



**LAPORAN HASIL PENELITIAN
TAHUN 2013**

**EFEKTIVITAS PELATIHAN KECERDASAN EMOSI
TERHADAP PENINGKATAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK
MAHASISWA KEPERAWATAN**

Oleh:

- 1. YEYENTIMALLA, M.Si.**
- 2. BERTHIANA, M.Kes.**
- 3. BARTO MANSYAH, MH**

**KEMENTERIAN KESEHATAN R.I.
POLITEKNIK KESEHATAN PALANGKA RAYA
JURUSAN KEPERAWATAN
2013**

LEMBAR PENGESAHAN

**LAPORAN HASIL PENELITIAN
TAHUN 2013**

**EFEKTIVITAS PELATIHAN KECERDASAN EMOSI
TERHADAP PENINGKATAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK
MAHASISWA KEPERAWATAN**

Telah Disetujui
di Palangka Raya tanggal 29 November 2013

Direktur
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya,

Ketua
Unit PPM,

Dhini, M.Kes.
NIP 196504011989022002

Vissia Didin Ardiyani, MKM
NIP 197904142002122002

EFFECTIVITY OF EMOTIONAL INTELLIGENCE TRAINING IMPROVES
THERAPEUTIC COMMUNICATION OF STUDENTS OF NURSING
(At Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, Central Kalimantan, Indonesia)

ABSTRACT

Yeyentimalla¹ , Berthiana², Barto Mansyah³

Communication is a crucial element in nursing. Emotional intelligence is one a determinant factor for communication success. This study is an action research which aims to correct therapeutic communication ability of nursing students through training program of emotional intelligence.

Subject of this study is one class of 3rd semester students in Poltekkes Kemenkes Palangka Raya comprising of 48 students (26 female and 22 male) which were given training of emotional intelligence for two days. The training was given through speech, discussion, story telling, watching movies, games, and role play. Measurement of dependent variable was done by therapeutic communication to the subject with simulation patient in which took place before and after training in Nursing's Laboratory Room. This study held from September to November 2013. Data was collected through training evaluation sheet from the subject and observer, observational sheet of therapeutic communication from researchers and reflection with the subject in the end of study.

Data analysis using t-test suggests an increase on average score of therapeutic communication from 79.77 into 103.49. Using *pair sample test*, there was found a very significant difference with *t-statistics* of 6.820 ; probability of alpha error (p) < 0.001. The hypothesis accepted shows that there is increase on therapeutic communication score after the subject receives emotional intelligence training. *t-table* score based on degree of freedom (df) of 49 with probability of alpha error (p) 0.05 (5%) is 2.009575 or 2.01, *t-statistics* (6.820) > *t-table* (2.01), as well as probability of alpha error (p) < 0.001. Reflection with the subject suggests five communication items which difficult to implement, i.e. greeting, introducing nurse's name, call the patient with his/her own name, describes role and confidentiality. Evaluation of therapeutic communication using communication model adopted from US shows cultural bias when it applied in the context of local community. This study proposes modification on training module of emotional intelligence and evaluation model of therapeutic communication by local cultural transformation.

Keywords: emotional intelligence, therapeutic communication, cultural bias.

^{1,2,3} Lecturer of Nursing Departement, Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

EFEKTIVITAS PELATIHAN KECERDASAN EMOSI TERHADAP
PENINGKATAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK MAHASISWA KEPERAWATAN
(Di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, Kalimantan Tengah, Indonesia)

INTISARI

Yeyentimalla¹ Berthiana² dan Barto Mansyah³

Komunikasi sangat krusial dalam keperawatan. Kecerdasan emosi adalah salah satu faktor penentu keberhasilan komunikasi. Penelitian ini merupakan penelitian tindakan yang bertujuan meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik mahasiswa keperawatan melalui program pelatihan kecerdasan emosi.

Subjek penelitian ini adalah mahasiswa semester III Jurusan Keperawatan berjumlah 48 orang (26 perempuan dan 22 laki-laki) yang diberikan pelatihan kecerdasan emosi selama dua hari. Pelatihan menggunakan metode ceramah, diskusi, pemaparan cerita, menonton film, permainan (*game*) dan bermain peran (*role-play*). Pengukuran variabel tergantung yaitu komunikasi terapeutik subjek dengan pasien simulasi dilakukan sebelum dan sesudah pelatihan di Ruang Laboratorium Keperawatan. Penelitian berlangsung pada tanggal 27 September s/d 29 November 2013. Pengumpulan data menggunakan lembar evaluasi pelatihan dari subjek dan observer, lembar observasi komunikasi terapeutik dari peneliti dan refleksi bersama subjek.

Analisis data dengan uji-t menemukan peningkatan rerata skor komunikasi terapeutik dari 79,77 menjadi 103,49. Melalui *pair sample test* ditemukan perbedaan sangat signifikan dengan nilai t hitung sebesar 6,820 ; $p < 0,001$. Hipotesis diterima yaitu terdapat peningkatan skor komunikasi terapeutik setelah subjek menerima pelatihan kecerdasan emosi. Nilai t tabel berdasarkan derajat kebebasan (db) sebesar 49 dengan peluang kesalahan alfa (p) 0,05 (5%) adalah sebesar 2,009575 atau 2,01. Nilai t hitung (6,820) > t tabel (2,01) ; demikian juga $p < 0,001$. Refleksi bersama subjek menemukan lima aitem komunikasi yang sulit diterapkan yaitu mengucapkan salam, memperkenalkan nama perawat, menyapa pasien dengan namanya, menjelaskan peran dan jaminan kerahasiaan. Evaluasi komunikasi terapeutik menggunakan model komunikasi yang diadopsi dari Amerika Serikat memunculkan bias budaya ketika diterapkan dalam konteks masyarakat lokal. Penelitian mengusulkan modifikasi modul pelatihan kecerdasan emosi dan model evaluasi komunikasi terapeutik dengan transformasi budaya lokal.

Kata kunci: kecerdasan emosi, komunikasi terapeutik, bias budaya.

^{1,2,3} Dosen Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu baik sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Hubungan yang terbentuk antara pasien dengan perawat, menurut Kozier dan Erb (1995) merupakan hubungan yang berfokus membantu (*helping relationship*) atau hubungan terapeutik (*therapeutic relationship*). Dalam hubungan terapeutik, kemampuan perawat berkomunikasi dengan pasien dan profesional kesehatan lain merupakan keterampilan mendasar yang sangat penting (Tamsuri, 2006). Komunikasi bernilai krusial karena merupakan metode utama dalam mengimplementasikan proses keperawatan (Morisson dan Burnard, 1997). Komunikasi terapeutik efektif mengurangi kecemasan pada lanjut usia (Azizah, 2013).

Pelayanan kesehatan masa kini mempertimbangkan kemitraan (*partnership*), komunikasi terbuka dan “keperawatan baru” (Savage, 1990) yang menekankan kemitraan perawat-pasien. Pengembangan hubungan kemitraan dalam pelayanan kesehatan membutuhkan komunikasi terbuka dan saling pengertian yang dapat difasilitasi dengan hubungan keakraban antara pasien dan profesional kesehatan (McQueen, 2003). Terdapat bukti bahwa kepentingan kesadaran diri perawat (*self-awareness*) dan pemahaman perspektif pasien diakui dalam pendidikan keperawatan (Mason, 1991; Wells-Federman, 1996). Reynolds dan Scott (2000) menekankan pentingnya pengembangan hubungan kemitraan dan komunikasi terapeutik dalam pendidikan dan praktik keperawatan. Wilkinson (1992) menyatakan bahwa perawat tidak cukup hanya memiliki keterampilan komunikasi yang baik, tetapi mereka juga harus mampu menciptakan sebuah lingkungan kondusif untuk sebuah komunikasi terbuka. Lebih lanjut, beberapa hasil penelitian yang dirangkum Van Dalen (2001) menyatakan bahwa anamnesis atau wawancara dengan pasien/keluarganya menyumbang 60-80% data yang diperlukan untuk menegakkan diagnosis. Hal ini tercapai jika pasien nyaman untuk menceritakan riwayat kesehatannya serta merasa puas dengan hubungan yang terbangun dengan profesional kesehatan.

Kozier dan Erb (1995) meringkas faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi meliputi: kecakapan komunikator, persepsi, jarak personal, teritorial, peran, hubungan/tujuan, waktu/tempat, sikap, harga diri dan emosi. Semua jenis emosi dapat

mempengaruhi kemampuan orang untuk berkomunikasi. Banyak orang mengalami kegembiraan atau dukacita besar yang sulit untuk diungkapkan dengan kata-kata. Marah dapat menyebabkan suara keras, kata-kata kotor dan tidak terkontrol. Kengerian dapat menghasilkan jeritan atau malah bungkam tak berdaya. Emosi juga mempengaruhi kemampuan seseorang untuk melakukan interpretasi pesan. Sebagian pesan mungkin tidak didengarkan dengan baik atau diinterpretasikan secara salah (*misinterpreted*) yang terjadi ketika penerima pesan mengalami emosi yang kuat. Situasi ini sering terjadi dalam keperawatan. Contoh, pasien yang sangat cemas tidak dapat mengingat semua instruksi preoperatif yang disampaikan oleh seorang perawat.

Penelitian Sheldon (2006) di St. Joseph Hospital New Hampshire (UK) menyatakan bahwa emosilah yang berperan sebagai variabel utama yang membuat komunikasi dalam keperawatan lebih sulit dan memperburuk hubungan kerja dengan profesional kesehatan yang lain. Emosi yang dimaksudkan meliputi emosi-emosi negatif dari perawat seperti ketidakmampuan untuk membantu (*helplessness*), keadaan putus asa (*hopelessness*), kesedihan (*sadness*). Emosi marah dan sedih dari pasien dan keluarganya dikarenakan stres tentang penyakit dilaporkan dalam penelitian ini sebagai masalah yang umum diekspresikan dan dibagikan kepada perawat. Partisipan perawat mengakui bahwa kemarahan pasien sering membuat mereka frustrasi; ini memunculkan kebutuhan akan keterampilan melakukan komunikasi dengan pasien yang lebih bersifat suportif.

Kerja emosi atau *emotional labour* didefinisikan oleh Hochschild dalam McQueen (2003) sebagai suatu induksi yaitu penekanan perasaan demi mempertahankan penampilan luar yang meyakinkan guna memelihara perasaan nyaman orang lain di suatu tempat yang dapat dipercaya, seperti rumah sakit. Terkait dengan kerja emosi, Brewer dan Hewstone (2004) menekankan bahwa sangat penting bagi pekerja profesional untuk mampu menampilkan empati yang akurat, sekaligus menghindari *emotional contagion* dalam suatu hubungan interpersonal. *Emotional contagion* diartikan sebagai respon otomatis pada seseorang yang cenderung tidak disadari, mempengaruhi status emosi dan dapat terpancar melalui bahasa tubuh, mimik muka, intonasi suara, ucapan verbal, dengan demikian dapat mengganggu hubungan interpersonal.

Pekerjaan emosi serupa dengan proses mental yang melibatkan kecerdasan emosi yaitu kemampuan untuk mengenali dan mengelola emosi diri sendiri yang mendasari kemampuan untuk mengenali dan mengelola emosi orang lain supaya terbangun hubungan interpersonal yang baik. Dalam tugas menolong pasien agar merasa dilayani dengan baik, perawat dituntut sabar, sopan, respek dan penuh perhatian (McQueen,

2003). Perawat terikat dengan beragam aktivitas yang terhubung dengan perilaku *caring*, seperti memberikan informasi atau petunjuk, membantu pasien secara fisik sesuai kebutuhan, terikat dalam perilaku suportif dan teknik perawatan. Kesemuanya ini dapat memunculkan beragam emosi berupa senang, sedih dan perasaan iba. Emosi-emosi ini dapat bernilai positif, juga bernilai negatif, seperti frustrasi, jijik, mudah tersinggung dan marah. Jika pasien merasa diperlakukan dengan emosi negatif, diperlukan suatu kontrol supaya terjadi kesesuaian terhadap situasi tersebut. Pekerjaan emosi meliputi bekerja pada emosi yang tepat untuk sebuah situasi.

Dalam literatur keperawatan, Evans dan Allen (2002) mengakui bahwa kemampuan untuk mengelola emosi sendiri dan memahami emosi pasien merupakan sebuah aset dalam memberikan asuhan keperawatan, tetapi kecerdasan emosi belum diperhatikan dalam kurikulum keperawatan. Kecerdasan emosi adalah fenomena kompleks yang dapat dipelajari dan dikuasai seumur hidup bersumberkan pengalaman-pengalaman hidup (Freshman & Rubino, 2002). Sejauh ini banyak perawat merasa tidak mampu dalam mengelola emosi dan melakukan hubungan interpersonal yang dibutuhkan oleh peran mereka (Henderson, 2001). Cadman dan Brewer (2001) menyatakan bahwa kecerdasan emosi dapat dikembangkan melalui pelatihan keterampilan interpersonal dan mengusulkan bahwa sebaiknya dilakukan tes kecerdasan emosi bagi calon mahasiswa keperawatan saat seleksi masuk. Menurut Segal (2002), kendatipun kecerdasan emosi dapat dikembangkan sepanjang masa hidup, ini bukan berarti bahwa kecerdasan emosi tidak penting diarahkan selama pendidikan keperawatan. Kecerdasan emosi adalah sebuah kualitas yang dapat dipelajari dan diajarkan kepada mahasiswa keperawatan.

Lepp (2000) menyatakan bahwa pendidikan keperawatan bertujuan mempersiapkan mahasiswa menjadi seorang profesional dalam sistem pelayanan kesehatan, yang ditandai oleh sebuah perspektif holistik. Profesi kesehatan membutuhkan pemahaman emosional terhadap pasien-pasien yang berbeda dan kemampuan untuk memahami secara mendalam situasi mereka. Dalam kerangka kerja pendidikan keperawatan penting dikembangkan secara seimbang kompetensi teoretis dan kemampuan personal yang diperlukan dalam bekerja sebagai perawat. Untuk alasan ini diperlukan pendekatan pedagogik spesial, seperti bermain drama atau bermain peran (*role-play*). Penelitian Lepp (2000) menunjukkan bahwa drama dan bermain peran dapat meningkatkan belajar bermakna atau *meaningful learning*, pada mahasiswa keperawatan di Swedia.

Tak diragukan lagi, keterampilan intelektual dan teknikal yang dimiliki perawat perlu diimbangi dengan keterampilan interpersonal yang mensyaratkan kecerdasan

emosi, tercermin dalam perilaku *caring* atau kepedulian dalam berkomunikasi dengan orang lain. Menurut Morisson dan Burnard (1997), *caring* dan komunikasi merupakan keterkaitan yang tidak terpisahkan. Perawat tidak akan dapat melakukan komunikasi secara efektif jika ia tidak *care* (ngasuh) pada pasien yang diajaknya berkomunikasi.

Kondisi profesi perawat Indonesia secara umum dalam persaingan era kesejagatan ini, dinilai sulit bersaing memasuki pasar kerja internasional jika tanpa peningkatan kemampuan dalam melayani konsumen. Situs media www.equator-online menegaskan kemampuan perawat yang esensial di pasar global adalah melayani pasien secara manusiawi, selain faktor kemampuan berbahasa Inggris yang baik. Selain kecerdasan intelektual, para perawat juga perlu meningkatkan kecerdasan emosi, seperti tak mudah merajuk, tak mudah marah, sabar, merupakan contoh perawat dengan kecerdasan emosi tinggi.

Indirawaty (2000) menyatakan bahwa pada umumnya perawat di Indonesia kurang komunikatif dengan pasien, sehingga muncul banyak keluhan masyarakat terhadap pelayanan di rumah sakit. Salah satu penyebab yang paling banyak mengakibatkan kekecewaan masyarakat adalah kesalahan komunikasi antara perawat dengan pasien dan keluarganya. Rampisela (1997) menyimpulkan bahwa masalah yang ditemukan dalam komunikasi adalah kurang responsifnya perawat ketika pasien atau keluarga pasien mengemukakan keluhan atau pertanyaan yang berkaitan dengan pengobatan dan perawatan atas diri mereka.

Jika di negara-negara maju saja kecerdasan emosi belum diperhatikan dalam kurikulum keperawatan, maka di Indonesia, kecerdasan emosi juga belum memperoleh tempat untuk diajarkan secara khusus. Kecerdasan emosi belum dipandang penting untuk diajarkan sebagai sebuah konsep dan keterampilan bagi mahasiswa keperawatan. Kecerdasan emosi merupakan wacana baru dalam dunia pendidikan dan praktik klinik keperawatan di Indonesia. Goleman (2004) mengingatkan bahwa kurikulum sudah padat dengan banyak sekali mata ajar, maka alternatif yang dianjurkan adalah menyampurkan kecerdasan emosi dengan mata ajar yang relevan.

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Palangka Raya merupakan salah satu dari 38 Poltekkes di Indonesia yang bertujuan mencetak tenaga perawat profesional yang kompeten, kompetitif dan bermartabat. Fakta empiris di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya menunjukkan bahwa mahasiswa keperawatan cenderung berfokus pada kepentingannya sendiri dan bukan pada kepentingan penyembuhan pasien (*therapeutic orientation*). Ketika melakukan asuhan keperawatan, seperti pengkajian data melalui

wawancara dan pemeriksaan fisik, atau ketika melakukan tindakan keperawatan, mahasiswa kurang berfokus pada pasiennya.

Wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya tanggal 18 September 2013 mendapatkan informasi bahwa mahasiswa Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya masih belum memenuhi harapan dapat melakukan komunikasi terapeutik secara baik dengan pasien dan keluarga pasien, dan masih kurang cakap dalam berkomunikasi dengan perawat ruangan dan profesional kesehatan yang lain.

Di Indonesia, gagasan kecerdasan emosi belum termuat dalam kurikulum keperawatan sehingga dianggap penting alternatif menyelenggarakan pelatihan kecerdasan emosi untuk meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik mahasiswa keperawatan.

B. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan meningkatkan kemampuan melakukan komunikasi terapeutik pada mahasiswa keperawatan di tatanan klinik melalui program pelatihan kecerdasan emosi.

C. Hipotesis Penelitian

Ada peningkatan bermakna kemampuan komunikasi terapeutik mahasiswa keperawatan setelah dilakukan pelatihan kecerdasan emosi dibandingkan sebelum pelatihan kecerdasan emosi.

D. Manfaat Penelitian

Manfaat praktis penelitian ini adalah memberikan alternatif intervensi yang dapat meningkatkan komunikasi terapeutik mahasiswa keperawatan. Manfaat teoretis penelitian adalah pengembangan ilmu keperawatan melalui analitis kritis terhadap teori keperawatan adopsi dari dunia barat dengan warna budaya individualistiknya yang jelas berbeda dengan budaya Indonesia yang cenderung kolektivistik.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Komunikasi Terapeutik Dalam Keperawatan

1. Pengertian keperawatan

Keperawatan menggabungkan antara ilmu kesehatan dan seni merawat, perpaduan antara humanistik dan ilmu pengetahuan, praktik klinik, komunikasi dan ilmu-ilmu sosial (Kozier & Erb, 1995). Organisasi perawat sedunia atau *International Council of Nurses* (ICN) pada tahun 1973 fungsi unik perawat adalah membantu individu, baik sakit maupun sehat dalam melakukan aktivitas yang menyokong kesehatan atau pemulihan kesehatan (atau supaya dapat meninggal dengan damai), bahwa seseorang dapat melakukan sesuatu tanpa alat/bantuan jika ia memiliki kekuatan, kemauan atau pengetahuan. Pengembangan lebih lanjut tentang definisi keperawatan dibuat oleh *American Nurses' Association* (ANA) bahwa praktik keperawatan adalah layanan langsung, berorientasi pada tujuan dan dapat beradaptasi (bersifat luwes) untuk memenuhi kebutuhan individu, keluarga dan komunitas baik ketika sehat maupun sakit (Kozier & Erb, 1995).

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang didasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio, psiko, sosiokultural, dan spiritual yang komprehensif, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh siklus kehidupan manusia. Keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri (AD/ART PPNI Hasil Munas VII Manado dalam Siswanto, 2006)

Menurut Nursalam (2003) keperawatan adalah model pelayanan profesional dalam memenuhi kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu baik sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis dan sosial agar mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan kebutuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, memperbaiki dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu.

Berdasarkan batasan di atas, dapat disimpulkan bahwa keperawatan adalah layanan profesional yang berbasis ilmu pengetahuan, ilmu kesehatan, ilmu-ilmu sosial dan seni merawat. Peran profesional perawat yang utama adalah memberikan asuhan keperawatan kepada manusia yang meliputi pemenuhan kebutuhan individu sesuai konteks kehidupannya, memiliki tujuan dan dapat beradaptasi dalam pelaksanaannya.

2. Komunikasi terapeutik

a. Pengertian komunikasi

Istilah komunikasi memiliki banyak makna, tergantung konteksnya. Beberapa di antara definisi komunikasi: komunikasi adalah pertukaran informasi antara dua orang atau lebih, atau dengan kalimat lain, pertukaran ide, gagasan, pemikiran dan perasaan (Kozier & Erb, 1995). Taylor (2000) mendefinisikan “komunikasi” sebagai proses pertukaran informasi atau proses yang menimbulkan makna atau arti. Menurut Tamsuri (2006) komunikasi adalah proses ketika seorang individu yang menyampaikan pesan (komunikator) mengoper perangsang (biasanya lambang bahasa) untuk mengubah tingkah laku individu yang lain (komunikan).

Definisi pertama mengartikan komunikasi lebih memiliki konotasi (makna) personal dibandingkan sekadar pertukaran ide atau pemikiran, karena juga mentransmisikan perasaan, sehingga menjadi interaksi yang lebih bersifat personal atau sosial di antara manusia. Dalam konteks ini, komunikasi sering disinonimkan dengan **hubungan** (Kozier & Erb, 1995). Varcarolis (1990) menyebutkan pengertian hubungan yaitu *relationship* atau proses interpersonal antara dua orang atau lebih. Abraham (1997) menyatakan bahwa semua interaksi atau hubungan melibatkan komunikasi. Jadi, komunikasi merupakan hubungan itu sendiri. Komunikasi dalam versi ini dilakukan dengan menggunakan metode berbicara dan mendengar atau menulis dan membaca. Dapat juga menggunakan lukisan, tarian dan cerita (*story telling*). Pemikiran juga dapat disampaikan kepada orang lain bukan hanya melalui pembicaraan dan tulisan belaka tetapi juga melalui gerakan tubuh. Arwani (2002) berpendapat bahwa komunikasi merupakan sarana yang sangat efektif dan memudahkan perawat membangun suatu interaksi dengan pasien sehingga dapat melaksanakan peran dan fungsinya dengan baik. Pada keseluruhan pekerjaannya, perawat menjumpai pasien yang bervariasi; perawat dan pasien dapat saling berbagi beragam pengalaman.

Menjalin hubungan yang baik antara perawat dan pasien mutlak diperlukan dalam upaya memperlancar pelaksanaan tugas perawat terhadap pasien (Asnindari, 2004). Fawcett dalam Abraham (1997) menyatakan bahwa pemahaman pasien tentang lingkungan sosialnya merupakan hal penting bagi status kesehatannya dan hubungan pasien dengan perawat merupakan faktor penentu utama efektif/tidaknya intervensi keperawatan.

Selanjutnya, definisi kedua dan ketiga dari “komunikasi” di atas menyatakan bahwa komunikasi adalah proses. Dapat dipahami bahwa tujuan dari beberapa komunikasi adalah untuk membangkitkan respon. Dalam hal ini, komunikasi adalah sebuah **proses interaktif**, yang melibatkan semua teknik yang digunakan oleh individu untuk mempengaruhi orang lain. Potter dan Perry (1993) mengusulkan bahwa hubungan antara perawat dengan pasien lebih dari sekadar hubungan saling menguntungkan (*mutual partnership*), melainkan juga merupakan proses bagi perawat sebagai penolong (*helper*) mengintervensi kehidupan pasien dan membantu pasien untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Komunikasi sebagai proses memiliki dua tujuan: (1) untuk mempengaruhi orang lain; dan (2) untuk memperoleh informasi. Baik verbal maupun non verbal, komunikasi dapat digambarkan sebagai bantuan (terapeutik) atau bukan bantuan (non terapeutik). Jika yang pertama untuk berbagi (*sharing*) informasi, pemikiran dan perasaan di antara dua orang atau lebih, maka yang kedua justru menghambat atau memblokir transfer informasi atau perasaan (Kozier & Erb, 1995).

b. Komunikasi terapeutik

Istilah “terapeutik” menurut Hornby dalam Nurjannah (2005) adalah sebuah kata sifat yang dihubungkan dengan seni penyembuhan. Terapeutik diartikan segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Smith (1992) menandakan bahwa keakraban terapeutik (*therapeutic intimacy*) merupakan hubungan saling menolong antara perawat dengan pasien.

Mencermati lagi penjabaran tiga definisi “komunikasi” di atas, komunikasi terapeutik dalam keperawatan jelaslah merupakan hubungan itu sendiri yang mentransmisikan perasaan dan gagasan secara personal, sekaligus merupakan proses bertujuan untuk mempengaruhi orang lain (pasien) dan memperoleh informasi. Implikasinya, komunikasi sebagai hubungan jelas melibatkan kemampuan mendengar aktif dan merespon dengan tepat dan komunikasi sebagai proses melibatkan keterampilan menggunakan teknik-teknik komunikasi efektif.

Stuart dan Sundeen (1995) meringkas arti penting komunikasi bagi profesional perawat, yaitu: (1) alat untuk membangun hubungan terapeutik; (2) alat untuk mempengaruhi tingkah laku pasien dan mencapai keberhasilan dalam intervensi keperawatan; dan (3) merupakan hubungan itu sendiri yang tanpanya tidak mungkin terjadi hubungan terapeutik perawat-pasien.

Dari penjabaran beberapa definisi dan pemahaman komunikasi terapeutik seperti di atas, dapat disimpulkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan hubungan yang lebih dari pertukaran ide dan pemikiran, tetapi juga transmisi perasaan, karena itulah lebih memiliki makna personal. Lebih dari sekadar hubungan, komunikasi terapeutik perawat-pasien juga merupakan proses interaktif, karena memiliki tujuan untuk membangkitkan respon. Komunikasi dalam versi ini mengetengahkan berbagai teknik komunikasi efektif. Hubungan efektif perawat-pasien merujuk ke hubungan terapeutik atau hubungan bantuan. Bantuan yang dimaksud adalah untuk memfasilitasi proses pertumbuhan di mana seseorang (perawat) membantu orang lain (pasien) untuk bertumbuh dan memilih.

3. Macam-macam komunikasi

Menurut Kozier dan Erb (1995) komunikasi secara umum dikategorikan menjadi dua bentuk utama, yaitu verbal dan non verbal. Komunikasi verbal menggunakan pembicaraan atau kata-kata tertulis, sedangkan komunikasi non verbal menggunakan semua bentuk lain seperti gerak-gerik atau ekspresi wajah. Meskipun kedua bentuk komunikasi ini terjadi bersamaan, kebanyakan komunikasi adalah non verbal. Hal ini mengejutkan bagi orang yang mengetahui komunikasi hanya sebagai ekspresi verbal belaka. Belajar tentang komunikasi non verbal menjadi pertimbangan penting bagi perawat yang hendak mengembangkan pola komunikasi efektif dan hubungan dengan pasien.

a. Komunikasi verbal

Komunikasi verbal sebagian besar merupakan upaya sadar dari seseorang dalam memilih kata-kata yang digunakan. Kata-kata ini sangat bervariasi menurut latar belakang budaya, sosial ekonomi, usia dan pendidikan. Sebagai hasilnya, tak terhitung banyaknya kemungkinan yang tersedia dalam pertukaran gagasan dan membentuk pesan. Perasaan atau *feeling* yang beragam dapat disampaikan ketika orang berkata-kata. Intonasi suara dapat mengekspresikan semangat, antusiasme, kesedihan, perasaan tak enak, atau keadaan senang. Sejumlah intonasi yang berbeda terdengar ketika seseorang mengucapkan “halo” atau “selamat pagi”. Jeda dan irama seseorang ketika melakukan komunikasi adalah variabel yang lain. Irama yang monoton dapat dihasilkan dari kelemahan tenaga, sebaliknya irama sangat cepat boleh jadi dihasilkan oleh ketertarikan (*interest*), kecemasan atau ketakutan (Kozier & Erb, 1995).

Karakteristik pesan verbal efektif yang patut dipertimbangkan oleh perawat dalam memilih kata-kata yang akan diucapkan atau ditulis adalah: (1) kesederhanaan; (2) kejelasan atau *clarity*; (3) pengaturan waktu dan relevansi; (4) adaptabilitas; dan (5) kredibilitas. Kredibilitas meliputi kebenaran (*belief*), terpercaya (*trustworthy*), dan reliabel. Reliabel dikembangkan menjadi konsisten, dapat diandalkan (*dependable*) dan jujur (*honest*). Pasien akan menghargai perawat yang mengakui keterbatasan dengan mengatakan, “*Saya tidak mengetahui jawaban atas pertanyaan ini, namun saya akan menemukan seseorang yang dapat membantu dan Anda dapat bertanya pada orang itu*” (Kozier & Erb, 1995).

b. Komunikasi non verbal

Komunikasi non verbal sering juga disebut bahasa tubuh atau *body language*, yang meliputi keseluruhan gerak-gerik, aksi tubuh, penampilan fisik termasuk mengenakan perhiasan. Mayoritas komunikasi adalah non verbal. Komunikasi non verbal memberitahu orang lain tentang perasaan seseorang lebih banyak daripada yang secara nyata dikatakan oleh orang itu, karena perilaku non verbal kurang terkontrol secara sadar bila dibandingkan perilaku verbal. Pendengar cenderung lebih mempercayai bahasa tubuh daripada kata-kata yang diucapkan. Komunikasi non verbal dapat menguatkan atau sebaliknya berlawanan dengan kata-kata yang diucapkan secara verbal. Sebagai contoh, perawat yang mengatakan, “*Saya merasa senang duduk dan menemani Anda di sini untuk beberapa waktu*”, namun ia terlihat gelisah dan melirik arlojinya tiap beberapa detik. Perilaku non verbalnya menunjukkan “*Saya sangat sibuk*”, sebenarnya lebih dipercaya (Kozier & Erb, 1995).

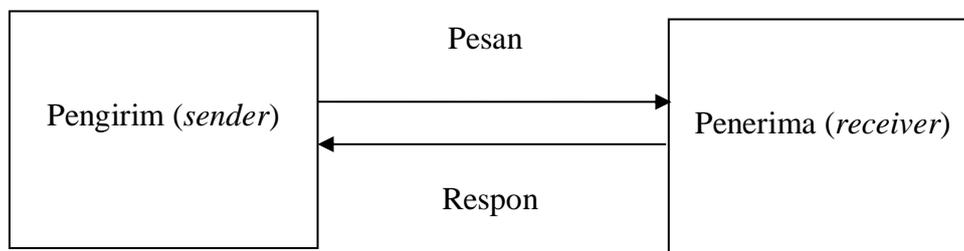
Keterbatasan tertentu juga terdapat dalam komunikasi non verbal, yaitu observer tak selalu dapat yakin dengan perasaan yang diekspresikan oleh perilaku non verbal. Hal ini karena perasaan yang sama dapat diekspresikan secara non verbal melalui lebih dari satu cara. Marah dapat dikomunikasikan melalui agresi dan gerakan tubuh yang berlebihan, atau justru dalam diam yang membeku. Di sisi lain, beberapa perasaan yang berbeda seperti rasa malu, rasa senang atau marah dapat diekspresikan melalui isyarat non verbal tunggal, yaitu wajah kemerah-merahan (Kozier & Erb, 1995).

Untuk mengamati perilaku non verbal secara efisien, dapat digunakan pendekatan sistematis. Secara umum perawat mengkaji penampilan fisik seseorang

secara keseluruhan meliputi pemakaian perhiasan, postur, gaya berjalan, dilanjutkan mengkaji bagian-bagian tubuh seperti ekspresi wajah dan gerakan tangan.

4. Proses komunikasi

Sebuah model komunikasi memiliki dua bagian utama: orang dan pesan. Dalam komunikasi *face-to-face* terdapat pengirim (*sender*), pesan, penerima (*receiver*) dan respon. Dalam bentuk sederhana ini, komunikasi yang terjadi adalah proses dua arah yang meliputi pengiriman dan penerimaan pesan. Sekali tujuan komunikasi ditetapkan untuk membangkitkan respon, maka proses pun mulailah; penerima pesan kemudian menjadi pengirim pesan respon, sementara yang semula pengirim menjadi penerima.



Gambar 1 Proses Komunikasi
(Sumber: Kozier & Erb, 1995)

Menurut Potter dan Perry (1993), komunikasi memiliki enam komponen, yaitu: (1) komunikator: penyampai informasi; (2) komunikan: penerima informasi; (3) pesan: gagasan atau pendapat, fakta, informasi, termasuk stimulus bahasa tubuh yang disampaikan komunikator; (4) media komunikasi: saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan; (5) *encoding*: kegiatan perumusan pesan oleh komunikator sebelum disampaikan kepada komunikan; dan (6) *decoding*: penafsiran pesan oleh komunikan pada saat menerima pesan.

Sentoso (2003) menyatakan terdapat lima unsur penting dalam komunikasi yang harus diperhatikan. Kelima unsur tersebut adalah: pengirim pesan (*sender*), pesan yang dikirimkan (*message*), bagaimana pesan tersebut dikirimkan (*communication channel*), penerima pesan (*receiver*) dan umpan balik (*feedback*). Pesan disampaikan melalui suatu media komunikasi, sehingga dapat diterima dengan baik oleh penerima dan menghasilkan umpan balik yang berguna bagi pengirim pesan. Yang dimaksud media komunikasi bukan hanya berupa percakapan secara langsung menggunakan suatu bahasa yang dapat dimengerti, melainkan segala hal yang dapat membuat individu saling berinteraksi dan saling mengerti

mengenai pesan apa yang disampaikan, sehingga tidak terjadi salah penafsiran mengenai isi dari pesan. Media komunikasi juga dapat berupa isyarat melalui gerakan tubuh, kode morse, maupun melalui alat bantu seperti surat, gambar, serta alat bantu visual lainnya.

Dari beberapa tinjauan literatur di atas dapat disimpulkan bahwa setiap unsur komunikasi secara sinergis memiliki arti penting untuk kelangsungan sebuah komunikasi. Lebih dari sekadar percakapan menggunakan bahasa, komunikasi juga mencakup penggunaan bahasa tubuh, sandi yang telah disepakati bersama, serta dapat melibatkan penggunaan alat bantu secara luas. Interpretasi sebuah pesan melibatkan fungsi kognitif penerima pesan, sehingga penting bagi komunikator untuk menyampaikan pesan sesuai dengan tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh komunikan.

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi

Menurut Kozier dan Erb (1995) terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi komunikasi meliputi: kecakapan komunikator; persepsi; jarak personal; teritorial; peran, hubungan dan tujuan; waktu dan tempat; sikap; serta emosi dan harga diri. Dalam pandangan ini kecakapan komunikator menempati posisi pertama karena seluruh kecakapan komunikator untuk berbicara, mendengar, melihat dan memahami stimulus mempengaruhi proses komunikasi. Semua orang memerlukan dapat mendengar pesan yang singkat, jelas dan jernih. Komunikator berperan menciptakan suatu lingkungan kondusif untuk komunikasi terbuka, juga berperan menentukan berapa banyak stimulus yang mampu penerima pesan (komunikan) terima pada suatu saat.

Potter dan Perry (1993) juga menyatakan beberapa faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik yaitu:

- c. Perkembangan. Perawat harus mengerti pengaruh perkembangan usia terhadap bahasa dan proses pikir seseorang. Implikasinya, misalnya, perawat menggunakan bahasa “gaul” ketika berkomunikasi dengan remaja.
- d. Persepsi. Persepsi adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau stimulus yang dipengaruhi oleh harapan atau pengalaman. Perbedaan persepsi dapat menghambat komunikasi.
- e. Nilai. Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku. Perawat penting berusaha untuk mengetahui dan melakukan klarifikasi nilai yang dianut oleh

pasien sehingga dapat berinteraksi secara tepat. Perawat diharapkan tidak terpengaruh oleh nilai anutan sendiri.

- f. Latar belakang sosial budaya. Bahasa dan gaya komunikasi sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Perawat penting memiliki pengetahuan yang memadai tentang beragam budaya yang ada di Indonesia dan diharapkan dapat menyesuaikan diri dalam melakukan komunikasi lintas budaya.
- g. Emosi. Emosi merupakan perasaan subjektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih, senang, dapat mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan orang lain. Menurut Omdahl dan O'Donnel (1999) *emotional contagion* (larut dalam emosi) harus dibedakan dengan *empathetic concern* (empati tulus). Disarankan perawat menggunakan strategi-strategi yang meningkatkan empati dan menolak *emotional contagion*.
- h. Jenis kelamin. Masing-masing jenis kelamin memiliki gaya komunikasi yang khas. Menurut Tanned dalam Nurjannah (2005), wanita menggunakan bahasa untuk mencari penjelasan, meminimalkan perbedaan, serta membangun hubungan dan keintiman. Namun, kaum pria lebih menggunakan bahasa untuk mendapatkan kemandirian dari aktivitas dalam kelompok yang lebih besar; jika mereka ingin berteman, mereka melakukannya dengan bermain.
- i. Pengetahuan. Tingkat pengetahuan mempengaruhi komunikasi. Seseorang dengan tingkat pengetahuan rendah akan sulit merespon pertanyaan dengan tingkat pengetahuan lebih tinggi. Perawat penting mengetahui tingkat pengetahuan pasien agar dapat menyesuaikan dan berinteraksi dengan baik.
- j. Peran dan hubungan. Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antara orang yang berkomunikasi. Komunikasi profesional antara perawat dengan mitra kerjanya akan berbeda dengan kalau perawat itu sedang berperan sebagai pemberi asuhan keperawatan pada pasiennya.
- k. Lingkungan. Lingkungan fisik mempengaruhi komunikasi, misalnya bising, dapat memunculkan ketidakjelasan informasi, kurang privasi dan ketidaknyamanan. Penting bagi perawat menyediakan lingkungan yang tepat dan nyaman sebelum memulai interaksi dengan pasien.
- l. Jarak. Jarak dapat mempengaruhi komunikasi. Jarak tertentu menyediakan rasa aman dan kontrol. Penting bagi perawat untuk memperhitungkan jarak yang tepat ketika berinteraksi dengan pasien.

Tamsuri (2006) meringkas faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi, yaitu: (1) faktor manusia; (2) pesan; dan (3) lingkungan. Faktor manusia meliputi tingkat pengetahuan, sosiokultural, jenis kelamin, peran dan tanggung jawab, atensi, sikap, persepsi, hubungan, status fisik, mental dan emosional. Faktor berikutnya adalah pesan, ini meliputi isi dan penyampaian pesan. Isi pesan mempengaruhi perilaku penyampaian pesan dan perlu tidaknya pesan yang disampaikan diberikan umpan balik. Penyampaian pesan mempengaruhi komunikasi; penyampaian pesan yang baik akan membuat pesan diterima secara bermakna oleh penerima pesan. Selanjutnya faktor lingkungan meliputi stimulus eksternal, nilai/budaya masyarakat dan jarak/teritorial.

Berdasarkan beberapa penjabaran dari faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi seperti di atas, ditemukan beberapa persamaan bahwa faktor manusia (komunikator) tampaknya memegang peranan penting dalam komunikasi. Dalam komunikasi terapeutik dengan pasien, perawat tak hanya berperan sebagai komunikator, namun juga bertanggung jawab menciptakan sebuah lingkungan kondusif untuk sebuah komunikasi terbuka. Manusia sebagai pelaku komunikasi memiliki emosi yang dinilai cukup mempengaruhi komunikasi. Implikasinya dalam keperawatan, perawat sebagai komunikator penting memiliki kesadaran akan diri sendiri termasuk kesadaran emosi untuk dapat memahami pasien. Perawat diharapkan dapat menggunakan dirinya secara efektif sehingga tujuan komunikasi tercapai.

6. Prinsip-prinsip komunikasi terapeutik

Boyd dan Nihart (1998) menyatakan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik, sebagai berikut:

- a. Klien harus merupakan fokus utama dari interaksi.
- b. Tingkah laku profesional-lah yang mengatur hubungan terapeutik.
- c. Hubungan sosial dengan klien harus dihindari.
- d. Membuka diri dapat dilakukan hanya pada saat membuka diri mempunyai tujuan terapeutik.
- e. Kerahasiaan pasien harus dijaga.
- f. Kompetensi intelektual dari pasien harus dikaji untuk menentukan tingkat pemahamannya terhadap penyampaian informasi.
- g. Implementasi intervensi berdasarkan teori-teori yang diakui dalam keperawatan.

- h. Memelihara interaksi yang tidak menilai dan hindari membuat penilaian tentang tingkah laku pasien dan memberi nasehat yang tidak dibutuhkan.
- i. Beri petunjuk pada pasien untuk menginterpretasikan kembali pengalamannya secara rasional.
- j. Telusuri interaksi verbal pasien melalui pernyataan klarifikasi dan hindari perubahan subjek pembicaraan (topik), kecuali jika topik bukan sesuatu yang menarik perhatian pasien.

Dari penjabaran di atas, dapat disimpulkan bahwa prinsip komunikasi terapeutik yang terpenting adalah berfokus pada pasien dan untuk melakukannya dituntut sikap dan perilaku profesional perawat.

7. Tahap-tahap hubungan terapeutik

Dalam asumsi komunikasi adalah hubungan itu sendiri, Stuart dan Sundeen (1995) membagi proses interaksi perawat-klien ini menjadi empat tahap yang berurutan, yaitu:

- a. Tahap pra-interaksi: merupakan tahap perawat belum bertemu dengan pasien. Tugas perawat dalam tahap ini adalah:
 - 1) Mendapatkan informasi tentang pasien (dari *medical record*, catatan keperawatan atau sumber lainnya).
 - 2) Mencari literatur yang berkaitan dengan masalah yang dialami pasien.
 - 3) Mengeksplorasi perasaan, fantasi, ketakutan diri perawat.
 - 4) Menganalisis kekuatan dan kelemahan profesional diri.
 - 5) Membuat rencana pertemuan dengan pasien, meliputi: tipe spesifik data yang akan dicari/kegiatan yang akan dilakukan bersama pasien; metode yang tepat untuk kegiatan; dan setting ruangan dan waktu yang tepat.
- b. Tahap orientasi (perkenalan): merupakan tahap pertama perawat mulai bertemu dengan pasien. Tugas perawat pada saat ini adalah:
 - 1) Membangun iklim percaya, memahami penerimaan dan komunikasi terbuka.
 - 2) Menyusun formula kontrak dengan pasien, meliputi: mengenalkan nama perawat dan mengetahui nama panggilan kesukaan pasien; peran yang diharapkan dari perawat dan pasien; tanggung jawab dari perawat dan pasien; tujuan interaksi; jaminan kerahasiaan; harapan dari interaksi; topik kegiatan interaksi; lamanya waktu.
 - 3) Membangun kontrak adalah proses timbal-balik, dengan pasien berpartisipasi sebisa yang dapat dilakukan.

- c. Tahap kerja: merupakan tahap perawat memulai kegiatan. Tugas perawat pada saat ini adalah melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan pada tahap preinteraksi. Perawat mengeksplorasi stressor dan mendorong perkembangan wawasan diri yang dihubungkan dengan persepsi, pikiran, perasaan dan tindakan pasien. Perawat menolong pasien untuk mengatasi cemas, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab terhadap diri sendiri dan mengembangkan mekanisme koping konstruktif. Klien umumnya menampakkan tingkah laku bertahan (*defensive*) selama fase ini karena fase ini meliputi sebagian besar dari proses pemecahan masalah seperti perkembangan hubungan dan pasien mulai dekat dengan perawat.
- d. Tahap terminasi: perawat menghentikan interaksinya dengan pasien. Tahap terminasi dapat bersifat sementara, juga permanen, yaitu ketika pasien sudah diizinkan pulang. Pada tahap terminasi perawat mempunyai tugas: mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan baik secara kognitif, psikomotor, dan afektif; merencanakan tindak lanjut dengan pasien; melakukan kontrak pertemuan berikutnya; dan mengakhiri interaksi dengan cara yang baik.

Penjabaran tahap-tahap komunikasi terapeutik seperti di atas dapat dirangkum yaitu komunikasi terapeutik meliputi tahap pra-interaksi, orientasi, kerja dan terminasi. Diperlukan penghayatan peran perawat dalam setiap tahapan guna menghindari komunikasi terapeutik berlangsung secara mekanistik.

B. Kecerdasan Emosi

1. Pengertian emosi

Asal kata “emosi” adalah sama dengan “motivasi”, yaitu *movere*, kata kerja Bahasa Latin yang berarti “menggerakkan, bergerak”, ditambah awalan “e” untuk memberi arti “bergerak menjauh” menyiratkan bahwa kecenderungan bertindak merupakan hal mutlak dalam emosi. Semua emosi, pada dasarnya, adalah motif atau dorongan untuk bertindak, rencana seketika untuk mengatasi masalah yang telah ditanamkan secara berangsur-angsur oleh evolusi (Goleman, 2004).

Selama lebih dari satu abad, makna yang tepat dari istilah *emosi* masih membingungkan para ahli psikologi dan filsafat (Goleman, 2004). Dalam makna paling harfiah, *Oxford English Dictionary* mendefinisikan *emosi* sebagai “setiap kegiatan atau pergolakan pikiran, perasaan; setiap keadaan mental yang hebat atau meluap-luap”.

Santrock (2002) mendefinisikan emosi sebagai perasaan atau afeksi yang melibatkan suatu campuran antara gejala fisiologis (misalnya denyut jantung cepat) dan perilaku yang tampak (misalnya senyuman, ringisan).

Perasaan atau *feeling* menurut Chaplin dalam Walgito (2004) adalah keadaan atau *state* individu sebagai akibat dari persepsi terhadap stimulus baik eksternal maupun internal. Mengenai emosi, Chaplin mengemukakan kesepakatan umum bahwa emosi merupakan reaksi kompleks mengandung aktivitas dengan derajat tinggi dan adanya perubahan kejasmanian serta berkaitan dengan perasaan yang kuat. Emosi lebih intens daripada perasaan dan sering terjadi perubahan perilaku, hubungan dengan lingkungan kadang-kadang terganggu. Perasaan dan emosi pada umumnya disifatkan sebagai keadaan (*state*) yang ada pada individu pada suatu waktu.

Emosi pada umumnya berlangsung dalam waktu yang relatif singkat, sehingga emosi berbeda dengan *mood*. *Mood* atau suasana hati pada umumnya berlangsung dalam waktu yang relatif lebih lama daripada emosi, tetapi intensitasnya kurang apabila dibandingkan dengan emosi. Apabila seseorang mengalami marah (jenis emosi) yang tidak hilang begitu saja, tetapi masih terus berlangsung dalam jiwa, inilah yang dimaksud dengan *mood* yang akan berperan dalam diri orang yang bersangkutan. *Mood* ini juga perlu dibedakan dengan temperamen. Temperamen adalah keadaan psikis seseorang yang lebih permanen daripada *mood*, karena itu temperamen lebih merupakan predisposisi yang ada pada diri seseorang, lebih merupakan aspek kepribadian seseorang apabila dibandingkan dengan *mood* (Walgito, 2004).

Dari perspektif psikoanalitis, masalah emosi merupakan topik utama. Perasaan dan emosi adalah gagasan bahwa manusia, dalam tingkatan yang berbeda, tidak menyadari akan aspek-aspek dari apa yang dirasakan. Kamus psikoanalitis mendefinisikan bahwa konsep tentang perasaan, emosi dan afeksi memiliki arti yang serupa. Kamus-kamus lain cenderung mendefinisikan salah satu istilah tersebut dalam kaitannya dengan dua istilah lainnya. Afeksi bukanlah istilah yang dipergunakan sehari-hari, namun sebuah istilah dalam konteks akademis dan teoretis yang cenderung memiliki arti yang lebih objektif atas sesuatu yang dapat diamati, bukan dialami. Di lain pihak, perasaan mengacu pada suatu keadaan internal, pengalaman pribadi seseorang. Perasaan tak bisa diamati, namun pengaruhnya dapat diamati. Emosi merupakan suatu padan kata umum dari afeksi, namun memiliki sifat-sifat yang lebih objektif dibandingkan dengan perasaan (Music, 2003).

Berdasarkan beberapa tinjauan definisi emosi seperti di atas, disimpulkan bahwa istilah emosi, perasaan, afeksi, tidak terbatas tegas dan tampaknya dapat saling

dipertukarkan. Emosi dapat dianggap merujuk pada suatu kompleksitas perasaan dan pikiran-pikiran khasnya, suatu keadaan biologis dan psikologis, dan serangkaian kecenderungan untuk bertindak.

2. Kegunaan emosi

Bretherton dalam Santrock (2002) menyatakan bahwa emosi memiliki tiga fungsi utama, yaitu: (1) penyesuaian diri dan kelangsungan hidup; (2) pengaturan (*regulation*); dan (3) komunikasi.

Emosi menuntun orang menghadapi saat-saat kritis dan tugas-tugas yang terlampaui bila hanya diserahkan kepada penalaran rasional. Setiap emosi menawarkan pola persiapan tindakan tersendiri ketika menangani tantangan yang datang berulang-ulang dalam hidup manusia. Karena situasi ini berlangsung terus-menerus dalam sejarah evolusi manusia, nilai kelangsungan hidup repertoar emosi dibuktikan oleh terekamnya nilai tersebut dalam sistem saraf dan kecenderungan otomatis perasaan manusia. Ekspresi emosi penting untuk bertahan hidup dan fungsi adaptasi (Ekman dalam Goleman, 2004).

Lazarus dalam Parrot (2004) menyatakan bahwa sebuah episode emosi secara tipikal melibatkan suatu persepsi evaluatif terhadap sifat situasi yang disebut penilaian (*appraisal*), dan ini menjadi satu alasan mengapa banyak teorisi menyetujui bahwa emosi memiliki aspek kognitif. Brewer dan Hewstone (2004) berpendapat bahwa reaksi emosi dapat mengubah berpikir, perilaku, fisiologis dan ekspresi. Efek dari perubahan-perubahan ini dapat mempengaruhi kesiapan untuk berpikir dan beraksi dengan cara tertentu.

Pandangan mengenai kodrat manusia yang menafikan kekuatan emosi, jelaslah pandangan yang sempit. Apabila suatu masalah menyangkut pengambilan keputusan dan tindakan, aspek perasaan sama pentingnya – dan sering kali lebih penting – daripada nalar. Kecerdasan, tidaklah berarti apa-apa bila emosi yang berkuasa (Goleman, 2004).

Dari penjabaran beberapa perspektif mengenai kegunaan emosi seperti di atas, dapat disimpulkan bahwa emosi memiliki nilai survival yang terekam dalam sistem saraf, emosi menuntun di saat kritis dan memberikan pola persiapan tersendiri terhadap berbagai situasi. Emosi juga merupakan kekuatan yang dapat diarahkan; memiliki fungsi evaluatif yang berguna dalam kehidupan serta memiliki aspek kognitif.

3. Kecerdasan emosi

a. Pengertian kecerdasan emosi

Konsep kecerdasan emosi muncul dari upaya untuk memahami mengapa banyak orang yang sangat cerdas (memiliki kemampuan luar biasa dalam membaca,

menulis, ilmu hitung), namun terbatas dalam kemampuan mengelola perilaku dan hubungan sosial mereka dibandingkan orang lain dengan tingkat kecerdasan biasa (Bradberry & Greaves, 2007). Riset-riset pada abad ke-20 mengenai inteligensi didominasi oleh inteligensi kognitif, yang oleh Bar-On didefinisikan sebagai “kemampuan seseorang untuk mempelajari, mengingat, mengaplikasikan, memikirkan, menalar dan mengabstraksi (Bar-On dalam Winter, 2004). Meskipun demikian, Bar-On mencermati bahwa orang dengan skor tinggi kecerdasan kognitif atau *Intelligence Quotient* (IQ) tidak selalu sukses berinteraksi secara normal dengan lingkungan sehari-hari dan menangani kebutuhan psikologis, sementara banyak orang yang IQ-nya lebih rendah ternyata lebih sukses merespon kebutuhan yang sama. Bar-On membuat postulat bahwa variasi dalam kecerdasan emosi dapat menerangkan ketidakcocokan antara kecerdasan kognitif dan fungsi sosial (Winter, 2004).

Menurut Ashkanasy dan Daus (2005), istilah “*emotional intelligence*” (EI) atau kecerdasan emosi muncul dalam literatur pada tahun 1960-an, namun diaplikasikan secara definitif untuk pertama kalinya dalam disertasi doctoral Wayne Payne pada tahun 1986. Payne tidak mempublikasikan teorinya, hingga artikel itu dipublikasikan oleh Salovey dan Mayer tahun 1990. Mereka memberikan definisi awal dari konstruk ini dengan istilah “kemampuan individu untuk menyadari emosinya dan emosi orang lain, memahami serta mengelola emosi diri sendiri dan orang lain”. Dalam artikel yang lain, Mayer (1999) mendefinisikan kecerdasan emosi sebagai “kapasitas untuk berpikir atau menalar (*reason*) dengan menyadari emosi, mengintegrasikannya dalam pemikiran, memahami serta mengelola emosi.”

Lebih lanjut Salovey dan Mayer mengembangkan konsep kecerdasan emosi yang diistilahkan dengan empat berkas atau *branch*, yaitu: (1) persepsi emosi (diri sendiri dan orang lain); (2) asimilasi emosi untuk memfasilitasi berpikir; (3) pemahaman emosi; dan (4) pengelolaan dan pengaturan emosi diri sendiri dan orang lain (Ashkanasy & Daus, 2005).

Goleman (2004) mendefinisikan kecerdasan emosi mencakup pengendalian diri, semangat, dan ketekunan, serta kemampuan untuk memotivasi diri sendiri, bertahan menghadapi frustrasi, kesanggupan untuk mengendalikan dorongan hati dan emosi, tidak melebih-lebihkan kesenangan, mengatur suasana hati dan menjaga agar beban stres tidak melumpuhkan kemampuan berpikir, untuk membaca perasaan terdalam orang lain (empati) dan berdoa, untuk memelihara hubungan

dengan sebaik-baiknya, kemampuan untuk menyelesaikan konflik, serta untuk memimpin.

Ahli psikologi lain, Bar-On (2006) menyatakan bahwa individu yang cerdas secara emosi akan lebih kompeten dalam memahami diri mereka sendiri dan orang lain, relasi antar orang, beradaptasi dan menangani lingkungan sekitar secara cepat. Bagi Bar-On, kecerdasan emosi berhubungan dengan fungsi segera, sedangkan kecerdasan kognitif berhubungan dengan jangka panjang dan kapasitas strategik. Dengan kata lain, kecerdasan emosi berorientasi pada proses, lebih daripada berorientasi pada keluaran (hasil).

Patton (1998) berpendapat bahwa seseorang yang cerdas emosi berarti menggunakan emosi secara efektif untuk mencapai tujuan, membangun hubungan produktif dan meraih keberhasilan di tempat kerja. Sementara Cooper dan Sawaf (2002) mengatakan bahwa kecerdasan emosi adalah kemampuan merasakan, memahami, dan secara selektif menerapkan daya dan kepekaan emosi sebagai sumber energi dan pengaruh yang manusiawi. Kecerdasan emosi menuntut penilikan perasaan, untuk belajar mengakui, menghargai perasaan pada diri dan orang lain serta menanggapi dengan tepat, menerapkan secara efektif energi emosi dalam kehidupan sehari-hari.

Parrot (2004) menyatakan bahwa kecerdasan emosi merupakan konsep ilmiah di bidang psikologi yang dapat dikaji pada tiga level analisis yang berbeda: biologik/fisiologikal, kognitif serta sosio-kultural. Tak satu pun level analisis ini dapat diklaim lebih saintifik daripada yang lain, karena jika dicermati, ketiganya saling melengkapi, bukannya bertentangan.

Thompson (2005) mengemukakan bahwa sedikitnya terdapat tiga pendekatan operasional *Emotional Intelligence* yang dipergunakan secara luas, yaitu: (1) psikolog Reuven Bar-On menggunakan *Emotional Quotient* (EQ) untuk menggambarkan “sebuah peragaan dari *skill* non kognitif”; (2) peneliti handal Jack Mayer dan Peter Salovey melihat kecerdasan emosi sebagai sebuah *ability* atau kemampuan, sebagaimana kemampuan untuk membaca sebuah peta; dan (3) penulis populer Daniel Goleman, mendefinisikan kecerdasan emosi sebagai kompetensi atau kecakapan yang dapat dikembangkan melalui pelatihan.

Begitu banyaknya definisi kecerdasan emosi, sehingga Kierstead (1999) mengusulkan agar konsep kecerdasan emosi sebaiknya dianggap sebagai sebuah istilah payung (*an umbrella term*), artinya seperti sebuah papan lebar berisi

kumpulan keterampilan individual dan kecenderungannya, yang sering dirujuk sebagai keterampilan lunak (*soft skills*) atau keterampilan intra dan interpersonal, di luar kecerdasan umum (*general intelligence*), juga selain keterampilan motorik.

Berdasarkan beberapa pendapat ahli seperti di atas, dapatlah dikatakan bahwa kecerdasan emosi menuntut individu untuk belajar mengakui dan menghargai perasaan diri sendiri dan orang lain dan untuk menanggapi dengan tepat, menerapkan dengan efektif energi emosi dalam kehidupan dan pekerjaan sehari-hari. Terdapat tiga unsur penting kecerdasan emosi yaitu: kecakapan pribadi (mengelola diri sendiri); kecakapan sosial (menangani suatu hubungan) dan keterampilan sosial (kepandaian menggugah tanggapan yang dikehendaki pada orang lain). Kecerdasan emosi dapat dianalisis pada tiga level: fisiologikal, kognitif dan sosial yang saling melengkapi. Berbeda dengan inteligensi dan kepribadian yang bersifat stabil, kecerdasan emosi senantiasa dapat dikembangkan. Ditinjau dari sejarah perkembangannya, konsep kecerdasan emosi bukanlah suatu konsep yang benar-benar baru.

b. Aspek-aspek kecerdasan emosi

Beberapa ahli menyusun konsep kecerdasan emosi sebagai konstruk yang terdiri atas beberapa aspek yang dapat dipelajari, di antaranya:

1) Goleman

Goleman (2004) mengadaptasi lima hal yang tercakup dalam kecerdasan emosi dari model Salovey dan Mayer, yaitu:

- (1) Kesadaran diri (*self-awareness*): menyadari perasaan pada suatu saat, menggunakan perasaan dalam pengambilan keputusan, memiliki tolok ukur realistis atas kemampuan diri.
- (2) Penguasaan diri (*self-regulation*): menangani emosi sehingga berdampak positif kepada pelaksanaan tugas, peka pada kata hati, sanggup menunda kesenangan, mampu pulih kembali dari tekanan emosi.
- (3) Motivasi diri (*motivation*): menggunakan hasrat diri yang paling dalam untuk menggerakkan dan menuntun diri menuju sasaran, mengambil inisiatif dan bertindak sangat efektif, bertahan menghadapi kegagalan.
- (4) Empati (*empathy*): kemampuan merasakan apa yang dirasakan oleh orang lain, mampu memahami perspektif mereka, menumbuhkan

hubungan saling percaya dan menyelaraskan diri dengan bermacam-macam perasaan orang.

- (5) Keterampilan sosial (*social skill*): menangani emosi dengan baik ketika berhubungan dengan orang lain dan dengan cermat membaca situasi dan jaringan sosial; berinteraksi dengan lancar.

Goleman (2005) menjabarkan kemampuan kecerdasan emosi bersifat: (1) mandiri: masing-masing menyumbang secara unik kepada kinerja; (2) saling tergantung: sampai batas tertentu memerlukan hal-hal tertentu pada yang lain; (3) hierarkis: kemampuan kecerdasan emosi membentuk bangun yang bertingkat; dan (5) perlu, tapi tidak cukup: memiliki kecerdasan emosi belum menjamin orang akan memperlihatkan kecakapan-kecakapan terkait. Faktor-faktor seperti iklim organisasi, minat seseorang terhadap pekerjaannya juga ikut berperan; dan (6) generik: walaupun daftar ini sampai batas tertentu berlaku bagi semua pekerjaan, pekerjaan yang berbeda memerlukan kecakapan-kecakapan yang berbeda pula.

Tabel 1 Model Goleman: Kerangka Kerja Kecerdasan Emosi

Bidang Kecakapan	Unsur Kecakapan	Wawasan Rinci
Kecakapan Pribadi (<i>Personal Competence</i>) Kecakapan ini menentukan bagaimana orang mengelola diri sendiri.	1. Kesadaran Diri (<i>Self-Awareness</i>) Mengetahui kondisi diri sendiri, kesukaan, sumber daya, dan intuisi.	(1) Kesadaran emosi (<i>emotional awareness</i>): mengenali emosi diri sendiri dan efeknya. (2) Penilaian diri secara teliti (<i>accurate self-assesment</i>): mengetahui kekuatan-kekuatan dan batas-batas diri sendiri. (3) Percaya diri (<i>self-confidence</i>): keyakinan tentang harga diri dan kemampuan sendiri.
	2. Pengaturan Diri (<i>Self-Regulation</i>)	(4) Kendali diri (<i>self-control</i>): mengelola emosi-emosi dan desakan-desakan hati (impuls) yang merusak.

	Mengelola kondisi, impuls, dan sumber daya diri sendiri.	<p>(5) Sifat dapat dipercaya (<i>trustworthiness</i>): memelihara norma kejujuran dan integritas.</p> <p>(6) Kewaspadaan (<i>conscientiousness</i>): bertanggung jawab atas kinerja pribadi.</p> <p>(7) Adaptabilitas (<i>adaptability</i>): keluwesan dalam menghadapi perubahan.</p> <p>(8) Inovasi (<i>innovation</i>): mudah menerima dan terbuka terhadap gagasan, pendekatan, dan informasi-informasi baru.</p>
	<p>3. Motivasi (<i>Motivation</i>)</p> <p>Kecenderungan emosi yang mengantar atau memudahkan peraih sasaran.</p>	<p>(9) Dorongan prestasi (<i>achievement drive</i>): dorongan-dorongan untuk menjadi lebih baik atau memenuhi standar keberhasilan.</p> <p>(10) Komitmen (<i>commitment</i>): menyesuaikan diri dengan aturan kelompok atau perusahaan.</p> <p>(11) Inisiatif (<i>initiative</i>): kesiapan untuk memanfaatkan kesempatan.</p> <p>(12) Optimisme (<i>optimism</i>): kegigihan dalam memperjuangkan sasaran kendati ada halangan dan kegagalan.</p>
<p>Kecakapan Sosial (<i>Social Competence</i>)</p> <p>Kecakapan ini menentukan bagaimana orang menangani suatu hubungan.</p>	<p>4. Empati (<i>Empathy</i>)</p> <p>Kesadaran terhadap perasaan, kebutuhan dan kepentingan orang lain.</p>	<p>(13) Memahami orang lain (<i>understanding others</i>): mengindera perasaan dan perspektif orang lain dan menunjukkan minat aktif terhadap kepentingan mereka.</p> <p>(14) Mengembangkan orang lain (<i>developing others</i>): merasakan kebutuhan perkembangan orang lain dan berusaha menumbuhkan kemampuan mereka.</p> <p>(15) Orientasi pelayanan (<i>service orientation</i>): mengantisipasi, mengenali, dan berusaha memenuhi kebutuhan pelanggan.</p> <p>(16) Mengatasi keragaman (<i>leveraging diversity</i>): menumbuhkan peluang melalui pergaulan dengan bermacam-macam orang.</p> <p>(17) Kesadaran politik (<i>political awareness</i>): mampu membaca arus-arus emosi sebuah kelompok dan hubungannya dengan kekuasaan.</p>
Bidang Kecakapan	Unsur Kecakapan	Wawasan Rinci
	<p>5. Keterampilan Sosial (<i>Social Skills</i>)</p> <p>Kepintaran dalam menggugah tanggapan yang dikehendaki orang lain.</p>	<p>(18) Pengaruh (<i>influence</i>): memiliki taktik-taktik untuk melakukan persuasi.</p> <p>(19) Komunikasi (<i>communication</i>): mengirimkan pesan yang jelas dan meyakinkan.</p> <p>(20) Kepemimpinan (<i>leadership</i>): membangkitkan inspirasi dan memandu kelompok dan orang lain.</p> <p>(21) Katalisator perubahan (<i>change catalyst</i>): memulai dan mengelola perubahan.</p> <p>(22) Manajemen konflik (<i>conflict management</i>): negosiasi dan pemecahan silang pendapat.</p> <p>(23) Pengikat jaringan (<i>building bond</i>): menumbuhkan hubungan sebagai alat.</p> <p>(24) Kolaborasi dan koperasi (<i>collaboration and cooperation</i>): kerja sama dengan orang lain demi tujuan bersama.</p> <p>(25) Kemampuan tim (<i>team capabilities</i>): menciptakan sinergi kelompok dalam memperjuangkan tujuan bersama.</p>

(Sumber: Goleman, 1997)

Penjabaran di atas dapat disimpulkan yaitu model kecerdasan emosi menurut Goleman tersusun atas dua bidang kecakapan: (1) kecakapan pribadi, dan (2) kecakapan sosial, yang meliputi lima unsur kecakapan, yaitu: kesadaran diri, pengaturan diri, motivasi, empati dan keterampilan sosial dengan 25 wawasan rinci yang memiliki sifat berjenjang (hierarkis), seseorang harus memiliki kecakapan pribadi terlebih dahulu sebelum melangkah ke pengembangan kecakapan sosial.

2) Bar-On

Bar-On (dalam Zakaria, 2004) membagi kecerdasan emosi menjadi lima komponen dengan 15 aspek keterampilan kecerdasan emosi, seperti berikut ini:

Tabel 2 Model Bar-On: Kecerdasan Emosi

Komponen Kecerdasan Emosi	Aspek Keterampilan Kecerdasan Emosi
a. Intrapersonal	<ol style="list-style-type: none">1. Kesadaran emosi: kemampuan seseorang untuk menyadari dan memahami perasaannya.2. Asertivitas: kemampuan seseorang untuk menyatakan perasaan, kepercayaan / nilai, pemikiran-pemikiran dan mempertahankan haknya dengan cara yang tidak destruktif.3. Penghargaan diri: kemampuan seseorang untuk menyadari, memahami, menerima dan menghormati dirinya.4. Aktualisasi diri: kemampuan seseorang untuk menyadari kapasitas potensialnya dan untuk melakukan apa yang dapat dilakukannya, ingin dilakukannya dan menikmati hal tersebut.

	5. Kemandirian: kemampuan seseorang untuk mengarahkan dan mengontrol dirinya dalam berpikir dan bertindak dan untuk bebas dari ketergantungan.
b. Interpersonal	6. Empati: kemampuan seseorang untuk menyadari, memahami dan menghargai perasaan orang lain. 7. Tanggung jawab sosial: kemampuan seseorang untuk menunjukkan sikap sebagai anggota kelompok yang kooperatif, mendukung dan membangun (konstruktif). 8. Hubungan interpersonal: kemampuan untuk mempertahankan hubungan yang memuaskan kedua belah pihak yang bercirikan adanya kedekatan emosi, keintiman, dengan memberi dan menerima afeksi. 9. Uji realita: kemampuan seseorang untuk mengukur kesesuaian antara apa yang dialami secara emosional dengan apa yang terjadi secara objektif.
Komponen Kecerdasan Emosi	Aspek Keterampilan Kecerdasan Emosi
c. Penyesuaian diri	10. Fleksibilitas: kemampuan seseorang untuk menyesuaikan diri secara emosional, pikiran dan perilaku terhadap perubahan situasi dan kondisi. 11. Pemecahan masalah: kemampuan seseorang untuk mengidentifikasi, membatasi masalah dan menghasilkan serta menerapkan solusi yang efektif.
d. Manajemen stres	12. Toleransi stres: kemampuan seseorang untuk menghadapi peristiwa yang menyakitkan, situasi yang penuh tekanan dan emosi yang kuat melalui penanganan stres yang aktif dan positif. 13. Kontrol impulsif: kemampuan seseorang untuk menahan atau menunda dorongan, untuk bertindak dan kemampuan mengontrol emosi.
e. <i>General mood</i>	14. Optimisme: kemampuan untuk melihat sisi kehidupan yang lebih terang dan mempertahankan sikap positif walaupun dalam perasaan negatif.

	15. <i>Happiness</i> : kemampuan seseorang untuk merasa puas dengan hidup, dapat menerima dan menikmati keberadaan diri sendiri dan orang lain serta dapat menyatakan perasaan puas.
--	--

(Sumber: Bar-On dalam Zakaria, 2004)

Dapat disimpulkan bahwa Bar-On membagi kecerdasan emosi menjadi lima komponen, yaitu (1) intrapersonal; (2) interpersonal; (3) penyesuaian diri; (4) manajemen stres; dan (5) *general mood*, dengan 15 aspek keterampilan kecerdasan emosi. Beberapa aspek keterampilan kecerdasan emosi model Bar-On memiliki kemiripan dengan model Goleman, seperti kesadaran emosi, empati, fleksibilitas mirip adaptabilitas, hubungan interpersonal mirip dengan komunikasi dalam model Goleman.

3) Cooper dan Sawaf

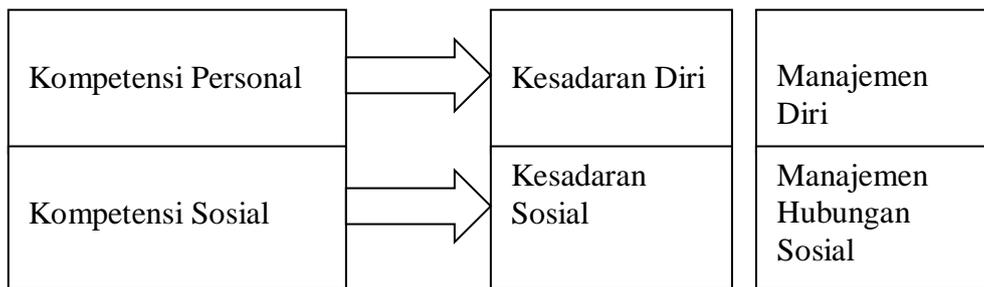
Cooper dan Sawaf (2002) membagi kecerdasan emosi menjadi empat batu penjur, yaitu:

1. Kesadaran emosi, bertujuan membangun rasa percaya diri melalui pengalaman emosi dan kejujuran emosi. Kesadaran emosi yang dirasakan terhadap diri sendiri dan orang lain serta kemampuan mengelola emosi yang sudah disadari tersebut, membuat seseorang dapat menyalurkan energi emosinya menjadi reaksi-reaksi yang tepat dan konstruktif.
2. Kebugaran emosi, bertujuan mempertegas antusiasme dan ketangguhan untuk menghadapi tantangan dan perubahan. Ini mencakup mempercayai orang lain serta mengelola konflik dan mengatasi kekecewaan dengan cara yang paling konstruktif.
3. Kedalaman emosi, yaitu mencakup komitmen untuk menyelaraskan hidup dan kerja dengan potensi serta bakat unik yang dimiliki. Komitmen yang berupa rasa tanggung jawab ini pada gilirannya memiliki potensi untuk memperbesar pengaruh tanpa paksaan.
4. Alkimia emosi, yaitu kemampuan kreatif untuk mengalir bersama masalah-masalah dan tekanan-tekanan tanpa larut di dalamnya. Alkimia emosi mencakup keterampilan bersaing dengan lebih peka terhadap kemungkinan solusi yang masih bersembunyi dan peluang yang masih terbuka, untuk mengevaluasi masa lalu dan menciptakan masa depan.

Dapat disimpulkan bahwa dalam model Cooper dan Sawaf ini, kecerdasan emosi dibagi menjadi empat batu penjur, yaitu: (1) kesadaran emosi; (2) kebugaran emosi; (3) kedalaman emosi; dan (5) alkimia emosi. Tampaknya model ini cocok untuk diaplikasikan bagi kalangan eksekutif atau pemimpin perusahaan/organisasi.

4) Bradberry dan Greaves

Berorientasi pada Goleman (2005), Bradberry dan Greaves (2007) mengembangkan kecerdasan emosi sebagai dua buah produk dari dua keterampilan (*skill*) utama, yaitu: kompetensi personal dan kompetensi sosial. Kompetensi personal lebih berfokus pada diri sendiri sebagai individu, dan terbagi ke dalam keterampilan kesadaran diri dan keterampilan manajemen diri. Kompetensi sosial lebih berfokus pada bagaimana hubungan seseorang dengan orang lain dan terbagi ke dalam keterampilan kesadaran sosial dan keterampilan manajemen hubungan sosial.



Gambar 2. Model Bradberry & Greaves: *Skill* Kecerdasan Emosi
(Sumber: Bradberry & Greaves, 2007)

Dapat disimpulkan bahwa model Bradberry dan Greaves sebenarnya merupakan pengembangan dari model Goleman yang menekankan pada dua kecakapan utama, yaitu kecakapan personal dan sosial, dengan asumsi kecakapan personal mendasari kecakapan berinteraksi dengan orang lain. Seseorang penting menyadari emosinya dulu, sebelum melangkah mengelola emosinya itu dan mengelola hubungan sosial dengan orang lain.

Penelitian ini menggunakan model Bar-On berdasarkan pertimbangan bahwa model ini dipergunakan secara luas dan bermanfaat bagi pengembangan individual; selain model Bar-On memasukkan aspek manajemen stres yang dianggap penting bagi profesional perawat. Bar-On mengembangkan 5 komponen dengan penjabarannya berupa 15 aspek keterampilan kecerdasan emosi dan bagi calon profesional perawat yang dianggap penting adalah kesadaran emosi, empati dan hubungan interpersonal. Menurut Bar-On,

kecerdasan emosi adalah kompetensi individu dalam memahami diri sendiri dan orang lain, hubungan dengan orang lain, menyesuaikan diri dan menangani lingkungan secara cepat (fungsi segera). Kompetensi individu ini dapat dikembangkan melalui pelatihan.

4. Pelatihan kecerdasan emosi

a. Pengertian belajar

Slavin (1991) mendefinisikan belajar sebagai sebuah perubahan dalam seseorang yang disebabkan oleh proses mengalami. Perubahan yang karena pertumbuhan fisik, juga karakteristik individual yang dibawa sejak lahir bukanlah contoh dari belajar. Meskipun demikian, belajar dan perkembangan merupakan keterkaitan yang tidak terpisahkan. Sumarsono (2007) menyatakan bahwa mengikuti pandangan Piaget, belajar merupakan interaksi antara pembelajar (*learner*) dengan lingkungan melalui proses asimilasi dan akomodasi. Santrock (2002) berpendapat bahwa pembelajaran adalah suatu peristiwa sosial yang bersifat interpersonal dan dinamis yang bergantung pada sedikitnya dua pikiran, yang satu lebih berilmu atau lebih terlatih daripada yang lain.

b. Pandangan konstruktivis

Dari perspektif konstruktivis, pendekatan *meaningful learning* dapat digunakan dalam transfer konsep. Ausubel dalam Slavin (1991), mendefinisikan *meaningful learning* sebagai bentuk pembelajaran yang tidak mengikuti hukum-hukum (non-arbitrer), lebih berhubungan dengan informasi atau konstruk yang sudah ada pada pembelajar. Ausubel mengusulkan sebuah model *reception learning* dengan guru menyusun situasi pembelajaran, memilih materi-materi yang tepat dan menghadirkan mahasiswa dengan pelajaran yang terorganisir dari ide-ide umum menuju detail-detail yang spesifik. Poros pendekatan Ausubel adalah "*expository teaching*", peran guru merencanakan, menyusun instruksi sistematis pada informasi-informasi yang bermakna.

Sedikit berbeda dengan Ausubel, Bruner dalam Slavin (1991), mengusulkan *discovery learning*, yaitu guru menciptakan situasi yang memungkinkan mahasiswa dapat mempelajari dengan pengetahuannya sendiri; guru mengemas informasi dan memberi kesempatan mahasiswa menemukan maknanya. Guru berperan membangkitkan seorang pembelajar untuk berpikir bagi dirinya sendiri, pengambil keputusan, pelaku yang aktif mengambil bagian dalam pembentukan pengetahuan. Dalam hal ini pengetahuan dipandang sebagai proses, bukan sebuah produk.

Slameto (2003) berpendapat bahwa dalam memilih suatu gaya pembelajaran bermakna yang tepat, guru penting mempertimbangkan perbedaan gaya kognitif dari pembelajar. Secara umum, terdapat dua gaya kognitif pembelajar, yaitu: (1) mandiri (*field independent*) dan (2) tergantung (*field dependent*). Pembelajar mandiri cenderung memandang dunia dengan lebih analitis, sedangkan seorang pembelajar tergantung menerima sesuatu secara lebih global, serta cenderung mengenal dirinya sebagai bagian dari suatu kelompok.

Baik Ausubel maupun Bruner, memiliki tema-tema umum yang serupa: (1) melibatkan mahasiswa aktif dalam proses belajar; (2) menekankan penggunaan pengetahuan awal pada pembelajaran baru; dan (3) pembelajaran berkelanjutan terjadi dengan terlebih dahulu mengubah isi pemikiran mahasiswa. Perbedaannya, jika metode *expository teaching* atau *reception learning* memandang penting peranan guru dalam persiapan dan penyampaian materi, maka *discovery learning* memandang penting pengarahan mahasiswa menemukan sendiri suatu pemahaman. Digabungkan dengan pendapat Slameto, implikasinya adalah: pembelajaran bermakna untuk pembelajar dengan gaya kognitif mandiri lebih tepat menggunakan *discovery learning*, dan *reception learning* untuk pembelajar tergantung, atau dimungkinkan kombinasi kedua metode ini sesuai dengan kebutuhan pembelajar.

c. Pembelajaran konsep kecerdasan emosi

Menurut Slavin (1991) kebanyakan belajar bermakna adalah pembelajaran konsep. Konsep dapat dipelajari dan diajarkan melalui dua cara, yaitu observasi dan definisi. Definisi yang sederhana dapat dijelaskan melalui contoh dan bukan contoh dari suatu konsep. Namun, kebanyakan konsep bersifat kompleks dan melibatkan kemampuan berpikir kritis dari pembelajar. Pengajaran konsep, menurut Tennyson dan Park dalam Slavin (1991), mensyaratkan guru mengikuti petunjuk dalam menyetengahkan contoh-contoh dari konsep, yaitu: (1) mulai dari contoh yang mudah; (2) pilih contoh yang berbeda satu sama lain; dan (3) bandingkan dan kontraskan contoh dengan yang bukan contoh.

Generalisasi merupakan prinsip dari transfer belajar, yaitu pemahaman informasi dan keterampilan menjadi dapat diaplikasikan oleh pembelajar dalam situasi nyata. Slavin (1991) lebih lanjut menyatakan bahwa penguasaan sebuah konsep atau keterampilan, bukanlah jaminan bahwa pembelajar pasti dapat mengaplikasikan pengetahuannya dalam situasi yang berbeda. Pemahaman intelektual merupakan proses belajar ambang batas, tetapi belum memadai untuk

perbaikan yang langgeng. Dari teori kecerdasan emosi dapat dipahami bahwa individu yang mengembangkan kecakapan emosi berarti belajar untuk mengubah tingkah lakunya. Perubahan yang mendalam menuntut perombakan yang mengakar dalam kebiasaan berpikir, berperasaan dan bertingkah laku.

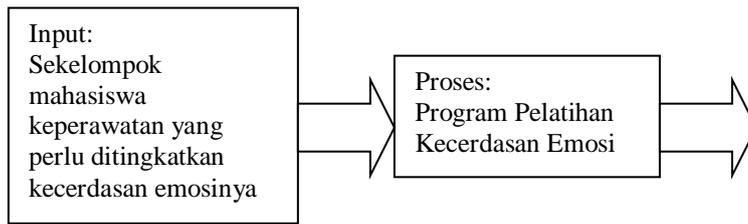
Pembelajaran konsep kecerdasan emosi merupakan langkah awal pembelajaran emosi yang jelas berbeda halnya dengan pembelajaran konsep sederhana yang hanya mensyaratkan inteligensi dari pembelajar. Menurut Goleman (2004) pembelajaran emosi menuntut perubahan yang lebih mendalam di tingkat neurologi: mengaktifkan rangkaian baru saraf di otak dan menyurutkan rangkaian lama yang terlanjur terbentuk dari suatu kebiasaan buruk. Keterampilan emosi pada dasarnya adalah perubahan perilaku, dengan kehidupan itu sendiri merupakan “ruang kelas” sejati untuk mempelajarinya. Hal ini menuntut latihan berulang-ulang dalam jangka waktu lama, bahkan mungkin selama hidup. Meskipun demikian, pembelajaran konsep kecerdasan emosi pada mahasiswa keperawatan dapat dipandang sebagai langkah awal menumbuhkan keterampilan emosi yang dibutuhkan dalam peran sebagai profesional perawat.

d. Pelatihan kecerdasan emosi

Pelatihan kecerdasan emosi merupakan program pembelajaran yang tidak hanya memaparkan konsep kecerdasan emosi namun sekaligus melatih beberapa keterampilan kecerdasan emosi yang dianggap penting untuk sekelompok individu yang memiliki karakteristik sama.

Ahli manajemen sumber daya manusia, Mello (2006) menyatakan bahwa evaluasi terhadap suatu pelatihan/pengembangan dapat dilakukan pada empat level yang bersifat hierarkis, yaitu: (1) reaksi terhadap program pelatihan/pengembangan; (2) pembelajaran, yaitu pengetahuan atau keterampilan menjadi lebih baik setelah program pelatihan/pengembangan; (3) perubahan perilaku: penggunaan pengetahuan dan keterampilan yang diperoleh dari pelatihan pada pekerjaan (*job*); dan (4) hasil: produktivitas dan kualitas organisasi membaik dibandingkan sebelum dilakukan program pelatihan/pengembangan. Dalam hal ini, pelatihan kecerdasan emosi pada mahasiswa keperawatan hendak melihat level pertama dan kedua dari Mello (2006) yaitu efek pelatihan pada reaksi positif dan peningkatan pengetahuan dan kemampuan komunikasi.

Program pelatihan kecerdasan emosi ini dapat digambarkan secara skematis sebagai berikut:



Gambar 3. Program Pelatihan Kecerdasan Emosi

Dapat disimpulkan bahwa penekanan pandangan konstruktivis adalah pada pentingnya kebermaknaan dalam belajar (*meaningful learning*) bagi pembelajar. Mahasiswa yang berada di kelas adalah person aktif yang membawa pengetahuan awal dan akan terus mengonstruksi sendiri pengetahuannya. Guru berperan sebagai pencipta kondisi lingkungan belajar yang kondusif, pemotivasi, nara sumber, model, dan pemberi balikan. Pelatihan/pengembangan dapat dievaluasi secara berjenjang untuk mengetahui reaksi individu, terjadinya pembelajaran, perubahan perilaku individu serta peningkatan produktivitas perusahaan/organisasi.

C. Dinamika Hubungan Kecerdasan Emosi dengan Komunikasi Terapeutik Perawat-Pasien

Setiap orang memiliki emosi. Emosi berguna untuk: (1) penyesuaian diri dan kelangsungan hidup; (2) pengaturan (*regulation*); dan (3) komunikasi. Emosi merupakan suatu keadaan (*state*) yang dapat berubah-ubah. Status emosi dapat terpancar melalui bahasa tubuh, mimik muka, intonasi suara, ucapan verbal, serta dapat mengganggu hubungan interpersonal. Emosi merupakan manifestasi komunikasi non verbal sedangkan mayoritas komunikasi adalah non verbal. Komunikasi non verbal memberitahu orang lain tentang perasaan seseorang lebih banyak daripada yang secara nyata dikatakan oleh orang itu, karena perilaku non verbal kurang terkontrol secara sadar bila dibandingkan perilaku verbal. Pendengar cenderung lebih mempercayai bahasa tubuh daripada kata-kata yang diucapkan. Komunikasi non verbal dapat menguatkan atau sebaliknya berlawanan dengan kata-kata yang diucapkan secara verbal. Hal ini mengejutkan bagi orang yang mengetahui komunikasi hanya sebagai ekspresi verbal belaka, namun bagi perawat, belajar tentang komunikasi non verbal menjadi pertimbangan penting karena perawat dituntut mengembangkan pola komunikasi efektif dan hubungan dengan pasien. Dengan demikian, belajar tentang emosi dan menjadi cerdas mengelola emosi adalah kompetensi utama bagi perawat.

Pekerjaan merawat adalah pekerjaan emosi. Dalam melakukan pekerjaannya, perawat selalu berinteraksi langsung dengan pasien, keluarga pasien, rekan dan mitra kerja. Berusaha membangun suasana hati netral adalah strategi terbaik dalam mengantisipasi hubungan, tujuannya selain membuat emosi bersih, juga memungkinkan perawat menyesuaikan diri dengan apapun situasi yang dihadapi. Goleman (2005), berpendapat bahwa suasana hati netral membuat orang (perawat) siap untuk terlibat lebih dalam, untuk hadir lebih nyata ketimbang bila tanpa emosi, di mana orang tak ubahnya seperti mesin atau robot belaka. Tiga kemampuan penalaran emosi menurut Mayer dan Salovey (1993) adalah menyadari, memahami dan mengelola emosi diri sendiri dan orang lain.

Mampu menalar emosi berarti cerdas secara emosi, akan sangat mempengaruhi pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada pasiennya. Seorang perawat yang memiliki empati yang tinggi, akan dengan mudah merasakan kesulitan pasiennya sehingga perasaan tersebut menimbulkan perasaan yang sama di dalam dirinya, yang pada akhirnya akan menggerakkan dirinya untuk membantu. Selanjutnya, menjadi komunikator yang ulung adalah batu penjurus di antara semua keterampilan sosial (Goleman, 2005). Mendengarkan dengan baik, begitu juga mengajukan pertanyaan-pertanyaan yang bijaksana, berwawasan terbuka dan bersedia memahami, tidak memotong pembicaraan, menggali saran, sangat penting bagi kecakapan komunikasi (Haas & Arnold, 1995). Juga dengan pengaturan diri yang baik, perawat mampu mengelola emosinya sendiri, misalnya ketika menghadapi situasi kritis atau keadaan darurat. Lepp (2000) berpendapat bahwa sentral dari sikap profesional perawat adalah terciptanya hubungan yang efektif antara perawat dan pasien, ini memerlukan sebuah kesadaran akan aksi-aksi perawat itu sendiri.

Mayer dan Salovey (1993) secara eksplisit menggambarkan kecerdasan emosi melibatkan kajian verbal dan non verbal dalam mengekspresikan, mengontrol dan menggunakan emosi untuk pemecahan masalah. Wainwright (2006) menegaskan pentingnya bahasa tubuh digunakan oleh profesional keperawatan, karena orang-orang yang berhubungan dengan perawat sering kali merasa tidak enak, mungkin merasa cemas karena akan menjalani operasi atau kemungkinan kesembuhan penyakitnya, ataupun cemas karena kehilangan pekerjaan. Bagaimana pun respon yang ditampilkan, setiap pasien pada umumnya membutuhkan rasa aman dan nyaman.

Bahasa tubuh yang efektif bagi perawat adalah dengan meningkatkan penggunaan kontak mata, senyuman dan ekspresi-ekspresi wajah positif lainnya. Anggukan kepala

ketika sedang mendengarkan, gerak-gerik yang terbuka, sikap tubuh yang condong ke depan, pengaturan jarak yang dekat dan orientasi langsung, meningkatkan penggunaan sentuhan fisik yang bersifat mendukung (memegang tangan, merangkul pundak, pelukan ringan). Juga penting kerapian penampilan, memperhatikan keselarasan ketika sedang berbicara dengan pasien dan penggunaan suara-suara yang membesarkan hati, seperti “*mm-hmm*”, “*oh*” (Wainwright, 2006).

Dalam asuhan keperawatan tradisional, perawat dituntut untuk menyimpan atau menyembunyikan emosi-emosi mereka demi menjaga sikap profesional. Ini dimaksudkan juga sebagai proteksi diri dari emosi pasien (Menzies dalam McQueen, 2003). Menurut cara inilah pekerjaan keperawatan diorganisir, perawat mendekati pasien dengan tugas utama mengatasi masalah yang hanya bersifat fisik. Namun, dalam dekade terakhir, terjadi pergeseran dari sekadar menjaga kelangsungan pekerjaan mengarah ke sebuah apresiasi keterlibatan dan komitmen (William, 2000).

Staden (1998) menyatakan bahwa dalam layanan keperawatan masa kini penting bagi perawat untuk menunjukkan emosi mereka sebagai bentuk empati dalam membantu dan mendukung pasien serta lebih menunjukkan kemanusiaan. Lucker (2000) menyatakan bahwa perawat dituntut lebih dapat menyingkapkan distress fisik dan emosional pasien dan terlibat kontrak psikologis sebagai bagian dari pekerjaan keperawatan. Penting perawat menerima untuk mengetahui bahwa pasien sebenarnya membantu mereka menginterpretasi kekhawatiran, antisipasi kebutuhan-kebutuhan pasien, selain menjadi lebih ditingkatkannya kepuasan kerja. Dalam adopsi nilai-nilai penanganan holistik, kemitraan dan keintiman, perawat menerima pasien sebagai individu unik dan memberikan respon emosional yang tepat terhadap penderitaan mereka.

Perkembangan terkini dalam keperawatan yaitu metode penugasan primer (*care delivery system*) – di mana satu orang perawat berkualifikasi melakukan pengkajian secara menyeluruh untuk mendapatkan data akurat kemudian menyusun rencana perawatan dan intervensi keperawatan dilakukan oleh tim pelaksana keperawatan (Yeyentimalla, 2003) – mensyaratkan kecerdasan emosi untuk bekerja dalam tim yang solid. Keterampilan negosiasi dan kemampuan organisasional tak diragukan lagi dibutuhkan dalam kerja tim, baik dalam tim keperawatan maupun tim kolaboratif bersama profesional kesehatan lain. Studi pada perawat-perawat dan profesional kesehatan lain menemukan bahwa suasana hati atau *mood* mereka cenderung saling menulari (Totterdell dalam Reeves, 2005). *Mood* juga menulari pasien dan mempengaruhi kesehatan mereka. Studi lain pada pasien-pasien yang dirawat oleh perawat-perawat dengan *mood* depresi,

ternyata empat kali lebih banyak meninggal, dibandingkan pasien yang dirawat oleh perawat-perawat tanpa depresi di unit rawat yang sama (Reeves, 2005).

Berdasarkan pengintegrasian konsep-konsep di atas, diasumsikan komunikasi terapeutik akan semakin berkualitas dan membantu memberikan keluaran kesehatan yang baik jika dijalankan oleh perawat dengan kecerdasan emosi tinggi. Perkembangan keperawatan masa kini semakin membutuhkan perawat-perawat yang cerdas emosi supaya dapat membangun hubungan yang efektif dengan pasien dan mitra kerja.

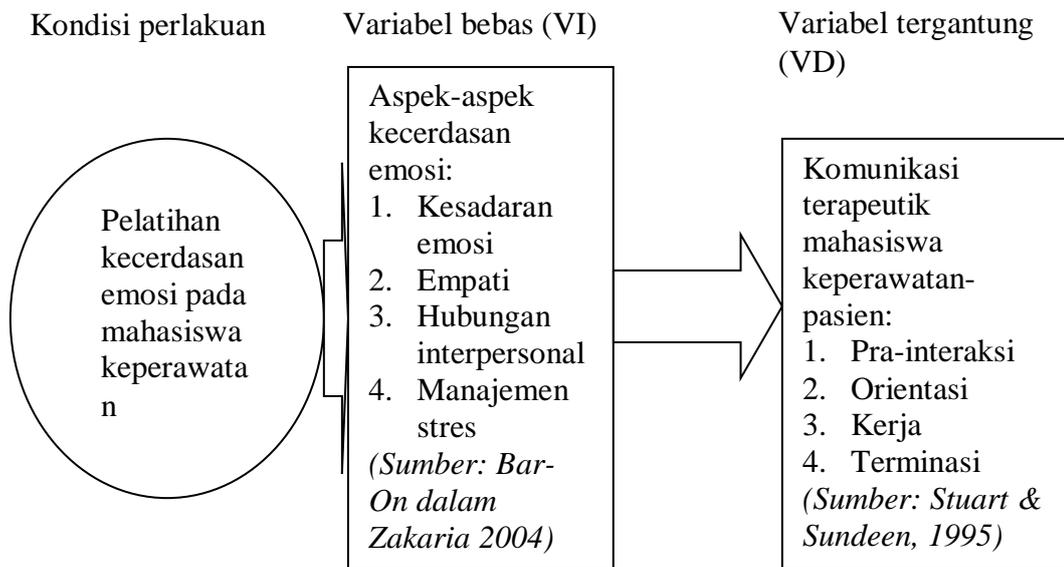
D. Landasan Teoretis

Teori kecerdasan emosi menyatakan bahwa makin lancar jalur komunikasi antara sistem limbik dan area prefrontal maka makin cerdas pula emosi seseorang. Keterampilan kecerdasan emosi istilah Bar-On atau kecakapan emosi menurut istilah Goleman dapat dikembangkan melalui aktivitas pelatihan. Sebagai hasilnya, orang lebih terampil melakukan suatu bentuk kecerdasan emosi yang dilatihkan, misalnya perawat lebih dapat mengekspresikan empati terhadap penderitaan orang lain, yang selanjutnya sangat mempengaruhi penampilan kerjanya. Selanjutnya menurut Goleman (2005), keterampilan komunikasi merupakan batu penjurur dari keseluruhan kecakapan sosial. Hal ini juga dipandang krusial bagi profesi perawat.

Mengikuti proposisi Bar-On, kecerdasan emosi meliputi lima komponen, yaitu: (1) intrapersonal; (2) interpersonal; (3) penyesuaian diri; (4) manajemen stres; dan (5) *general mood*; yang terbagi menjadi lima belas aspek keterampilan kecerdasan emosional, yaitu: kesadaran emosional, asertivitas, penghargaan diri, aktualisasi diri, kemandirian diri, empati, tanggung jawab sosial, hubungan interpersonal, uji realita, fleksibilitas, pemecahan masalah, toleransi stres, kontrol impuls, optimisme dan kebahagiaan (*happiness*).

Berdasarkan fakta di lapangan, aspek-aspek keterampilan kecerdasan emosi yang dianggap penting bagi profesional keperawatan adalah: (1) kesadaran emosi; (2) empati, (3) hubungan interpersonal, dan (4) manajemen stres. Program pembelajaran dalam pelatihan akan mengintegrasikan beberapa aspek kecerdasan emosi (kesadaran emosi, empati, hubungan interpersonal) dengan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik, di antaranya berfokus pada pasien (*client centered*).

Kerangka konsep penelitian ini dapat digambarkan seperti berikut:



Gambar 4. Kerangka Konsep Penelitian

E. Definisi Operasional

1. Pelatihan kecerdasan emosi adalah suatu bentuk intervensi berupa program pelatihan yang memperkenalkan kecerdasan emosi sebagai konsep sekaligus melatih beberapa aspek keterampilan emosi yang penting bagi perawat, yaitu: (1) kesadaran emosi; (2) empati; (3) hubungan interpersonal (dalam pelatihan ini difokuskan pada hubungan/komunikasi terapeutik perawat-pasien); dan (4) manajemen stres.
2. Komunikasi terapeutik perawat-pasien yaitu komunikasi oleh mahasiswa keperawatan dalam tatanan klinik untuk mencapai tujuan mengumpulkan informasi dan atau melakukan intervensi terhadap pasien. Pengukuran komunikasi ini dilakukan oleh pembimbing klinik di RS dengan menggunakan lembar observasi yang diadopsi dari PSIK-FK UGM Yogyakarta (2010).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

Variabel penelitian meliputi: (1) variabel bebas atau variabel independen (VI) yaitu pelatihan kecerdasan emosi, dan (2) variabel tergantung atau variabel dependen (VD) yaitu komunikasi terapeutik perawat-pasien.

B. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini adalah satu kelas mahasiswa keperawatan semester III Poltekkes Kemenkes Palangka Raya berjumlah 48 orang terdiri dari 26 perempuan dan 22 laki-laki. Kelompok subjek merupakan mahasiswa pertengahan studi yang sudah mendapat mata kuliah Komunikasi Dalam Keperawatan dan sudah memiliki pengalaman belajar di laboratorium keperawatan sehingga dipandang memenuhi syarat untuk pembelajaran bermakna (*meaningful learning*).

C. Instrumen Penelitian

1. Modul pelatihan kecerdasan emosi
Modul pelatihan kecerdasan emosi disusun oleh peneliti yang merupakan panduan bagi trainer dalam melatih kecerdasan emosi pada subjek penelitian. Modul pelatihan kecerdasan emosi disusun satu paket dengan buku kerja untuk subjek pelatihan dan *compact disc* (CD) berisi *powerpoint* untuk presentasi pelatihan dan kumpulan materi pelatihan.
2. Lembar observasi pelatihan kecerdasan emosi
Lembar observasi pelatihan kecerdasan emosi diisi oleh observer yang netral yang bertugas mengamati jalannya (proses) pelatihan dan memberikan komentar untuk kepentingan perbaikan pelatihan di masa-masa mendatang.
3. Lembar evaluasi pelatihan kecerdasan emosi
Lembar evaluasi pelatihan kecerdasan emosi diisi oleh subjek penelitian yang sebagaimana pendapat Mello (2006) merupakan evaluasi level pertama untuk melihat respon subjek terhadap suatu program pelatihan.
4. Lembar observasi komunikasi terapeutik

Lembar observasi komunikasi terapeutik diisi oleh tim peneliti yang sudah dilakukan pembekalan terlebih dahulu untuk menyamakan persepsi mengenai komunikasi terapeutik perawat-pasien yang dimaksud dalam penelitian ini.

5. Lembar refleksi komunikasi terapeutik

Lembar refleksi komunikasi terapeutik diisi oleh subjek penelitian di akhir penelitian untuk melihat bagaimana subjek meng-internalisasi-kan dan merefleksikan kemampuan mereka ketika melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien.

D. Rancangan Penelitian

1. Rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian tindakan (*action research*) yang mengembangkan kepekaan mengenai apa yang terjadi senyatanya di masyarakat (Prawitasari, 2006), dalam hal ini layanan keperawatan. Penelitian tindakan (*action research*) memungkinkan tindak lanjut yang berkesinambungan (bersifat siklik) untuk pencapaian hasil yang semakin optimal di masa-masa mendatang.

Penelitian ini bukanlah eksperimen murni karena masih terdapat variabel luar yang ikut berpengaruh terhadap variabel dependen (Sugiyono, 2007). Jadi, hasil eksperimen yang merupakan variabel dependen itu bukan semata-mata dipengaruhi oleh variabel independen. Hal ini dapat terjadi karena ada tidak adanya variabel kontrol dan sampel tidak dipilih secara random. Sebagai *pre-experimental design (nondesign) one group pretest-posttest design* – yang sebenarnya bukan penelitian eksperimen – menurut Sugiyono (2007) rancangan penelitian ini dapat digambarkan:

$$O_1 \text{ ----- } X \text{ ----- } O_2$$

Keterangan:

O₁ : nilai pretes (sebelum) pelatihan

X : pelatihan

O₂ : nilai postes (setelah) pelatihan

2. Prosedur tindakan

Prosedur penelitian tindakan ini dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Menyusun rencana tindakan dengan mempelajari kancah penelitian, menyusun modul pelatihan kecerdasan emosi, menyediakan instrumen penelitian, melatih trainer dan observer.

- b. Melakukan tindakan (*action*) yaitu menyelenggarakan pelatihan kecerdasan emosi.
 - c. Melakukan evaluasi terhadap kemampuan melakukan komunikasi terapeutik dari subjek penelitian dengan pasien di rumah sakit.
 - d. Melakukan refleksi bersama subjek penelitian.
 - e. Membuat perencanaan kembali berdasarkan simpulan penelitian.
3. Prosedur penelitian
- a. Persiapan penelitian
 - 1) Melakukan studi pendahuluan untuk penegasan masalah penelitian dan kondisi terakhir di lapangan, menggunakan teknik wawancara tatap muka dengan Kepala Bidang Keperawatan RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya. Dalam masa persiapan telah diperoleh daftar nama subjek penelitian yang memudahkan penyusunan kelompok penugasan dalam kegiatan pelatihan.
 - 2) Penyusunan modul pelatihan kecerdasan emosi bagi trainer beserta buku kerja bagi peserta dan CD berisi *powerpoint* dan materi pelatihan. Dalam modul tercantum kegiatan untuk tiap-tiap pertemuan pelatihan sebagai berikut:
 - a) Pertemuan I selama 120 menit meliputi pengenalan, penjelasan kegiatan, kontrak pertemuan, membagi subjek penelitian menjadi 10 kelompok @ 4-5 orang, dan pemecah suasana (*ice breaking*). Selanjutnya penyampaian introduksi pentingnya kecerdasan emosi dalam pekerjaan merawat, materi konsep kecerdasan emosi disampaikan menggunakan metode ceramah, diskusi, tayangan power point dan penghayatan cerita (*story telling*).
 - b) Pertemuan II selama 120 menit mengetengahkan konsep dan latihan kesadaran emosi. Metode yang digunakan diskusi, silmuasi, kuisisioner, tayangan film.
 - c) Pertemuan III (120 menit) mengetengahkan konsep empati menggunakan metode diskusi, film, dan latihan empati.
 - d) Pertemuan IV (120 menit) mengetengahkan konsep stres dan praktik manajemen stres. Metode yang digunakan ceramah, diskusi, demonstrasi relaksasi otot.

- e) Pertemuan V mengalokasikan waktu 120 menit mengetengahkan konsep dan keterampilan melakukan hubungan terapeutik. Metode yang digunakan permainan peran dan refleksi kegiatan. Setiap kelompok memainkan satu skenario komunikasi terapeutik dalam tindakan keperawatan. Kelompok lain bertugas sebagai pengamat yang menyampaikan hasil pengamatan setelah penampilan seluruh kelompok.
- 3) Pemilihan trainer yaitu ketua tim peneliti sendiri karena dalam penelitian tindakan peneliti justru diharapkan berinteraksi dengan subjek penelitiannya. Trainer memenuhi kriteria: (1) berminat; (2) berpengalaman menjadi pembicara; (3) terbuka terhadap gagasan pembaharuan; (4) berjiwa pendidik; (5) dapat mengembangkan pelatihan secara teknis untuk mencapai hasil optimal.
- 4) Pemilihan co-trainer yaitu anggota tim peneliti yang merupakan praktisi pendidikan keperawatan dengan kriteria: (1) mengenal subjek; (2) berminat; (3) dapat mengusahakan pelatihan yang terorganisir.
- b. Pelaksanaan penelitian
Pelaksanaan pelatihan pada tanggal 5 s/d 6 Oktober 2013 di kampus Poltekkes Kemenkes Palangka Raya yang sejak awal mengarahkan tumbuhnya keingintahuan, minat dan motivasi intrinsik dari subjek penelitian terhadap manfaat pelatihan.

E. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam suatu penelitian ilmiah mensyaratkan instrumen yang dapat mengungkap informasi yang relevan, akurat dan reliabel. Prosedur ini sangat penting karena baik buruknya penelitian tergantung pada prosedur pengumpulan data (Newman, 2000). Dalam penelitian ini, untuk mengukur variabel komunikasi terapeutik digunakan lembar observasi yang diadopsi dari Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta (2007). Lembar observasi dipilih karena dianggap lebih objektif menggambarkan perilaku dibandingkan lembar penilaian diri (*self-rating*). Lembar observasi komunikasi terapeutik dari pengamat atau observer (dalam hal ini pembimbing klinik) terbatas mengungkap data angka, maka dianggap penting untuk menambahkan data-data kualitatif yang bersumber langsung dari subjek penelitian, observer pelatihan, trainer dan co-trainer melalui forum refleksi bersama.

F. Metode Analisis Data

Analisis data kuantitatif menggunakan program *Statistical Package for Social Science (SPSS)* dengan uji-*t pair sample test* untuk membandingkan rerata skor komunikasi terapeutik subjek penelitian sebelum dan sesudah menerima pelatihan kecerdasan emosi. Data yang bersifat kualitatif dari lembar observasi dan hasil refleksi akan dianalisis berdasarkan isinya (*content analysis*).

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Subjek

Subjek penelitian berjumlah empat puluh delapan (48) orang mahasiswa semester III Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, yaitu 26 perempuan dan 22 laki-laki. Usia subjek berkisar 18-21 tahun. Pada semester II yang baru dilewati, subjek penelitian sudah mendapatkan mata kuliah Komunikasi Dalam Keperawatan dan pengalaman belajar di laboratorium dan saat penelitian dilakukan sedang persiapan untuk menjalani praktik klinik mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah II di RSUD dr. Doris Sylvanus.

B. Laporan Pelaksanaan

Penelitian berlangsung tanggal 27 September s/d 30 November 2013 bertempat di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya, dengan pengukuran variabel tergantung yaitu komunikasi mahasiswa keperawatan dilakukan di laboratorium keperawatan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Tim peneliti menyusun modul pelatihan kecerdasan emosi, persiapan trainer dan setting pelatihan. Trainer terpilih yaitu: (1) Yeyentimalla, S.Kep., Ns., M.Si. (2) Berthiana, S.Pd., M.Kes. dan (2) Barto Mansyah, S.Pd., MH.

Pada tanggal 28 September 2013 dilakukan pengukuran komunikasi subjek penelitian bertempat di laboratorium keperawatan dengan menggunakan pasien simulasi. Pemilihan tempat di laboratorium dan menggunakan pasien simulasi berdasarkan pertimbangan untuk mendapatkan hasil yang konsisten. Setting tempat pelatihan ditetapkan bersama pihak penanggung jawab laboratorium keperawatan yaitu di Ruang Laboratorium Keperawatan Maternitas pada tanggal 5 dan 6 Oktober 2013. Subjek diberikan penjelasan bahwa akan diberikan pelatihan kecerdasan emosi yang akan sangat berguna dalam hidup keseharian mereka dan menunjang kelancaran tugas sebagai perawat.

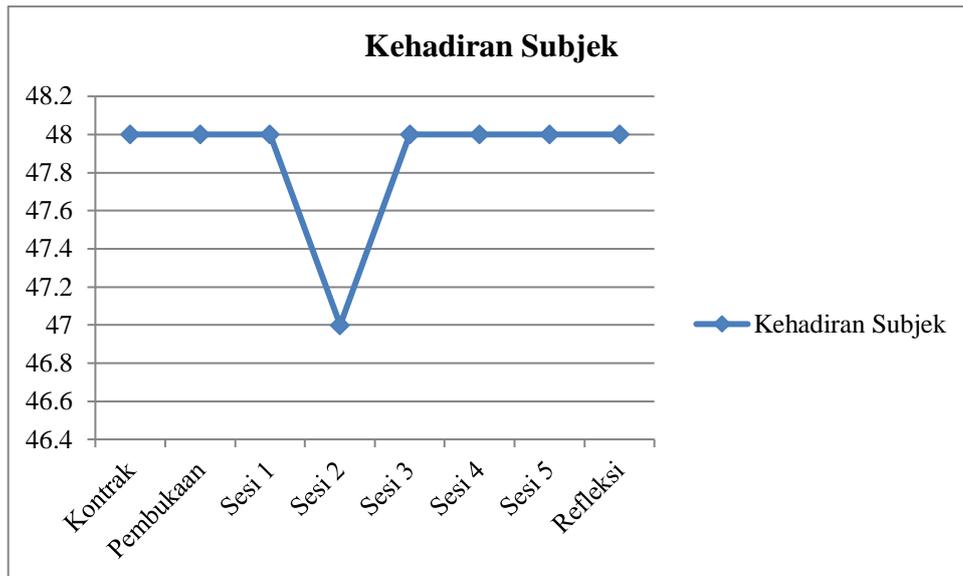
Pada tanggal 5 s/d 6 Oktober 2013 diselenggarakan pelatihan kecerdasan emosi dengan jadwal sebagai berikut:

Tabel 4 Jadwal Pelatihan Kecerdasan Emosi

No.	Waktu	Kegiatan/Materi	Pemateri
1.	Sabtu,		

	<p>5 Oktober 2013</p> <p>08.00 – 08.30 08.30 – 09.00 09.00 – 09.30 09.30 – 11.30</p> <p>11.30 – 12.30 12.30 – 13.30 13.30 – 14.30</p> <p>14.30 – 15.30 15.30 – 17.30</p>	<p>Pembukaan Pelatihan Pohon Aspirasi Ice Breaking Implikasi kecerdasan emosi dalam keperawatan dan konsep kecerdasan emosi ISHOMA Konsep Kesadaran Diri Simulasi Jendela Johari dilanjutkan kesadaran emosi (diawali permainan yang menstimulasi perasaan marah Manajemen emosi marah Konsep stres, manajemen stres dan teknik relaksasi</p>	<p>Direktur Poltekkes Barto Mansyah Barto Mansyah Yeyentimalla</p> <p>Yeyentimalla Yeyentimalla</p> <p>Yeyentimalla Yeyentimalla</p>
2.	<p>Minggu, 6 Oktober 2013</p> <p>07.30 – 07.40</p> <p>07.40 – 08.00</p> <p>08.00 – 08.30</p> <p>08.30 – 09.30 09.30 – 12.00 12.00 – 13.00 13.00 – 15.00</p>	<p>Pembukaan menggugah perasaan empati dengan kisah “Sarapan Pagi” Tayangan film bencana alam di Indonesia Refleksi perasaan empati terhadap korban bencana Diskusi konsep empati Latihan empati ISHOMA Permainan peran komunikasi terapeutik oleh 6 kelompok</p>	<p>Yeyentimalla</p> <p>Berthiana</p> <p>Berthiana</p> <p>Yeyentimalla Yeyentimalla</p> <p>Yeyentimalla, Barto Mansyah, Berthiana</p>
No.	Waktu	Kegiatan/Materi	Pemateri
	<p>15.00 – 16.00</p> <p>16.00 – 17.00 17.00 – 17.30</p> <p>17.30 – 17.45</p>	<p>Menonton film “Patch Adams” Diskusi Refleksi, renungan Penutup</p>	<p>Yeyentimalla</p> <p>Yeyentimalla Yeyentimalla, Barto Mansyah, Berthiana Yeyentimalla</p>

Selama berlangsungnya kegiatan pelatihan, subjek yang mengikuti pelatihan lengkap 48 orang pada waktu pembukaan selanjutnya pada sesi kedua ada 1 orang yang izin karena ada keperluan. Subjek yang tidak hadir menyampaikan alasan ada keperluan penting. Program pelatihan tidak memberikan hukuman/ganjaran bagi yang tidak hadir. Dalam bentuk grafik, kehadiran subjek selama pelatihan digambarkan seperti berikut ini:



Gambar 6 Kehadiran Subjek Selama Pelatihan

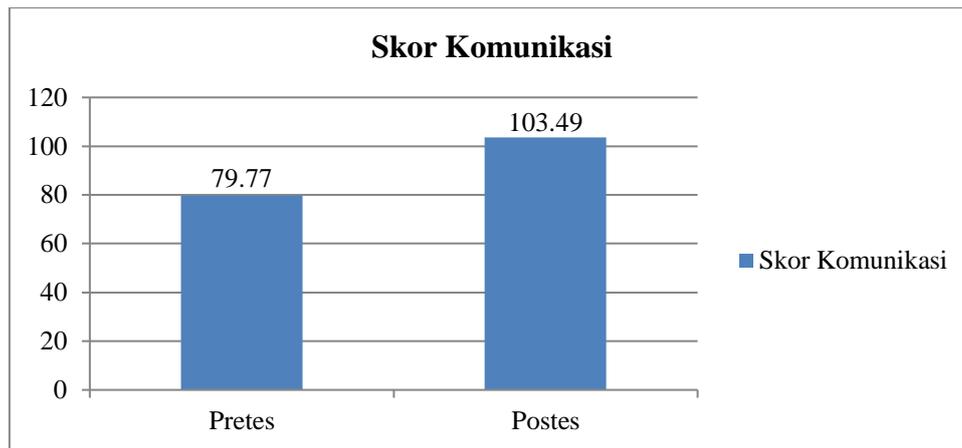
Pada bagian akhir pelatihan, subjek diminta mengisi lembar evaluasi pelatihan yang menurut Mello (2006) merupakan bentuk evaluasi level dasar terhadap sebuah pelatihan, yaitu untuk mengetahui respon perasaan subjek terhadap pelatihan. Keseluruhan subjek yang hadir pada pertemuan terakhir (48 orang) mengungkapkan perasaan puas dan senang karena memperoleh pengalaman belajar yang baru.

Pada tanggal 19 s/d 20 Oktober 2013 dilaksanakan pengukuran kemampuan melakukan komunikasi terapeutik dari subjek penelitian dengan menggunakan pasien simulasi yang dilakukan di laboratorium keperawatan. Situasi diusahakan sama dengan saat dilakukan pretest. Subjek melakukan komunikasi terapeutik dengan pasiennya masing-masing dan diobservasi oleh peneliti. Pada tanggal 20 Oktober 2013 bertempat di laboratorium keperawatan dilaksanakan refleksi kemampuan komunikasi terapeutik bersama seluruh subjek penelitian, dihadiri oleh 48 subjek penelitian (lengkap).

C. Interpretasi Hasil Penelitian

1. Perbandingan kemampuan komunikasi terapeutik sebelum dan sesudah Pelatihan Kecerdasan Emosi

Komunikasi terapeutik perawat-pasien sebagai variabel tergantung diukur dengan menggunakan lembar observasi. Pengukuran dilakukan dua kali yaitu sebelum (pretes) dan sesudah (postes) pelatihan kecerdasan emosi.



Keterangan: nilai t hitung 6,820 ; $p < 0,001$

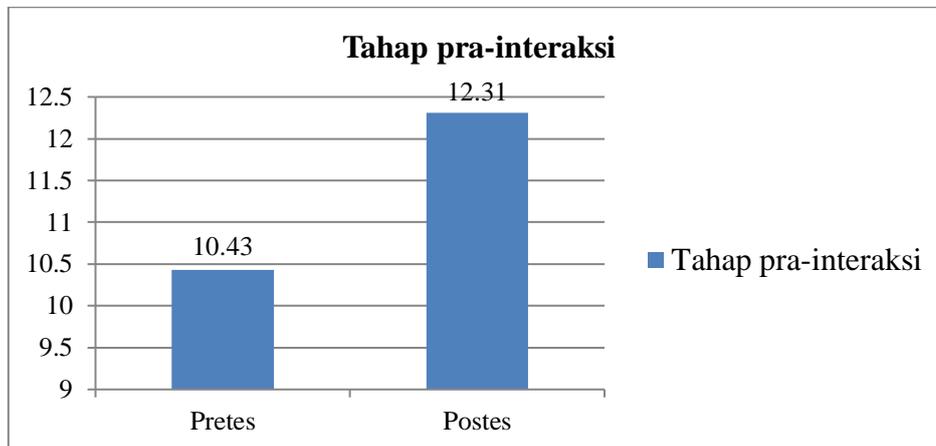
Gambar 7
Hasil Komunikasi Terapeutik Sebelum dan Sesudah Pelatihan

Pengukuran komunikasi terapeutik sebelum pelatihan memperoleh skor rata-rata 79,77 dan setelah pelatihan menjadi 103,49. Uji beda rata-rata menggunakan *pair sample test* menunjukkan perbedaan sangat signifikan dengan nilai t hitung sebesar 6,820; peluang kesalahan alpha atau *probability of alpha error* (p) $< 0,001$. Penentuan ini berdasarkan hipotesis H_0 : tidak ada perbedaan rata-rata antara pengukuran sebelum dan sesudah pelatihan jika nilai t hitung $< t$ tabel atau $p > 0,05$ (5%); dan sebaliknya H_a : terdapat perbedaan antara pengukuran sebelum dan sesudah pelatihan jika t hitung $> t$ tabel atau $p < 0,05$.

Pada analisis data penelitian ini diperoleh nilai t tabel berdasarkan derajat kebebasan (db) 49 dengan p 0,05 (5%) adalah sebesar 2.009575 atau 2.01. Nilai t hitung (6,820) $> t$ tabel (2,01); $p < 0,001$, sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima atau terdapat perbedaan sangat signifikan dalam pengukuran komunikasi terapeutik sebelum dan sesudah pelatihan. Namun, peningkatan standar deviasi dari 15,82692 menjadi 21,21624 menunjukkan penyebaran skor yang luas di sekitar skor rata-rata, artinya hasil pelatihan belumlah merata atau masih terdapat subjek dengan skor rendah.

Interpretasi hasil untuk setiap tahap/dimensi komunikasi terapeutik disajikan seperti berikut ini.

a. Hasil tahap pra-interaksi

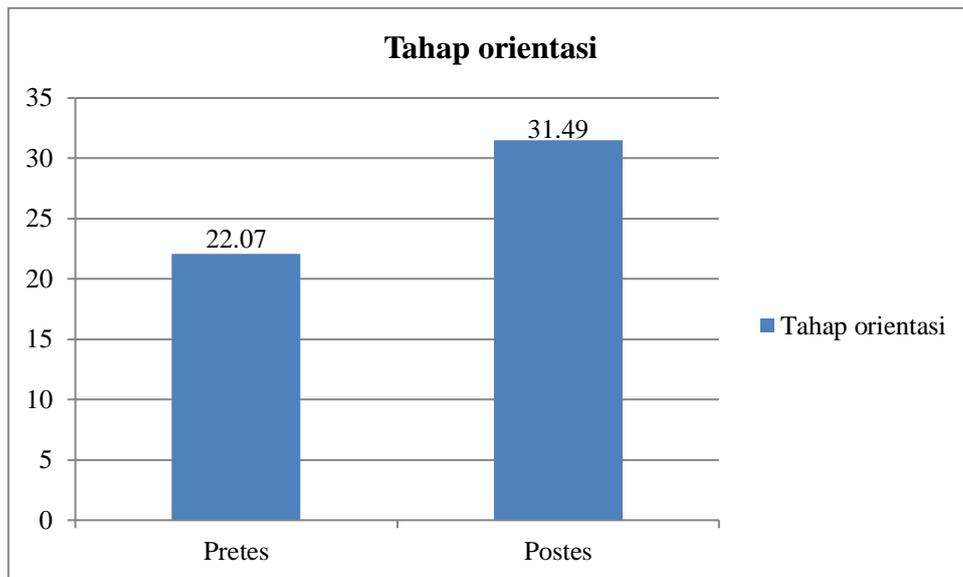


Keterangan: nilai t hitung 4,761; $p < 0,001$

Gambar 8
Hasil Tahap Pra-Interaksi Sebelum dan Sesudah Pelatihan

Pengukuran sebelum pelatihan menunjukkan skor rata-rata 10,43 dan 12,31 setelah pelatihan. Uji beda rata-rata dengan *pair sample test* menunjukkan adanya perbedaan antara skor rata-rata sebelum dan sesudah pelatihan dengan t hitung sebesar 4,761; $p < 0,001$. Nilai t tabel berdasarkan derajat kebebasan (db) 49 dengan p 0,05 (5%) adalah sebesar 2,01. Nilai t hitung (4,761) $>$ t tabel (2,01); $p < 0,001$. Jadi, terdapat perbedaan sangat signifikan antara skor rata-rata tahap pra-interaksi sebelum dan sesudah pelatihan.

b. Hasil tahap orientasi

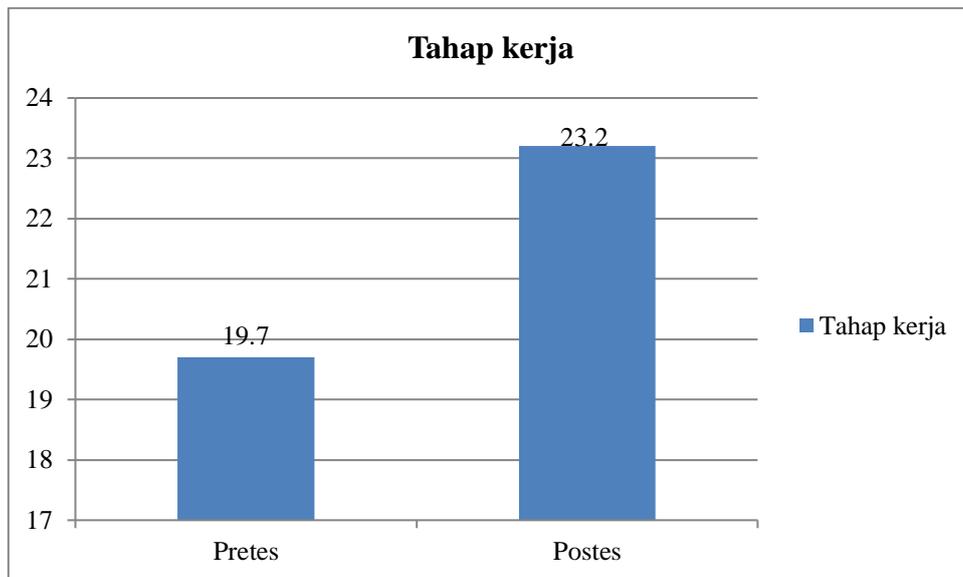


Keterangan: nilai t hitung 6,589 ; $p < 0,001$

Gambar 9
Hasil Tahap Orientasi Sebelum dan Sesudah Pelatihan

Hasil pengukuran skor tahap orientasi sebelum pelatihan mendapatkan skor rata-rata 22,07 dan setelah pelatihan menjadi 31,49. Uji beda rata-rata menggunakan *pair sample test* memberikan nilai t hitung sebesar 6,589; $p < 0,001$. Nilai t tabel berdasarkan derajat kebebasan (db) 49 dengan p 0,05 (5%) adalah sebesar 2,01. Nilai t hitung (6,589) $>$ t tabel (2,01) ; demikian juga $p < 0,001$, dengan demikian terdapat perbedaan sangat signifikan antara skor rata-rata tahap orientasi sebelum dan sesudah pelatihan.

c. Hasil tahap kerja

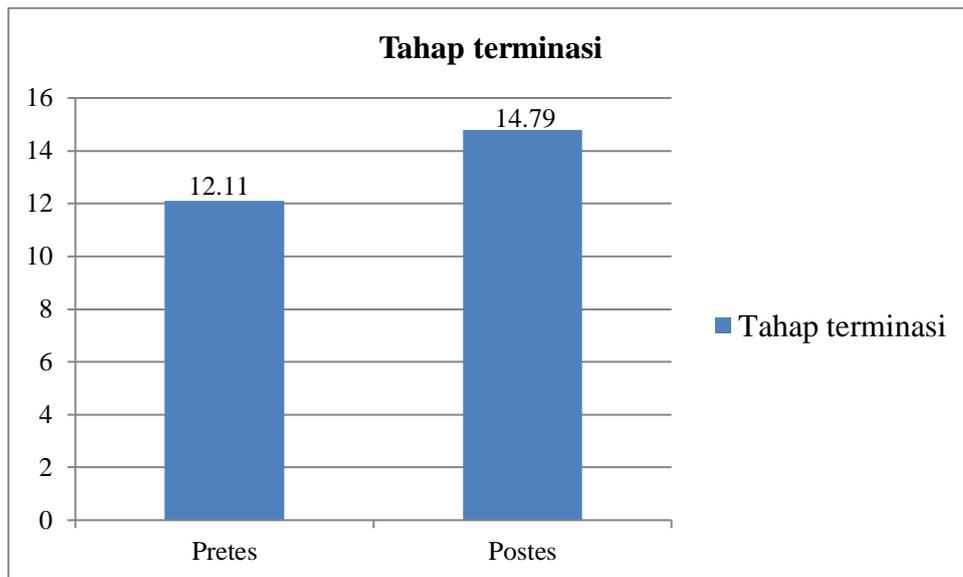


Keterangan: nilai t hitung 5,542 ; $p < 0,001$

Gambar 10
Hasil Tahap Kerja Sebelum dan Sesudah Pelatihan

Pengukuran tahap kerja sebelum pelatihan menunjukkan skor rata-rata 19,7 dan meningkat menjadi 23,2 ketika diukur setelah pelatihan. Uji beda dengan *pair sample test* menemukan nilai t hitung sebesar 5,542 ; $p < 0,001$. Nilai t tabel berdasarkan derajat kebebasan (db) 49 dengan p 0,05 (5%) adalah 2,01. Nilai t hitung (5,542) > t tabel (2,01) ; $p < 0,001$. Dengan demikian, terdapat perbedaan sangat signifikan antara skor rata-rata tahap kerja sebelum dan sesudah pelatihan.

d. Hasil tahap terminasi

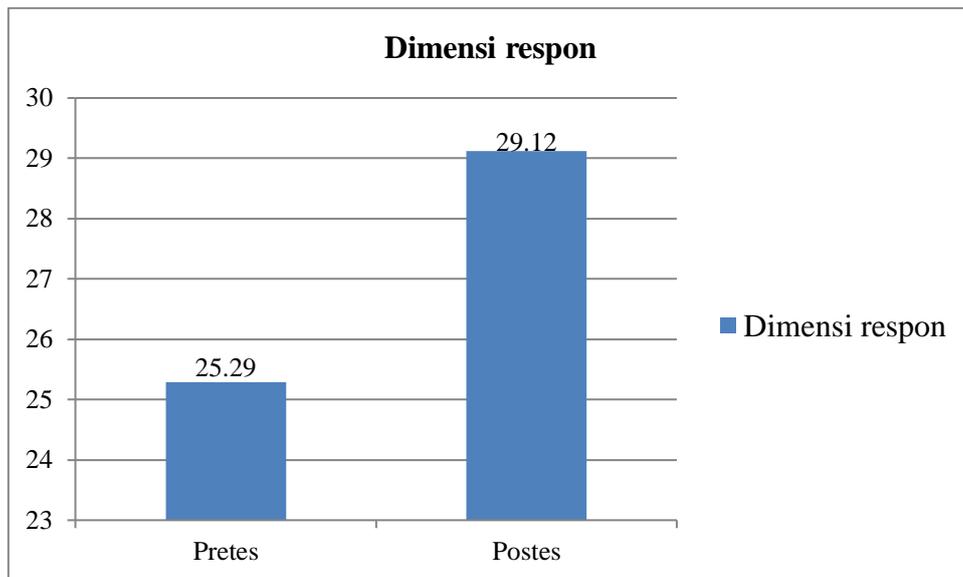


Keterangan: nilai t hitung 4,279 ; $p < 0,001$

Gambar 11
Hasil Tahap Terminasi Sebelum dan Sesudah Pelatihan

Pengukuran tahap terminasi sebelum pelatihan mendapatkan skor rata-rata 12,11 dan pengukuran sesudah pelatihan menunjukkan adanya peningkatan menjadi 14,79. *Pair sample test* menunjukkan nilai t hitung sebesar 4,279 ; $p < 0,001$. Nilai t tabel berdasarkan derajat kebebasan (db) 49 dengan $p = 0,05$ (5%) adalah sebesar 2,01. Nilai t hitung (4,279) > t tabel (2,01) ; $p < 0,001$, dengan demikian terdapat perbedaan sangat signifikan antara skor rata-rata tahap terminasi sebelum dan sesudah pelatihan.

e. Hasil dimensi respon



Keterangan: nilai t hitung 6,283 ; $p < 0,001$

Gambar 12
Hasil Dimensi Respon Sebelum dan Sesudah Pelatihan

Pengukuran dimensi respon sebelum pelatihan memperoleh skor rata-rata 25,29 dan setelah pelatihan menunjukkan adanya peningkatan skor rata-rata menjadi 29,12. *Pair sample test* memberikan nilai t hitung sebesar 6,283 dengan $p < 0,001$. Nilai t tabel berdasarkan derajat kebebasan (db) 49 dengan $p 0,05$ (5%) adalah sebesar 2,01. Nilai t hitung (6,283) > t tabel (2,01) ; $p < 0,001$. Jadi, terdapat perbedaan sangat signifikan skor rata-rata dimensi respon sebelum dan sesudah pelatihan.

2. Evaluasi pelatihan dari subjek penelitian

Evaluasi pelatihan kecerdasan emosi dari subjek penelitian dilakukan guna mengetahui sejauh mana respon subjek terhadap jalannya pelatihan. Evaluasi menggunakan lembar evaluasi pelatihan yang diisi oleh subjek.

Hasil evaluasi pelatihan menunjukkan bahwa sebagian besar subjek penelitian mempunyai respon yang baik terhadap pelatihan yang telah dijalani, seperti terlihat dari beberapa kutipan berikut:

“Saya merasa tersadarkan akan pentingnya mengendalikan emosi dan saya dapat lebih introspeksi diri lagi ke depannya.” (Rahmansyah, 2013).

“Saya merasa senang karena tahu cara bagaimana menghadapi masalah serius dan saya bersyukur ada pelatihan ini karena saya dapat mencoba praktikkan dalam kehidupan nyata.” (Setiawan, 2013).

“*Merasa lebih memiliki kemampuan dalam mengendalikan emosi.*” (Masrika Aida, 2013).

“*Sangat senang, saya belajar banyak hal pada pelatihan ini.*” (Antika Normasari Manulang, 2013)

Evaluasi perasaan dan kognisi subjek dilakukan di akhir seluruh rangkaian kegiatan pelatihan, berarti pada akhir sebuah episode belajar. Kegiatan pelatihan ditutup dengan rileks menonton film Patch Adams atas usulan seluruh subjek dan makan siang bersama. Seligman (2005) menyatakan bahwa perasaan positif atau negatif seseorang terhadap sebuah peristiwa ditentukan oleh akhir (*ending*) yang menyenangkan atau sebaliknya tidak menyenangkan dari peristiwa tersebut.

Stimulus berupa pelatihan kecerdasan emosi telah diterima dan dipersepsi secara baik serta memunculkan emosi positif dari semua subjek. Brewer dan Hewstone (2004) berpendapat bahwa pada gilirannya emosi positif memiliki kekuatan untuk menggerakkan sebuah perilaku positif.

Berkaitan dengan materi yang diberikan, sebagian besar subjek menilai bahwa materi implikasi kecerdasan emosi dalam profesi keperawatan, kesadaran emosi, empati, hubungan interpersonal dan manajemen stres semuanya menarik dan bermanfaat namun sulit dilakukan. Goleman (2005) menyatakan bahwa peningkatan kecerdasan emosi membutuhkan waktu yang panjang karena melibatkan perubahan di tingkat saraf otak. Latihan yang terus-menerus diperlukan untuk menyurutkan lintasan saraf antara sistem limbik dan area prefrontal yang terlanjur terbentuk dan menggantikannya dengan lintasan baru untuk kebiasaan baru yang lebih baik. Namun peningkatan pengetahuan (*knowledge*) dari tidak tahu menjadi tahu tentang konsep kecerdasan emosi diakui oleh semua subjek. Sebelumnya mereka belum pernah mendengar tentang konsep dan teori kecerdasan emosi, termasuk kabar baik bahwa kecerdasan emosi dapat ditingkatkan. Pelatihan kecerdasan emosi di sini menjadi wahana pembelajaran yang membuat subjek mengalami peningkatan pengetahuan tentang kecerdasan emosi yang berimplikasi dalam pekerjaan mereka sebagai perawat.

Berkaitan dengan trainer, sarana/prasarana dan penyajian materi sebagian besar subjek penelitian menilai bahwa trainer, sarana/prasarana pelatihan dan penyajian materi dan layanan konsumsi sudah baik. Pelatihan yang dilakukan melibatkan komunikasi dua arah untuk mendapatkan balikan (*feedback*) dari subjek. Dalam pelatihan terdapat diskusi,

permainan, nonton film, bermain peran, selain ceramah, sehingga menjadikan penyampaian materi lebih menarik, subjek pun mudah memahami materi yang diberikan.

3. Evaluasi pelatihan dari observer

Evaluasi proses pelatihan dari observer (dirangkap oleh peneliti) dilakukan pada tiap sesi pelatihan. Secara umum observer melaporkan bahwa pelatihan berjalan baik, kualitas trainer baik dan fasilitas pelatihan tersedia. Proses pelatihan meliputi metode penyajian materi, bentuk penyajian, kesinambungan materi baik. Namun ketepatan waktu masih negosiasi dengan trainer. Beban muatan materi perlu ditinjau lagi jika hendak menekankan pada kemampuan komunikasi, lebih dari sekadar penguasaan konsep sebagaimana kuliah Komunikasi Dalam Keperawatan selama ini. Partisipasi peserta yang hadir dinilai antusias. Beberapa peserta tidak hadir dan perlu dipertimbangkan cara-cara untuk memodifikasi perilaku tidak hadir (*absentism*) jika mengadakan pelatihan lagi pada kesempatan mendatang.

4. Evaluasi pelatihan dari trainer

Evaluasi pelatihan dari trainer diperoleh melalui refleksi. Trainer menyampaikan bahwa modul cukup sistematis, namun kurang penekanan pada apa yang sebenarnya ingin ditransferkan kepada peserta pelatihan. Jika keterampilan kecerdasan emosi yang ditekankan, maka alokasi waktu dua hari dianggap kurang panjang untuk memenuhi kebutuhan belajar subjek.

5. Refleksi komunikasi terapeutik dari subjek penelitian

Pada tanggal 20 Oktober 2013 dilangsungkan refleksi terhadap kegiatan komunikasi terapeutik bersama subjek penelitian. Hasilnya mengejutkan karena 46 subjek (95,8%) menyatakan bahwa komunikasi mereka masih belum baik, hanya 2 subjek (4,2%) menyatakan dapat melakukan komunikasi dengan baik.

Temuan ini seolah-olah bertentangan (kontradiksi) dengan hasil observasi yang menunjukkan peningkatan rerata yang sangat bermakna skor komunikasi terapeutik sebelum dan sesudah pelatihan. Refleksi bersama berupaya mengurai temuan ini. Sebagian besar subjek menyatakan bahwa skor komunikasi mereka membaik karena mereka belajar dengan menghafal tahap-tahap dalam komunikasi terapeutik. Hampir semua subjek mengeluhkan hafalan mereka akan tahap komunikasi membuat proses komunikasi malahan menjadi kaku. Sebagaimana ditunjukkan grafik hasil komunikasi terapeutik di atas, peningkatan rerata skor disertai oleh peningkatan standar deviasi atau pelebaran rentang standar deviasi, artinya hasil pelatihan belumlah merata karena ada subjek yang skornya tinggi sekaligus masih ada subjek yang skornya rendah.

Menurut Harsono (2006), metode pembelajaran *“I lecturer, you listen”* memang masih mewarnai pendidikan di Lembaga Pendidikan Tinggi Indonesia dan tampaknya tidak terkecuali Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Paradigma *teacher-centered instruction* menghadirkan pengajar/dosen sebagai tokoh sentral yang sekitar 80% waktunya digunakan untuk transfer ilmu secara konvensional (*one-way traffic*), sementara mahasiswa duduk mendengarkan ceramah dengan aktivitas minimal. Pembelajaran Komunikasi Dalam Keperawatan yang diterima oleh subjek pada semester lalu menggunakan metode ceramah dan diskusi kelompok yang memaksa mahasiswa menghafal supaya ketika sistem evaluasi mengambil bentuk *multiple choice* dan *essay* mereka dapat mengenal (*recognition*) dan mengingat (*recall*). Menurut Taksonomi Kognitif dari Bloom, pembelajaran seperti ini berada di tingkat *knowledge* dan *comprehension*, tidak sampai tingkat aplikasi dan tiga level di atasnya yaitu analisis, sintesis dan evaluasi (Slavin, 1991). Padahal belajar komunikasi seyogyanya menyangkut penerapannya dalam kehidupan sehari-hari.

Tujuan instruksional dari pembelajaran komunikasi mahasiswa keperawatan adalah membelajarkan mahasiswa agar memiliki kemampuan konseptualisasi yang tidak tersekat oleh struktur yang kaku. Mahasiswa diharapkan dapat belajar *“think outside the box”*, ketika melakukan praktik klinik keperawatan di tatanan klinik karena mereka menghadapi pasien yang berbede-beda. Namun, harapan ini akan sulit tercapai jika pembelajaran menggunakan metode ceramah belaka.

Lebih lanjut, subjek menyampaikan keluhan tentang penilaian komunikasi tahap orientasi yang mengharuskan mengucapkan salam, memperkenalkan nama perawat, menjelaskan peran, menanyakan nama panggilan kesukaan pasien, menyapa pasien dengan namanya serta menjelaskan jaminan kerahasiaan karena ketika hal ini dilakukan komunikasi malah menjadi *“aneh”* dan subjek dapat merasakan keanehan ini.

Refleksi bersama subjek juga berusaha mengidentifikasi faktor-faktor internal yang dianggap menghambat komunikasi terapeutik. Beberapa respon subjek seperti berikut ini:

“Terkadang kurang percaya diri untuk memulai suatu komunikasi, serta keterbatasan kemampuan untuk berbahasa daerah, jadi agak susah jika pasien memulai menggunakan bahasa daerah.” (Antika Normasari Manulang, 2013)

“Malu untuk menyapa pasien terlebih dahulu,... segan dengan pasien.” (Setiawan, 2013)

“Rasa malu dan kurang percaya diri ... takut apa yang hendak saya lakukan dianggap salah oleh orang itu.” (Ayuna, 2013)

Ungkapan-ungkapan di atas menunjukkan adanya kesadaran akan ketidakmampuan (*conscious incompetence*) yang dipandang positif oleh Triandis (1994) karena akan mengarahkan orang untuk selalu meningkatkan pengetahuan dan kemampuan komunikasi melalui proses belajar. Harus diakui bahwa kemampuan komunikasi bukanlah kemampuan sekejap mata (*instant*) yang dapat serta-merta dimiliki setelah mengikuti pelatihan dua hari, namun membutuhkan kesungguhan untuk latihan dan aplikasi yang berulang-ulang.

Melalui refleksi bersama juga subjek diajak untuk membayangkan komunikasi berlangsung di ruang perawatan di RS, hambatan eksternal (dari luar diri individu) yang coba diidentifikasi di antaranya melalui pernyataan berikut ini:

“Saya kira saya akan tak leluasa melakukan komunikasi dengan pasien jika didampingi perawat ruangan.” (Tri Desi Alita, 2013)

“Ketika saya baru memulai dinas di ruangan perawatan yang baru saya berharap diorientasikan terlebih dahulu, jika langsung interaksi dengan pasien, saya akan bingung.” (Mariska Aida, 2013)

“Suasana yang ramai membuat saya bingung.” (Muchammad Gufron, 2013)

“Lawan bicara yang tidak memberikan respon membuat tidak nyaman (Duwi Rochnianto, 2013)

Dari pernyataan subjek di atas terbersit harapan mereka akan lingkungan belajar yang mendukung dan kondusif di lapangan praktik, harapan akan pembimbing klinik yang berperan sebagai mentor yang memahami keterbatasan mahasiswa dan dapat membantu mereka untuk beradaptasi dengan suasana klinik.

D. Pembahasan

1. Pembahasan data kuantitatif

Hasil penelitian menunjukkan adanya pengaruh yang sangat signifikan pelatihan kecerdasan emosi terhadap peningkatan komunikasi terapeutik antara mahasiswa keperawatan dengan pasien. Olah data statistik menunjukkan peningkatan skor rata-rata komunikasi terapeutik dari 79,77 sebelum pelatihan menjadi 103,49 setelah pelatihan. Melalui *pair sample test* ditemukan perbedaan signifikan dengan nilai t hitung sebesar 6,820 dan peluang kesalahan alfa ($p < 0,001$). Nilai t hitung ($6,820 > t \text{ tabel } (2,01)$); $p < 0,001$ sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima bahwa terdapat perbedaan sangat signifikan antara skor rata-rata komunikasi terapeutik pada subjek ketika dilakukan uji beda t

sebelum dan sesudah pelatihan. Atau, terdapat peningkatan skor komunikasi terapeutik setelah subjek menerima pelatihan kecerdasan emosi. Skor rata-rata tiap tahap/dimensi komunikasi terapeutik juga meningkat sangat signifikan sebelum dan sesudah pelatihan. Dengan demikian dapat disimpulkan berdasarkan analisis statistik uji t ini, pelatihan kecerdasan emosi terbukti efektif meningkatkan komunikasi terapeutik mahasiswa keperawatan.

Nilai standar deviasi meningkat cukup tinggi dari 15,82692 (sebelum pelatihan) menjadi 21,21624 (sesudah pelatihan). Dalam setiap tahap dan dimensi respon dalam komunikasi terapeutik ditemukan peningkatan standar deviasi kecuali pada tahap kerja, standar deviasi menurun dan dinilai terjadi kemajuan yang merata pada subjek dalam tahap kerja. Subjek mengaku terbiasa dan hafal melakukan tindakan keperawatan langsung pada tahap kerja.

Nilai standar deviasi yang meningkat pada tahap pra-interaksi, orientasi, terminasi dan dimensi respon menunjukkan pencapaian tak merata dari seluruh subjek, hal ini dapat dijelaskan bahwa dalam kelas subjek terdapat mahasiswa yang rajin/pintar dan mahasiswa yang sedang-sedang saja.

Jumlah aitem dalam lembar observasi yang digunakan untuk mengukur komunikasi terapeutik berjumlah 28 aitem dengan skor bergerak dari 0-140. Skor komunikasi terapeutik dikatakan baik jika rata-rata (mean) empiris lebih besar dari mean hipotetis. Mean hipotetis adalah skor terendah ditambah skor tertinggi dibagi dua atau $140/2 = 70$. Mean empiris adalah skor rata-rata perolehan subjek yaitu 79,77 ; dan diketahui bahwa $79,77 > 70$. Jadi, dapat dikatakan bahwa skor rata-rata skor komunikasi terapeutik baik pada pengukuran sebelum pelatihan.

Terdapat 4 tahap komunikasi terapeutik berisi 20 aitem dan 1 dimensi respon berisi 8 aitem, sehingga seluruhnya berjumlah 28 aitem. Lembar komunikasi terapeutik yang digunakan dalam penelitian ini merupakan adopsi dari PSIK-FK UGM (2007) yang juga merupakan duplikasi dari literatur keperawatan Amerika Serikat.

a. Pembahasan tahap pra-interaksi

Pada tahap pra-interaksi terjadi peningkatan rata-rata dari 10,43 sebelum pelatihan menjadi 12,31 setelah pelatihan. Nilai t hitung $4,761 > t$ tabel 2,01 artinya terjadi peningkatan skor rata-rata tahap pra-interaksi. Peningkatan standar deviasi dari 2,01919 menjadi 2,40925 menunjukkan bahwa setelah pelatihan kemampuan perawat tahap pra-interaksi masih belum merata. Atau dengan kata lain, ada subjek

yang memiliki skor pra-interaksi yang tinggi dan ada subjek yang memiliki skor pra-interaksi yang rendah.

Tahap pra-interaksi meliputi 3 aitem, yaitu: (1) mengumpulkan data tentang klien; (2) mengeksplorasi perasaan/fantasi/kemampuan diri; (3) membuat rencana pertemuan dengan klien. Tahap ini agak sulit diobservasi tetapi dapat ditanyakan kepada subjek. Satu aitem observasi diakui menyulitkan observer karena memiliki lebih dari satu target (*more than one target*), yaitu aitem mengeksplorasi perasaan/fantasi/kemampuan diri.

b. Pembahasan tahap orientasi

Skor rata-rata tahap orientasi mengalami peningkatan dari 22,07 menjadi 31,49. Standar deviasi ikut meningkat dari 7,42717 menjadi 8,3743. Peningkatan standar deviasi yang cukup tinggi menunjukkan tidak meratanya peningkatan skor pada seluruh subjek.

Tahap orientasi berisi 7 aitem, yaitu: (1) mengucapkan salam; (2) memperkenalkan nama perawat; (3) menyapa pasien dengan namanya; (4) melakukan validasi perasaan/kognitif/psikomotor; (5) menjelaskan peran perawat dan pasien; (6) membuat kontrak kegiatan meliputi penjelasan kegiatan, tujuan dan waktunya; (7) menjelaskan jaminan kerahasiaan. Skor bergerak dari 0-35. Secara statistik ditemukan peningkatan, namun tahap ini merupakan tahap yang paling dikeluhkan oleh subjek karena mereka sering lupa mengucapkan salam, sulit untuk menyapa pasien dengan namanya, menjelaskan peran dan jaminan kerahasiaan. Namun dalam pelaksanaan tahap orientasi, subjek berusaha menghafalkan keseluruhan aitem sehingga skornya meningkat. Dalam tahap orientasi juga terdapat 3 aitem yang mengandung multi target, yaitu aitem ke-4, 5, dan 6.

c. Pembahasan tahap kerja

Hasil tahap kerja merupakan satu-satunya tahap yang paling baik jika dilihat bahwa pada tahap ini terjadi penurunan standar deviasi dari 4,13294 menjadi 3,34573. Skor rata-rata sebelum dan setelah pelatihan meningkat dari 19,7 menjadi 23,6.

Tahap kerja berisi 6 aitem, yaitu: (1) menanyakan keluhan utama; (2) memberi kesempatan bertanya; (3) mengatur ruangan; (4) memulai kegiatan dengan baik; (5) melakukan kegiatan/wawancara sesuai prosedur; (6) memelihara percakapan. Skor bergerak dari 0-30.

d. Pembahasan tahap terminasi

Sama dengan tahap-tahap sebelumnya, pada tahap akhir ini terjadi peningkatan skor rata-rata 12,11 dengan standar deviasi 2,8814 menjadi 12,74 dengan standar deviasi sebesar 3,72422. Sama dengan tahap pra-interaksi, orientasi dan dimensi respon, standar deviasi meningkat yang berarti pencapaian komunikasi terapeutik belum merata.

Tahap terminasi berisi 4 aitem, yaitu: (1) menyimpulkan kegiatan; (2) memberikan penghargaan; (3) merencanakan tindak lanjut; (4) mengakhiri kegiatan. Skor bergerak dari 0-20.

e. Dimensi respon

Dimensi respon bukanlah tahap, namun dapat dilakukan pada sepanjang komunikasi. Sama seperti seluruh tahap komunikasi, terjadi peningkatan skor rata-rata 25,29 dengan standar deviasi sebesar 5,29632 menjadi 29,12 dengan standar deviasi sebesar 5,29632.

Dimensi respon berisi 8 aitem, yaitu: (1) berhadapan; (2) kontak mata; (3) tersenyum; (4) mencondongkan badan ke arah pasien; (5) sentuhan yang tepat; (6) ketepatan respon verbal; (7) kesesuaian verbal dan non verbal; dan (8) mempertahankan sikap terbuka. Skor bergerak 0-40. Subjek mengaku kurang terampil pada aitem “ketepatan merespon verbal” terhadap kalimat/ungkapan pasien karena sibuk menghafal langkah-langkah berikutnya dalam komunikasi terapeutik.

Dalam pengukuran variabel komunikasi terapeutik terdapat dilakukan oleh 3 orang peneliti yang melakukan observasi 30 subjek penelitian. Kelemahan dalam prosedural pelaksanaan pengukuran komunikasi terapeutik di sini adalah tidak dilakukannya uji reliabilitas skor antar observer (*inter-rater reliability*).

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa pelatihan kecerdasan emosi efektif untuk meningkatkan komunikasi terapeutik mahasiswa keperawatan. Hal ini mendukung hasil penelitian Sheldon (2006) bahwa emosilah yang dominan menyulitkan komunikasi dengan pasien, dengan emosi yang dimaksud meliputi emosi pasien/keluarga dan emosi perawat. Jadi, pelatihan kecerdasan emosi diperlukan untuk melatih beberapa aspek keterampilan emosi (kecakapan emosi) yang penting bagi perawat terutama kesadaran emosi, empati dan hubungan interpersonal.

Van Dalen (2001) meringkas beberapa hasil penelitian dalam area komunikasi profesional kesehatan dan menyimpulkan bahwa: (1) sedikit pelatihan lebih baik daripada tidak ada pelatihan; (2) pelatihan dengan praktik lebih baik daripada metode pengajaran

tradisional yang berbasis penguasaan pengetahuan belaka; (3) pelatihan berkesinambungan (longitudinal) lebih baik daripada pelatihan terkonsentrasi pada satu periode saja; dan (4) tidak ada perbedaan sistematis pelatihan dengan trainer/fasilitator dari disiplin ilmu yang berbeda.

Pada kesempatan mengadakan pelatihan serupa di masa-masa mendatang, penting dilakukan modifikasi terhadap perilaku tidak hadir (*absentism*) dari calon subjek pelatihan dan upaya-upaya untuk menumbuhkan motivasi intrinsik dalam diri peserta akan kepentingan mengikuti pelatihan. Diperlukan modifikasi modul meliputi penambahan alokasi waktu dan penekanan materi. Begitu juga instrumen lembar observasi memerlukan modifikasi dan uji reliabilitas sebelum digunakan.

2. Pembahasan data kualitatif

Adanya temuan pengaruh pelatihan kecerdasan emosi terhadap peningkatan komunikasi terapeutik mendukung hasil penelitian sebelumnya, yaitu Goleman (2004) yang melakukan penelitian tidak hanya sampai pada tahap peningkatan pengetahuan tetapi pada tahap yang lebih panjang yaitu pengaruh kecerdasan emosi terhadap kinerja. Lam dan Kirby (2002) mengamati dan menemukan pengaruh kecerdasan emosi terhadap *general intelligence* dan prestasi kerja.

Hasil penelitian ini juga mendukung penelitian Rahman (2003) yang menemukan bahwa pelatihan komunikasi terapeutik dengan metode *role-play* dapat meningkatkan keterampilan komunikasi terapeutik perawat dalam tindakan keperawatan di RS Perjan dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Rahman (2003) adalah penggunaan kelompok kontrol dan disain eksperimen semu dengan rancangan *nonequivalent control group design with pre-test and post-test*, sedangkan penelitian ini merupakan penelitian tindakan tanpa kelompok kontrol. Penggunaan kelompok kontrol tidak dipilih karena sulitnya membatasi interaksi antara kelompok eksperimen dengan kelompok kontrol dan ini dianggap mengancam validitas internal.

Hasil penelitian ini juga mendukung hasil penelitian Claramita (2005) bahwa kemampuan komunikasi non verbal dari subjek baik (kontak mata, ekspresi wajah, sikap dan postur yang sesuai, sikap dan perilaku profesional), yang dalam penelitian ini diistilahkan dengan “dimensi respon”. Pada penelitian Claramita dengan subjek mahasiswa kedokteran UGM Yogyakarta, subjek melakukan komunikasi dengan pasien simulasi yang sudah dilatih dan menyerupai pasien betul. Simpulan lain penelitian Claramita (selain kemampuan non verbal baik) adalah keterampilan mendengarkan aktif

dan empati dari subjek menunjukkan kebutuhan untuk ditraining lebih baik lagi, begitu juga memulai percakapan, berbagi pemikiran dan negosiasi agenda dengan pasien.

Modul pelatihan kecerdasan emosi yang dibuat sendiri oleh peneliti membutuhkan sentuhan modifikasi jika dipergunakan lagi di masa mendatang antara lain penambahan alokasi waktu dan penekanan pada materi tertentu. Demi keberhasilan pelatihan juga diperlukan modifikasi perilaku negatif dari peserta pelatihan, yaitu perilaku membolos dan datang terlambat. Salah satu aspek kecerdasan emosi yaitu hubungan interpersonal hendaknya lebih memperhatikan komunikasi hubungan (*relationship*). Jadi, jika pelatihan kecerdasan emosi diadakan lagi, latihan komunikasi efektif hendaknya lebih menekankan pada kemampuan mendengarkan dan merespon, bukan latihan mekanistik yang mengabaikan *listening* dan *responding*.

Model komunikasi terapeutik yang digunakan dalam penelitian ini diadopsi dari literatur keperawatan Amerika Serikat, negara dengan tingkat persaingan tinggi. Dengan demikian, aitem-aitem dalam model komunikasi yang digunakan dalam penelitian ini tidak sepenuhnya dapat diterapkan (*applicable*). Salah satu faktor yang dianggap berpengaruh adalah budaya lokal masyarakat Dayak yang cenderung langsung pada topik masalah dalam berkomunikasi.

Terdapat lima aitem dalam model komunikasi terapeutik yang “sulit” diaplikasikan, yaitu mengucapkan salam, memperkenalkan nama perawat, menanyakan nama panggilan kesukaan pasien dan menyapa pasien dengan namanya, menjelaskan peran serta menyampaikan jaminan kerahasiaan. Pernyataan subjek ketika mencoba melakukan aitem-aitem ini dengan tertib, mereka merasa sedang menciptakan komunikasi yang kaku dengan pasien.

Riwut (2007) menyatakan bahwa orang Dayak dengan budaya betangnya, yaitu di mana bumi dipijak di situ langit dijunjung, dalam kehidupan sehari-hari sangat menjaga harmoni hubungan. Tidak lazim bagi orang Dayak untuk menyapa orang yang lebih tua dengan namanya. Sapaan “bapak” atau “ibu” yang cenderung formal juga dihindari ketika berkomunikasi dengan sesama Dayak, kecuali dengan orang dari suku bangsa lain. Umumnya orang Dayak spontan menciptakan “huroi” atau hubungan kekerabatan dengan Dayak lainnya. Jika seorang Dayak bertegur sapa dengan Dayak lain yang kira-kira seusia ayah/ibunya, maka sapaan akrab adalah “mina” (bibi) untuk wanita dewasa, dan “mama” (paman) untuk pria dewasa. Jika seusia nenek/kakek maka disapa “bue” untuk kakek dan “tambi” untuk nenek. Interaksi sosial seperti ini terbawa dalam hubungan terapeutik di rumah sakit. Perawat-perawat muda akan disapa akrab oleh pasiennya dengan “aken”,

artinya keponakan. Perawat menyapa akrab menyesuaikan dengan usia pasien yang dihadapinya, seperti beberapa contoh sapaan di atas. Keakraban seperti ini mewarnai hubungan profesional kesehatan dengan pasien, yang dipandang sesuai dengan motto RSUD dr. Doris Sylvanus yaitu “*Bajenta Bajorah*”, yang berarti peduli dan berbelas kasih. Menyapa dengan nama hanya terjadi pada pasien anak-anak yang lebih muda dari perawat.

Kajian literatur yang mencermati perbandingan budaya antara dunia barat dan timur dari Triandis (1994) menyatakan perbedaan utama budaya barat cenderung individualistis, sedangkan budaya timur mengutamakan keharmonisan kolektif. Dalam budaya individualistis terdapat pengakuan terhadap keberadaan seseorang sebagai individu mandiri beserta penghormatan hak-hak individualnya. Gagasan utamanya adalah otonomi, sehingga *privacy* atau segala hal yang menyangkut urusan pribadi menjadi sangat dihormati. Budaya individualistis menghasilkan kreativitas, percaya diri, mandiri dan bebas melakukan sesuatu yang disukai. Berbeda dengan budaya kolektif, pengambilan keputusan menyangkut diri seseorang bisa saja diputuskan oleh kelompok atau keluarganya. Orang-orang kolektivis dapat sibuk ber-*acting* secara tepat daripada melakukan sesuatu yang disukai, dengan demikian sikap dan perilaku kolektivis sering kurang konsisten. Triandis (1994) menegaskan bahwa bagi orang-orang kolektivis, konteks (*context*) lebih penting daripada isi (*content*). Budaya timur lebih berperan daripada budaya barat dalam hal kepatuhan, menghindari kehilangan muka, memelihara harmoni dan menahan ekspresi emosi.

Berlawanan dengan masyarakat Amerika yang cenderung mengungkapkan perasaan (*ventilationist*), masyarakat dari budaya timur menghormati privasi. Orang timur beranggapan bahwa mengungkapkan emosi adalah merusak keharmonisan hubungan (Seligman, 2005). Sebagai gantinya masyarakat dari budaya timur memberi perhatian lebih banyak pada hal-hal selain verbal yaitu non verbal *bagaimana* orang itu menyampaikan pesannya. Bahasa non verbal meliputi gerak-gerik tubuh, intonasi, kecepatan berbicara, jeda, dan segala hal yang bukan berupa kata-kata/tulisan. Dalam budaya kolektif jika ditemukan ketidakserasian (*incongruence*) antara verbal dan non verbal, maka yang dianggap benar adalah bahasa non verbal, namun dalam beberapa situasi *incongruence* dapat berakibat pesan ganda atau kekaburan dan dapat mengakibatkan kesalahan interpretasi.

Salah satu aitem yaitu menyampaikan jaminan kerahasiaan merupakan manifestasi penghargaan terhadap individu yang sangat dijunjung tinggi dalam budaya barat. Ini

merupakan isu penting di negara-negara maju, namun berbeda halnya dengan negara-negara berkembang, isu-isu ini belumlah ketat. Dalam budaya kolektif, *bagaimana* orang menyampaikan suatu pesan dengan tulus sudah cukup untuk menumbuhkan kepercayaan dan hal ini dapat saja terjadi tanpa menggunakan kalimat verbal yang lugas.

Berdasarkan temuan ini, penyusunan modul pelatihan kecerdasan emosi di kesempatan mendatang diharapkan memberi kelonggaran bagi peserta untuk melakukan improvisasi bernuansa budaya lokal. Modul juga hendaknya bersifat antisipatif terhadap bias budaya, misalnya memperbolehkan komunikasi dalam bahasa daerah dan tidak membatasi diri terhadap interaksi sosial dengan pasien.

Masalah komunikasi tidak bisa dipandang berdiri sendiri, namun ada keterikatan antara komunikasi dengan sistem yang berlaku. Ditinjau dari perspektif *care delivery system* atau manajemen asuhan keperawatan, negara-negara maju saat ini mengembangkan model penugasan keperawatan primer (*primary nursing*) yang berangkat dari filosofi bahwa asuhan keperawatan hendaklah menyentuh seluruh aspek bio-psiko-sosio-spiritual dari manusia serta berlangsung utuh menyeluruh tidak tersekat-sekat seperti dalam kerangka kerja model penugasan fungsional atau model tim. Dalam model penugasan fungsional, misalnya, perawat bekerja dalam tugas-tugas tertentu seperti khusus membagikan obat, khusus menyuntik, khusus mengambil spesimen pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain. Dalam model penugasan tim, terdapat sekelompok perawat memberikan asuhan keperawatan kepada sekelompok pasien dalam *shift* 8 jam (dinas pagi/sore/malam). Terdapat persamaan antara model penugasan fungsional (amat tradisional) dengan model tim, yaitu asuhan keperawatan menjadi terfragmentasi (terpecah), di mana tidak ada seorang pun perawat mengetahui masalah kesehatan pasien secara utuh menyeluruh. Dampak model fungsional terhadap komunikasi dengan pasien adalah perawat yang berbeda-beda dapat mengomunikasikan hal-hal yang sama (*overlapping*) dengan pasien dan keluarganya. Bahkan data-data umum mengenai pasien bisa bolak-balik ditanyakan, efeknya pasien/keluarganya sangat mungkin jenuh dan bosan. Komunikasi menjadi tak efektif bagi perawat dan pasien.

Model penugasan keperawatan primer dinilai paling efektif di antara model-model penugasan yang lain (Yeyentimalla dkk, 2003), namun kendala memberlakukan model ini di Indonesia adalah keterbatasan tenaga keperawatan berkualifikasi minimal S1 Keperawatan (Ners). Model keperawatan primer menentang gagasan bahwa masalah keperawatan dan masalah kolaboratif pasien ditangani oleh seorang perawat berkualifikasi yang disebut perawat primer. Perawat primer (*primary nurse*) inilah yang

melakukan pengkajian data, menyusun prioritas masalah, menegakkan diagnosis keperawatan atau masalah kolaboratif serta menyusun rencana keperawatan. Implementasi keperawatan dapat dilakukan oleh sekelompok perawat pelaksana (*associate nurse*). Tahap terakhir asuhan keperawatan yaitu evaluasi keperawatan dilakukan oleh perawat pelaksana untuk evaluasi proses dan oleh perawat primer untuk evaluasi tujuan.

Di Inggris, salah satu negara maju dalam bidang keperawatan dikembangkan model "*the named nurse*" atau perawat yang disebutkan namanya. Model ini merupakan pengembangan gagasan keperawatan primer, di mana seorang perawat berkualifikasi memikul tanggung jawab dan tanggung gugat atas asuhan keperawatan seorang pasien sejak pasien itu masuk ruang perawatan hingga diizinkan pulang (Hinchliff, 1999).

Pengembangan model keperawatan primer seyogyanya didukung oleh sistem dokumentasi yang berorientasi pada masalah atau *problem oriented record* (POR), artinya masing-masing profesional kesehatan membuat dokumentasi pada satu format yang sama berbasis pada masalah kesehatan pasien. Kondisi yang terjadi di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya adalah sistem dokumentasi berorientasi pada sumber atau *source oriented record* (SOR), artinya dokter, perawat, nutrisisionis, fisioterapis, membuat pencatatan pada format yang berbeda-beda. Pencatatan berorientasi sumber sering tidak memfasilitasi fungsi kolaborasi (saling mengetahui apa yang dilakukan mitra kerja) antar profesional kesehatan, pada dasarnya hal ini kurang mendukung komunikasi efektif dengan pasien.

Temuan dalam penelitian ini mendukung penelitian Abraham (2004) bahwa kompetensi emosi (meliputi kontrol diri, daya lenting, keterampilan sosial, kewaspadaan, reliabilitas, integritas dan motivasi) berinteraksi dengan iklim organisasi dan *job demands* maupun *job autonomy* dalam mempengaruhi kinerja.

Pembahasan lebih lanjut berbasis teori kognisi sosial, bagaimana orang memandang orang lain akan mempengaruhi bagaimana orang itu memperlakukan orang lain (Baron & Byrne, 2004). Dalam aplikasi komunikasi terapeutik di RSUD dr. Doris Sylvanus Palangka Raya terungkap bahwa perspektif "*investing in people*" belumlah menjadi paradigma yang diterima luas. Mahasiswa keperawatan dipandang sebagai tambahan tenaga kerja oleh perawat ruangan. Efek pandangan ini dalam pengembangan *helping relationship* dengan pasien adalah komunikasi yang dibangun dengan susah payah oleh mahasiswa bisa saja diinterupsi oleh "tugas-tugas rutin" dalam ruang perawatan seperti mengantar pasien ke ruang rontgen, pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain. Kondisi

seperti ini tidak akan terjadi dalam paradigma baru dunia bisnis dengan perspektif “*investment*” (Mello, 2006), di mana sumber daya manusia dipandang lebih dari sekadar aset, tetapi investasi bagi perusahaan/organisasi bisnis. Perusahaan yang mengambil perspektif *investment* mengarahkan sumber daya manusia dalam pertimbangan kritis berbeda dengan aset fisik lainnya seperti fasilitas, produk, servis, teknologi dan pasar yang dapat dikloning/ditiru oleh pesaing. Aset manusia tidak dapat diduplikasi dan oleh karena itulah manusia menjadi *competitive advantage* yang membuat organisasi leluasa dalam pemasarannya. Ketika manajemen rumah sakit dan perawat ruangan memandang mahasiswa keperawatan hanya sebagai tambahan tenaga kerja, ketika itu pula kebutuhan belajar mahasiswa terpinggirkan, padahal mahasiswa keperawatan adalah bagian dari ujung tombak rumah sakit yang berinteraksi langsung dengan pasien dan pelanggan. Mengarahkan mahasiswa kepada tujuan organisasi rumah sakit dapat dilakukan sinergis dengan kegiatan “membelajarkan” mereka melalui bimbingan klinik yang hangat dan menyenangkan.

Dari refleksi bersama juga terungkap bahwa subjek kurang penghayatan akan peran sebagai perawat yang semestinya *caring*, bahwa perawat tak sekadar melakukan komunikasi, namun sekaligus juga memodifikasi lingkungan dan membuat pasien merasa nyaman dalam suatu komunikasi terbuka. Komunikasi adalah ilmu dan seni, artinya dapat dipelajari oleh semua orang. Pasien yang tidak bisa berbahasa Indonesia tak bisa disalahkan. Hendaknya perawat mencari cara lain berkomunikasi dengan pasien, bisa melibatkan keluarga ataupun menggunakan bahasa non verbal yang sesuai. Bagaimanapun juga, bahasa non verbal adalah komunikasi terbanyak cenderung tidak disadari, namun dengan meningkatnya kesadaran emosi, perawat diharapkan dapat melakukan kontrol atau kesesuaian respon-respon otomatis ini. Perawat juga penting memperhatikan keserasian (*congruence*) antara verbal dan non verbal (Kozier & Erb, 1995). Menurut Nurjannah (2005) sarana untuk sebuah komunikasi efektif tak lain adalah kualitas diri perawat itu sendiri.

Kozier dan Erb (1995) menekankan komunikasi efektif melibatkan dua aspek penting yaitu kemampuan mendengarkan dengan perhatian atau mendengar aktif (*attentive listening*) dan kemampuan merespon secara tepat. Respon hendaklah serasi antara verbal dan non verbal. Respon verbal mutlak mensyaratkan pemilihan kata-kata yang tepat untuk sebuah situasi. Senada dengan itu, Van Dalen (2001) juga menggarisbawahi kemampuan mendengarkan dan menangani keluhan pasien. Jason (2000) lebih kritis lagi menyatakan bahwa komunikasi lebih daripada sekadar pemilihan

kata-kata yang baik dan penyusunan kalimat sesuai tata bahasa. Komunikasi meliputi pembuatan sebuah koneksi (hubungan) yang syarat makna dengan satu orang atau lebih untuk mempertukarkan gagasan, informasi, perasaan dan pengaruh. Komunikasi optimal merupakan refleksi dari apa yang orang ketahui, bagaimana ia berpikir, bagaimana ia menginternalisasikan sesuatu, apa keterampilan yang dimiliki, singkatnya, komunikasi menunjukkan siapa dia. Komunikasi yang penuh (*full*) melibatkan membangun dan memelihara kepercayaan, mendengar aktif, penguasaan waktu, penyampaian perasaan dan *caring*, memformulasikan gagasan secara cermat, mentransmisikan simpati atau empati dan masih banyak lagi. Jason (2000) menegaskan bahwa keterampilan komunikasi yang hebat merupakan hal mendasar dan menyebar yang dibutuhkan dari profesional pendidik dan profesional kesehatan. Tidak ada keterampilan yang lebih dasar (*basic*) selain komunikasi. Perawat memenuhi keduanya, yaitu bagian dari profesional kesehatan dan memiliki multi-peran, salah satunya sebagai pendidik bagi pasien/keluarga/komunitas dalam situasi mereka membutuhkan informasi atau pendidikan kesehatan.

E. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan utama penelitian ini adalah tidak dilakukan uji reliabilitas terhadap alat ukur yang digunakan, dalam hal ini lembar komunikasi terapeutik. Keterbatasan lain yaitu tidak dilakukan pengamatan berlanjut terhadap komunikasi terapeutik mahasiswa keperawatan, padahal perubahan perilaku membutuhkan waktu yang panjang.

Keterbatasan berikutnya, penelitian ini mengukur komunikasi terapeutik hanya dari perspektif observer dan perspektif subjek, padahal suatu komunikasi terapeutik antara profesional kesehatan dengan pasien dikatakan efektif jika profesional kesehatan beserta pasien mengatribusikan makna yang sama terhadap kata-kata dan informasi non verbal yang diterima (Van Dalen, 2001). Senada dengan hal ini, Triandis (1994) menggunakan istilah *isomorphic attribution* untuk pemaknaan linguistik (verbal) dan paralinguistik (non verbal) yang sama (atau hampir sama) antara penyampai pesan dengan penerima pesan. Van Dalen (2001) meringkas bahwa perbaikan komunikasi terapeutik profesional kesehatan dengan pasien ditunjukkan oleh peningkatan kepuasan pasien, peningkatan kerjasama pasien, tidak terjadi penambahan waktu bersama pasien, penurunan durasi pengobatan (*treatment*), penurunan waktu rawat di rumah sakit (*hospital stay*), penurunan permintaan obat penurun nyeri dan makin berkurangnya kasus malpraktik. Jadi, secara

logis, pasien adalah pihak penerima jasa yang penting dimintai pendapat/komentarnya demi objektivitas sebuah penilaian komunikasi yang jelas-jelas melibatkan diri mereka.

Lebih lanjut, cara pengukuran variabel tergantung yaitu komunikasi terapeutik yang menggunakan lembar observasi terstruktur menjadikan pengukuran terbatas pada aitem-aitem dalam lembar observasi tersebut, sementara banyak temuan penting yang bersifat kualitatif tidak bisa dilaporkan. Dengan kata lain, model komunikasi terapeutik yang digunakan dalam penelitian ini membuat proses komunikasi terapeutik perawat-pasien terperangkap dalam pola mekanistik, padahal komunikasi terapeutik adalah manifestasi dari hubungan bantuan (*helping relationship*) yang seyogyanya luwes dengan berorientasi pada pasien (*client oriented*). Claramita (2005) yang melakukan evaluasi terhadap keterampilan komunikasi interpersonal mahasiswa kedokteran UGM Yogyakarta dalam tahun pertama, menggunakan model komunikasi 12 aitem yang diadopsi dari *Calgary Cambridge Observation Guide* (CCOG) dengan penekanan pada komunikasi hubungan, bukan tahap-tahap komunikasi. Penelitian Claramita menggunakan pendekatan kualitatif dengan 22 subjek sehingga leluasa melaporkan temuan-temuan dalam observasi perilaku komunikasi interpersonal mahasiswa kedokteran dengan pasien simulasi yang memang kurang tepat jika dilaporkan dengan angka-angka. Kozier dan Erb (1995) mengusulkan evaluasi komunikasi terapeutik dibuat dalam bentuk kolom-kolom yang mencatat detail-detail ungkapan verbal dan non verbal dari pasien, respon verbal dan non verbal dari perawat. Lantas, berdasarkan hasil pengamatan itu pengamat memberikan komentar (interpretasi) dalam kolom berikutnya. Kozier dan Erb (1995) menggarisbawahi pentingnya ekspresi verbal dan non verbal yang kongruen untuk sebuah komunikasi efektif.

Demikianlah, beberapa keterbatasan/kelemahan metodologis dalam penelitian ini kiranya dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam menyusun perencanaan intervensi lanjutan (*re-planning*) untuk meningkatkan kemampuan komunikasi mahasiswa keperawatan.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

1. Pelatihan kecerdasan emosi memberikan pengaruh sangat signifikan terhadap peningkatan komunikasi terapeutik mahasiswa keperawatan. Modul pelatihan kecerdasan emosi memerlukan modifikasi guna pencapaian optimal di masa mendatang, dengan penekanan pada keterampilan emosi tertentu seperti kesadaran emosi dan empati yang dibutuhkan dalam pekerjaan merawat.
2. Penyelenggaraan pelatihan penting dikemas secara cermat untuk dapat lebih menarik perhatian peserta dan mengendalikan perilaku-perilaku *excessive* negatif seperti *absentism*, ketidakseriusan, datang terlambat, dan lain-lain yang dapat mengurangi pencapaian optimal pelatihan.
3. Model komunikasi terapeutik memerlukan transformasi dengan budaya lokal Dayak, karena terdapat beberapa aitem dalam model yang digunakan dalam penelitian ini terbukti kurang dapat diaplikasikan atau kurang *applicable*. Faktor budaya, iklim kerja, pengetahuan dan perilaku sosial masyarakat setempat menjadi pertimbangan dalam aplikasi model komunikasi terapeutik yang diadopsi dari kultur barat. Terdapat perbedaan mendasar antar budaya barat yang cenderung individualistis dengan budaya timur yang kolektivis mengutamakan keharmonisan hubungan.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dapat diberikan saran kepada pihak-pihak berkepentingan berikut ini:

1. Bagi mahasiswa keperawatan
Mahasiswa Poltekkes Kemenkes Palangka Raya dapat terus melatih diri untuk terampil melakukan komunikasi terapeutik yang semakin mengarah kepada komunikasi efektif, meninggalkan ritual mekanistik dengan pola belajar hafalan (*memorizing*), melainkan meningkatkan belajar bermakna (*meaningful learning*).
2. Bagi Poltekkes Kemenkes Palangka Raya
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya dapat mengembangkan mata kuliah komunikasi yang terintegrasi (*integrated*) dengan kecerdasan emosi. Sebagai perbandingan dengan pendidikan kedokteran, Fakultas Kedokteran UGM

Yogyakarta sejak tahun akademik 1999/2000 memberikan mata kuliah Komunikasi Kesehatan dengan metode *Problem Based Learning* (PBL) yang berkesinambungan dari semester I – VIII dengan tingkat kompetensi berjenjang mulai dari komunikasi interpersonal hingga komunikasi massa.

3. Bagi praktisi pendidikan keperawatan

Bagi dosen/pengajar di lingkungan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya agar mengembangkan paradigma pembelajaran berpusat pada mahasiswa supaya mahasiswa dapat berpikir “*think outside the box*”. Penting untuk disadari bahwa pengembangan sumber daya manusia keperawatan merupakan investasi menuju masa depan kesehatan global yang lebih baik. Hasil penelitian ini kiranya dapat mengubah kemapanan berpikir “teoretis” selama ini bahwa duplikasi teori dari dunia barat selalu yang terbaik dan mengabaikan hal-hal yang sifatnya kontekstual.

4. Bagi RS dr. Doris Sylvanus Palangka Raya

Pihak manajemen keperawatan dapat melakukan perbaikan sistem manajemen asuhan keperawatan (*care delivery system*) yang semakin mengarah ke metode penugasan primer (dimungkinkan modifikasi), yaitu satu orang perawat primer berkualifikasi melakukan pengkajian keperawatan untuk menegakkan diagnosis keperawatan dan menyusun rencana keperawatan dengan pelaksanaan keperawatan dan evaluasi proses dilakukan oleh sekelompok perawat pelaksana. Dalam model primer ini, mahasiswa keperawatan dapat dimasukkan ke dalam kelompok perawat pelaksana dengan pelimpahan tanggung jawab dalam batas-batas tertentu. Komunikasi hendaklah disadari berada dalam satu sistem yang saling mempengaruhi, seperti budaya, perilaku sosial, iklim kerja termasuk manajemen pelayanan asuhan keperawatan.

Sistem pendokumentasian dapat diarahkan kepada *problem oriented record* (POR) yang mendukung asuhan keperawatan holistik menyentuh aspek-aspek bio-psiko-sosio-spiritual dan tidak terfragmentasi seperti dalam sistem pendokumentasian berorientasi pada sumber atau *source oriented record* (SOR) seperti yang dikembangkan selama ini.

5. Bagi peneliti lain

Peneliti lain dapat mengadakan penelitian longitudinal untuk melihat pengaruh pelatihan kecerdasan emosi terhadap perilaku komunikasi terapeutik perawat – pasien dengan periode amatan yang lebih panjang. Metode kualitatif relevan untuk dikembangkan dalam penelitian perilaku. Peneliti lain juga dapat memilih disain

penelitian eksperimen murni dengan kelompok kontrol guna meningkatkan validitas internal dan eksternal sehingga hasil penelitian lebih dapat digeneralisir.

Demikianlah, penelitian tindakan untuk meningkatkan kemampuan komunikasi mahasiswa keperawatan melalui program pelatihan kecerdasan emosi siklus pertama telah selesai dilakukan dengan beberapa temuan berharga yang dapat dipertimbangkan untuk pengembangan model pembelajaran di Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C. 1997. *Psikologi Sosial Untuk Perawat*. Jakarta: EGC.
- Abraham, R. 2004. Emotional competence as antecedent to performance: a contingency framework. *Genetic, Social, and General Psychology Monograph*. 2004, 130(2), 117-143.
- Ashkanasy, N.M. & Daus, C.S. 2005. Rumors of the death of emotional intelligence in organizational behavior are vastly exaggerated. *Journal of Organizational Behavior* 26, 441-452.
- Arwani. 2002. *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Baron, R.A. & Byrne, D. 2004. *Social Psychology*. Tenth Edition. Alih Bahasa: Helly P. Soetjipto. Jakarta: Erlangga.
- Bar-On, R. 2006. The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI). Artikel. www.eiconsortium.org. *Psychothema*, 18, Supl. 13-25.
- Boyd, M.A. & Nihart, M.A. *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Bradberry, T. & Greaves, J. 2007. *Menerapkan EQ di Tempat Kerja dan Ruang Keluarga*. Alih Bahasa: Yusuf Anas. Yogyakarta: Penerbit Think.
- Brewer, M.B. & Hewstone, M. 2004. *Emotion dan Motivation*. UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Cadman, C. & Brewer, J. 2001. Emotional Intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management* 9(6), 321-324.
- Chaffee, M. 2000. Health communications: nursing education for increased visibility and effectiveness. *Journal of Professional Nursing* 16(1), 31-38.
- Chant, S. 2002. Communication skills: some problems in nursing education and practice. *Journal of Clinical Nursing* 2002; 11: 12-21.
- Claramita, M., Agni, A.N., Rahayu, G.R., 2005. Interpersonal communication skills of first year students of Faculty of Medicine Gadjah Mada University. *Jurnal Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan Indonesia*. Vol. I, No. 1, Mei 2005 hal. 51-56.
- Cooper, R.K. & Sawaf, A. 2002. *Executive EQ: Kecerdasan Emosional Dalam Kepemimpinan dan Organisasi*. Alih Bahasa: Alex Tri Kantjono Widodo. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.

- Evans, D. & Allen, H. 2002. Emotional Intelligence: its role in training. *Nursing Times* 98 (27), 41-42.
- Farrell, G. 1996. Telephoning in nursing department: callers' experiences. *Nursing Standard* 10 (33), 34-36.
- Fer, S. 2004. Qualitative Evaluation of Emotional Intelligence In-Service Program for Secondary School Teacher. *The Qualitative Report* Vol. 9 p 562-588.
- Freshman, B. & Rubino, L. 2004. Emotional Intelligence skills for maintaining social networks in healthcare organizations. *Hospital Topics: Research and Perspective on Healthcare*. Vol. 82, No. 3.
- Goleman, D. 2004. *Emotional Intelligence*. Alih Bahasa: T. Hermaya. Jakarta: PT SUN Jakarta.
- Goleman, D. 2005. *Working with Emotional Intelligence*. Alih Bahasa: Alex Tri Kantjono Widodo. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Haas, J. & Arnold, C. April 1995. An examination of the role of listening in judgments of communication competence in co-workers. *The Journal of Business Communication*.
- Hapsari, E.D. 2006. Menyiapkan perawat yang siap berkompetisi di era pasar global. Artikel. www.inovasi-online. Vol 6/XVIII/Maret 2006.
- Harrord, N.R. & Scheer, S.D. 2005. An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *Journal of ProQuest Medical Library* 40 p 503-512.
- Harsono, 2006. Kearifan dalam Transformasi Pembelajaran: dari *Teacher-Centered* ke *Student-Centered Learning*. *Jurnal Pendidikan Kedokteran dan Profesi Kesehatan Indonesia*. Vol. I, No. 1, Maret 2006 hal. 5-10.
- Hartrick, G. 1997. Relational capacity the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 26 (3) 25-34.
- Hase, S., & Douglas, A.J. 1986. *Human Dynamics and Nursing. Psychological Care in Nursing Practice*. London: Churchill Livingstone.
- Henderson, A. 2001. Emotional labour and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry* 8(2), 130-138.
- Hinchliff, S. 1999. *Kamus Keperawatan*. Alih Bahasa: Andry Hartono. Jakarta: Penerbit EGC.
- Indirawaty. 2000. Pelatihan komunikasi terapeutik dalam asuhan keperawatan dengan kepuasan pasien. Artikel. *Majalah Bina Diknakes*. Vol. 38, 21-22.
- Jason, H. 2000. Communication skills are vital in all we do as educator and clinicians. Artikel. *Education for Health* Vol. 13 No. 2 p 157-160.

- Kierstead, J. 1999. Human resource management trends and issues: Emotional Intelligence (EI) in the workplace. *Artikel. www.pdr/docs/ei.18/05/99*.
- Kozier, B. & Erb, G. 1995. *Fundamentals of Nursing, Concepts and Procedures*. Second Edition. Addison-Wesley Publishing Company Nursing Division. California.
- Lam, L.T. & Kirby, S.L. 2002. Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual Performance. *Journal of Social Psychology* 142(1) 133-143.
- Lepp, M. 2000. A thousand mile journey begins with a single step. In *Drama For Life: Stories of Adult Learning & Empowerment*. Editor: John O'Toole & Margret Lepp. Sweden: Playlab Press.
- Lucker, dkk. 2000. The importance of 'knowing the patient': community nurses' constructions of quality in providing palliative care. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 31 (4), 775-782.
- Mason, D.J., Backer, B.A., & Georges, C.A. 1991. Toward a feminist model for the political empowerment of nurses. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 23 (2) 72-77.
- Mayer, J., & Salovey, P. 1993. The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, Vol 17 p 33-42.
- Mayer, J. 1999. Emotional intelligence: popular or scientific psychology? *APA Monitor* 30.
- McQueen, A.C.H. 2003. Emotional Intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 47 (1), p. 101-108.
- Mello, J.A. 2006. *Strategic Human Resource Management*. United Sates of America: Thompson Corporation.
- Morisson, P., & Burnard, P. 1997. *Caring and Communication. The Interpersonal Relationship in Nursing*. Basingstoke: Macmillan.
- Newman, W.L. 2000. *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- Nasir, A. dkk. 2009. *Komunikasi Dalam Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Nurjannah, I. 2005. *Komunikasi Keperawatan: Dasar-Dasar Komunikasi Bagi Perawat*. Yogyakarta: Mocomedika.
- Nursalam, 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Omdahl, L & Donnel, C. 1999. Emotional contagion, empathetic concern and communicative responsiveness as variable affecting nurses' stress and occupational commitment. *Journal of Advanced Nursing* 29(6) 1351-1359.
- Parrott, W.G. 2004. The Nature of Emotion. In *Emotion and Motivation*. UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Patton, P. 1998. *Kecerdasan Emosional: Pengembangan Sukses Lebih Bermakna*. Alih Bahasa: Hermes. Jakarta: Mitra Media Publisher.
- Potter & Perry. 1993. *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process & Practice*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Prawitasari, J.E. 2006. *Penelitian Tindakan*. Handout. Fakultas Psikologi UGM. Tidak dipublikasikan.
- PSIK-FK UGM Yogyakarta 2010. *Skills Laboratory Program B Semester I Tahun Ajaran 2007/2008*. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Tidak dipublikasikan.
- Rahman. 2003. Pengaruh Pelatihan Komunikasi Terapeutik Perawat Terhadap Tindakan Keperawatan di RS Perjan dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Tesis*. Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Sekolah Pascasarjana UGM Yogyakarta. Tidak dipublikasikan.
- Rampisela. 1997. Analisis Komunikasi dan Informasi Tenaga Kesehatan Dengan Pasien dan Keluarganya. Studi Kasus tentang Komunikasi Antar Tenaga Kesehatan dengan Pasien Rawat Inap dan Keluarganya pada Instalasi Bedah RSUP dr. Sardjito Yogyakarta. *Tesis*. Program Pascasarjana UGM Yogyakarta. Tidak dipublikasikan.
- Reeves, A. 2005. Emotional Intelligence: recognizing and regulating emotion. *AAOHN Journal. ProQuest Medical Library* 53 p 172-176.
- Reynolds, W., & Scott, P. 2000. Do nurses and other professional helper normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing* 31 (1) 226-234.
- Riwut, Tj. 2007. *Kalimantan Membangun Alam dan Kebudayaan*. Edisi Revisi. Editor: Nila Tjilik Riwut. Yogyakarta: NR Publishing.
- Santrock, J.W. 2002. *Life-Span Development*. Edisi 5 Jilid I. Alih Bahasa: Achmad Chusairi. Jakarta: Erlangga.
- Savage, J. 1990. The theory and practice of the new nursing. *Nursing Times* 86 (4) 42-45.
- Segal, J. 2002. Good leader use emotional intelligence. Emotionally intelligent leadership is a skill that can be learned and taught throughout life. *Health Progress* 83 (3) 44-46.
- Schaufeli, W.B., & Janczur, B. 1994. Burnout among nurses: a polish dutch comparison. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 25 (7): 95-113.

- Seligman, M.E.P., 2002. *Authentic Happiness: Menciptakan Kebahagiaan Dengan Psikologi Positif*. Alih Bahasa: Eva Yulia Nukman. Bandung: Penerbit Mizan (2005).
- Sentoso, J. 2003. Sudah Efektifkah Tim Kerja Anda? Artikel. www.sinarharapan.co.id diambil 8 Januari 2007.
- Sheldon, L.K., Barrett, R., Ellington, L. 2006. Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship, Second Quarter 2006, 38:2, p 141-147 ProQuest Medical Library*.
- Siswanto, M.M. 2006. Reformasi keperawatan di Indonesia. Artikel. www.inna-ppni.or.id, diambil 7 Juli 2007.
- Slameto. 2003. *Belajar dan Faktor-Faktor yang Mempengaruhinya*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Slavin, R.E. 1991. *Educational Psychology: Theory into Practice*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Smith, S. 1992. *Communication in Nursing*. Second Edition. St. Louis: Mosby Year Book.
- Staden, H. 1998. Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. *Journal of Advanced Nursing 27, p 147-156*.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. 1995. *Principles & Practice of Psychiatric Nursing*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Tamsuri, A. 2006. *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Seri Buku Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Taylor, C. Lilis, S, Le Mone, P. 2000. *Fundamentals of Nursing: The Art and Science of Nursing Care*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Thompson, G. 2005. Emotional Intelligence. Artikel. www.pdr/docs/ei
- Tingle, J.H. 1998. Nurses must improve their record keeping skills. *British Journal of Nursing 7 (5), 245*.
- Triandis, H.C. 1994. *Culture and Social Behavior*. United States of America: McGraw-Hill, Inc.
- Van Dalen, J., dkk. 2001. Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Journal of Medical Teacher Vol. 23 No. 3*.
- Varcarolis, E.M. 1990. *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

- Walgito, B. 2004. *Pengantar Psikologi Umum*. Yogyakarta: ANDI.
- Wells-Federman, C.L. 1996. Awakening the nurse healer within. *Holistic Nursing Practice* 10(2), 13-29.
- Wilkin, H. 2007. Nurses' empathy helps patients recover well. Artikel. *Nursing Standard*; Jan 17, 2007; ProQuest Medical Library p 6.
- Wilkinson, S. 1992. Good communication in cancer nursing. Artikel. *Nursing Standard* Vol. 7 (9) 35-39.
- William, A. 2000. A literatur review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 33 p 660-667.
- Winter, J., Clift, R.J.W., & Dutton, D.G., 2004. An exploratory study of Emotional Intelligence and domestic abuse. *Journal of Family Violence* Vol. 19 No. 5, October 2004.
- Yeyentimalla, Hidayati, S. & Hermani, T. 2003. Manajemen Keperawatan di Ruang Instalasi Rawat Jantung (IRJAN) RS dr. Sardjito Yogyakarta. *Laporan Kegiatan Stase Manajemen Keperawatan*. Tidak dipublikasikan. Yogyakarta: PSIK-FK UGM.
- Zakaria, H. 2004. *Hubungan Antara Kompetensi Sosial dan Kecerdasan Emosional dengan Prestasi Akademik pada Mahasiswa Tahun Pertama*. Tesis. Program Studi Psikologi Sekolah Pascasarjana UGM Yogyakarta. Tidak dipublikasikan.
- , 2004. Kinerja klinis perawat dan bidan ditingkatkan. Artikel. www.republika-online diambil 5 Januari 2013.
- , 19/03/2004. Perawat Indonesia sulit masuki pasar global. www.equator-online. diambil 14 April 2013.
- , 11/08/2006. Dari diskusi publik Kompas dan Sonora. www.kompas.com. diambil 13 Juni 2013.
- , Pemberdayaan profesi dan tenaga kesehatan luar negeri. www.bppsdmk.or.id/profil/puspronakes.php3 diambil 5 Desember 2013.
- , Analisis pasar tenaga kerja kesehatan Indonesia di berbagai negara. www.bppsdmk.or.id/data/pasar.php3. diambil 5 Desember 2013.
- , Editorial: press release Hari Keperawatan Sedunia (International Nurses Day, 12 Mei 2006. www.inna-ppni.or.id diambil 11 Desember 2013.