

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep *Intensive Psychiatric Care Unit* (IPCU)

2.1.1 Pengertian Kesehatan Jiwa

Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang lain. Kesehatan jiwa di Indonesia menggunakan pendekatan elektik-holistik. Ini berarti bahwa kita harus dapat melihat kondisi manusia dan perilakunya, baik dalam kondisi sehat maupun sakit, secara rinci dalam ketiga aspek yaitu biologis, psikologis dan sosiokultural (elektik). Tetapi tetap menyadari bahwa ketiga aspek tersebut saling berkaitan dan merupakan satu-kesatuan yang utuh sebagai satu sistem (holistik) (Suliswati, 2005).

2.1.1.1 Definisi Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa merupakan suatu penyakit yang disebabkan karena adanya kekacauan pikiran, persepsi dan tingkah-laku dimana individu tidak mampu menyesuaikan diri dengan diri-sendiri, orang lain, masyarakat, dan lingkungan. Pengertian seseorang tentang penyakit gangguan jiwa berasal dari apa yang diyakini sebagai faktor penyebabnya yang berhubungan dengan biopsikososial (Stuart & Sundeen, 1998). Gangguan jiwa merupakan salah-satu masalah kesehatan masyarakat Indonesia. Gangguan jiwa dapat menyerang semua usia, sifat serangan penyakitnya biasanya akut dan bisa kronis atau

menahun. Di masyarakat ada stigma bahwa gangguan jiwa merupakan penyakit yang sulit disembuhkan, memalukan dan aib bagi keluarganya. Pandangan lain yang beredar di masyarakat bahwa gangguan jiwa disebabkan oleh guna-guna orang lain (Hawari, 2003).

2.1.1.2 Faktor Penyebab Gangguan Jiwa

Faktor penyebab terjadinya gangguan jiwa bervariasi tergantung pada jenis-jenis gangguan jiwa yang dialami. Secara umum gangguan jiwa disebabkan karena adanya tekanan psikologis yang disebabkan oleh adanya tekanan dari luar individu maupun tekanan dari dalam individu. Beberapa hal yang menjadi penyebab adalah ketidaktahuan keluarga dan masyarakat terhadap jenis gangguan jiwa ini, serta ada beberapa stigma mengenai gangguan jiwa ini (Hawari, 2003).

2.1.1.3 Penanganan Gangguan Jiwa

Penanganan gangguan jiwa harus dilakukan secara komprehensif melalui multi pendekatan, khususnya pendekatan keluarga dan pendekatan petugas kesehatan secara langsung dengan penderita, seperti bina suasana, pemberdayaan penderita gangguan jiwa dan pendampingan penderita gangguan jiwa agar mendapatkan pelayanan kesehatan yang terus-menerus. Penanggulangan masalah gangguan jiwa terkendala karena adanya kesulitan dalam mendiagnosis gangguan jiwa. Hal ini berpengaruh dalam sistem pencatatan dan pelaporan, padahal informasi seperti ini sangat penting untuk mengetahui keparahan kasus gangguan jiwa (Friedman, 1998).

2.1.1.4 Keperawatan Jiwa

Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang berkontribusi pada fungsi yang terintegrasi (Stuart & Sundeen, 2003). Keperawatan kesehatan mental dan psikiatrik adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri-sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya (ANA dalam Stuart & Sundeen, 2003).

Keperawatan jiwa adalah pelayanan keperawatan profesional didasarkan pada manusia sepanjang siklus kehidupan dengan respon psiko-sosial yang *maladaptive* yang disebabkan oleh gangguan bio, psiko, sosial, dengan menggunakan diri-sendiri dan terapi keperawatan jiwa (komunikasi terapeutik dan terapi modalitas keperawatan kesehatan jiwa) melalui pendekatan proses keperawatan untuk meningkatkan, mencegah, mempertahankan dan memulihkan masalah kesehatan jiwa klien (individu, keluarga, kelompok dan komunitas), keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berusaha untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku sehingga klien dapat berfungsi utuh sebagai manusia (Suliswati, 2005).

2.1.2 *Intensive Psychiatric Care Unit (IPCU)*

2.1.2.1 Definisi *Intensive Psychiatric Care Unit (IPCU)*

Intensive Psychiatric Care Unit (IPCU) merupakan unit yang memberikan penanganan intensif terhadap pasien gangguan jiwa yang beresiko mencederai diri-sendiri atau orang lain, misalnya pasien dengan percobaan bunuh diri atau perilaku kekerasan. Umumnya pasien memerlukan observasi ketat, pemeriksaan tanda-tanda vital secara berkala, tindakan keperawatan kritis dan terapi

medis/pengobatan. Alasan utama pasien masuk ICU antara lain gangguan kesadaran, disorientasi, gejala psikotik yang disertai dengan penurunan daya tilik diri, tidak kooperatif, agitasi, perilaku bermusuhan, dan gejala vegetative yang parah (Winkler, *et al.*, 2010).

Menurut Davies (2009), ruang perawatan psikiatri akut merupakan ruang perawatan untuk pasien dengan kondisi psikiatri akut. Kondisi psikiatri akut ini meliputi tindakan yang membahayakan diri-sendiri dan kegawatan psikiatri lainnya. Pasien psikiatri akut yang membahayakan diri-sendiri dapat melakukan tindakan melukai diri yang bisa berakibat kematian. Kegawat daruratan psikiatri adalah setiap gangguan dalam pikiran, perasaan, dan tindakan dimana diperlukan intervensi terapeutik segera (Saddock & Saddock, 2010). Kondisi kegawat daruratan psikiatri terbagi atas bunuh diri dan kegawatan lainnya yang disebabkan oleh perubahan status mental akibat gangguan psikotik, penyakit organik, ketergantungan alcohol, dan gangguan yang berhubungan dengan zat lainnya. Lingkup kegawatdaruratan psikiatri saat ini juga meluas pada masalah-masalah khusus seperti penganiayaan anak, pasangan, pembunuhan, perkosaan, dan masalah-masalah sosial seperti gelandangan, *acquired immune deficiency syndrome* (AIDS).

Berdasarkan kedua definisi di atas dapat disimpulkan bahwa ruang perawatan psikiatri akut merupakan ruang perawatan intensif bagi pasien gangguan jiwa yang berada dalam kondisi akut yaitu dapat membahayakan diri-sendiri maupun orang-orang yang ada di sekitarnya, dan memerlukan observasi ketat serta intervensi terapeutik yang bersifat segera.

2.1.2.2 Konsep Perawatan IPCU

Perawatan di ruang IPCU harus menyediakan lingkungan yang aman selama tindakan dilakukan. Tanggung jawab utama di ruangan ini mencakup pemberian obat sedative yang efektif dan aman, terapi psikiatrik, dan penggunaan restrain untuk mencegah perilaku mencederai. Selain tindakan perawatan intensif, di ruang IPCU juga diberikan tindakan perawatan umum seperti memantau keseimbangan cairan dan elektrolit, keseimbangan nutrisi, personal hygiene, dan keluhan fisik lainnya. Oleh karena itu, dibutuhkan perawat yang kompeten untuk dapat melaksanakan seluruh tanggung-jawab tersebut (Winkler, *et al.*, 2010).

Perawat di ruang IPCU berada dalam lingkungan yang terbatas (*small space*), yang memungkinkan perawat dekat dengan pasien untuk dapat mengobservasi secara intensif kondisi klien dan mengevaluasi tindakan perawatan maupun tindakan medis yang dilakukan. Di ruangan ini diterapkan peraturan yang bersifat memaksa untuk sementara (*temporary coercive measure*), yang bertujuan untuk mengkondisikan pasien kepada perilaku yang lebih asertif (Krikson *et al.*, 2008).

Lingkungan kerja yang penuh dengan stress, seperti IPCU memungkinkan perawat untuk mengalami kelelahan mental (*burnout*), yang akan mengakibatkan terganggunya komunikasi terapeutik. Hal ini sesuai dengan pendapat Hanafi dan Yuniasanti (2012) bahwa kelelahan mental seringkali dialami oleh perawat yang bekerja pada unit perawatan intensif, gawat darurat, dan perawatan penyakit terminal yang mengakibatkan terganggunya komunikasi dengan pasien. Rutinitas yang dilakukan di IPCU dapat menjadi stressor bagi

perawat sehingga mengalami gangguan pada proses komunikasi terapeutik (Wang *et al.*, 2014; Yang, Meredith & Khan, 2015).

2.2 Konsep Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik

2.2.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan yang dikuasai oleh perawat dalam rangka membantu klien beradaptasi terhadap stress, mengatasi gangguan psikologis, belajar dan bagaimana berhubungan dengan orang lain (Northouse, 1998), sedangkan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1997 komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang mendorong proses penyembuhan klien.

Komunikasi sendiri adalah proses pertukaran informasi antara dua atau lebih manusia, atau dengan kata lain pertukaran ide dan pikiran (Kozier dan Erb, 1995 dalam Mudakir, 2006). Pesan-pesan secara simultan dikirim dan diterima dengan dua cara yaitu secara verbal melalui penggunaan kata-kata sebagai simbol yang digunakan untuk mengidentifikasi objek dan konsep yang didiskusikan dan secara non verbal melalui perilaku yang menyertai ucapan seperti gerak tubuh, ekspresi wajah, mata, nada suara, kecepatan dan keengganan bicara yang dapat menunjukkan pikiran, perasaan, kebutuhan, dan nilai pembicara (Videback, 2008).

Komunikasi antara perawat dengan pasien merupakan bentuk komunikasi antar pribadi (*interpersonal communication*), Menurut Verdeber dalam Nasir *et al.*, (2009). Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar dan bertujuan serta kegiatannya difokuskan untuk kesembuhan pasien, merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada

tujuan untuk menyembuhkan pasien. Komunikasi terapeutik dilaksanakan dengan tujuan menolong pasien yang dilakukan oleh orang-orang yang profesional dengan menggunakan pendekatan personal berdasarkan perasaan dan emosi, didalam komunikasi terapeutik ini harus ada unsur kepercayaan.

Komunikasi terapeutik merupakan suatu pengalaman bersama antara perawat dan klien yang bertujuan menyelesaikan masalah klien dan mempengaruhi perilaku klien (Kozier dan Erb, 1995 dalam Mudakir, 2006). Komunikasi terapeutik juga dapat dipersepsikan sebagai proses interaksi antara klien dan perawat yang membantu klien mengatasi stress sementara untuk hidup harmonis dengan orang lain, menyesuaikan dengan sesuatu yang tidak dapat diubah dan mengatasi hambatan psikologis yang menghalangi realisasi diri (Kozier dan Glenora, 2000), dari pengertian di atas dapat disimpulkan komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien dan membina hubungan yang terapeutik antara perawat dan klien.

2.2.2 Fungsi dan Tujuan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi Terapeutik berfungsi dalam mendorong dan meningkatkan kerjasama antara perawat klien melalui hubungan perawat klien. Perawat berusaha mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan (Vancarolis dalam Purwanto, 1994).

Dwidayanti (2008) mengungkapkan bahwa seorang perawat profesional selalu mengupayakan untuk berperilaku terapeutik, yang berarti bahwa tiap

interaksi yang dilakukan menimbulkan dampak terapeutik yang memungkinkan klien untuk tumbuh dan berkembang.

Stuat dan Sundeen (1995) dan Limberg, Hunter dan Kruszweski (1983) menyatakan bahwa tujuan hubungan terapeutik diarahkan pada pertumbuhan klien, meliputi:

- a. Kesadaran diri, penerimaan diri, dan meningkatkan kehormatan diri.
- b. Identitas pribadi yang jelas dan meningkatnya integritas diri.
- c. Untuk membentuk suatu keintiman, selain ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas member dan menerima cinta.
- d. Mendorong fungsi dan meningkatkan kemampuan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai tujuan yang realistik.

Komunikasi terapeutik digunakan untuk mencapai banyak tujuan, yang meliputi hal-hal berikut:

- a. Membantu hubungan terapeutik perawat klien.
- b. Mengidentifikasi masalah klien paling penting yang pada saat tersebut tepat pada waktunya (tujuan yang berpusat pada klien).
- c. Mengkaji persepsi klien tentang masalah saat klien terbuka dalam menceritakan peristiwa tersebut, hal ini mencakup tindakan yang terperinci (perilaku dan pesan) individu yang terlibat, pikiran tentang situasi, orang lain, dan diri sendiri yang berhubungan dengan situasi, dan perasaan tentang situasi orang lain dan diri-sendiri.
- d. Mengenali kebutuhan mendasar klien.
- e. Memandu klien dalam mengidentifikasi cara pencapaian solusi yang memuaskan dan dapat diterima secara sosial (Stuart dan Sundeen, 1995 dalam Nurjanah, 2005).

2.2.3 Tahapan Komunikasi Terapeutik

Dalam penerapan komunikasi terapeutik ada empat fase, dimana setiap fase mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat (Stuart dan Sundeen, 1995).

2.2.3.1 Fase Pra Interaksi

Pra interaksi dimulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Perawat mengekspresikan perasaan, fantasi dan kekuatannya sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan hubungan dengan pasien dapat dipertanggungjawabkan. Pemakaian diri-sendiri secara terapeutik berarti memaksimalkan pemakaian kekuatan dan meminimalkan pengaruh kelemahan diri dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Tugas tambahan pada fase ini adalah mendapatkan informasi tentang pasien dan menentukan kontrak pertama.

2.2.3.2 Fase Perkenalan/Orientasi

Fase ini dimulai dengan pertemuan dengan pasien. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan klien meminta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan. Tugas utama seorang perawat dalam memulai hubungan adalah membina rasapercaya, penerimaan dan pengertian. Tugas perawat mengekspresikan pikiran, perasaan, perhatian klien dan mengidentifikasi masalah serta merumuskan tujuan bersama klien.

2.2.3.3 Fase Kerja

Pada fase ini perawat dan klien mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran perasaan dan perbuatan klien. Perawat membantu klien mengatasi

kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri serta mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif.

2.2.3.4 Fase Terminasi

Terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim yang terapeutik sudah terbina dan berada pada tingkat optimal (Worlt, 1979).

2.2.4 Teknik Komunikasi Terapeutik

2.2.4.1 Mendengar

Mendengar merupakan dasar utama komunikasi, dengan mendengar perawat mengetahui perasaan klien, memberi kesempatan lebih banyak klien untuk berbicara. Tujuan teknik ini adalah memberi rasa aman klien dalam mengungkapkan perasaannya dan menjaga kestabilan emosi atau psikologis klien.

2.2.4.2 Pertanyaan Terbuka

Teknik ini memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaan sesuai kehendak klien tanpa membatasi.

2.2.4.3 Mengulangi

Mengulang pola pikir yang diungkapkan klien, gunanya untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat mengikuti pembicaraan klien.

2.2.4.4 Klarifikasi

Dilakukan bila perawat merasa tidak jelas, tidak mendengar, klien berhenti waktu mengemukakan informasi, informasi yang diperoleh tidak lengkap atau mengemukakannya berpindah-pindah.

2.2.4.5 Refleksi

Refleksi merupakan reaksi perawat klien selama berlangsungnya komunikasi. Refleksi dapat dibedakan menjadi dua yaitu refleksi isi, bertujuan memvisualisasikan apa yang didengar, refleksi perasaan bertujuan memberi respon pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan agar klien mengetahui dan menerima perasaannya.

2.2.4.6 Memfokuskan

Membantu klien bicara pada topik yang telah dipilih dan yang penting serta menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yang lebih spesifik, lebih jelas dan berfokus pada realita.

2.2.4.7 Membagi Persepsi

Meminta pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan dan pikirkan.

2.2.4.8 Identifikasi Tema

Mengidentifikasi latar belakang masalah yang dialami klien yang muncul selama percakapan.

2.2.4.9 Diam

Cara yang sukar, biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan, tujuannya untuk memberi kesempatan berfikir dan memotivasi klien untuk berbicara.

2.2.4.10 Informasi

Teknik ini bertujuan memberi informasi dan fakta untuk pendidikan kesehatan klien.

2.2.4.11 Saran

Memberi alternatif ide untuk pemecahan masalah, tepat dipakai pada fase kerja dan tidak tepat pada fase awal hubungan (Stuart & Sudeen, 1995 dalam Nurjanah, 2005).

2.2.5 Sikap dalam Komunikasi Terapeutik

Lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik, yaitu:

2.2.5.1 Berhadapan

Arti dari posisi ini adalah “saya siap membantu masalah anda”

2.2.5.2 Mempertahankan kontak mata

Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi, sikap ini juga dapat menciptakan perasaan nyaman bagi pasien.

2.2.5.3 Membungkuk ke arah pasien

Posisi ini menunjukkan kepedulian dan keinginan perawat untuk mengatakan dan mendengar sesuatu yang dialami klien.

2.2.5.4 Pertahankan sikap terbuka

Tidak melipat kaki atau menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi. Sikap terbuka perawat ini meningkatkan kepercayaan klien kepada perawat.

2.2.5.5 Tetap relaks

Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respon terhadap klien. Sikap ini tentunya sangat bermanfaat bila klien dalam kondisi stress atau emosi yang lebih dalam merespon kondisi sakitnya.

Selain sikap fisik tersebut di atas dalam komunikasi juga diperlukan sikap psikis dalam berkomunikasi dengan pasien, sikap psikis antara lain keikhlasan, menghargai, empati dan konkrit.

2.2.6 Faktor-Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik

Purwanto (1994) menyatakan ada beberapa hal yang dapat menghambat komunikasi terapeutik antara lain: kemampuan pemahaman yang berbeda, pengamatan atau penafsiran yang berbeda karena pengalaman masa lalu, komunikasi yang berbeda dan mengalihkan topik pembicaraan.

Dewi (2001) menyatakan ada beberapa faktor yang dapat menghambat terciptanya komunikasi yang efektif diantaranya adalah:

a. Mengubah subjek atau topik (*Changing The Subject*)

Mengubah objek pembicaraan menunjukkan empati yang kurang terhadap klien. Hal ini menyebabkan klien merasa tidak nyaman dan cemas, sehingga idenya menjadi kacau dan informasi yang ingin didapatkan dari klien tidak tercukupi.

b. Mengungkapkan keyakinan palsu (*Offering False Reassurance*)

Memberikan keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan akan sangat berbahaya karena dapat mengakibatkan rasa tidak percaya klien terhadap perawat.

c. Memberi nasihat (*Giving Advice*)

Memberi nasihat menunjukkan bahwa perawat tahu yang terbaik dan bahwa klien tidak dapat berpikir untuk diri-sendiri. Klien juga merasa bahwa dia harus melakukan apa yang dipertahankan perawat. Hal ini akan

mengakibatkan penolakan klien karena klien merasa lebih berhak untuk menentukan masalah mereka sendiri.

d. Komentar yang bertahan (*Defensive Comments*)

Perawat yang menjadi defensif dapat mengakibatkan klien tidak mempunyai hak untuk berpendapat, sehingga klien menjadi tidak peduli. Sikap defensif ini muncul karena perawat merasa terancam yang disebabkan hubungan dengan klien. Agar tidak defensif perawat perlu mendengarkan klien walaupun mendengarkan belum tentu setuju.

e. Pertanyaan penyelidikan (*Prying or Probing Questions*)

Pertanyaan penyelidikan akan membuat klien bersifat defensif. Karena klien merasa digunakan dan dinilai hanya untuk informasi yang mereka dapat berikan. Banyak klien yang marah karena pertanyaan yang bersifat pribadi.

f. Menggunakan kata klise (*Using Cliches*)

Kata-kata klise menunjukkan kurangnya penilaian pada hubungan perawat dan klien. Klien akan merasa bahwa perawat tidak dengan situasinya.

g. Mendengarkan dengan tidak memperhatikan (*In Attentive Listening*)

Perawat menunjukkan sikap tidak tertarik ketika klien sedang mencoba mengeksplorasi perasaannya, maka klien akan merasa dirinya tidak penting dan perawat sudah bosan dengannya.

Kriteria keberhasilan komunikasi terapeutik, evaluasi komunikasi yang telah dilakukan sudah terapeutik atau belum dapat ditandai dengan meningkatnya komunikasi dan hubungan perawat klien. Evaluasi didasarkan

pada tujuan yang ditentukan sebelumnya, keefektifan tindakan dan perubahan klien akibat tindakan yang dilakukan. Keberhasilan komunikasi juga dapat ditandai dengan kepuasan yang ditunjukkan klien terhadap pesan yang diterima. Kenyamanan klien secara fisik, klien bersedia mengungkapkan perasaan dan pikirannya saat berkomunikasi, klien merasa cocok untuk berkonsultasi dengan tim perawat dapat dijadikan sebagai evaluasi keberhasilan komunikasi terapeutik. Keberhasilan suatu tindakan dilihat dengan membandingkan hasil yang diharapkan. Hal ini juga digunakan untuk mengevaluasi efektivitas dari komunikasi termasuk gaya dan teknik komunikasi (Potter dan Perry, 1992).

2.2.7 Komunikasi dalam Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu metode untuk mengorganisasikan dan memberikan tindakan keperawatan dari perawat kepada klien. Komponen proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi) sebagai sarana untuk mencapai tujuan yang hendak dicapai melalui pendekatan proses keperawatan. Satu hal penting yang tidak bisa dipisahkan dari proses pencapaian tujuan tersebut adalah komunikasi. Komunikasi merupakan suatu bentuk kegiatan yang selalu dan dapat dilakukan pada setiap tahap atau komponen proses keperawatan. Perawat tidak dapat melakukan proses keperawatan dengan baik tanpa mengetahui kebutuhan klien. Disinilah komunikasi dibutuhkan sebagai sarana untuk menggali kebutuhan klien (Manurung, 2004).

Komunikasi melalui sentuhan kepada klien merupakan metode dalam mendekatkan hubungan antara klien dan perawat. Sentuhan yang diberikan oleh

perawat juga dapat sebagai terapi bagi klien khususnya klien dengan depresi, kecemasan dan kebingungan dalam mengambil keputusan (Manurung, 2004).

2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi Terapeutik

Dalam memberikan pelayanan keperawatan beberapa hal dapat mempengaruhi komunikasi terapeutik baik faktor internal maupun faktor eksternal. Faktor internal yang dimaksud adalah faktor yang ada dalam diri perawat itu sendiri seperti pengetahuan, persepsi dan emosi terhadap komunikasi, sedangkan faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar individu itu sendiri seperti lingkungan kerja, peran hubungan antara komunikator, dan kondisi tempat komunikasi berlangsung.

2.3.1 Pengetahuan

Perbedaan tingkat pengetahuan dapat menjadi kendala dalam berkomunikasi antara perawat dan pasien. Pada komunikasi dengan orang berpengetahuan kemungkinan terjadi umpan balik dalam komunikasi dua arah lebih besar, sedangkan komunikasi pada pasien yang kurang berpengetahuan lebih memungkinkan terjadi komunikasi satu arah karena kemungkinan umpan balik sangat kecil, dengan demikian perawat dituntut untuk mumpuni dalam memahami tingkat pengetahuan pasien.

2.3.1.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, yang terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Sebagian besar pengetahuan diperoleh dari mata dan telinga.

Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Pengetahuan seseorang tentang suatu obyek mengandung 2 aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan obyek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap obyek tertentu (Notoadmojo, 2003). Karena dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Penelitian Rogers (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu yang disebut AIETA:

- a. *Awareness* (kesadaran), di mana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus (obyek)
- b. *Interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus atau obyek tersebut, disini sikap subyek sudah mulai timbul
- c. *Evaluation* (menimbang–timbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.
- d. *Trial*, di mana subyek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.
- e. *Adaption*, di mana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (Notoatmodjo, 2003).

2.3.1.2 Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behavior*). Dari pengalaman dan penelitian ternyata perilaku yang didasarkan oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan yang cukup di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkat yaitu: (Notoadmojo , 2003).

a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan, tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah (Notoadmojo, 2003).

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari (Notoadmojo, 2003).

c. Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum–hukum,

rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain (Notoadmojo, 2003).

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya (Notoadmojo, 2003).

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada (Notoadmojo, 2003).

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang ada (Notoatmodjo, 2003).

2.3.1.3 Pengukuran Pengetahuan

Tingkat pengetahuan setiap individu berbeda-beda satu sama lainnya. Hal ini dipengaruhi oleh banyak faktor, diantaranya usia, tingkat pendidikan, sumber informasi, pengalaman, ekonomi, lingkungan, dan sosial budaya (Notoatmodjo, 2007). Dalam bidang keperawatan, pengetahuan perawat dapat

terus berkembang dengan variasi yang berbeda-beda tergantung pada pengalaman, pendidikan dan inisiatif perawat dalam membaca literatur atau sumber-sumber informasi lainnya. Kedalaman dan keluasan pengetahuan perawat juga dapat mempengaruhi kemampuan dalam berfikir kritis dan kemampuan dalam menangani masalah keperawatan yang sedang dihadapi (Potter & Perry, 2010). Untuk mengetahui tingkat pengetahuan seseorang dapat dilakukan pengukuran dengan menyebarkan angket atau kuisisioner yang menanyakan tentang isi materi tertentu. Menurut Arikunto (2006) pengetahuan seseorang dapat diketahui dan diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori, baik, cukup dan kurang. Kategori baik jika skor hasil prosentase yang diperoleh responden berada pada rentang 76 – 100%, kategori cukup jika skor hasil prosentase 56 - 75%, dan kategori kurang jika skor hasil prosentase < 56%. Dengan tingkat pengetahuan yang baik kiranya kemampuan perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik dapat dilaksanakan dengan sangat baik. Oleh sebab itu tingkat pengetahuan perawat merupakan suatu hal yang harus selalu ditingkatkan agar perawat dapat lebih percaya diri dan mampu menampilkan sikap profesional yang lebih maksimal.

2.3.1.4 Faktor–faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

1. Faktor Internal menurut Notoatmodjo (2003) :

a. Pendidikan

Tokoh pendidikan abad 20 M. J. Largevelt yang dikutip oleh Notoatmojo (2003) mendefinisikan bahwa pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan, dan bantuan yang diberikan kepada

anak yang tertuju kepada kedewasaan. Sedangkan GBHN Indonesia mendefinisikan lain, bahwa pendidikan sebagai suatu usaha dasar untuk menjadi kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam pembangunan (Notoadmojo, 2003).

b. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu peristiwa yang dialami seseorang (Brook, 1974) yang dikutip oleh Azwar (2009), mengatakan bahwa tidak adanya suatu pengalaman sama sekali, suatu objek psikologis cenderung akan bersikap negatif terhadap objek tersebut untuk menjadi dasar pembentukan sikap pengalaman pribadi haruslah meninggalkan kesan yang kuat. Karena itu sikap akan lebih mudah terbentuk apabila pengalaman pribadi tersebut dalam situasi yang melibatkan emosi, penghayatan, pengalaman akan lebih mendalam dan lama membekas (Notoadmojo, 2003).

c. Umur

Menurut Elisabeth yang dikutip Notoadmojo (2003) usia adalah usia individu terhitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun. Semakin cukup umur tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya (Notoadmojo, 2003).

d. Pekerjaan

Pekerjaan adalah kebutuhan yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pekerjaan bukanlah sumber kesenangan, tetapi lebih banyak merupakan cara mencari nafkah yang membosankan, berulang dan banyak tantangan. Sedangkan bekerja umumnya merupakan kegiatan yang menyita waktu. Bekerja bagi ibu-ibu akan mempunyai pengaruh terhadap kehidupan keluarga (Notoadmojo, 2003).

2. Faktor External menurut Notoatmodjo (2003), antara lain :

a. Keluarga

Dalam memenuhi kebutuhan primer ataupun sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik lebih mudah tercukupi dibanding dengan keluarga dengan status ekonomi rendah, hal ini akan mempengaruhi kebutuhan akan informasi termasuk kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulkan bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal.

b. Lingkungan

Menurut Ann. Mariner yang dikutip dari Nursalam (2003) lingkungan merupakan seluruh kondisi yang ada di sekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang /kelompok.

c. Informasi

Informasi adalah keseluruhan makna, dapat diartikan sebagai pemberitahuan seseorang adanya informasi baru mengenai suatu hal

memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal tersebut. Pesan-pesan sugestif dibawa oleh informasi tersebut apabila arah sikap tertentu. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk menggunakan kesadaran masyarakat terhadap suatu inovasi yang berpengaruh perubahan perilaku, biasanya digunakan melalui media masa.

2.3.2 Persepsi

2.3.2.1 Definisi Persepsi

Masukan informasi untuk menciptakan suatu gambaran yang berarti dimana gambaran ini diperoleh melalui suatu proses pemilihan, pengaturan dan penafsiran yang dilakukan oleh seseorang disebut dengan persepsi (Kotler, 200 dalam Verma & Sobti, 2002). Persepsi merupakan suatu proses yang terjadi didalam diri individu yang dimulai dengan diterimanya rangsang, sampai rangsang itu disadari dan dimengerti oleh individu sehingga individu dapat mengenali dirinya sendiri dan keadaan di sekitarnya (Walgito, 2002; Maramis, 2009). Persepsi stimulus dapat berbeda antara individu yang satu dengan yang lain. Persepsi dipengaruhi oleh perasaan, kemampuan berfikir, pengalaman individu yang berbeda satu dengan yang lain (Dovidoff, 1981 dalam Walgito, 2002). Persepsi ini akan berpengaruh pada proses komunikasi karena persepsi merupakan dasar terjadinya komunikasi. Bila terjadi kesamaan persepsi antara komunikator dan komunikan atau lawan bicara maka pesan dapat tersampaikan sesuai dengan yang dimaksud.

2.3.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Persepsi

Faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi menurut Krech dan Crutchfield (1975) dalam Sobur (2003) dan Rakhmat (1994) dikategorikan sebagai berikut (1) Faktor fungsional, faktor fungsional dihasilkan dari kebutuhan, kegembiraan (suasana hati), pelayanan, dan pengalaman masa lalu seseorang individu, (2) Faktor struktural, faktor-faktor struktural berarti bahwa faktor-faktor tersebut timbul atau dihasilkan dari bentuk stimuli dan efek-efek netral yang ditimbulkan dari sistem saraf individu, (3) Faktor situasional, faktor ini banyak berkaitan dengan bahasa nonverbal, petunjuk proksemik, petunjuk kinestik, petunjuk wajah, petunjuk paralinguistik adalah beberapa dari faktor situasional yang mempengaruhi persepsi, (4) Faktor personal, faktor personal ini terdiri atas pengalaman, motivasi dan kepribadian. Pengalaman akan membantu seseorang dalam meningkatkan kemampuan persepsi.

Sholeh (2009) menjelaskan persepsi lebih bersifat psikologis daripada merupakan proses penginderaan saja maka ada beberapa faktor yang mempengaruhi;

- 1) Perhatian yang selektif, individu memusatkan perhatiannya pada rangsang-rangsang tertentu saja.
- 2) Ciri-ciri rangsang, rangsang yang bergerak diantara rangsang yang diam akan lebih menarik perhatian.
- 3) Nilai dan kebutuhan individu
- 4) Pengalaman dahulu, pengalaman terdahulu sangat mempengaruhi bagaimana seseorang mempersepsikan dunianya.

2.3.2.3 Proses Terjadinya Persepsi

Seseorang untuk bisa berpersepsi memerlukan tahapan-tahapan atau proses tertentu yang harus dilaluinya. Menurut Sunaryo (2004) ada tiga proses yang harus dilalui untuk membentuk persepsi; yang pertama adalah proses fisik (kealaman) yaitu obyek stimulus reseptor atau alat indera, yang kedua adalah proses fisiologis yaitu stimulus saraf sensoris otak dan proses psikologis yaitu proses dalam otak sehingga individu menyadari stimulus yang diterima.

Proses ini berlangsung secara alami dan berkaitan dengan segi fisik. Proses tersebut dinamakan proses kealaman. Stimulus suatu obyek yang diterima oleh alat indera, kemudian disalurkan ke otak melalui saraf sensoris. Proses pentransferan stimulus ke otak disebut proses psikologis, yaitu berfungsinya alat indera secara normal. Otak selanjutnya memproses stimulus hingga individu menyadari objek yang diterima oleh alat inderanya. Proses ini juga disebut proses psikologis. Dalam hal ini terjadilah adanya proses persepsi yaitu suatu proses dimana individu mengetahui dan menyadari suatu obyek berdasarkan stimulus yang mengenai alat inderanya (Walgito, 2002).

2.3.3 Kecerdasan Emosi

2.3.3.1 Pengertian Emosi

Emosi didefinisikan sebagai semua kegiatan atau pergolakan pikiran, perasaan, nafsu atau setiap keadaan mental yang hebat dan meluap-luap. Emosi mengacu pada suatu perasaan atau pemikiran yang khas, suatu keadaan biologis dan psikologis, dan serangkaian kecenderungan untuk bertindak (Goleman, 2006). Dalam *the Nicomache Ethics* pembahasan Aristoteles secara filsafat tentang kebajikan, karakter dan hidup yang benar, tantangannya adalah

menguasai kehidupan emosional kita dengan kecerdasan, nafsu, apabila dilatih dengan baik akan memiliki kebijaksanaan, nafsu membimbing pemikiran, nilai dan kelangsungan hidup kita. Tetapi nafsu dapat dengan mudah menjadi tak terkendali dan hal ini sering terjadi. Menurut Aristoteles, masalahnya bukanlah mengenai emosionalitas, melainkan mengenai keselarasan antara emosi dan cara mengekspresikannya (Goleman, 2006).

Orang cenderung menganut gaya-gaya khas dalam menangani dan mengatasi emosi mereka, yaitu sadar diri, tenggelam dalam permasalahan, dan pasrah, dengan melihat keadaan itu maka penting bagi setiap individu memiliki kecerdasan emosional agar menjadikan hidup lebih bermakna dan tidak menjadikan hidup yang dijalani menjadi sia-sia (Goleman, 2006). Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa emosi adalah suatu perasaan (afek) yang mendorong individu untuk merespon atau bertingkah laku terhadap permasalahan. Dengan melihat keadaan itu maka penting bagi setiap individu memiliki kecerdasan emosional agar menjadikan hidup lebih bermakna dan tidak menjadikan hidup yang dijalani menjadi sia-sia (Goleman, 2006). Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa emosi adalah suatu perasaan (afek) yang mendorong individu untuk merespon atau bertingkah laku terhadap stimulus, baik yang berasal dari dalam maupun luar dirinya.

Dalam membantu pasien perawat harus melibatkan perasaan, dan merasakan apa yang dirasakan oleh pasien yang ada dalam perawatannya. Seorang perawat yang mengalami konflik dengan teman sejawat, hendaknya tidak menampakkan suasana hatinya yang sedang marah di depan pasien. Perawat harus dapat bersifat profesional dalam mengendalikan diri dan emosi,

dengan demikian komunikasi antara perawat dan pasien dapat berjalan dengan baik dan efektif.

2.3.3.2 Pengaturan Emosi di Otak

Emosi manusia diatur oleh amigdala, amigdala adalah sebuah struktur yang saling berhubungan yang bertumpu pada batang otak, disekat system limbik. Di otak kita, terapat dua amigdala, masing-masing disetiap sisi. Amigdala dan Hipocampus merupakan bagian penting dari otak untuk melakukan banyak kegiatan mengingat dan untuk pembelajaran. Amigdala berfungsi khusus untuk mengatur masalah-masalah emosional. Jika amigdala dipisahkan dari bagian-bagian otak lainnya maka hasilnya adalah ketidakmampuan yang mencolok dalam menangkap makna emosional atau yang sering disebut dengan “kebutaan afektif” (Goleman, 2006).

Amigdala terletak di bawah korteks medial anterior setiap lobus temporalis. Pada manusia, bagian amigdala, yaitu *nuclei basolateral*, lebih berkembang daripada yang berhubungan dengan *nervous olfaktorius*. Bagian ini memiliki peranan yang sangat luas dan penting bagi banyak aktivitas dan perilaku yang umum dilakukan (Hall, 2007). Keseluruhan amigdala berfungsi untuk mengatur perilaku sadar yang bekerja pada pikiran bawah sadar. Amigdala bekerja pada sistem limbic seseorang untuk menghubungkan alam nyata dan alam pikiran, karena itu amigdala ikut serta menentukan pola respon perilaku seseorang untuk menyesuaikan diri dengan setiap keadaan (Hall, 2007). Manusia yang diambil Amigdala untuk mengendalikan penyakit epilepsi, menjadi sama sekali tidak berminat pada manusia dan menarik diri dari hubungan antar manusia. Dia dapat memahami percakapan tetapi tidak dapat memahami dan

merasakan perasaan. Amigdala merupakan tempat penyimpanan ingatan emosional. Air mata yang merupakan tanda khas dari emosi manusia juga dirangsang oleh amigdala yaitu *Gyrus Cingulatus* (Goleman, 2006).

2.3.3.3 Pengaturan Emosi dan Nalar di Otak

Sambungan antara Amigdala dan Neurokorteks adalah bagian yang menghubungkan antara emosi dan nalar (rasional). Sambungan inilah yang dapat menjelaskan mengapa emosi sedemikian penting bagi nalar yang efektif, baik dalam membuat keputusan-keputusan yang bijaksana maupun dalam berfikir jernih (Goleman, 2006).

Sinyal yang diterima dari luar melalui panca indera akan dikirimkan ke Thalamus untuk diterjemahkan dalam bahasa otak. Sebagian besar pesan tersebut akan dikirimkan ke Neokorteks untuk dianalisa dan ditentukan makna serta respon yang cocok. Jika respon tersebut bersifat emosional, maka akan dikirimkan ke Amigdala untuk mengaktifkan pusat emosi. Tetapi sebagian kecil sinyal asli langsung menuju Amigdala dari Thalamus dengan transmisi yang lebih cepat sehingga memungkinkan respon yang lebih cepat walaupun kurang akurat. Didalam otak manusia, bagian yang paling berperan dalam meredam reaksi emosi yang sangat tiba-tiba dari amigdala terletak di lobus prefrontal. Korteks prefrontal ini bekerja saat orang merasa takut atau marah. Fungsinya adalah menghambat atau mengendalikan perasaan agar dapat menangani situasi yang dihadapi dengan lebih efektif (Goleman, 2006).

Lobus prefrontal ini dapat mengatur reaksi emosi mulai dari awal, hal ini dikarenakan sinyal terbesar dari thalamus dikirimkan ke bagian ini, bukan ke amigdala. Serangkaian tahapan sirkuit dalam neokorteks mendata dan

menganalisis sinyal tersebut, memahaminya, dan melalui lobus-lobus prefrontal, mengatur suatu reaksi. Apabila dalam proses itu dibutuhkan respon emosional, maka lobus prefrontal akan memerintahkan untuk bekerjasama dengan amigdala dan sirkuit-sirkuit lain dalam otak emosional (Goleman, 2006).

Kemampuan bekerjasama dalam menjalankan fungsinya, bekerjasama dengan pikiran rasional untuk memutuskan melakukan suatu tindakan atau tidak. Keberhasilan dalam kehidupan ditentukan oleh keduanya. Intelektualitas atau rasionalitas tidak dapat bekerja baik tanpa kecerdasan emosional. Sifat saling melengkapi antara sistem limbic dengan neurokorteks, amigdala dengan lobus-lobus prefrontal, emosi dan rasional adalah merupakan pasangan yang mengatur pikiran dan perasaan kita. Apabila pasangan-pasangan ini berinteraksi dengan baik, kecerdasan emosi akan bertambah, demikian pula kecerdasan intelektual pada diri seseorang (Goleman, 2006).

2.3.3.4 Pengertian Kecerdasan Emosi

Istilah “kecerdasan emosional” pertama kali dilontarkan pada tahun 1990 oleh psikolog Peter Salovey dari Harvard University dan John Mayer dari University of New Hampshire untuk menerangkan kualitas-kualitas emosional yang tampaknya penting bagi keberhasilan. Salovey dan Meyer mendefinisikan kecerdasan emosional atau yang sering disebut EQ sebagai himpunan bagian dari kecerdasan sosial yang melibatkan kemampuan memantau perasaan sosial yang melibatkan kemampuan pada orang lain, memilah-milah semuanya dan menggunakan informasi ini untuk membimbing pikiran dan tindakan (Shapiro, 1998).

Kecerdasan emosi adalah kemampuan merasakan, memahami dan secara efektif menerapkan daya dan kepekaan emosi sebagai sumber energi informasi, koreksi dan pengaruh yang manusiawi. Kecerdasan emosi menuntut penilaian perasaan untuk belajar mengakui, menghargai perasaan pada diri dan orang lain serta menanggapi dengan tepat, menerapkan secara efektif energi emosi dalam kehidupan sehari-hari. Kecerdasan emosi juga merupakan kemampuan untuk menggunakan emosi secara efektif untuk mencapai tujuan, membangun produktivitas dan meraih keberhasilan (Cooper dan Sawaf, 1999 dalam Setyawan, 2005).

Kecerdasan emosional sangat dipengaruhi oleh lingkungan, tidak bersifat menetap, dapat berubah-ubah setiap saat. Untuk itu peranan lingkungan terutama orang tua pada masa kanak-kanak sangat mempengaruhi dalam pembentukan kecerdasan emosional. Keterampilan EQ bukanlah lawan keterampilan IQ atau keterampilan kognitif, namun keduanya berinteraksi secara dinamis, baik pada tingkatan konseptual maupun di dunia nyata. Selain itu EQ tidak begitu dipengaruhi oleh faktor keturunan (Shapiro, 1998).

Menurut Gardner, kecerdasan pribadi terdiri dari kecerdasan antar pribadi yaitu kemampuan untuk memahami orang lain, apa yang memotivasi mereka, bagaimana mereka bekerja, bagaimana bekerja bahu-membahu dengan kecerdasan. Sedangkan kecerdasan intra pribadi adalah kemampuan yang korelatif, tetapi terarah ke dalam diri. Kemampuan tersebut adalah kemampuan membentuk suatu model diri-sendiri yang teliti dan mengacu pada diri serta kemampuan untuk menggunakan modal tadi sebagai alat untuk menempuh kehidupan secara efektif (Goleman, 2002).

Berdasarkan kecerdasan yang dinyatakan oleh Gardner tersebut, Salovey memilih kecerdasan interpersonal dan kecerdasan intrapersonal untuk dijadikan sebagai dasar untuk mengungkap kecerdasan emosional pada diri individu. Menurutnya kecerdasan emosional adalah kemampuan seseorang untuk mengenali emosi diri, mengelola emosi, memotivasi diri-sendiri, mengenali emosi orang lain (empati) dan kemampuan untuk membina hubungan (kerjasama) dengan orang lain (Goleman, 2002).

Kecerdasan emosional adalah kemampuan seseorang mengatur kehidupan emosinya dengan intelegensi (*to manage our emotional life with intelligence*); menjaga keselarasan emosi dan pengungkapannya (*the appropriateness of emotion and its expression*) melalui keterampilan kesadaran diri, pengendalian diri, motivasi diri, empati dan keterampilan sosial (Goleman, 2002). Seorang ahli kecerdasan emosi, mengatakan bahwa yang dimaksud dengan kecerdasan emosi di dalamnya termasuk kemampuan mengontrol diri, memacu, tetap tekun, serta dapat memotivasi diri-sendiri. Kecakapan tersebut mencakup pengelolaan bentuk emosi baik yang positif maupun negatif (Goleman, 2002).

2.3.3.5 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecerdasan Emosi

Kecerdasan emosi dipengaruhi oleh beberapa faktor, (1) faktor biologis faktor ini berkaitan dengan pengaturan emosi oleh fungsi fisiologis otak, pusat pengaturan emosi otak adalah amigdala, (2) Faktor psikologis, faktor ini berkaitan dengan fungsi kognitif/pikiran rasional, konsep diri, perasaan terhadap lingkungan dan orang-orang sekitar, (3) Faktor budaya, faktor ini melatarbelakangi kecenderungan seseorang untuk mengekspresikan emosinya,

dan (4) Faktor lingkungan, lingkungan adalah tempat mempelajari pola-pola perilaku individu, dalam kaitannya dengan kecerdasan emosional, maka lingkungan adalah tempat belajar mengenali dan mengekspresikan emosi (Martin, 2006).

2.3.3.6 Komponen Kecerdasan Emosi

Menempatkan kecerdasan pribadi Gardner dalam definisi dasar tentang kecerdasan emosional yang dicetuskannya dan memerlukan kemampuan tersebut menjadi lima kemampuan utama, yaitu: (Goleman, 2002).

(1) Mengenali Emosi Diri

Mengenali emosi diri-sendiri merupakan suatu kemampuan untuk mengenali perasaan sewaktu perasaan itu terjadi, kemampuan ini merupakan dasar dari kecerdasan emosional, para ahli psikologi menyebutkan kesadaran diri sebagai *metamood*, yakni kesadaran seseorang akan emosinya sendiri. Menurut Mayer (Goleman, 2002) kesadaran diri adalah waspada terhadap suasana hati maupun pikiran tentang suasana hati, bila kurang waspada maka individu menjadi mudah larut dalam aliran emosi dan dikuasai oleh emosi. Kesadaran diri memang belum menjamin penguasaan emosi dan dikuasai oleh emosi, namun merupakan salah satu prasyarat penting untuk mengendalikan emosi sehingga individu mudah menguasai emosi.

(2) Mengelola Emosi

Mengelola emosi merupakan kemampuan individu dalam menangani perasaan agar dapat terungkap dengan tepat atau selaras, sehingga tercapai keseimbangan dalam diri individu, menjaga agar emosi yang merisaukan

tetap terkendali merupakan kunci menuju kesejahteraan emosi. Emosi berlebihan yang meningkat dengan intensitas terlampau lama akan mengoyak kestabilan kita (Goleman, 2002). Kemampuan ini mencakup kemampuan untuk menghibur diri-sendiri, melepaskan kecemasan, kemurungan atau ketersinggungan dan akibat-akibat yang ditimbulkannya serta kemampuan untuk bangkit dari perasaan-perasaan yang menekan.

(3) Memotivasi Diri sendiri

Prestasi harus dilalui, dengan dimilikinya motivasi dalam diri individu, yang berarti memiliki ketekunan untuk menahan diri terhadap kepuasan dan mengendalikan dorongan hati, serta mempunyai perasaan motivasi yang positif, yaitu antusiasisme, gairah, optimis dan keyakinan diri.

(4) Mengenali Emosi Orang Lain

Kemampuan untuk mengenali emosi orang lain disebut juga empati, kemampuan seseorang untuk mengenali orang lain atau peduli, menunjukkan kemampuan empati seseorang. Individu yang memiliki kemampuan empati lebih mampu menangkap sinyal-sinyal sosial yang tersembunyi yang mengisyaratkan apa-apa yang dibutuhkan orang lain sehingga ia lebih mampu menerima sudut pandang orang lain, peka terhadap perasaan orang lain dan lebih mampu untuk mendengarkan orang lain (Goleman, 2002).

Rosenthal dalam penelitiannya menunjukkan bahwa orang-orang yang mampu membaca perasaan dan isyarat non verbal lebih mampu menyesuaikan diri secara emosional, lebih populer, lebih mudah bergaul, dan lebih peka (Goleman, 2002). Nowicki, ahli psikologi menjelaskan bahwa anak-anak yang tidak mampu membaca atau mengungkapkan emosi dengan baik akan terus-menerus merasa frustrasi (Goleman, 2002). Seseorang yang

mampu membaca emosi orang lain juga memiliki kesadaran diri yang tinggi, semakin mampu terbuka pada emosinya sendiri, mampu mengenal dan mengakui emosinya sendiri, maka orang tersebut mempunyai kemampuan untuk membaca perasaan orang lain.

(5) Membina Hubungan

Kemampuan dalam membina hubungan merupakan suatu ketrampilan yang menunjang popularitas, kepemimpinan dan keberhasilan antar pribadi, ketrampilan dalam berkomunikasi merupakan kemampuan dasar dalam keberhasilan membina hubungan. Individu sulit untuk mendapatkan apa yang diinginkannya dan sulit juga memahami keinginan serta kemauan orang lain (Goleman, 2002). Orang-orang yang hebat dalam ketrampilan membina hubungan ini akan sukses dalam bidang apapun. Orang berhasil dalam pergaulan karena mampu berkomunikasi dengan lancar pada orang lain. Orang-orang ini populer dalam lingkungannya dan menjadi teman yang menyenangkan karena kemampuannya berkomunikasi. Ramah-tamah, baik hati, hormat dan disukai orang lain dapat dijadikan petunjuk positif bagaimana orang mampu membina hubungan dengan orang lain, sejauhmana kepribadian orang berkembang dilihat dari banyaknya hubungan interpersonal yang dilakukannya (Goleman, 2002).

2.3.4 Peran dan Hubungan

Peran seseorang berpengaruh dalam komunikasi, seorang perawat akan merasa nyaman dan bersikap terbuka ketika berkomunikasi dengan teman sejawat. Hal berbeda ketika perawat berkomunikasi dengan tenaga kesehatan lain atau orang yang memegang jabatan lebih tinggi. Komunikasi dapat berjalan

apabila kedua pihak telah saling mengenal. Dalam kondisi demikian lawan komunikasi akan dengan leluasa mengemukakan perasaan atau sesuatu yang dialami atau dirasakan.

2.3.5 Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan yang kondusif merupakan faktor pendukung yang positif bagi berlangsungnya komunikasi. Situasi yang ramah, nyaman, tetapi terganggu oleh suara gaduh tidak mendukung keberhasilan komunikasi. Perawat berwenang mengendalikan suasana pada waktu pasien berkumpul di suatu ruangan untuk menunggu giliran pelayanan kesehatan. Ia harus bersikap tenang dan berbicara dengan jelas ketika menyampaikan informasi kepada pasien atau keluarganya. Karena itu diperlukan penataan suasana agar komunikasi dapat berlangsung efektif (Potter Perry, 2002).

2.4 Hubungan pengetahuan dengan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi lazim dilakukan individu dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini biasanya dilakukan dengan tujuan untuk bertukar informasi dengan orang lain yang ada disekitarnya (Videbeck, 2008). Komunikasi dapat dilakukan secara disadari ataupun tidak dengan melibatkan proses yang kompleks. Komunikasi merupakan elemen dasar dari interaksi manusia yang memungkinkan seseorang untuk menetapkan, mempertahankan, dan meningkatkan kontak dengan orang lain (Potter & Perry, 2005). Dengan melakukan komunikasi sesungguhnya manusia memiliki keinginan agar dapat diterima oleh lingkungan dan memelihara hubungan dengan lingkungan yang ada disekitarnya.

Namun ketika seseorang tidak memiliki pengetahuan bagaimana berkomunikasi dengan baik maka pesan yang ingin disampaikan tidak akan dapat terkirim dengan benar. Abdalrahim, Majali, Stomberg, dan Bergbom (2010) mengungkapkan bahwa meningkatnya pengetahuan perawat dapat mengubah sikap terhadap suatu permasalahan tertentu dan hal ini bermanfaat bagi pengembangan kesadaran diri perawat dalam memberikan pelayanan yang lebih baik. Selain itu, dengan tingkat pengetahuan yang tinggi perawat juga diharapkan dapat mengembangkan kemampuan berpikir kritis.

Potter dan Perry (2010) menyebutkan bahwa kedalaman dan keluasan pengetahuan perawat dapat mempengaruhi kemampuan dalam berpikir kritis dan meningkatkan kemampuan dalam menangani masalah keperawatan yang sedang dihadapinya. Oleh karena itu kiranya pengetahuan dapat menjadi suatu hal yang penting bagi perawat dalam kapasitasnya sebagai pemberi asuhan kepada klien. Dengan pengetahuan yang baik diharapkan sikap dan performa yang ditampilkan perawat dapat menjadi lebih berkualitas dan memberikan kepuasan tersendiri bagi klien dan keluarga.

2.5 Hubungan Persepsi dengan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik

Pada umumnya manusia mempersepsikan suatu objek berdasarkan kaca matanya sendiri, yang diwarnai oleh nilai dan pengalamannya. Notoatmodjo (2003) mendefinisikan persepsi sebagai pengalaman yang dihasilkan melalui panca indra. Menurut Prasetijo (2004) pembentukan persepsi seseorang tergantung pada berbagai faktor yang mempengaruhinya, baik faktor internal seperti: pengalaman, kebutuhan saat itu, nilai-nilai yang dianut, ekspektasi maupun faktor eksternal seperti: tampilan produk, sifat-sifat

stimulus dan situasi lingkungan. Persepsi perawat terhadap komunikasi terapeutik menjadi salah-satunya (Satrianegara & Saleha, 2009).

Cara pandang ini dapat memberikan dampak yang signifikan terhadap tindakan perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik. Perawat yang memiliki persepsi baik terkait komunikasi akan melakukan tindakan komunikasi terapeutik dengan baik, namun perawat yang tidak memiliki persepsi yang baik maka akan menganggap bahwa komunikasi terapeutik tidak memiliki efek terhadap *outcome* pada pasien jiwa (Andri, 2012). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Anna (2009) menjelaskan bahwa terdapat ketidakpuasan dengan komunikasi perawat dimana hal ini mengakibatkan menurunnya kepercayaan pasien terhadap perawat yang mengakibatkan tingkat kenyamanan pasien menurun.

2.6 Hubungan Kecerdasan Emosi dengan Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah suatu interaksi interpersonal antara perawat dan klien, yang selama interaksi berlangsung, perawat berfokus pada kebutuhan khusus klien untuk meningkatkan pertukaran informasi yang efektif antara perawat dan klien. Di dalam berkomunikasi, seorang perawat harus mampu mengenali emosi dirinya, mengenali emosi orang lain (empati), serta mampu mengelola emosi tersebut. Kemampuan tersebut merupakan komponen dari kecerdasan emosional (EQ).

Oleh karena itu, kematangan emosi seorang perawat sangat diperlukan dalam membina hubungan dengan klien. Dalam konsep modern, kematangan

emosi ini sering disebut sebagai kecerdasan emosional, *Emotional Quotien* (EQ) atau *Emotional Intelligence* (EI).

Orang yang cerdas emosi akan mampu mengenali emosi, mengendalikan emosi, memotivasi diri, empati dan hubungan sosial, dengan adanya kemampuan untuk mengenali emosi, mengendalikan emosi, memotivasi diri, empati dan berhubungan sosial maka akan mampu melakukan komunikasi dengan orang lain, (Goleman, 2002). Seorang perawat yang memiliki kecerdasan emosi yang tinggi mempunyai potensi untuk mengetahui dan menangani perasaannya sendiri dengan baik dan mampu membaca, menghadapi perasaan orang lain dengan baik, sedangkan perawat dengan kecerdasan emosi yang rendah sulit mengendalikan keadaan emosinya sehingga mempengaruhi kemampuan untuk berfikir dengan jernih dan merusak kemampuan untuk memusatkan perhatian pada tugasnya (Goleman, 2004).

Berdasarkan hasil penelitian Goleman (1996), IQ hanya memberi kontribusi 20% dari kesuksesan hidup seseorang. Selebihnya bergantung pada kecerdasan emosional (*emotional intelligence*, EI atau EQ) dan sosial yang bersangkutan. Kecerdasan emosional akan sangat membantu seseorang untuk mengenali emosi diri, mengelola emosi, memotivasi diri sendiri, mengenali emosi orang lain, dan membina hubungan. Keterampilan seperti ini sangat diperlukan oleh seorang perawat dalam berhubungan dengan klien psikiatri (Kaur, 2013).

Hubungan terapeutik antara perawat dan klien hanya dapat dicapai melalui komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik merupakan penggunaan komunikasi dengan maksud untuk menciptakan hasil yang bermanfaat bagi pasien. Dengan komunikasi terapeutik, perawat dapat berfokus pada kebutuhan

husus klien untuk meningkatkan pertukaran informasi yang efektif antara perawat dan klien (Ealias, 2012).

Dalam praktik keperawatan jiwa, komunikasi terapeutik banyak digunakan untuk merubah perilaku maladaptif dari klien. Menurut Carl Rogers, ada beberapa prinsip komunikasi terapeutik yang harus diperhatikan oleh seorang perawat. Beberapa diantaranya adalah perawat harus mampu mengenali dirinya sendiri, berempati, serta mampu mengekspresikan perasaan.

Untuk dapat membina hubungan perawat-klien melalui komunikasi terapeutik ini diperlukan kecerdasan emosional (EQ) seorang perawat. Hal ini sesuai dengan konsep kecerdasan emosional (EQ) yang membagi komponen kecerdasan emosional menjadi lima. Lima komponen tersebut antara lain adalah kemampuan mengenali emosi diri, mengelola emosi, memotivasi diri sendiri, mengenali emosi orang lain, serta membina hubungan. Oleh karena itu, komponen-komponen tersebut sangat diperlukan oleh mahasiswa perawat dalam melakukan komunikasi.

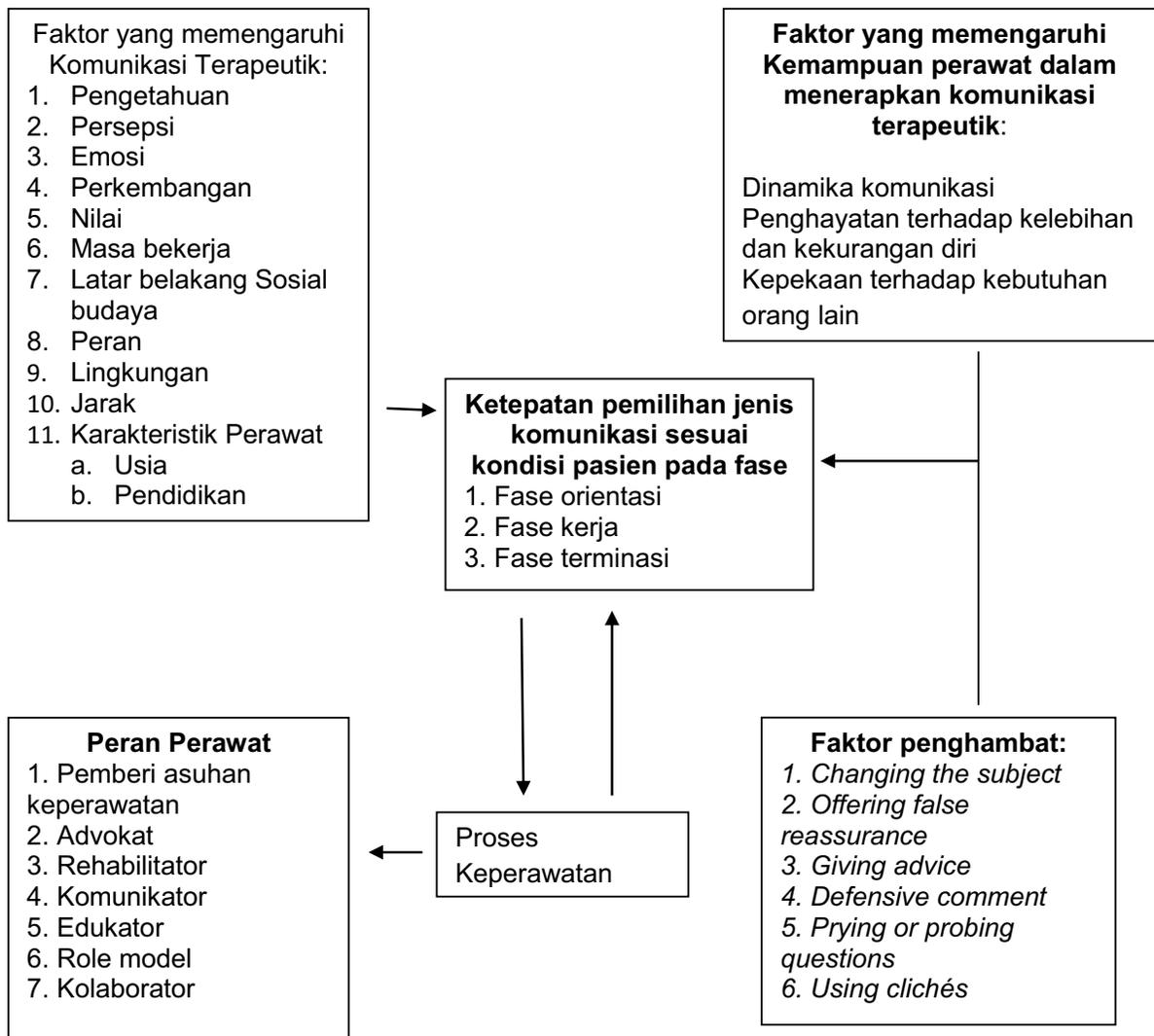
Bila dianalogikan, maka lima komponen kecerdasan emosional tersebut akan sesuai dengan prinsip komunikasi terapeutik. Kemampuan mengenali diri sendiri sesuai dengan mengenali emosi diri pada EQ, empati dengan mengenali emosi orang lain, dan mengekspresikan perasaan dengan mengelola emosi. Untuk membina hubungan terapeutik juga diperlukan motivasi yang kuat dari mahasiswa perawat sendiri. Hal ini menunjukkan bahwa kecerdasan emosional turut mempengaruhi kemampuan kemampuan berkomunikasi seseorang.

2.7 Landasan Teori

Dalam asuhan keperawatan, komunikasi terapeutik ditujukan untuk mengubah perilaku klien guna mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Dalam berinteraksi dengan pasien, pemecahan masalah pasien, perawat dituntut memiliki pengetahuan, persepsi dan kecerdasan emosi yang baik dimana akan mempengaruhi pelaksanaan komunikasi terapeutik sehingga komunikasi berjalan efektif dan efisien. Nasir *et al* (2009) dalam melaksanakan komunikasi terapeutik, perawat harus memiliki pengetahuan serta kemampuan berkomunikasi yang baik.

Dwidiyanti (2008), pelaksanaan komunikasi terapeutik terkait dengan dinamika komunikasi, penghayatan terhadap kelebihan dan kekurangan diri serta kepekaan terhadap kebutuhan orang lain. Perpaduan pendapat Nasir *et al* (2009) dan Dwidiyanti (2008), Stuart dan Laraia (2001) digunakan sebagai landasan teori dalam penelitian ini untuk mengkaji faktor pengetahuan, persepsi, kecerdasan emosi, usia dan pendidikan perawat terhadap pelaksanaan komunikasi terapeutik dalam pemberian tindakan keperawatan pada pasien di IPCU RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Secara skematis, peran perawat dalam proses komunikasi terapeutik serta faktor-faktor yang terkait dengan penerapan komunikasi terapeutik dalam pelayanan keperawatan dapat dilihat pada gambar 2.1 berikut:



Gambar 2.1 Skema Landasan Teori Modifikasi:
 Perry & Potter (2005), Dwidiyanti (2008), Stuart dan Laraia (2001)