadap perubahan. Namun, dalam hal mempertahankan kejujuran dan integritas, bertanggung jawab terhadap performa diri dan inovatif perlu ditingkatkan. Hal ini dapat berdampak pada kemampuan perawat melaksanakan pekerjaan dengan penuh tanggung jawab. Kejujuran dan integritas perawat serta kemampuan inovatif perawat, jika tidak ditingkatkan akan berpengaruh terhadap aspek legal dan kualitas pelayanan yang diberikan perawat.

Berdasarkan hasil analisis bivariat diketahui bahwa tidak ditemukan adanya hubungan antara dimensi pengaturan emosi diri yang dimiliki oleh perawat

pelaksana dengan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Namun, perawat yang memiliki kemampuan mengatur emosi dirinya dengan baik, dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien dibandingkan perawat yang tidak mampu mengatur emosi dirinya yakni sebanyak 57,7%.

Rumah sakit dapat memanfaatkan data ini sebagai dasar untuk mengembangkan program atau kegiatan yang dapat meningkatkan aspek kejujuran dan integritas, tanggung jawab terhadap performa diri dan kemampuan inovatif perawat. Kejujuran dan integritas perawat dapat diasah melalui komunikasi terbuka antara perawat pelaksana dengan pasien maupun tenaga kesehatan lain. Dengan komunikasi terbuka akan memfasilitasi hubungan saling percaya (Stuart & Laraia, 2005). Tanggung jawab terhadap performa diri dapat ditingkatkan melalui penilaian kinerja yang obyektif dan akurat serta penyegaran kembali mengenai hak dan tanggungjawab perawat. Kemampuan inovatif dapat ditingkatkan melalui program kompetisi antar perawat disertai pemberian *rewards* (penghargaan) berupa finansial atau non finansial.

Dimensi memotivasi diri perawat yang tinggi yaitu dalam hal dorongan berprestasi dan inisiatif (memanfaatkan peluang). Dengan dua kemampuan ini, perawat akan terdorong untuk melakukan pelayanan perawatan terbaik bagi pasien. Namun, optimisme dan komitmen perawat perlu ditingkatkan karena masih rendah. Optimisme dan komitmen yang rendah dapat berdampak pada kinerja bahkan berisiko mempengaruhi *turn over* perawat. Salah satu penyebab tingginya *turn over* adalah tidak komitmennya individu terhadap organisasinya. Rumah sakit dapat menggunakan data ini untuk melakukan program-program yang sifatnya mengikat dan meningkatkan komitmen seperti pembiayaan untuk melanjutkan pendidikan, mengikuti pelatihan, seminar maupun pemberian penghargaan bagi perawat berprestasi, baik berupa finansial maupun non finansial (seperti ucapan selamat, pemberian predikat perawat berprestasi). Program-program ini akan mendorong komitmen perawat terhadap institusi.

Pada uji statistik diperoleh hasil bahwa tidak ada hubungan antara dimensi memotivasi diri yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Namun demikian, secara statistik deskriptif diketahui bahwa perawat pelaksana yang memiliki dimensi memotivasi diri yang tinggi lebih mampu menerapkan perilaku *caring* menurut persepsi pasien dibandingkan perawat yang memiliki dimensi memotivasi diri yang rendah yakni sebanyak 57,1%. Rumah sakit dapat menjadikan data ini sebagai dasar untuk melakukan program-program peningkatan motivasi perawat. Karena, hal ini dapat berdampak pada performa kerja perawat. Motivasi merupakan elemen kecerdasan emosional yang penting karena mampu mendorong individu untuk menunjukkan inisiatif, ketekunan, dedikasi, berorientasi, fokus dan proaktif pada tujuan yang ingin dicapai. Oleh karena itu, motivasi perawat untuk menerapkan perilaku *caring* perlu ditingkatkan kembali.

Dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang tinggi pada perawat yaitu dalam hal mengembangkan orang lain, menumbuhkan peluang melalui pergaulan dengan bermacam-macam orang, dan membaca emosi kelompok, namun rendah dalam hal empati (kesadaran terhadap perasaan, perspektif dan kepentingan orang lain) dan orientasi pelayanan (mengantisipasi, mengenali, dan berusaha memenuhi kebutuhan pelanggan). Kemampuan perawat mengembangkan orang lain, menumbuhkan peluang melalui pergaulan serta membaca emosi kelompok dapat memberikan dampak yang baik. Kemampuan tersebut dapat mendasari perawat dalam merawat pasien. Perawat dapat mengembangkan pasien untuk melakukan perawatan mandiri sesuai kemampuan diri. Namun, hal ini hendaknya ditunjang dengan empati yang tinggi dan berorientasi pada pelayanan. Program pengembangan staf dapat dilakukan untuk membudayakan perilaku empati dan orientasi pelayanan misalnya pelatihan dan penyegaran tentang empati, komunikasi terapeutik baik untuk perawat lama maupun perawat baru sehingga secara keseluruhan perawat dapat dinilai empati oleh pasien.

Hasil analisis bivariat diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien. Dari hasil interpretasi ini, dapat dikatakan bahwa kemampuan perawat memahami dan mendukung emosi orang lain terbukti mempengaruhi perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien. Perawat yang memiliki kemampuan yang tinggi dalam memahami dan mendukung emosi orang lain, dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien (sebanyak 63,6%) dibandingkan perawat yang memiliki kemampuan yang rendah dalam hal memahami dan mendukung emosi orang lain. Analisis lebih lanjut menunjukkan bahwa perawat yang memiliki kemampuan memahami dan mendukung emosi orang lain berpeluang 2,567 kali dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien dibandingkan perawat yang memiliki kemampuan yang rendah dalam hal memahami dan mendukung emosi orang lain. Dampaknya bagi rumah sakit, jika masih banyak perawat yang tidak mampu memahami dan mendukung emosi pasien, maka tidak akan terjalin hubungan terapeutik perawat-pasien. Namun jika perawat mampu memahami dan mendukung emosi orang lain (dalam hal ini pasien) maka dapat mendorong perawat untuk menerima perasaan pasien baik positif maupun negatif sehingga akan tercipta hubungan saling percaya yang merupakan salah satu wujud perilaku *caring* perawat.

Dimensi membina hubungan dengan orang lain yang tinggi pada perawat yaitu dalam kepemimpinan, dan manajemen konflik (negosiasi dan menyelesaikan perbedaan pendapat) dan rendah dalam hal taktik untuk melakukan persuasif, komunikasi, katalisator perubahan, menumbuhkan ikatan atau hubungan, kolaborasi dan kooperasi serta menciptakan sinergi kelompok dalam memperjuangkan tujuan bersama. Hasil analisis bivariat diketahui bahwa tidak ada hubungan antara dimensi membina hubungan dengan orang lain yang dimiliki oleh perawat pelaksana dengan perilaku *caring* menurut persepsi pasien. Namun demikian, secara statistik hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perawat yang memiliki kemampuan yang tinggi dalam membina hubungan dengan orang lain, dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien (57,4%) dibandingkan perawat yang memiliki kemampuan yang rendah dalam hal membina hubungan dengan orang

lain. Hal ini dapat berdampak pada kemampuan perawat menciptakan lingkungan yang suportif, protektif, untuk perbaikan mental, fisik, sosial budaya dan spiritual bagi pasien. Sehingga, pasien dapat merasakan manfaat hubungan terapeutik perawat-pasien, yang pada akhirnya meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang telah diberikan perawat, termasuk perilaku *caring*. Rumah sakit dapat memanfaatkan data ini sebagai dasar untuk mengembangkan program-program pelatihan yang menekankan pada kemampuan individu untuk bekerja sama dengan orang lain.

Selain itu, rumah sakit juga dapat memanfaatkan atau memodifikasi instrumen penilaian perilaku *caring* ini sebagai instrumen dasar yang dapat dikembangkan sebagai penilaian kinerja perawat. Sehingga, perilaku *caring* perawat dapat diawasi pelaksanaannya dan dapat dihargai dengan *rewards* berupa finansial maupun non finansial. Oleh karena itu, hasil penelitian ini dapat menjadi dasar bagi rumah sakit untuk mempertimbangkan dan menetapkan aplikasi perilaku *caring* sebagai salah satu kompetensi yang diperhitungkan dalam penilaian kinerja perawat.

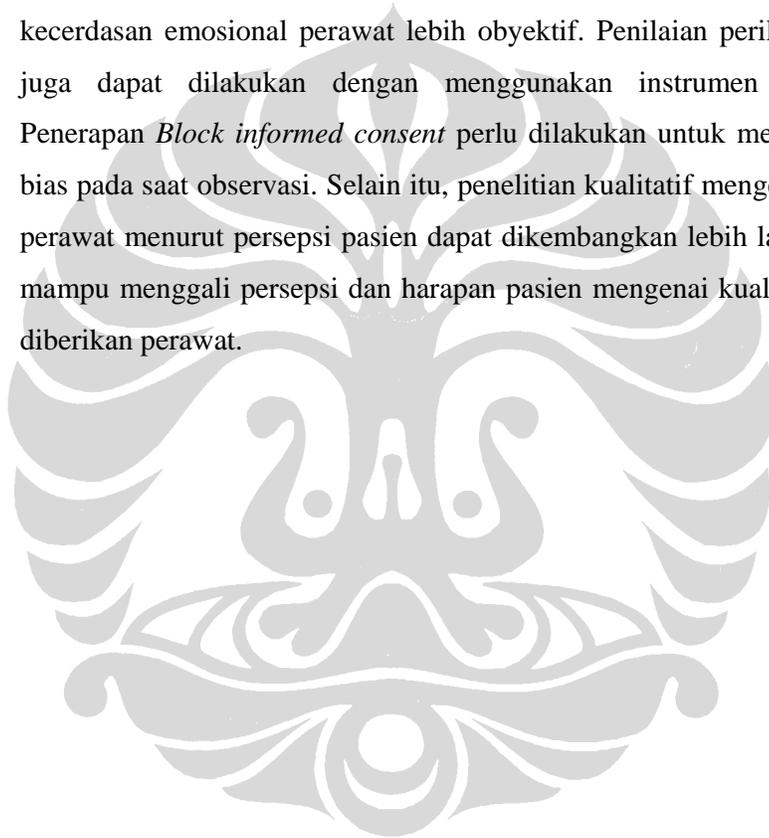
6.3.4 Implikasi bagi penelitian lain

Penelitian ini memiliki keterbatasan terkait prosedur pengumpulan data. Peneliti tidak dapat menerapkan penilaian perilaku *caring* setiap perawat oleh setiap pasien. Hal ini dapat menjadi dasar untuk penelitian selanjutnya yang dapat melaksanakan prosedur tersebut. Penelitian serupa namun dilaksanakan di rumah sakit yang sudah menerapkan komunikasi terapeutik, dapat dilaksanakan untuk penelitian selanjutnya.

Hasil penelitian dapat menjadi rujukan untuk penelitian selanjutnya terkait konsep *caring* maupun kecerdasan emosional perawat, dengan menggunakan desain yang sama maupun berbeda. Penelitian ini dapat dikembangkan lebih lanjut terutama mengenai pengaruh kecerdasan emosional perawat terhadap hal lain selain perilaku *caring* perawat, misalnya terhadap retensi pekerjaan, performa kerja ataupun pengaruhnya terhadap kemampuan manajerial perawat. Selain itu, perlu

juga diteliti pengaruh kecerdasan intelektual, kecerdasan spiritual dan kecerdasan emosional terhadap penerapan perilaku *caring* perawat. Sehingga dapat diketahui bagaimana pengaruh ketiga kecerdasan ini terhadap performa kerja perawat termasuk perilaku *caring* perawat.

Penelitian mengenai kecerdasan emosional perawat dapat dikembangkan lebih lanjut, tidak hanya berupa *self-report* perawat, namun juga dengan memanfaatkan format observasi sebagai bentuk tes performa sehingga diharapkan dapat menilai kecerdasan emosional perawat lebih obyektif. Penilaian perilaku *caring* perawat juga dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen format observasi. Penerapan *Block informed consent* perlu dilakukan untuk mengurangi terjadinya bias pada saat observasi. Selain itu, penelitian kualitatif mengenai perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien dapat dikembangkan lebih lanjut sehingga lebih mampu menggali persepsi dan harapan pasien mengenai kualitas pelayanan yang diberikan perawat.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menguraikan beberapa kesimpulan dan saran bagi rumah sakit, institusi pendidikan, organisasi profesi dan penelitian selanjutnya.

7.1 Simpulan

Simpulan terhadap hasil penelitian mengenai hubungan kecerdasan emosional dan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien yakni sebagai berikut:

7.1.1 Sebagian besar responden perawat berjenis kelamin perempuan, berpendidikan D3 Keperawatan dan telah menikah. Perawat rata-rata berumur 31,95 tahun dan bekerja selama 9,8 tahun.

7.1.2 Rata-rata pasien berumur 41,42 tahun dengan lama rawat rata-rata 4,42 hari. Proporsi pasien berjenis kelamin laki-laki dan perempuan hampir sama (sebanding). Sebagian besar pasien telah mendapatkan pendidikan dasar (SMP) dan pada umumnya pasien dirawat satu kali dalam 5 tahun terakhir di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

7.1.3 Hampir separuh perawat belum berperilaku *caring* menurut persepsi pasien, terutama kemampuan perawat berkomunikasi dengan pasien. Hal ini dapat berdampak pada hubungan terapeutik perawat-pasien, kepuasan pasien, bahkan terhadap finansial rumah sakit. Untuk itu, perilaku *caring* hendaknya dapat diterapkan pada setiap pemberian pelayanan kepada pasien.

7.1.4 Sebagian besar perawat pelaksana memiliki kecerdasan emosional yang tinggi. Hal dapat membawa dampak positif bagi rumah sakit. Kecerdasan emosional yang baik akan berpengaruh terhadap performa kerja yang baik pula.

7.1.5 Perawat yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien. Hal ini dapat menjadi potensi yang perlu terus dikembangkan. Perilaku *caring* yang didasari dengan kecerdasan emosional

yang baik akan mendukung terciptanya pelayanan keperawatan yang sesuai dengan harapan pasien.

7.1.6 Dimensi mengetahui emosi diri tidak berhubungan dengan perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien. Namun, perawat yang mampu mengetahui emosi dirinya dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien. Dimensi mengetahui emosi diri (*self awareness*) yang masih rendah yaitu dalam hal kemampuan mengenali emosi diri dan efeknya. Hal ini perlu ditingkatkan. Perawat yang mampu memahami perasaan dirinya, lebih mampu bertindak dan berkomunikasi dengan cara yang tepat dan penuh kepedulian.

7.1.7 Dimensi mengatur emosi diri tidak berhubungan dengan perilaku *caring* perawat, namun perawat yang mampu mengatur emosi dirinya dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien. Dimensi mengatur emosi diri yang masih rendah yaitu dalam hal mempertahankan kejujuran (dalam hal mengakui kesalahan pribadi) dan integritas, bertanggung jawab terhadap performa diri dan kemampuan inovatif. Hal dapat berpengaruh terhadap aspek legal dan kualitas pelayanan yang diberikan perawat.

7.1.8 Dimensi memotivasi diri tidak berhubungan dengan perilaku *caring* perawat, namun perawat yang mampu memotivasi diri dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien. Dimensi memotivasi diri yang masih rendah yaitu dalam hal optimisme dan komitmen perawat. Rumah sakit dapat menjadikan data ini sebagai dasar untuk melakukan program-program peningkatan komitmen dan optimisme perawat.

7.1.9 Ditemukan adanya hubungan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat. Perawat yang memiliki kemampuan yang tinggi dalam memahami dan mendukung emosi orang lain, dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien. Perawat yang memiliki kemampuan memahami dan mendukung emosi orang lain berpeluang 2,567 kali dipersepsikan lebih *caring* oleh pasien dibandingkan perawat yang memiliki kemampuan yang rendah dalam hal memahami dan mendukung emosi orang lain. Program

pengembangan staf dapat dilakukan untuk membudayakan perilaku empati dan orientasi pelayanan.

7.1.10 Dimensi membina hubungan dengan orang lain yang masih rendah yaitu dalam hal kemampuan persuasif, komunikasi, katalisator perubahan, menumbuhkan ikatan atau hubungan, kolaborasi dan kooperasi serta menciptakan sinergi kelompok dalam memperjuangkan tujuan bersama. Rumah sakit dapat memanfaatkan data ini sebagai dasar untuk mengembangkan program-program pelatihan yang menekankan pada kemampuan individu untuk bekerja sama dengan orang lain.

7.1.11 Hubungan dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain dengan perilaku *caring* perawat tidak dipengaruhi oleh faktor pengganggu, baik karakteristik perawat maupun pasien.

7.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, ada beberapa saran untuk berbagai pihak, yakni sebagai berikut:

7.2.1 Direktur Rumah Sakit perlu:

7.2.1.1 Menetapkan kebijakan untuk melakukan survey kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan secara berkala guna menilai persepsi pasien terhadap pelayanan keperawatan.

7.2.1.2 Menetapkan kebijakan dalam bentuk surat keputusan mengenai perilaku *caring* sebagai salah satu kompetensi wajib yang harus dimiliki oleh semua staf.

7.2.2 Bidang Pelayanan Keperawatan perlu:

7.2.2.1 Melakukan sosialisasi kepada Direktur (jajaran pimpinan dan manajerial rumah sakit) mengenai pentingnya aspek *caring* dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien.

7.2.2.2 Menetapkan aspek *caring* perawat sebagai bagian dari proses seleksi perawat.

7.2.2.3 Mengembangkan program penyegaran dan pelatihan mengenai empati, komunikasi efektif, komunikasi terapeutik, hak dan

kewajiban perawat dan perilaku *caring* perawat mencakup semua faktor karatif baik untuk perawat lama maupun perawat baru.

- 7.2.2.4 Mengembangkan program peningkatan *Self awareness* perawat, bekerja sama dengan Psikolog, dilakukan melalui pelatihan yang menekankan pada kemampuan perawat untuk mendengarkan kata hati, mendengar dan belajar dari orang lain, dan menyampaikan aspek (emosi) diri.
- 7.2.2.5 Mengembangkan penilaian kinerja yang obyektif dan akurat.
- 7.2.2.6 Mengembangkan program kompetisi antar perawat dan mengusulkan pemberian *rewards* (penghargaan) berupa finansial atau non finansial sesuai kemampuan rumah sakit sehingga motivasi perawat meningkat.
- 7.2.2.7 Mengusulkan program-program yang sifatnya mengikat seperti pembiayaan untuk melanjutkan pendidikan, mengikuti pelatihan, seminar maupun pemberian penghargaan bagi perawat berprestasi.
- 7.2.2.8 Menetapkan program penilaian kecerdasan emosional sebagai salah satu penilaian rutin minimal tiap 6 bulan sebagai bentuk evaluasi lanjutan untuk program pelatihan kecerdasan emosional berkelanjutan
- 7.2.2.9 Mengembangkan standar kinerja berbasis perilaku *caring* melalui pengembangan instrumen peneliti ini atau modifikasi dengan instrumen *caring* yang lain.
- 7.2.2.10 Meningkatkan fungsi pengarahan dan pengawasan terhadap penerapan perilaku *caring* perawat pelaksana dalam pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien di ruang rawat.
- 7.2.2.11 Memilih salah satu ruang rawat inap sebagai tahap awal untuk menerapkan pemberian pelayanan keperawatan yang berbasis perilaku *caring*. Selanjutnya, dilakukan di ruang rawat inap lainnya.

7.2.4 Bagi peneliti lain

- 7.2.4.1 Mengembangkan replikasi penelitian ini untuk memastikan hubungan kecerdasan emosional dengan perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien yang dilakukan di tempat penelitian (rumah sakit) yang penerapan komunikasi terapeutiknya sudah baik.
- 7.2.4.2 Mengembangkan penelitian lebih lanjut terutama mengenai pengaruh kecerdasan emosional perawat terhadap hal lain selain perilaku *caring* perawat, misalnya terhadap retensi pekerjaan, performa kerja maupun pengaruhnya terhadap kemampuan manajerial.
- 7.2.4.3 Mengembangkan penelitian lebih lanjut yang mengidentifikasi pengaruh kecerdasan intelektual, emosional dan spiritual terhadap performa perawat termasuk perilaku *caring*.
- 7.2.4.4. Mengembangkan penelitian mengenai kecerdasan emosional yang tidak hanya menggunakan instrumen yang berupa *self-report* namun juga berupa tes performa dengan menggunakan format observasi.
- 7.2.4.5 Mengembangkan penelitian mengenai perilaku *caring* perawat pelaksana yang tidak hanya menggunakan instrumen berupa kuesioner namun juga berupa format observasi.
- 7.2.4.6 Mengembangkan penelitian mengenai perilaku *caring* perawat menurut persepsi pasien dengan desain kualitatif sehingga dapat menggali lebih jauh persepsi, pengalaman, maupun fenomena yang dialami pasien terkait perilaku *caring* perawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Mailam, F.F. (2005, April/ Juni). The Effect of nursing care on overall patient satisfaction and its predictive value on return-to-provider behavior: A survey study. *Journal Quality Management In Health Care*, 14(2), 116-120. Januari 15, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15907021>
- Agustian, A.G. (2005). *Rahasia sukses membangun kecerdasan emosi dan spiritual: Emotional spiritual quotient berdasarkan 6 Rukun Iman dan 5 Rukun Islam*. Jakarta: Penerbit Arga.
- Agustin, Ismar. (2002). *Perilaku Caring Perawat Dan Hubungannya Dengan Kepuasan Klien Di Instalasi Rawat Inap Bedah Dewasa Rumah Sakit Dokter Mohammad Hoesin Palembang*. Tesis FIK-UI.
- Baldursdottir, G.A., & Jonsdottir, H.A. (2002, Januari). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *The journal of acute and critical care*, 31(1), 67-75. Januari 15, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11805752>
- Bar-on, Reuven. (2007, April). Bar-on model of emotional-social intelligence. Januari 12, 2010. <http://www.reuvenbaron.org/bar-on-model/essay.php?i=3#intra>
- Bidang Perencanaan RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. (2007). *Indeks kepuasan pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso*.
- Bolton, L.B., Aydin, C.E., Donaldson, N., Brown, D.S., Nelson, M.S., & Harms, D. (2003). Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. *The journal of nursing administration*, 3(33), 607-614. Januari 12, 2010. http://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2003/11000/Nurse_Staffing_and_Patient_Perceptions_of_Nursing.11.aspx
- Bracket, M.A., & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT). *Journal Psicothema*, 18, 34-41. Januari 17, 2010. http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Posted%20on%20Behalf%20of%20the%20HEB%20Lab/SpanishMSCEIT.pdf

- Budiarto, E., (2002). *Biostatistika untuk kedokteran dan kesehatan masyarakat*. Jakarta: EGC
- Cherniss, Cary. (2000, April). *Emotional intelligence: What it is and Why it Matters*. Paper presented at the Annual Meeting of the Society for Industrial and Organizational, New Orleans, LA. Januari 11, 2010. http://www.eiconsortium.org/reports/what_is_emotional_intelligence.html
- Ciarrochi, J., Forgas, J.P., & Mayer, J.D. (2001). *Emotional intelligence in everyday life: a scientific inquiry*. USA: Psychology Press.
- Codier, E., Kamikawa, C., Kooker, B. & Shoultz, J. (2009, Oktober/ Desember). Emotional intelligence, performance, and retention in clinical staff nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 33(4), 310-316. Januari 11, 2010. [http://journals.lww.com/naqjournal/Abstract/2009/10000/Emotional Intelligence, Performance, and Retention.7.aspx](http://journals.lww.com/naqjournal/Abstract/2009/10000/Emotional_Intelligence,_Performance,_and_Retention.7.aspx)
- Data rekam medis RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Indikator kinerja RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso tahun 2007-2009.
- Dempsey, P.A. & Dempsey, A.D., (2002). *Riset keperawatan* (Palupi Widyastuti, Penerjemah). Edisi 4. Jakarta: EGC
- Dewan Organisasi Ilmu-ilmu Kedokteran Internasional (CIOMS) bekerja sama dengan World Health Organization (WHO). (1993). Pedoman etik internasional untuk penelitian biomedis yang melibatkan subyek manusia.
- Dewi, S. (2008). *Pengaruh Kecerdasan emosional dan spiritual terhadap kinerja (studi kasus pada perawat di RSAB Harapan Kita)*. Tesis STIE IPWIJA. Tidak dipublikasikan
- Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008). Pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan.
- Foss, C. (2002, Maret). Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scandinavia journal caring science*, 16(1), 19-26. Januari 14, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11985745>

- Freedman, J. & Blasé, K. (2005, Januari 6). Interview: Emotional intelligence with Dr. Daniel Goleman. Januari 15, 2010. <http://www.6seconds.org/modules.php?name=News&file=article&sid=212>
- George, J.B. (1990). *Nursing theories: The base for professional nursing practice*. (3rd Ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Gerits, L., Derksen, J.J., Verbruggen, A.B. (2004, April). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Personality and individual differences*, 42(2), 106-121. Januari 12, 2010. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V9F-4CK1VD1&_user=4888429&_coverDate=01%2F31%2F2005&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1226550584&_rerunOrigin=google&_acct=C000052059&_version=1&_urlVersion=0&_userid=4888429&_md5=cfe06eea8efe4ffd6cf100b4ff70aa6b
- Ghazali, M.V., Sastromihardjo, S., Rochani, S., Soelaryo, T., & Pramulyo, H. (2008). Studi cross-sectional. Dalam S. Sastroasmoro & S. Ismael (Ed.). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (pp. 112-125). Jakarta: Sagung Seto.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., & Donnelly, J.H. (1996). *Organisasi*. (Adiarni, N., Penerjemah.). (Edisi 8). Jakarta: Binarupa Aksara.
- Godkin, Jennie., & Godkin, Lynn. (2004). Caring behaviors among nurses: Fostering a conversation of gestures. *Journal Health care management review*, 29(3), 258-267. Januari 12, 2010. http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=51657
- [6](#)
- Goleman, Daniel. (2005). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Dell.
- Goleman, Daniel. (1999). Kecerdasan emosi untuk mencapai prestasi (Alex Tri Kantjono Widodo, Penerjemah.). Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Gordon, J.R. (1993). *A Diagnostic Approach to Organizational Behavior*. (4th Edition). USA: Allyn & Bacon.
- Hamid, A.Y.S. (2008). Buku ajar Riset keperawatan. (Edisi 2). Jakarta: EGC
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: FKM UI

- Hood, L.J., & Leddy, S.K. (2006). *Leddy & Pepper's conceptual bases of professional nursing*. (6th Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Huber, D.L. (2006). *Leadership & nursing care management*. (3rd edition). Philadelphia: Saunders Elsevier
- Issel, L.M., & Kahn, D. (1998). The economic value of caring. *Journal Health Care Management Review*, 23(4), 43-53. Januari 17, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9803318>
- Ivancevich, J.M., Konopaske, R., & Matteson, M.T. (2005). *Organizational behavior and management*. North America: McGraw-Hill.
- Kernbach, S., & Schutte, N.S. (2005). The impact of service provider emotional intelligence on customer satisfaction. *Journal of services marketing*, 19(7), 438-444. Januari 18, 2010. <http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do?contentType=Article&hdAction=lnkpdf&contentId=1528655>
- Komite Nasional Etik Penelitian Kesehatan. (2003). Pedoman nasional etik penelitian kesehatan. Disampaikan pada Rapat Kerja I pada tanggal 18-19 Februari 2003 di Jakarta.
- Luca, Joe., & Tarricone, Pina. (2001). *Does emotional intelligence affect successful teamwork*. Januari 19, 2010. <http://www.ascilite.org.au/conferences/melbourne01/pdf/papers/lucaj.pdf>
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2007). *Theoretical basis for Nursing*. (2nd Edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McQueen, Anne. (2000). Nurse-patient relationships and partnership in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 9(5), 723-731. Januari 17, 2010. <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jcn/2000/00000009/00000005/art00009>
- McQueen, A.C. (2004, Juli). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108. Januari 19, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15186473>
- McShane, S.L., & Glinow, M.A.V. (2003). *Organizational behavior: Emerging realities for the workplace revolution*. North America: McGraw-Hill.

- Meeboon, S. (2006). The effects of patient and nursing unit characteristics on outcomes among hospitalized patients with chronic illness in Thailand. A dissertation, faculty of the college of nursing. The University of Arizona. Januari 19, 2010. <http://www.nursing.arizona.edu/scripts/ThesisDetail.asp?num=56162448911152006144851>
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi revisi. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurachmah, E. (2001, 21 Juni). Asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit. *Perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia (PERSI)*. Januari 19, 2010. <http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=786&tbl=artikel>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 262/ Menkes/ Per/ VII/ 1979. Rasio perbandingan tempat tidur dan jumlah tenaga kesehatan menurut tipe rumah sakit.
- Pinto, K.K.O, & Spiri, W.C. (2008, Mei/ Juni). Nurses' perception concerning the care for patients with physical disabilities that interfere with self-image: a phenomenological approach. *Revista Latino-American de Enfermagem*, 16(3). Januari 19, 2010. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000300012&script=sci_arttext
- Portney, L.G., & Watkins, M.P. (2000). *Foundations of clinical research: Applications to practice*. New Jersey: PrenticeHall Health.
- Potter, P.A., & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar Fundamental Keperawatan : konsep, proses dan praktik* (Yasmin Asih, dkk, Penerjemah.). (Edisi 4). Jakarta: EGC.
- Radwin, L. (2003). Do cancer patients' characteristics make a difference in their perceptions of quality of patient-centered nursing care?. *Academy health meeting*. University of Massachusetts Boston. Januari 19, 2010. <http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/ma?f=102275547.html>
- Rego, Armenio., Godinho, Lucinda., & McQueen, Anne. (2008.). Emotional intelligence and caring behavior in nursing. Januari 12, 2010. <http://ibacnet.org/bai2007/proceedings/Papers/2007bai7810.doc>

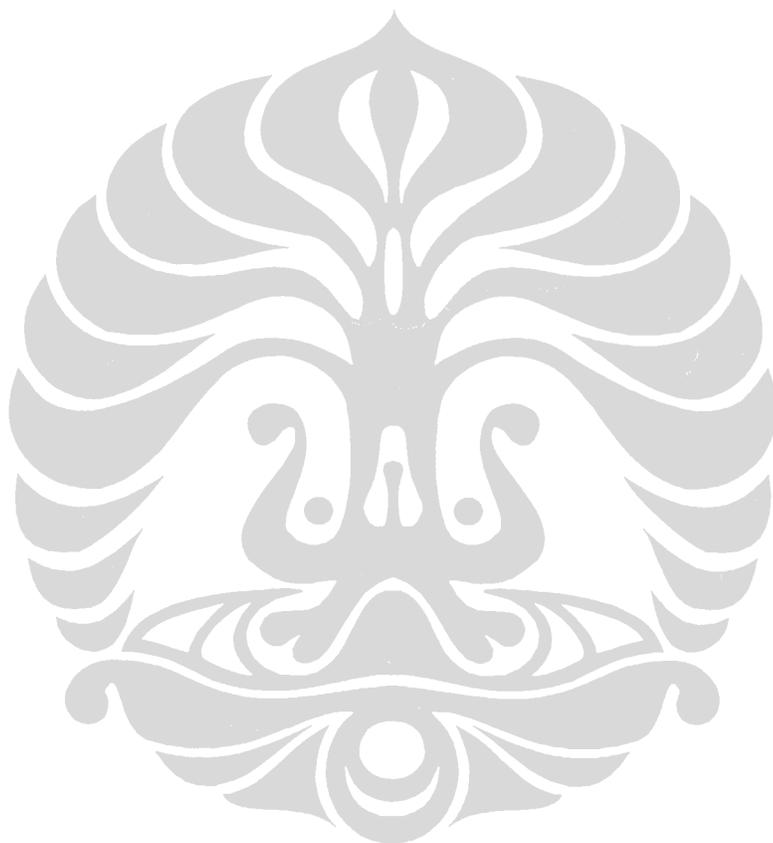
- Robbins, S.P. (2001). *Organizational behavior*. (9th Edition). USA: Prentice Hall International, Inc.
- Robbins, S.P., & Judge, T.A. (2008). *Perilaku Organisasi*. (Diana Angelica, dkk, Penerjemah). (Edisi 12). Jakarta: Salemba Empat.
- Rosenthal, N.E. (2002). *The emotional revolution: Harnessing the power of your emotions for a more positive life*. USA: Citadel press books.
- Sastroasmoro, S., (2008). Pemilihan subyek penelitian. Dalam S. Sastroasmoro & S. Ismael (Ed.). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* (pp. 78-90). Jakarta: Sagung Seto.
- Silvestri, L., Ziran, B., Barrette-Grischow, M.K., & Hull, T. (2008, Mei). Is perception of nursing care among orthopaedic trauma patients influenced by age?. *Journal of orthopaedic nursing*, 12(2), 64-68. Januari 17, 2010. [http://www.orthopaedic-nursing.com/article/S1361-3111\(08\)00041-1/abstract](http://www.orthopaedic-nursing.com/article/S1361-3111(08)00041-1/abstract)
- Stuart, G. W., & Laraia, M.T. (2005). *Principles and practice of Psychiatric nursing*. 8th edition. Missouri: Mosby.
- Sugiyono. (1999). *Statistika penelitian*. Edisi pertama. Bandung: CV. Alfabeta
- Suliman, W.A., Welmann, E., Omer, T., & Thomas, L. (2009, Desember). Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *Journal of Nursing research*, 17(4), 293-300. Januari 15, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19955886>
- Suryabrata, S. (2005). *Metodologi penelitian*. Jakarta: RajaGrafindo Persada
- Suwardi. (2008). Hubungan antara kecerdasan emosional dengan kemampuan komunikasi terapeutik perawat di Rumah Sakit Umum Pandan Arang Boyolali. Skripsi Universitas Muhammadiyah Surakarta. <http://viewer.eprints.ums.ac.id/archive/etd/906>.
- Tomey, A.N. & Alligood, M.R. (2006). *Nursing Theorists and their work*. USA: Mosby Elsevier
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
- Wasisto, B. (1994). Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit. *Cermin dunia kedokteran*, 90, 26-33. Januari 19, 2010.

<http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/07>

[MutuPelayananRS90.pdf/07_MutuPelayananRS90.html](http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/07_MutuPelayananRS90.pdf/07_MutuPelayananRS90.html)

- Walid, S. (2010, 8 & 11 Januari). Wawancara personal dengan Kepala Seksi Pelayanan Keperawatan RSUD. H. Koesnadi Bondowoso
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred Science*. USA: F.A. Davis Company.
- Watson, J. (2009). *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. (2nd Edition). New York: Springer Publishing Company, LLC. Januari 15, 2010. http://www.springerpub.com/prod.aspx?prod_id=21969
- Watson, R., McKenna, H., Cowman, S., & Keady, J. (2008). *Nursing research: Designs and methods*. USA: Elseiver.
- Williams, S.A. (1997, Juni). The relationships of patients' perceptions of holistic nursing caring to satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 11(5), 15-29. Januari 12, 2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9212543>
- Woodward, V.M. (2008). Professional caring: a contradiction in terms?. *Journal of advanced nursing*, 26(5), 999-1004. Januari 15, 2010. <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119155937/abstract>
- Wolf, S.B. (2005, November). Emotional competence inventory (ECI) technical manual. Hay group Mc Clelland center for research and innovation. Januari 15, 2010. http://www.eiconsortium.org/pdf/ECI_2_0_Technical_Manual_v2.pdf
- Wolf, Z.R., Colahan, M., & Costello, A. (1998, April). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *Journal Medsurg Nurs*, 7(2), 99-105. Januari 15, 2010. <http://www.highbeam.com/doc/1G1-20517702.html>
- Wuryanano. (2008). Fungsi-fungsi manajemen sumber daya manusia. 28 Februari 2009. <http://wuryanano.wordpress.com/2008/01/10/fungsi-fungsi-manajemen-sumber-daya-manusia/>.
- Wysong, P.R., & Driver, E. (2009). Patients' perceptions of nurses' skill. *Journal Critical Care Nurse*, 29, 24-37. Januari 17, 2010. <http://ccn.aacnjournals.org/cgi/content/full/29/4/24>

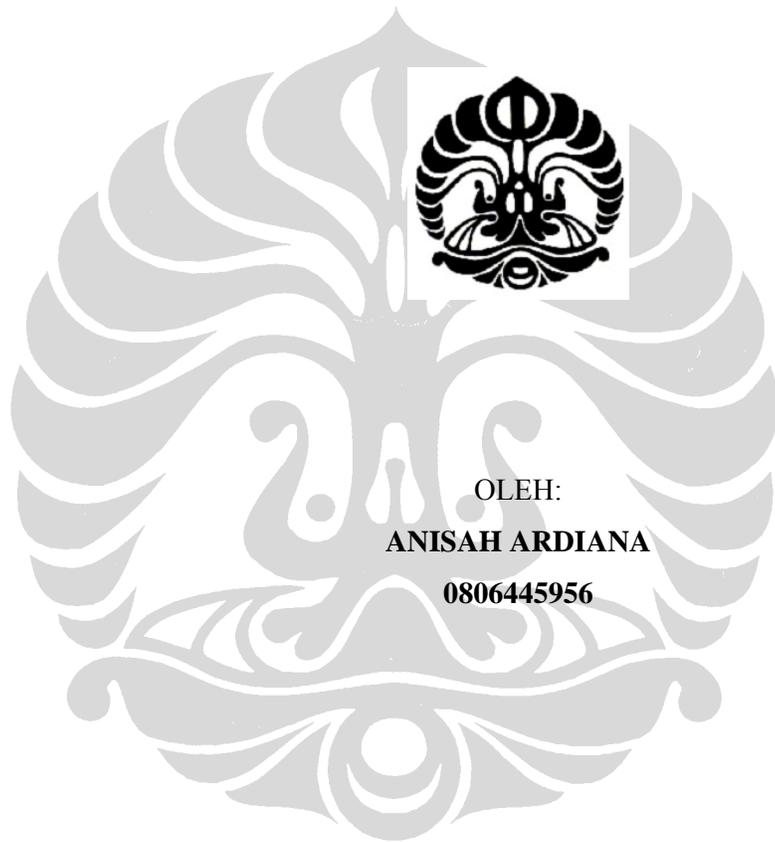
2010 *Indonesia menjadi pasar: Masyarakat mencari layanan kesehatan berkualitas.* (2008, 7 Juni). Jakarta: Kompas. Januari 17, 2010.
<http://els.bappenas.go.id/upload/kliping/2010%20Indonesia.pdf>



RENCANA JADWAL KEGIATAN PENELITIAN
HUBUNGAN KECERDASAN EMOSIONAL PERAWAT DENGAN PERILAKU CARING
PERAWAT PELAKSANA MENURUT PERSEPSI PASIEN DI RUANG RAWAT INAP RSU Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO

NO.	KEGIATAN	Januari 2010					Pebruari 2010					Maret 2010					April 2010					Mei 2010				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1.	Studi pendahuluan																									
2.	Penyusunan dan konsultasi proposal																									
3.	Seminar proposal																									
4.	Perbaikan proposal																									
5.	Uji coba instrumen dan perbaikan																									
6.	Pengumpulan data																									
7.	Pengolahan data																									
8.	Penyusunan dan konsultasi laporan hasil penelitian																									
9.	Seminar hasil penelitian																									
10.	Perbaikan laporan hasil penelitian																									
11.	Ujian penelitian																									

KUESIONER (untuk perawat pelaksana)
**HUBUNGAN KECERDASAN EMOSIONAL PERAWAT
DENGAN PERILAKU *CARING* PERAWAT PELAKSANA
MENURUT PERSEPSI PASIEN DI RUANG RAWAT INAP
RSU Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**



OLEH:
ANISAH ARDIANA
0806445956

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
2010

LEMBAR PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Kepada Yth.

Calon Responden

Temannya Sejawat

di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso

Dengan hormat,

Puji syukur kehadiran ALLAH Yang Maha Kuasa, sehingga kita selalu dalam rahmatNya. Dengan ini saya, Anisah Ardiana, NPM.0806445956, mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud melakukan penelitian dengan judul “Hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr.H.Koesnadi Bondowoso”.

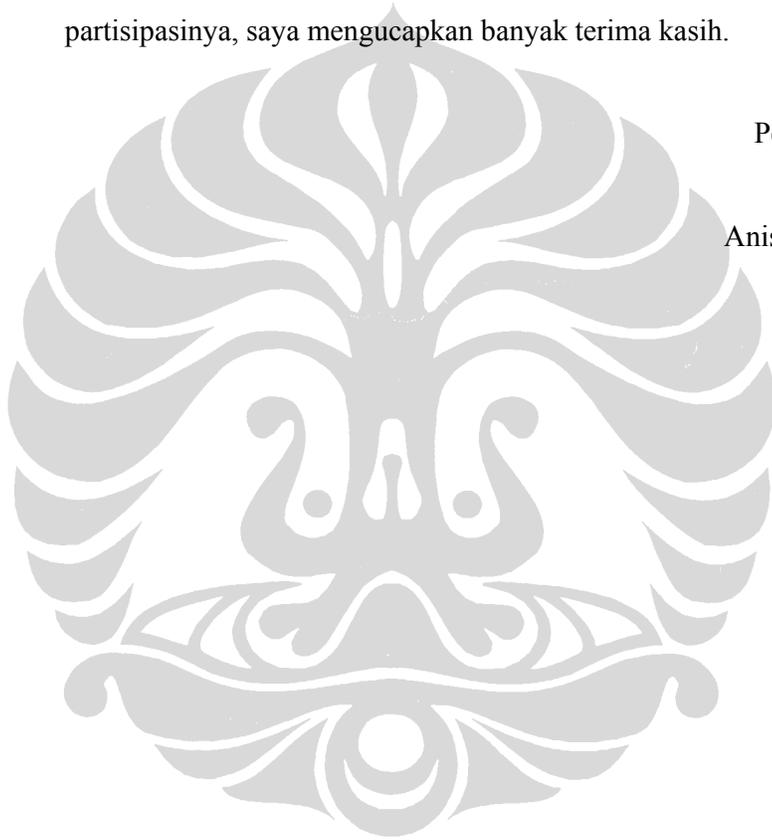
- a. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
- b. Kuesioner ini berisi 84 item pernyataan tentang kecerdasan emosional perawat yang bertujuan untuk mengidentifikasi kecerdasan emosional perawat yang sangat penting diterapkan dalam hubungan interpersonal maupun intrapersonal. Pengisian kuesioner ini memerlukan waktu sekitar 60 menit untuk mengisi kuesioner 84 item pernyataan.
- c. Data yang diperoleh dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen RSUD Dr. H.Koesnadi Bodowoso dalam melaksanakan kegiatan perencanaan, pengembangan dan pembinaan terhadap sumber daya keperawatan guna menghasilkan tenaga keperawatan yang mampu menerapkan perilaku *caring* dalam setiap pemberian pelayanan keperawatan dengan menggali dimensi-dimensi kecerdasan emosional diri perawat. Hasil penelitian akan direkomendasikan untuk menjadi acuan dalam melakukan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso

- d. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif terhadap institusi maupun perawat sebagai responden.
- e. Peneliti juga menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh, baik dalam pengumpulan, pengolahan maupun dalam penyajian nanti.

Peneliti sangat mengharapkan partisipasi saudara/ saudari dalam penelitian ini dan sebagai tanda setuju mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang dibagikan. Atas kesediaan dan partisipasinya, saya mengucapkan banyak terima kasih.

Peneliti,

Anisah Ardiana



LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat informasi dan membaca lembar penjelasan penelitian, maka saya memahami manfaat dan tujuan penelitian ini. Saya mengerti dan percaya bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Saya juga menyadari bahwa kajian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi saya dan institusi saya.

Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam kajian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Bondowoso, ... April 2010

Responden,

(_____)

Tanda tangan dan Nama lengkap

KUESIONER PENELITIAN

KUESIONER A: KARAKTERISTIK PERAWAT

Petunjuk Pengisian:

1. Pertanyaan berikut ini berkaitan dengan karakteristik responden.
2. Berikan tanda silang (X) atau uraian singkat dan jelas untuk pertanyaan singkat dibawah ini
3. Dimohon kepada Bapak/Ibu, Sdr/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Nomor responden(diisi oleh peneliti)
2.	Usia/ Umurtahun
3.	Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4.	Status pernikahan	<input type="checkbox"/> Belum menikah <input type="checkbox"/> Menikah
5.	Lama kerja: a. Sebagai perawat di RSU Dr. H. Koesnadi b. Sebagai perawat di tempat lain sebelumnya	a.tahun b.tahun
6.	Pendidikan terakhir	<input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> D3 Keperawatan: <input type="checkbox"/> lulusan SPK <input type="checkbox"/> lulusan SMA <input type="checkbox"/> S1 Kep/ Ners: <input type="checkbox"/> lulusan D3 Kep <input type="checkbox"/> lulusan SMU

KUESIONER B: KECERDASAN EMOSIONAL PERAWAT

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pernyataan dan pilihan jawaban dengan cermat dan teliti.
2. Pernyataan 1 sampai 84 terdapat empat pilihan jawaban yaitu **sangat tidak sesuai (STS)**, **tidak sesuai (TS)**, **sesuai (S)** dan **sangat sesuai (SS)**.
3. Pilihlah salah satu jawaban dengan cara memberi tanda silang (X) pada kolom yang sesuai jawaban anda.
4. Jika anda ingin mengganti pilihan jawaban karena jawaban pertama salah, maka cukup dengan memberi tanda (=) pada tanda silang yang salah, kemudian berikan tanda silang (X) baru pada kolom jawaban yang anda anggap paling benar.
5. Dimohon kepada Teman Sejawat untuk **TIDAK** mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pernyataan
6. Pilihlah jawaban yang paling sesuai yang menggambarkan perasaan, pikiran dan perilaku anda, dengan memperhatikan kriteria dibawah ini:
 - a. Jika pernyataan itu **“Sangat Tidak Sesuai”** atau **sangat bertolak belakang dengan perasaan, pikiran dan perilaku anda**, maka pilihlah jawaban **STS (sangat tidak sesuai)**
 - b. Jika pernyataan itu **“Tidak Sesuai”** atau **tidak pernah terjadi dalam perasaan, pikiran dan perilaku anda**, maka pilihlah jawaban **TS (tidak sesuai)**
 - c. Jika pernyataan itu **“Sesuai”** tetapi **tidak selalu demikian dalam perasaan, pikiran dan perilaku anda**, maka pilihlah jawaban **S (sesuai)**
 - d. Jika pernyataan itu **“Sangat Sesuai”** atau **sering terjadi dalam perasaan, pikiran dan perilaku anda**, maka pilihlah jawaban **SS (sangat sesuai)**

No.	Pernyataan	Pilihan jawaban			
		Sangat Tidak Sesuai (STS)	Tidak Sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat Sesuai (SS)
1.	Saya sadar tentang perasaan saya hampir sepanjang waktu	STS	TS	S	SS
2.	Saya mempunyai keyakinan yang besar dalam meraih tujuan hidup saya	STS	TS	S	SS
3.	Saya mampu menguasai perasaan saya agar tetap tenang dalam situasi yang sulit	STS	TS	S	SS
4.	Saya mampu memahami hal-hal yang dapat mempengaruhi pandangan orang lain tentang diri saya	STS	TS	S	SS
5.	Jika ada konflik dalam pekerjaan saya, maka saya akan membiarkannya sampai konflik itu reda dengan sendirinya	STS	TS	S	SS
6.	Bila saya sedih, saya tahu apa penyebabnya	STS	TS	S	SS
7.	Saya cenderung sulit memotivasi diri sendiri	STS	TS	S	SS
8.	Saya menyadari apa yang saya pikirkan, ada hubungannya dengan perasaan saya	STS	TS	S	SS
9.	Saya sangat mengerti perasaan orang lain ketika saya berinteraksi dengan mereka	STS	TS	S	SS
10.	Saya berani mengakui kesalahan saya meskipun hal ini dapat berakibat fatal bagi saya	STS	TS	S	SS
11.	Saya dapat pulih dengan cepat sesudah merasa kecewa	STS	TS	S	SS
12.	Saya mampu menerima perasaan saya sebagaimana adanya	STS	TS	S	SS
13.	Saya kurang senang dengan umpan balik yang negatif tentang diri saya	STS	TS	S	SS
14.	Ketika saya marah, saya tidak memikirkan apa akibatnya	STS	TS	S	SS
15.	Saya seringkali mencari informasi/ cara-cara yang dapat menyebabkan pekerjaan saya menjadi lebih baik	STS	TS	S	SS
16.	Orang-orang mengatakan bahwa saya pandai bergaul	STS	TS	S	SS

No.	Pernyataan	Pilihan jawaban			
		Sangat Tidak Sesuai (STS)	Tidak Sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat Sesuai (SS)
17.	Pekerjaan saya adalah perpanjangan dari sistem nilai pribadi saya	STS	TS	S	SS
18.	Saya kurang PD (percaya diri) dalam menyampaikan pendapat yang kemungkinan dianggap tidak populer oleh orang lain	STS	TS	S	SS
19.	Halangan atau masalah dalam hidup saya, telah menghasilkan perubahan-perubahan tak terduga kearah yang lebih baik	STS	TS	S	SS
20.	Saya sulit mendengarkan keluhan orang lain ketika pekerjaan saya banyak	STS	TS	S	SS
21.	Saya belajar dari pengalaman	STS	TS	S	SS
22.	Saya mampu melakukan pekerjaan saya dengan baik apapun kondisi pekerjaan saya (kondisi pekerjaan ringan maupun berat)	STS	TS	S	SS
23.	Ketika marah, saya tetap bisa berkonsentrasi melakukan pekerjaan saya	STS	TS	S	SS
24.	Saya mampu melakukan pekerjaan melebihi harapan pribadi saya	STS	TS	S	SS
25.	Saya sangat peduli dengan apa yang terjadi pada orang lain	STS	TS	S	SS
26.	Saya mampu mengajak orang lain melakukan tindakan yang benar dengan cara memberi contoh	STS	TS	S	SS
27.	Saya menemukan manfaat baru ketika saya bergaul dengan orang dari berbagai latar belakang yang berbeda	STS	TS	S	SS
28.	Apapun yang saya kerjakan akan membuahkan hasil/ kesuksesan	STS	TS	S	SS
29.	Saya sulit memahami perasaan orang lain ketika perasaan emosi saya sedang labil (tidak stabil)	STS	TS	S	SS
30.	Saya berani melakukan pekerjaan yang berat demi kebaikan tempat kerja saya	STS	TS	S	SS

No.	Pernyataan	Pilihan jawaban			
		Sangat Tidak Sesuai (STS)	Tidak Sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat Sesuai (SS)
31.	Sulit bagi saya memahami perasaan-perasaan saya sendiri	STS	TS	S	SS
32.	Saya kurang mampu memberikan saran/ masukan kepada orang lain untuk kebutuhan perkembangan mereka	STS	TS	S	SS
33.	Saya merasa sulit mengendalikan perasaan cemas saya	STS	TS	S	SS
34.	Saya kurang mampu menyusun rencana untuk mencapai tujuan yang saya inginkan	STS	TS	S	SS
35.	Saya mampu bekerja sama dengan semua orang untuk mencapai tujuan bersama	STS	TS	S	SS
36.	Saya bekerja dengan teliti dan hati-hati apapun kondisi pekerjaan saya (kondisi pekerjaan ringan maupun berat)	STS	TS	S	SS
37.	Saya dapat memandu/ membimbing orang lain agar berperilaku yang lebih baik	STS	TS	S	SS
38.	Jika ada rekan kerja yang menjengkelkan, saya bisa memahami perasaan mereka	STS	TS	S	SS
39.	Saya membesar-besarkan kemampuan saya agar memperoleh kesempatan yang lebih baik	STS	TS	S	SS
40.	Saya gemar memanfaatkan gagasan-gagasan dan informasi-informasi baru dalam pekerjaan saya	STS	TS	S	SS
41.	Saya bisa merasakan apa yang sedang dirasakan orang lain	STS	TS	S	SS
42.	Walaupun menghadapi situasi yang sulit, saya berusaha terus maju meraih tujuan/ keinginan saya	STS	TS	S	SS
43.	Rekan-rekan kerja saya mengatakan bahwa saya seringkali menjadi penengah yang baik ketika terjadi konflik diantara anggota kelompok	STS	TS	S	SS

No.	Pernyataan	Pilihan jawaban			
		Sangat Tidak Sesuai (STS)	Tidak Sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat Sesuai (SS)
44.	Kegagalan yang saya alami dapat saya perbaiki	STS	TS	S	SS
45.	Saya yakin dapat mengatasi situasi yang sulit dalam pekerjaan saya	STS	TS	S	SS
46.	Tidak peduli dengan siapa saya berbicara, saya selalu menjadi pendengar yang baik	STS	TS	S	SS
47.	Saya cenderung menunggu arahan dari orang lain untuk melakukan pekerjaan kelompok	STS	TS	S	SS
48.	Saya bisa tetap tenang menghadapi orang lain yang sedang marah	STS	TS	S	SS
49.	Saya tahu bahwa perasaan emosi saya (misalnya ketika saya sedih, marah atau gembira) cenderung mempengaruhi pekerjaan saya	STS	TS	S	SS
50.	Sulit bagi saya untuk untuk memilih penyelesaian yang terbaik dalam mengatasi masalah	STS	TS	S	SS
51.	Saya mempunyai kesulitan dalam memenuhi komitmen dengan pekerjaan saya	STS	TS	S	SS
52.	Saya jarang terdorong untuk menghibur orang lain yang sedang mengalami kesedihan	STS	TS	S	SS
53.	Saya merasa terkucil dan tidak dilibatkan dalam pekerjaan	STS	TS	S	SS
54.	Ketika perasaan saya sedang sedih, saya tetap bisa berkonsentrasi melakukan pekerjaan saya	STS	TS	S	SS
55.	Saya seringkali merasa senang ketika berhasil membantu orang lain	STS	TS	S	SS
56.	Saya mudah sekali menjadi marah	STS	TS	S	SS
57.	Bila saya sedang marah, sulit bagi saya untuk kembali tenang	STS	TS	S	SS
58.	Saya merasa nyaman bergaul dengan orang yang berbeda sudut pandang dengan saya	STS	TS	S	SS
59.	Saya tidak ragu meninggalkan kesibukan saya untuk menolong orang yang kesulitan	STS	TS	S	SS

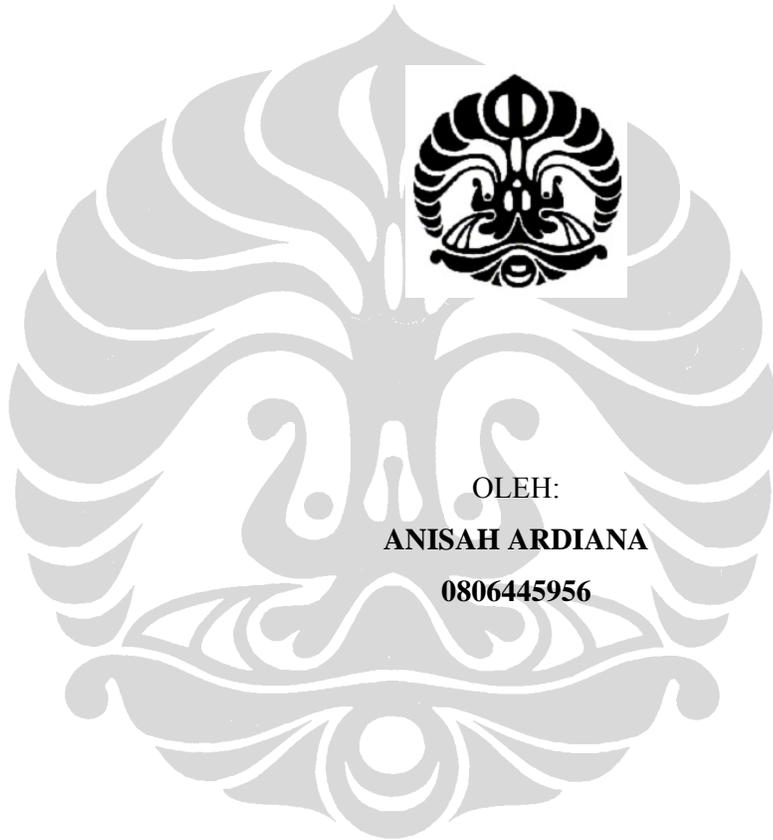
No.	Pernyataan	Pilihan jawaban			
		Sangat Tidak Sesuai (STS)	Tidak Sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat Sesuai (SS)
60.	Ketika saya berada di tempat baru (asing), saya lebih dulu memperkenalkan diri saya kepada orang lain sebelum orang lain mengenalkan dirinya	STS	TS	S	SS
61.	Saya dapat mendorong/memotivasi orang lain untuk bekerja bersama-sama agar tujuan bersama tercapai	STS	TS	S	SS
62.	Saya dapat memandu/membimbing orang lain agar berperilaku yang lebih baik	STS	TS	S	SS
63.	Saya cenderung mudah menjalin pertemanan dengan orang baru	STS	TS	S	SS
64.	Saya cenderung lebih senang diberi motivasi oleh orang lain	STS	TS	S	SS
65.	Rekan-rekan kerja saya mengatakan bahwa mereka suka berteman dan bekerja sama dengan saya	STS	TS	S	SS
66.	Saya membantu orang lain menjaga harga dirinya dalam situasi sulit	STS	TS	S	SS
67.	Sulit bagi saya menghadapi hal yang tidak menyenangkan	STS	TS	S	SS
68.	Sebelum memulai sesuatu yang baru, saya cenderung sudah merasa akan gagal	STS	TS	S	SS
69.	Saya cenderung sulit mengatakan perasaan saya kepada orang lain	STS	TS	S	SS
70.	Mengendalikan marah merupakan masalah bagi saya	STS	TS	S	SS
71.	Saya mampu mengusulkan pentingnya dilakukan perubahan ketika saya menemukan kondisi yang tidak baik di tempat kerja	STS	TS	S	SS
72.	Saya langsung membantu ketika saya mengetahui orang lain sedang mengalami kesulitan	STS	TS	S	SS
73.	Saya sulit memprioritaskan pekerjaan saya ketika kondisi perasaan saya sedang terganggu	STS	TS	S	SS

No.	Pernyataan	Pilihan jawaban			
		Sangat Tidak Sesuai (STS)	Tidak Sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat Sesuai (SS)
74.	Saya cenderung takut mencoba lagi bila sudah pernah gagal dalam pekerjaan yang sama	STS	TS	S	SS
75.	Saya merasa sulit berbicara dengan orang yang tidak satu sudut pandang dengan saya	STS	TS	S	SS
76.	Ketika berinteraksi dengan orang lain, saya mencari peluang yang bisa memberikan manfaat bagi saya	STS	TS	S	SS
77.	Saya cenderung sulit membuat kesepakatan dengan orang lain ketika ingin mencapai tujuan bersama	STS	TS	S	SS
78.	Saya cenderung melanggar peraturan bila tidak ada sanksinya	STS	TS	S	SS
79.	Saya senang membantu orang lain menyelesaikan permasalahan yang sedang dihadapinya	STS	TS	S	SS
80.	Saya senang berperan serta untuk berbagi informasi dan gagasan-gagasan baru dalam pekerjaan saya	STS	TS	S	SS
81.	Saya merasa memiliki kemampuan mempengaruhi orang lain (persuasif)	STS	TS	S	SS
82.	Saya sulit menyelesaikan tugas pokok pekerjaan saya ketika saya sedang menghadapi masalah pribadi	STS	TS	S	SS
83.	Saya dapat membaca emosi orang lain dari bahasa tubuh mereka	STS	TS	S	SS
84.	Saya senang memberikan ucapan selamat terhadap keberhasilan, kekuatan, kemampuan dan prestasi orang lain	STS	TS	S	SS

* Kuesioner ini dikembangkan dari dimensi kecerdasan Goleman (2005) dan telah dimodifikasi dengan kuesioner Lanawati (1999) dan Kuesioner Cooper & Sawaf (2000).

KUESIONER (untuk pasien)

**HUBUNGAN KECERDASAN EMOSIONAL PERAWAT DAN
PERILAKU *CARING* PERAWAT PELAKSANA MENURUT
PERSEPSI PASIEN DI RUANG RAWAT INAP
RSU Dr. H. KOESNADI BONDOWOSO**



OLEH:
ANISAH ARDIANA
0806445956

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
2010

LEMBAR PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Kepada Yth. Calon Responden
Bapak/ Ibu, Sdr/ i yang sedang dirawat
di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso

Dengan hormat,

Puji syukur kehadiran ALLAH Yang Maha Kuasa, sehingga kita selalu dalam rahmatNya. Dengan ini saya, Anisah Ardiana, NPM.0806445956, mahasiswa Program Magister Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud melakukan penelitian dengan judul **“Hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku *caring* perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso”**.

- f. Penelitian ini sangat bermanfaat untuk peningkatan kualitas pelayanan bagi pasien di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
- g. Kuesioner ini berisi 41 item pernyataan tentang penilaian saudara terhadap perilaku perawat. Pengisian kuesioner ini memerlukan waktu sekitar 50 menit untuk mengisi kuesioner 41 item pernyataan.
- h. Hasil penelitian akan direkomendasikan untuk menjadi acuan dalam melakukan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso
- i. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan pasien sebagai responden.
- j. Peneliti juga menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh, baik dalam pengumpulan, pengolahan maupun dalam penyajian nanti.

Peneliti sangat mengharapkan partisipasi saudara/ saudari dalam penelitian ini dan sebagai tanda setuju mohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan dan mengisi kuesioner yang dibagikan. Atas kesediaan dan partisipasinya, saya mengucapkan banyak terima kasih.

Peneliti,
Anisah Ardiana

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat informasi dan membaca lembar penjelasan penelitian, maka saya memahami manfaat dan tujuan penelitian ini. Saya mengerti dan percaya bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden. Saya juga menyadari bahwa kajian ini tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan saya.

Saya mengerti bahwa keikutsertaan saya dalam kajian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso. Dengan menandatangani lembar persetujuan ini, maka saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.

Bondowoso, ... April 2010

Responden,

(_____)

Tanda tangan dan nama Lengkap

KUESIONER C: KARAKTERISTIK PASIEN

Petunjuk Pengisian:

1. Pertanyaan berikut ini berkaitan dengan karakteristik responden.
2. Berikan tanda checklist (√) atau uraian singkat dan jelas untuk pertanyaan singkat dibawah ini
3. Dimohon kepada Bapak/Ibu, Sdr/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Nomor responden(diisi oleh peneliti)
2.	Perawat yang dinilai oleh pasien(diisi oleh peneliti)
2.	Usia/ umur tahun
3.	Jenis kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
4.	Tingkat pendidikan	<input type="checkbox"/> Tidak sekolah <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> PT
5.	Lama dirawat di RSUD Dr.H. Koesnadi Bondowosohari
6.	Berapa kali pernah dirawat di RSUD Dr.H. Koesnadi Bondowoso (5 tahun terakhir)kali

**KUESIONER D: PERILAKU *CARING* PERAWAT PELAKSANA
MENURUT PERSEPSI PASIEN**

Petunjuk Pengisian

1. Bacalah pernyataan dan pilihan jawaban dengan cermat dan teliti.
2. Pernyataan 1 sampai 41 terdapat empat pilihan jawaban yaitu selalu, sering, jarang, dan tidak pernah
3. Seluruh pernyataan berikut ini berkaitan dengan persepsi anda terhadap sikap atau perilaku perawat selama merawat anda.
4. Pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap paling sesuai dengan penilaian anda dengan cara memberi tanda checklist (√).
5. Jika anda ingin mengganti pilihan jawaban karena jawaban pertama salah, maka cukup dengan memberi tanda (X) pada tanda *checklist* (√) yang salah, kemudian berikan tanda *checklist* (√) baru pada kolom jawaban yang anda anggap paling benar.
6. Dimohon kepada Bapak/Ibu, Sdr/i untuk TIDAK mengosongkan jawaban walaupun hanya satu pertanyaan
7. Keterangan pilihan jawaban dan artinya:

Pilihan jawaban	Artinya:
Sangat tidak sesuai (STS)	Pernyataan “ Sangat Tidak Sesuai ” atau tidak pernah dilakukan, tidak pernah terlihat atau sangat bertolak belakang dengan sikap dan perilaku perawat (0%)
Tidak sesuai (TS)	Pernyataan “ tidak sesuai ” jarang dilakukan atau hampir tidak pernah terlihat pada sikap dan perilaku perawat (25-49%)
Sesuai (S)	Pernyataan “ Sesuai ” tetapi tidak selalu terlihat pada sikap dan perilaku perawat (50-74%)
Sangat sesuai (SS)	Pernyataan “ sangat sesuai ” selalu dilakukan atau selalu terlihat pada sikap dan perilaku perawat (75-100%)

No.	Selama saya menjadi pasien disini, sikap perawat kepada saya:	Pilihan jawaban			
		Sangat tidak sesuai (STS)	Tidak sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat sesuai (SS)
1.	Perawat perhatian kepada saya selama merawat saya				
2.	Perawat memperlihatkan ketulusannya dengan tersenyum saat merawat saya				
3.	Perawat menganjurkan saya untuk mengatakan apapun yang saya keluhkan atau yang saya rasakan				
4.	Perawat memeriksa saya dengan teratur sesuai jadwal				
5.	Perawat menganjurkan saya untuk melaksanakan hal-hal yang berhubungan dengan keyakinan saya (seperti: sholat, berdoa, dzikir, dll)				
6.	Perawat menanyakan kepada saya tentang pengalaman perawatan yang pernah saya alami waktu dulu				
7.	Perawat memberikan penjelasan kepada saya dengan bahasa yang tidak saya mengerti				
8.	Perawat terlihat sibuk dengan pekerjaannya sendiri sehingga waktu untuk merawat saya menjadi berkurang				
9.	Perawat menjelaskan kepada saya tentang kondisi penyakit saya dan tindakan yang perlu dilakukan				
10.	Jika berjanji, perawat cenderung lupa menepati janjinya				
11.	Perawat melibatkan saya ketika berdiskusi membicarakan tentang kesehatan saya				
12.	Perawat segera datang jika saya butuhkan				
13.	Perawat memberikan motivasi (semangat) kepada saya untuk sembuh				
14.	Perawat menganjurkan saya untuk bertanya tentang hal-hal yang tidak saya mengerti tentang kondisi penyakit saya				

No.	Selama saya menjadi pasien disini, sikap perawat kepada saya:	Pilihan jawaban			
		Sangat tidak sesuai (STS)	Tidak sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat sesuai (SS)
15.	Perawat bersikap ramah kepada saya dan keluarga saya				
16.	Perawat mengatakan bahwa perawat mengerti dengan keluhan yang saya alami				
17.	Perawat mendengarkan ungkapan perasaan saya tentang penyakit saya dengan penuh kesabaran				
18.	Perawat membantu saya untuk tidak terlalu cemas atau khawatir dengan kondisi saya				
19.	Perawat membantu saya dalam melaksanakan keperluan saya sesuai dengan kemampuan atau ketidakmampuan saya (misalnya: makan, minum, BAB, BAK, mandi, ganti pakaian)				
20.	Sikap perawat membuat saya merasa nyaman selama saya dirawat disini				
21.	Perawat menganjurkan keluarga saya untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan kondisi saya				
22.	Perawat bertanya kepada saya apakah saya sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan perawat				
23.	Perawat menyebut nama saya ketika berbicara dengan saya				
24.	Perawat jarang sekali bertanya apa yang saya butuhkan selama dirawat disini				
25.	Perawat terlihat kurang senang ketika saya menyampaikan keluhan saya				
26.	Perawat menghormati keinginan saya terkait privasi mengenai kondisi saya				
27.	Perawat menunjukkan sikap penuh kasih sayang, sabar dan telaten ketika bertanya tentang keluhan yang saya rasakan setiap hari				

No.	Selama saya menjadi pasien disini, sikap perawat kepada saya:	Pilihan jawaban			
		Sangat tidak sesuai (STS)	Tidak sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat sesuai (SS)
28.	Perawat memberitahu saya bahwa ada yang mengatur kehidupan manusia termasuk kesembuhan saya				
29.	Perawat memperhatikan kenyamanan dan keamanan lingkungan sekitar seperti kebersihan, pelindung khusus tempat tidur, peralatan medis yang menempel di badan				
30.	Perawat membantu saya memahami apa yang saya rasakan saat ini dengan cara menjelaskan setiap keluhan yang saya alami				
31.	Perawat terlihat senang ketika merawat saya				
32.	Perawat melakukan tindakan dengan tepat dan benar				
33.	Perawat menganjurkan keluarga saya untuk melakukan kegiatan agama untuk penyembuhan saya (misalnya membaca yasin, berdoa, dll)				
34.	Perawat memberikan jawaban yang memuaskan ketika saya bertanya tentang kondisi penyakit saya				
35.	Perawat membuat saya menunggu lama ketika saya membutuhkan pertolongan				
36.	Selama merawat saya, perawat kurang memperhatikan kondisi saya				
37.	Selama saya dirawat disini, perawat membatasi saya untuk berinteraksi dengan keluarga, teman atau tetangga				
38.	Perawat kurang memperhatikan kebutuhan saya untuk berdoa dan beribadah selama saya dirawat disini				
39.	Perawat tidak menganjurkan saya untuk bertanya tentang kondisi penyakit saya				

No.	Selama saya menjadi pasien disini, sikap perawat kepada saya:	Pilihan jawaban			
		Sangat tidak sesuai (STS)	Tidak sesuai (TS)	Sesuai (S)	Sangat sesuai (SS)
40.	Perawat terlihat tidak sabar ketika merawat saya				
41.	Perawat menolak memberikan penjelasan tentang kondisi saya ketika saya meminta penjelasan dari perawat tentang kondisi penyakit saya				

* Kuesioner diadop dari *caring assessment tools* (Duffy, 2001) yang telah dimodifikasi oleh peneliti.



Revisi item-item pernyataan kuesioner kecerdasan emosional

Dimensi kesadaran diri(dimensi 1) terdiri dari 11 pernyataan kemudian dilakukan perbaikan terhadap 9 pernyataan. Pernyataan nomor 1, kata “ketika” diganti “bila” dan ditambahkan kata “apa” pada kalimat “saya tahu penyebabnya” menjadi “saya tahu apa penyebabnya”. Pernyataan nomor 2 (tentang perasaan gembira) serupa dengan nomor 1 yaitu berhubungan dengan perasaan. Kedua pernyataan ini direvisi menjadi “saya sadar tentang perasaan saya hampir sepanjang waktu”, “sulit bagi saya memahami perasaan-perasaan saya sendiri” dan “saya mampu menerima perasaan saya sebagaimana adanya”. Pernyataan nomor 3 (“apa yang saya rasakan ada hubungannya dengan apa yang saya pikirkan”) dan pernyataan nomor 4 (“apa yang saya katakan ada hubungannya dengan kondisi perasaan saya”) direvisi menjadi satu pernyataan “saya menyadari apa yang saya pikirkan, ada hubungannya dengan perasaan saya”. Pernyataan nomor 5 (menyadari kelebihan) dan pernyataan nomor 6 (menyadari kelemahan) dihilangkan karena memiliki makna yang sama dengan pernyataan-pernyataan sebelumnya mengenai kesadaran diri. Pernyataan nomor 7, kalimat “keadaan emosi” diganti “perasaan emosi” dan “akan dapat mempengaruhi pekerjaan saya” diganti “cenderung mempengaruhi pekerjaan saya.

Dimensi pengaturan diri (dimensi 2) terdiri dari 11 pernyataan dan terdapat 8 pernyataan yang tidak valid. Pernyataan nomor 11, 12, 13, 16, 17 meskipun tidak valid tetap digunakan karena merupakan pernyataan penting untuk mengetahui kemampuan pengaturan diri individu. Ketiga pernyataan ini ditambah dengan pernyataan yang menunjang yaitu “saya sulit mengendalikan perasaan cemas saya”, “sulit bagi saya menghadapi hal yang tidak menyenangkan”, “mengendalikan marah merupakan masalah bagi saya”, “ketika saya marah, saya tidak memikirkan apa akibatnya, saya mudah sekali menjadi marah”, “bila saya sedang marah, sulit bagi saya untuk kembali tenang” dan “saya dapat pulih dengan cepat sesudah merasa kecewa”. Pernyataan nomor 16 dan 17 tidak valid namun pernyataan ini tetap digunakan dan ditambahkan dengan 3 pernyataan yang menunjang pernyataan ini yaitu “saya membesar-besarkan kemampuan saya

agar memperoleh kesempatan yang lebih baik”, “saya cenderung melanggar peraturan bila tidak ada sanksinya”. Pernyataan nomor 18 diubah menjadi “saya sulit memprioritaskan pekerjaan saya ketika kondisi perasaan saya terganggu”. Pernyataan nomor 19, kalimat “senang mencoba menggunakan ide/ pandangan/ informasi baru” diganti “ gemar menggunakan gagasan-gagasan dan informasi-informasi baru dalam pekerjaan saya”, kalimat “untuk menambah variasi pekerjaan” dihilangkan, dan ditambah satu pernyataan “ saya berperan serta untuk berbagi informasi dan gagasan-gagasan baru dalam pekerjaan saya . Pernyataan nomor 20,21, dan 22 dihilangkan dan diganti dengan 3 pernyataan baru yang memiliki makna yang sama yaitu “ saya cenderung takut mencoba lagi bila sudah pernah gagal dalam pekerjaan yang sama”, sulit bagi saya untuk memilih penyelesaian yang terbaik dalam mengatasi masalah”, dan “ halangan atau masalah dalam hidup saya telah menghasilkan perubahan-perubahan yang tak terduga kearah yang lebih baik”.

Dimensi memotivasi diri (dimensi 3) terdiri dari 9 pernyataan dan hanya 1 pernyataan yang valid (nomor 30). Pernyataan nomor 23 (“saya memotivasi diri saya untuk mencapai tujuan saya”) diubah menjadi 3 pernyataan yaitu “walaupun menghadapi situasi yang sulit, saya berusaha terus maju meraih tujuan/ keinginan saya”, “saya cenderung sulit memotivasi diri sendiri” dan “ saya cenderung lebih senang diberi motivasi oleh orang lain”. Pernyataan nomor 25 diubah menjadi pernyataan negatif dengan menambahkan kalimat “kurang mampu” setelah subyek “saya”. Pernyataan nomor 26, kata “siap” diganti “ berani”. Pernyataan nomor 27 (saya melakukan tugas pekerjaan saya sesuai dengan tugas pokok pekerjaan saya) diubah menjadi 2 pernyataan menjadi “ saya sulit menyelesaikan tugas pokok pekerjaan saya ketika saya sedang menghadapi masalah pribadi”, “ saya mempunyai kesulitan dalam memenuhi komitmen dengan pekerjaan saya”. Pernyataan nomor 28, kalimat “target tujuan saya” dihilangkan, dan ditambah dengan satu pernyataan baru “saya mempunyai keyakinan yang besar dalam meraih tujuan hidup saya”. Pernyataan nomor 29, kalimat “ketika ingin meraih tujuan saya” diganti dengan “sebelum memulai sesuatu yang baru”.

Dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain (dimensi 4) terdiri dari 10 pernyataan dan terdapat 6 pernyataan yang tidak valid. Pernyataan nomor 32 (“saya bisa merasakan apa yang sedang dirasakan orang lain) sudah valid namun peneliti menambahkan 3 pernyataan baru yaitu “ saya sangat peduli dengan apa yang terjadi pada orang lain”, “ saya dapat membaca emosi orang lain dari bahasa tubuh mereka”, tidak peduli dengan siapa saya berbicara, saya selalu menjadi pendengar yang baik”. Pernyataan nomor 33 (“saya berusaha untuk membantu ketika saya mengetahui perasaan yang dirasakan oleh orang lain”) diganti menjadi 4 pernyataan baru yaitu “ saya langsung membantu ketika saya mengetahui orang lain sedang mengalami kesulitan”, saya tidak ragu meninggalkan kesibukan saya untuk menolong orang yang kesulitan”, saya jarang terdorong untuk menghibur orang lain”, “ saya seringkali merasa senang ketika berhasil menolong orang lain”. Pernyataan nomor 34 dihilangkan. Pernyataan nomor 35 diganti menjadi “ saya senang memberikan ucapan selamat terhadap keberhasilan, kekuatan, kemampuan dan prestasi orang lain” dan “ saya kurang mampu memberikan saran atau masukan kepada orang lain untuk kebutuhan perkembangan mereka. Pernyataan nomor 36 (saya cenderung dapat bergaul dengan berbagai tipe orang dengan latar belakang yang berbeda) diubah menjadi “ saya merasa sulit berbicara dengan orang yang tidak satu sudut pandang dengan saya”. Pernyataan nomor 41, kata “akan” diganti “ dapat” sehingga menjadi “saya mampu memahami hal-hal yang dapat mempengaruhi pandangan orang lain tentang diri saya” .

Dimensi membina hubungan dengan orang lain (dimensi 5) terdiri dari 15 pernyataan dan terdapat 11 pernyataan yang tidak valid. Pernyataan nomor 42 (“saya dapat mempengaruhi orang lain untuk bertindak sesuai harapan saya”) diganti menjadi “ saya memiliki kemampuan mempengaruhi orang lain (persuasif)”. Pernyataan nomor 45, ditambahkan kata “cenderung” setelah subyek “saya”, menyampaikan kondisi perasaan” diganti “mengatakan perasaan” sehingga menjadi “ saya cenderung sulit mengatakan perasaan saya kepada orang lain”. Pernyataan nomor 46, kalimat “mendengarkan perasaan/ keluhan orang lain” diganti menjadi “mendengarkan keluhan orang lain”. Pernyataan nomor 47, kalimat “ memahami perasaan/ keluhan orang lain” diganti menjadi “ memahami

perasaan orang lain. Pernyataan nomor 48, kata “ ingin” diganti “mampu”. Pernyataan nomor 50 (“ jika saya menemui suatu keadaan yang tidak baik, maka saya yang terlebih dulu mengusulkan perlunya perubahan atau perbaikan”) diubah menjadi “ saya mampu mengusulkan pentingnya dilakukan perubahan ketika saya menemukan kondisi yang tidak baik di tempat kerja”. Pernyataan nomor 51 tetap namun ditambahkan dengan dua pernyataan baru yaitu “ rekan-rekan kerja saya mengatakan bahwa mereka suka berteman dan bekerja sama dengan saya”, dan “ orang-orang mengatakan bahwa saya pandai bergaul”. Pernyataan nomor 55 ditambah kata “ atau memotivasi” sehingga menjadi “ saya dapat mendorong atau memotivasi orang lain”. Pernyataan nomor 56, pada kalimat “ melakukan pekerjaan bersama-sama” diubah menjadi “ melakukan pekerjaan kelompok”. Jika r alpha lebih besar dari r tabel maka item pernyataan tersebut reliabel (Hastono, 2007).

Setelah revisi, jumlah pernyataan kuesioner B menjadi 84 pernyataan. Dimensi kesadaran diri terdiri dari 6 pernyataan positif (nomor 1, 6, 8, 12, 21, 60) dan 4 pernyataan negatif (nomor 14, 18, 31, 49). Dimensi pengaturan emosi diri terdiri dari 12 pernyataan positif (nomor 10, 11, 15, 17, 19, 22, 23, 36, 40, 46, 54, 80) dan 9 pernyataan negatif (nomor 33, 39, 50, 57, 67, 70, 73, 74, 78). Dimensi memotivasi diri terdiri dari 8 pernyataan positif (nomor 2, 3, 24, 28, 30, 44, 42, 45) dan 7 pernyataan negatif (nomor 7, 13, 34, 64, 68, 82, 51). Dimensi memahami dan mendukung emosi orang lain terdiri dari 13 pernyataan positif (nomor 4, 25, 27, 41, 48, 55, 58, 59, 66, 72, 79, 83, 84) dan 3 pernyataan negatif (nomor 32, 52, 75). Dimensi membina hubungan dengan orang lain terdiri dari 13 pernyataan positif (nomor 9, 16, 26, 35, 37, 38, 43, 61, 62, 63, 65, 71, 81) dan 7 pernyataan negatif (nomor 5, 20, 29, 47, 53, 69, 77). Pernyataan nomor 62 dihilangkan karena sama dengan pernyataan nomor 37.

Revisi item-item pernyataan kuesioner perilaku *caring*

Pernyataan nomor 1 (“perawat merawat saya dengan baik hati”) dan 2 (“perawat mendengarkan keluhan saya terkait penyakit saya”) dihilangkan dan diubah menjadi “perawat perhatian kepada saya selama merawat saya”. Pernyataan nomor 3 (“perawat menghargai saya sebagai manusia”) diubah menjadi “perawat bersikap ramah kepada saya dan keluarga saya”. Pernyataan nomor 4, kata “memanggil” diganti “menyebut” sehingga menjadi “perawat menyebut nama saya ketika berbicara dengan saya”. Pernyataan nomor 7 (“perawat sibuk dan tidak punya waktu untuk merawat saya”) diubah menjadi “perawat terlihat sibuk dengan pekerjaannya sendiri sehingga waktu untuk merawat saya menjadi berkurang”. Pernyataan nomor 10, kata “meyakinkan” diganti “memberitahu”, dan kata “kekuatan” dihilangkan, sehingga menjadi “perawat memberitahu saya bahwa ada yang mengatur kehidupan manusia termasuk kesembuhan saya”.

Pernyataan nomor 11, kalimat “perawat mengatakan senang merawat saya” diubah menjadi “perawat terlihat senang ketika merawat saya”. Pernyataan nomor 13, ditambahkan kalimat “menunjukkan sikap penuh kasih sayang, sabar dan telaten ketika bertanya” dan “tentang keluhan saya setiap hari” diubah menjadi “tentang keluhan yang saya rasakan setiap hari”. Pernyataan nomor 15 “jika saya bertanya tentang kondisi saya kepada perawat maka perawat menjawab pertanyaan saya dengan jelas” diubah menjadi “perawat memberikan jawaban yang memuaskan ketika saya bertanya tentang kondisi penyakit saya”. Pernyataan nomor 16, kalimat “tentang kondisi saya” diubah menjadi “tentang kondisi penyakit saya”. Pernyataan nomor 18, kalimat “menjelaskan” diubah menjadi “memberikan penjelasan”. Pernyataan nomor 19, kalimat “perawat lupa” diubah menjadi “perawat cenderung lupa”. Pernyataan nomor 21, kata “memahami” diganti “mengerti”.

Pernyataan nomor 22, kalimat “terlihat tidak suka” diganti “terlihat kurang senang”. Pernyataan nomor 24, kata “terkait” diganti “tentang”. Pernyataan nomor 25, kata “menyampaikan” diganti “mengatakan”. Pernyataan nomor 30,

ditambahkan “ tentang kondisi penyakit saya” diakhir kalimat. Pernyataan nomor 32, kata “ mengizinkan” diganti “ menganjurkan”. Pernyataan nomor 36 (“ perawat membatasi saya untuk berinteraksi dengan keluarga, teman, atau pasangan selama saya dirawat disini”) diubah menjadi “ selama saya dirawat disini, perawat membatasi saya untuk berinteraksi dengan keluarga, teman atau tetangga yang mengunjungi saya”. Pernyataan nomor 38 diubah menjadi “ perawat memperhatikan kenyamanan dan keamanan lingkungan sekitar saya seperti peralatan medis yang menempel di badan. Pernyataan nomor 41, kalimat “ memberikan kesempatan” diganti “ menganjurkan”. Pernyataan nomor 42, kata “ mengizinkan” diganti “ menganjurkan”. Pernyataan nomor 5, 23, dan 28 dihilangkan karena nilai r hasil item tersebut sangat rendah (dibawah 0,0) dan sudah dapat terwakili oleh item pernyataan yang lain.

Setelah revisi, jumlah pernyataan kuesioner B menjadi 41 pernyataan. Faktor karatif 1 terdiri dari 4 pernyataan positif (nomor 1, 12, 15, 23) dan 1 pernyataan negatif (nomor 8). Faktor karatif 2 terdiri dari 3 pernyataan positif (nomor 9, 13, 28). Faktor karatif 3 terdiri dari 3 pernyataan positif (nomor 2, 31, 27) dan 2 pernyataan negatif (nomor 36 dan 40). Faktor karatif 4 terdiri dari 4 pernyataan positif (nomor 14, 16, 30, 34) dan 2 pernyataan negatif (nomor 10 dan 41). Faktor karatif 5 terdiri dari 1 pernyataan positif (nomor 17) dan 1 pernyataan negatif (nomor 25). Faktor karatif 6 terdiri dari 3 pernyataan positif (nomor 3, 6, 11). Faktor karatif 7 terdiri dari 2 pernyataan positif (nomor 21, 22) dan 2 pernyataan negatif (nomor 7, 39). Faktor karatif 8 terdiri dari 3 pernyataan positif (nomor 18, 20, 26) dan 2 pernyataan negatif (nomor 24 dan 37). Faktor karatif 9 terdiri dari 4 pernyataan positif (nomor 4, 19, 29, 32) dan 1 pernyataan negatif (nomor 35). Faktor karatif 10 terdiri dari 2 pernyataan positif (nomor 5 dan 33) dan 1 pernyataan negatif (nomor 38).



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Lampiran 2

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78949121 Faks. 7884124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Hubungan program orientasi berbasis kompetensi dengan kinerja perawat baru di rawat inap Rumah Sakit Husada Jakarta.

Nama peneliti utama : **Dodi Wijaya**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 10 Mei 2010

Dekan,

Dewi Irawaty, MA, PhD
NIP. 19520601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD
NIP. 19550207 198003 2 0



Lampiran 1

UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 160 /H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 28 April 2010
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin penelitian

Yth. Direktur
RS. Husada
Jakarta

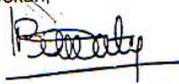
Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis Mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) Kekhususan Manajemen Kepemimpinan Keperawatan atas nama:

Dodi Wijaya
0806446126

Akan mengadakan penelitian dengan judul: "Hubungan Program Orientasi Berbasis Kompetensi Dengan Kinerja Perawat Baru Di RS. Husada - Jakarta".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengijinkan yang bersangkutan untuk mengadakan penelitian di RS. Husada - Jakarta.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,

by Dewi Irawaty, MA., Ph.D.
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Ka. Divisi Keperawatan RS. Husada - Jakarta
2. Ka. Diklat. RS. Husada - Jakarta
3. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
4. Sekretaris FIK-UI
5. Manajer Pendidikan FIK-UI
6. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
7. Koordinator M.A. "Tesis"
8. Peringgal



PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO
RUMAH SAKIT UMUM " Dr. H. KOESNADI "
Jl. Kapten Piere Tendean No. 3 Telepon (0332) 421263 - 421974. Fax. 422311
BONDOWOSO

Bondowoso, 15 April 2010

Nomor : 423.4/287/430.98/2010
Sifat : Penting
Perihal : ijin penelitian

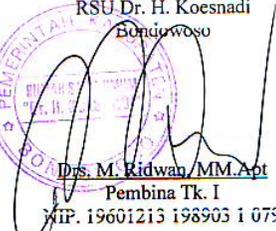
Kepada
Yth. 1. Kepala Pavillium Rengganis
2. Kepala Pavillium Anggrek
3. Kepala Pavillium Teratai
4. Kepala Pavillium Bougenville
5. Kepala Pavillium Dahlia
6. Kepala Pavillium Melati
di
RSU Dr. H. Koesnadi
Bondowoso

Menindaklanjuti surat Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Nomor 825/H2.F12.D1/PDP.04.02.Tesis/2010 tanggal 2 Maret 2010 tentang perihal di atas, maka kami mohon para Kepala Ruang memberikan ijin kepada :

Nama : Anisah Ardiana
NIM : 0806445956
Judul : Hubungan kecerdasan emosional perawat dengan perilaku caring perawat pelaksana menurut persepsi pasien di ruang rawat inap RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso

untuk melakukan penelitian melalui penyebaran kuesioner yang ditujukan kepada perawat pelaksana dan pasien rawat inap di ruang perawatan RSU Dr. H. Koesnadi Bondowoso.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.

Kabid Pendidikan
RSU Dr. H. Koesnadi
Bondowoso

Drs. M. Ridwan / MM. Apt
Pembina Tk. I
NIP. 19601213 198903 1 079



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : /PT02.H5.FIK/I/2008 22 Desember 2009
Lampiran : -
Perihal : Permohonan meninjau

Yth. Direktur
RSUD. Situbondo
Di
Tempat

Dalam rangka pelaksanaan kegiatan **Tesis** mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (PMIK-FIKUI) Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan atas nama:

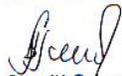
Sdr. Anisah Ardiana
0806445956

bersama ini kami sampaikan bahwa pelaksanaan tesis tersebut merupakan bagian akhir dalam menyelesaikan studi di FIK-UI.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk *meninjau* RSUD. Situbondo sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Pelaksana Harian Dekan,


Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc, PhD
NIP 19570115 198003 2 002

Tembusan Yth. :

1. Dekan FIK-UI (sebagai laporan)
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan & Mahalum FIK-UI
4. Ketua Program Magister FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis" FIK-UI
6. Pertinggal



PEMERINTAH KABUPATEN BONDOWOSO
RUMAH SAKIT UMUM "Dr. H. KOESNADI"
Jl. Kapten Piere Tendean No. 3, Telp : (0332) 421263 - 421974, Fax : (0332) 422311.
BONDOWOSO

Kode Pos : 68214

No. : 423.4/ / 430.98/2010
Sifat : Penting
Perihal : Permohonan meninjau

Bondowoso, 8 Januari 2010
Kepada:
Yth. Pelaksana Harian Dekan Fakultas
Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Di
JAKARTA

Menindaklanjuti surat No 3024 L/PT02.H5.FIK/I/2008 tentang permohonan meninjau
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso atas nama:

Nama : Anisah Ardiana
NIM : 0806445956

maka pada prinsipnya kami setuju, adapun demi ketertiban administrasi dimohon agar
memberikan foto kopi hasil peninjauan dan memenuhi persyaratan administrasi lainnya sesuai
dengan aturan.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas kerjasamanya kami sampaikan terimakasih.

Wadir Penunjang dan
Pendidikan

Drs. Rudy Imam B. MM
Pembina Tk. I
Nip. 1955052/1981031 01 2

Tembusan:

1. Wadir Adm. & Keu
2. Wadir Yankes di RSU
dr.Koesnadi Bondowoso

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Nama : Anisah Ardiana
2. Tempat/ Tanggal lahir : Surabaya/ 17 April 1980
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Dosen PSIK Universitas Jember
6. Alamat Rumah : Griya Putri Kencana AL-16 Kebonsari Jember
7. Alamat Kantor : Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember
Jl. Kalimantan Jember
8. Email : nyz_rek@yahoo.co.id
9. Riwayat Pendidikan Perguruan Tinggi : Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan (2008-2010)
: Sarjana Keperawatan (Ners) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (1998-2003)
Sekolah Menengah Umum : SMUN 1 Jember
Sekolah Menengah Pertama : SMPN 1 Sukorambi Jember
Sekolah Dasar : SDN Slawu III Jember
10. Riwayat Pekerjaan : Dosen PSIK Universitas Jember (2006-sekarang)
Dosen Akper YJK Jakarta (2003-2006)
11. Motto Hidup : Ikhtiar - Do'a - Tawakal (selalu)

