

# SKRIPSI

## ANALISIS FAKTOR BERHUBUNGAN DENGAN KEMAMPUAN TERAPEUTIK PERAWAT DI RUANG PENYAKIT DALAM RSUD BRIG.JEND

H.HASSAN BASRY KAL-SEL 2009

*PENELITIAN CROSS SECTIONAL*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
Pada Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Oleh :

**ERLINA ASTUTI**

NIM : 010730463 B

**FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2009**

## **SURAT PERNYATAAN**

**Saya bersumpah bahwa skripsi penelitian ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun**

**Surabaya, Pebruari 2009**

**Yang menyatakan**



**Erlina Astuti**

**NIM : 010730463 B**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

PROPOSAL INI TELAH DISETUJUI  
Tanggal, 20 Februari 2009

Oleh

Pembimbing I



Ah. Yusuf, SKp., M.Kes.  
NIP. 132 255 152

Pembimbing II



Hanik Endang Nihayati, S. Kep., Ns.  
NIP. 139 040 678

Mengetahui  
Pj. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga



Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)  
NIP. 140 238 226

## PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah diuji

Pada tanggal 24 Februari 2009

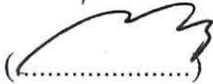
### PANITIA PENGUJI

Ketua : Purwaningsih, SKp MARS



(.....)

Anggota : 1. Ah. Yusuf, SKp., M.Kes



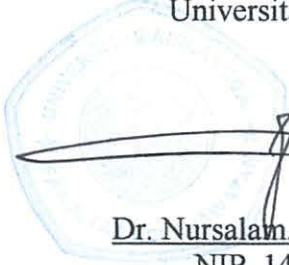

(.....)

2. Hanik Endang Nihayati, S. Kep., Ns



(.....)

Mengetahui  
Pj. Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Airlangga



Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons)  
NIP. 140 238 226

**MOTTO**

**JANGAN BERPUTUS ASA,  
KARENA YANG MENCUKUPI ADALAH ALLAH...  
JANGAN BERKELUH KESAH,  
KARENA YANG MENJADIKAN ADALAH ALLAH...  
BERGEMBIRALAH DENGAN KEBAIKAN,  
KARENA YANG MEMBERI JALAN KELUARNYA ADALAH ALLAH,  
ALLAH MENJADIKAN KEMUDAHAN SETELAH KESULITAN  
CUKUPLAH ALLAH BAGIMU DALAM SETIAP KEADAAN**

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur kehadirat ALLAH SWT atas segala limpahan dan rahmat-Nya, atas segala kekuatan dan doa yang dikabulkan sehingga saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend H.Hassan Basry Kandangan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Kalimantan Selatan”

Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Selesainya skripsi ini tidak lain juga berkat bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, oleh karena itu spantasnya saya sampaikan rasa terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Prof. Dr.H. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga
2. Dr. Nursalam, M. Nurs (Hons), selaku Pj. Dekan Fakultas Keperawatan Unair Surabaya, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk menimba ilmu dan mengikiti pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Ah. Yusuf, SKp., M.Kes., selaku dosen pembimbing I yang telah memberikan bantuan, bimbingan sekaligus motivasi bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini.
4. Hanik Endang Nihayati, S.Kep. Ns., selaku pembimbing II yang telah memberikan banyak masukan, bimbingan dan motivasi selama pembuatan skripsi ini.

5. Seluruh dosen, staf dan karyawan Fakultas Keperawatan yang turut membantu memfasilitasi penulis dalam penyusunan skripsi ini.
6. Direktur RSUD. Brigj.H.Hassan Basry Kandangan, yang telah memberikan ijin dan memberikan fasilitas yang memudahkan penulis melaksanakan penelitian.
7. Kedua orang tua, adik-adik serta seluruh keluarga atas bantuan, dukungan dan tidak hentinya mendoakan serta memberikan dorongan baik moril maupun material.
8. Seluruh rekan-rekan di RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry yang tak hentinya memberikan motivasi kepada saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
9. Rekan-rekan BX yang telah memberikan support, kerjasama serta semangat kebersamaannya sehingga saya termotivasi untuk menyelesaikan penelitian ini.
10. Responden (perawat) di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend.H. Hassan Basry Kandangan yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini sehingga kegiatan penelitian dapat berjalan dengan lancar.
11. Sahabat, rekan-rekan serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang memberikan motivasi hingga saya menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis sadar bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap penelitian ini bermanfaat bagi semua pihak khususnya profesi keperawatan.

Surabaya, Pebruari 2009

Penulis

**ABSTRACT****ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO THE THERAPEUTIC NURSES  
RELATIONSHIP AT INTERNAL WARDS, BRIGJEND. H. HASAN  
BASRY HOSPITAL, KANDANGAN****Erlina Astuti**

The nursing is a helping profession, so the therapeutic nurses relationship is an important element for nursing practice. This is to obtain maximum results in nursing health care. The quality of self, communication facilitation, response dimension and acting dimension is any element related to the therapeutic nurses relationship. The objective of this study was to find correlation between personal quality, facilitative communication, the dimension of response and action, with nurses' therapeutic communication capability.

This study used cross-sectional method using purposive sampling to recruit samples. Observed samples comprised 14 respondents who were in duty at Internal Wards, Brigjend H. Hasan Basry Hospital, Kandangan. Data were collected using questionnaire and based on observation sheet. Data were subsequently subjected to Spearman-Rank Correlation test with  $\alpha = 0.05$ .

Result of this study, based on correlation coefficient value from Spearman rank test was found to be 0.730 with  $p = 0.003$ , indicating correlation between independent variables: quality of self, communication facilitation, response of dimension, acting of dimension, with the dependent variable: therapeutic nurses relationship.

It is therefore important for the nurses to maintain and improve their knowledge and skill in therapeutic relationship to maintain and improve nursing care quality. In conclusion, the better the quality of self, communication facilitation, response of dimension and acting of dimension, the more the therapeutic relationship. It is recommended for other researchers in the future to widen the scope of study, not only in therapeutic relationship, but also more specific, example based on problem solving analysis.

**Keywords:** quality of self, communication facilitation, response of dimension, acting of dimension, therapeutic relationship



## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar .....	i
Lembar Pernyataan .....	ii
Lembar Persetujuan .....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji .....	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
Abstract.....	viii
Daftar Isi .....	ix
Daftar Tabel .....	xii
Daftar Gambar .....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.3.1 Tujuan Umum .....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	3
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	3
1.4.2 Manfaat Praktis .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>5</b>
2.1 Hubungan Terapeutik Perawat-Klien.....	5
2.1.1 Pengertian Hubungan Terapeutik.....	5
2.1.2 Tujuan Hubungan Terapeutik.....	5
2.1.3 Pentingnya Menjadi Terapeutik .....	6
2.1.4 Perbedaan Antara <i>Social Superficiality</i> dan <i>Therapeutic Intimacy</i> .....	6
2.1.5 Manfaat Menjadi Terapeutik.....	7
2.1.6 Cara Menjadi Perawat Yang Terapeutik .....	7
2.1.7 Kualitas Personal .....	8
2.1.8 Komunikasi Fasilitatif.....	13
2.1.9 Dimensi Respon.....	29
2.1.10 Dimensi Tindakan .....	31
2.1.11 Kebuntuan Terapeutik .....	33
2.2 Konsep Komunikasi.....	39
2.2.1 Pengertian Komunikasi .....	39
2.2.2 Komponen Komunikasi .....	39
2.2.3 Proses Komunikasi .....	40
2.2.4 Tingkat Hubungan Komunikasi .....	41
2.2.5 Bentuk Komunikasi .....	41
2.2.6 Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi.....	44
2.2.7 Aplikasi Komunikasi Dalam Asuhan Keperawatan.....	47

2.3	Komunikasi Terapeutik .....	48
2.3.1	Pengertian Komunikasi Terapeutik .....	48
2.3.2	Tujuan Komunikasi Terapeutik .....	48
2.3.3	Prinsip-prinsip Komunikasi Terapeutik.....	49
2.3.4	Tahap Hubungan Komunikasi Terapeutik .....	50
2.3.5	Sikap Perawat Dalam Hubungan Komunikasi Terapeutik .....	53
2.3.6	Perbedaan Komunikasi Terapeutik dengan Komunikasi Sosial .....	54
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS .....</b>	<b>55</b>
3.1	Kerangka Konseptual .....	55
3.2	Hipotesis Penelitian.....	57
<b>BAB 4</b>	<b>METODE PENELITIAN .....</b>	<b>58</b>
4.1	Desain Penelitian.....	58
4.2	Populasi, sampel dan sampling .....	58
4.2.1	Populasi.....	58
4.2.2	Sampel .....	58
4.2.3	Sampling .....	60
4.3	Identifikasi Variabel .....	60
4.3.1	Variabel Independen .....	60
4.3.2	Variabel Dependen .....	60
4.4	Definisi Operasional .....	61
4.5	Pengumpulan dan Pengumpulan Data.....	62
4.5.1	Instumen Penelitian .....	62
4.5.2	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	63
4.5.3	Prosedur Pengumpulan Data .....	63
4.6	Kerangka Operasional .....	64
4.7	Analisa Data .....	65
4.8	Etika Penelitian.....	66
4.8.1	<i>Informed Consent</i> .....	67
4.8.2	<i>Anonymity</i> (tanpa nama).....	67
4.8.3	<i>Confidentiality</i> (kerahasiaan).....	67
4.9	Keterbatasan .....	67
<b>BAB 5</b>	<b>HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN .....</b>	<b>68</b>
5.1	Hasil Penelitian.....	68
5.1.1	\Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	68
5.1.2	Data Umum.....	69
5.1.3	Data Khusus .....	70
5.1.4	Hubungan Faktor-faktor Dengan Kemampuan Terapeutik Perawat.....	73
5.1.5	Faktor Dominan Dalam Kemampuan Terapeutik .....	76
5.2	Pembahasan .....	76

<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>87</b>
<b>6.1 Kesimpulan .....</b>	<b>87</b>
<b>6.2 Saran.....</b>	<b>87</b>
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>89</b>

## DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 2.1	Perbedaan Antara <i>Social Suprficiality</i> dan <i>Theraputic Intimacy</i> ..	6
Tabel 4.1	Definisi Operasional Kerja Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigj.H.Hassan Basry Kandangan .....	61
Tabel 5.1	Tabulasi silang antara Kualitas Personal dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend H.Hassan Basry Januari 2009 .....	73
Tabel 5.2	Tabulasi silang antara Komunikasi Fasilitatif dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend H.Hassan Basry Januari 2009 .....	73
Tabel 5.3	Tabulasi silang antara Dimensi Respon dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend H.Hassan Basry Januari 2009 .....	74
Tabel 5.4	Tabulasi silang antara Dimensi Tindakan dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend H.Hassan Basry Januari 2009 .....	75
Tabel 5.5	Perbandingan Koefisien Korelasi dari uji <i>Spearman Rank</i> diantara hubungan Kualitas Personal, Komunikasi Fasilitatif, Dimensi Respon dan Dimensi Tindakan dengan Kemampuan Terapeutik Perawat .....	76

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Johari Window .....	9
Gambar 2.2 Proses Komunikasi .....	40
Gambar 3.1 Kerangka konseptual Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Terapeutik Perawat .....	55
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Analisis Faktor yang Berhubungan Dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan .....	65
Gambar 5.1 Diagram Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009.....	69
Gambar 5.2 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Umur di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009.....	69
Gambar 5.3 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Masa Kerja di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009.....	70
Gambar 5.4 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Kualitas Personal di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009.....	70
Gambar 5.5 Distribusi Responden berdasarkan Komunikasi Fasilitatif di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry KandanganBulan Januari 2009.....	71
Gambar 5.6 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Dimensi Respon di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009.....	71
Gambar 5.7 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Dimensi Tindakan di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan bulan Januaari 2009.....	72
Gambar 5.8 Distribusi Responden berdasarkan Hasil Observasi Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan bulan Januari 2009 .....	72

## DAFTAR LAMPIRAN

	<b>Halaman</b>
Lampiran 1 Surat Permohonan bantuan Fasilitas Penelitian.....	91
Lampiran 2 Surat Keterangan Izin Penelitian.....	92
Lampiran 3 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian.....	93
Lampiran 4 Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	94
Lampiran 5 Lembar Pernyataan Sebagai Responden.....	95
Lampiran 6 Lembar Kuesioner Pengumpulan Data .....	96
Lampiran 7 Lembar Observasi Kegiatan Perawat-Klien.....	101
Lampiran 8 Tabulasi Data Responden.....	103
Lampiran 9 Hasil Uji Statistik.....	109

## BAB 1

# PENDAHULUAN

## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Hubungan terapeutik antara perawat-klien adalah hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran dan pengalaman dalam membina hubungan intim yang terapeutik (Keliat 1992). Didalam hubungan terapeutik perawat-klien, perawat yang memakai dirinya secara terapeutik dalam membantu klien, perlu mengenal dirinya, termasuk perilaku, perasaan, pikiran, dan nilai agar asuhan yang diberikan tetap berkualitas dan menguntungkan klien. Sejauh ini belum diketahui bagaimana kemampuan terapeutik perawat di RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry. Kemampuan terapeutik dilihat dari faktor kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan.

Pada hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan November 2008, dengan memberikan kuesioner pada 24 pasien yang sedang dirawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend.H.Hassan Basry ternyata masih ada 25% pasien menjawab perawat tidak pernah memberikan sentuhan pada pasien sebagai dukungan untuknya, 29% pasien menjawab bahwa perawat tidak menunjukkan keikhlasan dan empati dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan. Dengan demikian tampak bahwa kemampuan terapeutik perawat masih rendah, dampaknya 83,3% pasien menyatakan tidak puas dengan kemampuan terapeutik perawat. Merkipun demikian, kemampuan terapeutik perawat dipengaruhi oleh kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan.



Tetapi bagaimana keterkaitan antara faktor kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan dengan kemampuan terapeutik perawat di rumah sakit ini belum jelas.

Dari hasil pengamatan penulis selama bertugas di RSUD Brigjend H. Hassan Basry Kandangan sejak tahun 2003-2007 kecenderungan terjadi bahwa ada beberapa keluhan pasien terhadap pelayanan yang diberikan, misalnya tentang cara memberitahukan prosedur pengobatan dan perawatan, kurang ramah saat memberikan asuhan keperawatan, kurang tanggap terhadap keluhan pasien, terutama tentang cara berkomunikasi perawat, seharusnya bisa diatasi dengan kemampuan terapeutik dari perawat. Apabila masalah ini dibiarkan maka akan berpengaruh pada kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan, dampaknya akan mempengaruhi kualitas pelayanan di rumah sakit dan akan menurunkan kepuasan pasien terhadap pelayanan secara menyeluruh.

Kualitas asuhan keperawatan diberikan kepada klien sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan perawat-pasien. Bila perawat tidak memperhatikan hal ini, maka tingkat kepuasan pasien berkurang dan proses penyembuhan pasien akan lebih lama. Berdasarkan permasalahan diatas maka kemampuan terapeutik perawat harus di tingkatkan dengan meningkatkan kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan. Oleh karena itu peneliti mencoba untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan kemampuan terapeutik perawat.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah faktor yang berhubungan dengan kemampuan terapeutik perawat.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mempelajari faktor yang berhubungan dengan kemampuan terapeutik perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD Brigjend H. Hasan Basry Kandangan.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi hubungan antara faktor kualitas personal dengan kemampuan terapeutik perawat.
2. Mengidentifikasi hubungan antara faktor komunikasi fasilitatif dengan kemampuan terapeutik perawat.
3. Mengidentifikasi hubungan antara dimensi respon dengan kemampuan terapeutik perawat.
4. Mengidentifikasi hubungan antara dimensi tindakan dengan kemampuan terapeutik perawat.
5. Menganalisis faktor yang dominan berhubungan dengan kemampuan terapeutik perawat.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Manambah informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan terapeutik perawat, sehingga dapat digunakan untuk kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berhubungan dengan kemampuan terapeutik.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

#### **1. Bagi Rumah Sakit**

**Meningkatkan mutu pemberi pelayanan keperawatan sehingga meningkatkan mutu asuhan keperawatan.**

#### **2. Bagi perawat**

**Meningkatkan kemampuan perawat dalam hubungan terapeutik untuk menjadi perawat profesional.**

#### **3. Bagi pasien**

**Memberikan rasa aman, nyaman dan kepuasan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.**

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan disajikan beberapa konsep dasar hubungan terapeutik perawat-klien, konsep dasar komunikasi dan konsep dasar komunikasi terapeutik.

#### **2.1 Hubungan Terapeutik Perawat-Klien**

##### **2.1.1 Pengertian Hubungan Terapeutik**

Menurut As Hornby (1974) dalam Nurjannah (2001). Terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Disini dapat diartikan bahwa terapeutik segala sesuatu yang memfasilitasi penyembuhan. Mampu terapeutik berarti seseorang mampu melakukan atau mengkomunikasikan perkataan, perbuatan, atau ekspresi yang memfasilitasi proses penyembuhan.

Hubungan terapeutik antara perawat-klien adalah hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran dan pengalaman dalam membina hubungan intim yang terapeutik Stuart & Sundeen dalam Keliat (1992).

Dalam proses, perawat membina hubungan sesuai tingkat perkembangan klien dengan mendorong perkembangan klien dalam menyadari dan mengidentifikasi masalah dan membantu memecahkan masalah. Perawat memberi umpan balik dan alternatif pemecahan dan klien dapat memakai informasi untuk menangani masalah yang belum dipecahkan secara konstruktif

##### **2.1.2 Tujuan Hubungan Terapeutik**

Tujuan dari hubungan terapeutik adalah (Stuart & Sudeen, 1995) :

1. Kesadaran diri, penerimaan diri dan meningkatnya kehormatan diri.
2. Identitas pribadi yang jelas dan meningkatnya integritas pribadi.

3. Kemampuan untuk membentuk suatu keintiman, sering ketergantungan, hubungan interpersonal dengan kapasitas memberi dan menerima cinta.
4. Mendorong fungsi dan meningkatkan kemampuan terhadap kebutuhan yang memuaskan dan mencapai tujuan pribadi yang realistik.

### 2.1.3 Pentingnya Menjadi Terapeutik

Perawat yang terapeutik berarti dalam melakukan interaksi dengan klien, interaksi tersebut memfasilitasi proses penyembuhan. Sedangkan hubungan yang terapeutik artinya suatu hubungan interaksi yang mempunyai sifat menyembuhkan dan tentu saja hal ini berbeda dengan hubungan sosial. *Terapeutik Intimacy* merupakan hubungan saling menolong (*Help Relationship*). Antara perawat–klien hubungan ini dibangun untuk keuntungan klien sementara hubungan sosial/teman dirancang untuk memenuhi kebutuhan kedua belah pihak (Nurjannah, 2001).

### 2.1.4 Perbedaan Antara *Social Superficiality* dan *Therapeutic Intimacy*

Tabel 2.1 Perbedaan Antara *Social Superficiality* dan *Therapeutic Intimacy*

Komponen Hubungan	<i>Social Superficiality</i>	<i>Therapeutic Intimacy</i>
Saling membuka diri	Bervariasi	Klien: membuka diri Perawat: membuka diri untuk mendorong tujuan penanganan.
Fokus dari percakapan	Tidak diketahui oleh peserta	Diketahui oleh perawat dan klien
Ketepatan dari topik	Sosial, bisnis, umum, impersonal.	Pribadi dan relevan untuk perawat dan klien
Hubungan pengalaman dan topik	Ketidak terlibatan dan penggunaan dari pengetahuan yang tidak langsung.	Keterlibatan dan penggunaan dari pengetahuan secara langsung.
Orientasi waktu	Masa lalu dan masa depan	Saat ini
Penggunaan perasaan	Saling membagi perasaan yang tidak enak	Klien membagi perasaan dan diberi semangat oleh perawat
Penghargaan terhadap kebaikan individu	Tidak diakui	Diakui penuh
Perpisahan/terminasi	Terbuka-tertutup	Spesifik

Siapapun boleh menjadi terapeutik, karena menjadi terapeutik akan bermanfaat dalam berinteraksi dengan siapa saja, keluarga, teman, saudara atau bahkan musuh sekalipun. Tetapi untuk perawat, menjadi terapeutik, adalah suatu kewajiban. Hal ini berkaitan dengan tugas perawat itu sendiri. Dalam prakteknya, tidak mudah untuk membedakan antara hubungan profesional dan hubungan sosial, tetapi hal ini perlu dimengerti oleh tim kesehatan untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang profesional.

### **2.1.5 Manfaat Menjadi Terapeutik**

Siapapun yang masuk ke rumah sakit pasti berharap untuk sembuh. Dengan adanya factor tersebut tentunya disadari bahwa semua komponen pelayanan kesehatan dapat memfasilitasi proses penyembuhan tersebut dengan menjadi terapeutik. Dengan profesinya sebagai perawat, maka menjadi terapeutik adalah suatu hal yang wajib dilakukan dan diharapkan akan memberikan kontribusi dalam melakukan pelayanan kesehatan/keperawatan kepada masyarakat. Menjadi terapeutik berarti menjadikan diri perawat sebagai sarana untuk memfasilitasi proses penyembuhan.

### **2.1.6 Cara Menjadi Perawat Yang Terapeutik**

Hubungan yang terapeutik antara perawat-klien merupakan pengalaman belajar dan juga merupakan pengalaman koreksi terhadap emosi klien. Disini perawat sebagai penolong harus terapeutik dan kunci untuk menjadi terapeutik adalah dengan penggunaan diri secara terapeutik. Untuk menjadi terapeutik elemen yang diperlukan perawat adalah :

1. Kualitas personal atau pribadi perawat
2. Fasilitas komunikasi

3. Dimensi respon

4. Dimensi tindakan

### **2.1.7 Kualitas Personal**

Instrumen utama yang dipakai dalam menciptakan hubungan terapeutik adalah perawat, sehingga perawat dituntut mampu menggunakan diri secara terapeutik. Untuk itu analisis diri perlu dilakukan sebagai langkah awal dalam proses komunikasi terapeutik. Analisis diri difokuskan pada kesadaran diri, klarifikasi nilai, eksplorasi perasaan, kemampuan menjadi model, panggilan jiwa (*altruisme*) serta tanggung jawab dan etika. (Stuart, 1998)

1. Kesadaran Diri

1) Pengertian kesadaran diri

Kesadaran diri dapat diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk memahami diri sendiri baik perilaku, perasaan maupun pikirannya sendiri. Kesadaran diri adalah kemampuan untuk berpikir tentang proses berpikir itu sendiri.

2) Mempelajari Diri sendiri

Kesadaran diri merupakan salah satu prasyarat sebelum perawat melakukan komunikasi terapeutik dengan klien. Untuk dapat meningkatkan kesadaran diri banyak pendapat mengatakan bahwa perawat perlu menjawab pertanyaan "Siapa Saya" perawat harus bisa mengkaji perasaan, reaksi dan perilakunya secara pribadi maupun sebagai pemberi perawatan. Kesadaran diri akan membuat perawat menerima perbedaan dan keunikan klien. Kesadaran diri dan perkembangan diri perawat perlu ditingkatkan agar penggunaan diri secara terapeutik dapat lebih efektif. Kesadaran diri dapat dipelajari melalui teori



“ *JOHARI WINDOW* “ yang menggambarkan bahwa pada setiap individu terdapat aspek yang (1) diketahui oleh diri sendiri, (2) tidak diketahui oleh diri sendiri, (3) diketahui orang lain, dan (4) tidak diketahui orang lain. Besar kecilnya ke empat komponen tersebut dapat mencerminkan tingkat kesadaran diri seseorang.

Diketahui diri dan orang lain (1)	Hanya diketahui oleh orang lain (2)
Hanya diketahui diri sendiri (3)	Tidak diketahui diri dan orang lain (4)

Gambar 2.2 Johari *Window* (Stuart & Sundeen, 1998)

Ada tiga prinsip yang dapat diambil dari Johari *Window*:

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

### 3) Aplikasi kesadaran diri

Pada dasarnya setiap kejadian yang kita alami selalu terdapat stimulus dan respon. Respon sangat banyak dan bermacam-macam. Manusia mempunyai kemampuan untuk memilih respon yang beraneka ragam tersebut. Kesadaran diri yang tinggi diperlukan bagi seseorang untuk dapat berpikir bahwa kita bebas memilih respon. Memilih respon berarti bahwa seseorang dapat memutuskan pada dirinya bagaimana semua stimulus tersebut akan mempengaruhi dirinya.

#### 4) Pentingnya kesadaran diri bagi perawat

Perawat dalam kesehariannya kan berhadapan dengan klien dengan bermacam-macam emosim dan prilaku. Dalam menghadapi keanekaragaman tingkah laku dan emosi tersebut tentu akan mempengaruhi juga emosi dan prilaku perawat. Stimulus yang sangat banyak tersebut tentunya perlu direspon oleh perawat. Dengan kesadaran diri yang tinggi dan berdasarkan nilai-nilai yang dimilikinya, diharapkan perawat mampu memberikan respon yang tepat dan teraputik untuk setiap stimulus yang datang.

#### 2. Klarifikasi Nilai

Nilai adalah konsep dimana seseorang memiliki standart mengenai hal-hal yang pantas dilakukan. Konseo trsebut dibentuk sebagai hasil dari pngalaman dengan keluarga, teman, budaya, pendidikan, kerja, relaksasi dan lain-lain.

Klarifikasi nilai perlu dilakukan karena nilai itu bermacam-macam, dan dari sinilah seorang yang proaktif mendasarkan pemilihan responnya. Kesadaran diri akan membuat kita menjadi proaktif. Sementara proaktif berarti kita bertanggung jawab untuk dapat memilih respon. Pemilihan respon perlu didasarkan pada nilai, sehingga pilihan tersebut merupakan hasil pertimbangan yang matang, berdasarkan nilai dan bukan emosi sesaat.

Walaupun hubungan perawat dan klien merupakan hubungan timbal balik tetapi kebutuhan klien selalu diutamakan. Perawat sebaiknya mempunyai sumber kepuasan dan keamanannya. Jika perawat mempunyai konflik, ketidakpuasan, sebaiknya perawat menyadari dan mengklarifikasikan agar tidak mempengaruhi keberhasilan hubungan perawat-klien.

### 3. Ekplorasi Perasaan

Eksplorasi perasaan dilakukan terhadap hubungan seseorang dengan lingkungan luar/interaksinya dengan orang lain. Bagi perawat, eksplorasi perasaan merupakan hal yang perlu dilakukan agar perawat terbuka dan sadar terhadap perasaannya sehingga dia dapat mengontrol perasaannya agar ia dapat menggunakan dirinya secara terapeutik. Dalam menolong orang lain, perawat akan mengalami bermacam perasaan antara lain gembira mendapatkan kemajuan pasien, kecewa ketika klien mengalami kemunduran dan lain-lain.

Jika perawat terbuka pada perasaannya maka ia mendapatkan dua informasi penting yaitu bagaimana respon pada klien dan bagaimana penampilannya pada klien. Sewaktu berbicara dengan klien, perawat menyadari responnya dan mengontrol penampilannya.

### 4. Role Model

Perawat sebagai role model untuk masalah kesehatan dan kesejahteraan harus merawat kesehatan sendiri untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang efektif kepada orang lain. Kepribadian yang baik bukan hanya memungkinkan perawat untuk dapat melaksanakan praktek dengan lebih efisien, tapi juga memungkinkan perawat untuk memberikan pelayanan sebagai model yang sehat bagi klien dan keluarga.

Perawat yang mempunyai masalah pribadi, seperti ketergantungan obat, hubungan interpersonal yang terganggu, akan mempengaruhi hubungan dengan klien (Stuart dan Sundeen dalam Keliat, 1992). Perawat yang efektif adalah perawat yang dapat memenuhi dan memuaskan kehidupan pribadi serta tidak didominasi oleh konflik, distress, atau pengingkaran dan memperlihatkan

perkembangan serta adaptasi yang sehat. Perawat diharapkan tanggung jawab atas perilakunya, sadar akan kelemahan dan kekurangannya. Seorang perawat yang dalam kehidupan sehari-harinya senantiasa cemas, penuh konflik dan tidak mampu menyesuaikan diri terhadap lingkungan tidak bisa menjadi model dan tidak akan mampu mengubah perilaku klien menjadi lebih baik.

### 5. *Altruisme*

Pada hakekatnya nilai-nilai esensial dari perawat profesional menurut *American Nurses' Association (1976) code for nurses* ada 7 (Taylor et al, dalam Nurjannah, 2001): *Aesthetics, Altruism, Equality, Freedom, Human Dignity, Justice, Truth*.

*Altruisme* merupakan suatu kepedulian terhadap kesejahteraan orang lain. Perawat memberikan perhatian penuh pada klien pada saat merawat klien tersebut. Perawat yang melakukan asuhan keperawatan dengan penuh kesungguhan, yang bergerak perhatiannya ketika mendengar adanya metode baru terapi penyembuhan tertentu, adalah contoh perawat yang telah mempunyai jiwa *altruisme*.

### 6. Etik dan Tanggung jawab

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perawat harus bertanggung jawab terhadap semua tindakan yang dilakukannya. Dalam keperawatan, etik dijabarkan dalam kode keperawatan profesional yang mempunyai fungsi:

- 1) Mengidentifikasi penerimaan asuhan keperawatan sesuai dengan tanggung jawab dan kepercayaan yang telah diinvestasikan oleh masyarakat.
- 2) Menyediakan panduan untuk mengarahkan dan menghubungkan pelaksanaan tanggung jawab asuhan keperawatan, dimana tanggung jawab asuhan

keperawatan tersebut konsisten dengan tugas-tugas etik dari profesi dan berkualitas tinggi.

- 3) Menyediakan alat untuk melaksanakan aturan dari profesi (ANA cit. Taylor et al 1997 dalam Nurjannah, 2001).

Profesi perawat mempunyai kode etik dan tanggung jawab tertentu yang menggambarkan nilai-nilai pada hubungan perawat dan klien. Perawat dalam tugasnya tak lepas dari kegiatan yang bersinggungan dengan etik. Untuk dapat melaksanakan tanggung jawabnya dalam merawat klien dengan sebaik-baiknya, perawat perlu memahami kode etik keperawatan dan menggunakan kode etik tersebut untuk melaksanakan tugas-tugasnya.

#### **2.1.8 Komunikasi Fasilitatif**

Fasilitas komunikasi merupakan cerminan kemampuan perawat untuk menerapkan prinsip-prinsip komunikasi dan faktor-faktor yang mempengaruhi (Stuart, 1998). Komunikasi fasilitatif meliputi; (1) perilaku verbal, (2) perilaku non verbal, (3) kemampuan perawat menganalisis masalah, (4) menerapkan teknik terapeutik.

##### **1. Perilaku Verbal**

Perilaku verbal ditampilkan dalam komunikasi verbal. Komunikasi yang dilakukan melalui kata-kata, bicara atau tertulis (Nurjannah, 2001). Meskipun yang paling mempengaruhi komunikasi adalah bahasa non verbal, kata adalah alat yang sangat penting dalam komunikasi. Validasi tentang pengertian komunikasi verbal antara perawat dan pasien adalah penting. Menurut Leddy dalam Nurjannah (2001), beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh perawat dalam berkomunikasi secara verbal adalah: *Masalah teknik* yaitu seberapa akurat

komunikasi tersebut dapat mengirimkan simbol dari komunikasi tersebut. *Masalah semantik* yaitu seberapa tepat simbol dalam mengirimkan pesan yang dimaksud. *Masalah pengaruh* yaitu seberapa efektif arti yang diterima mempengaruhi tingkah laku.

1) Faktor-faktor penting dalam komunikasi verbal

Ellis dan Nowlis (dalam Nurjannah, 2001) mengatakan beberapa hal penting dalam komunikasi verbal:

- a. Penggunaan bahasa, perlu mempertimbangkan pendidikan klien, tingkat pengalaman dan kemahiran dalam berbahasa (bahasa Inggris, Indonesia, dll). Dalam penggunaan bahasa memerlukan *kejelasan* yaitu memilih kata yang jelas dan tidak mempunyai arti yang salah. *Keringkasan* yaitu pesan singkat dan tanpa penyimpangan untuk menghindari kebingungan tentang apa yang penting dan apa yang kurang penting.
- b. Kecepatan yaitu kecepatan bicara mempengaruhi komunikasi verbal. Seseorang yang dalam keadaan cemas atau sibuk biasanya akan lupa untuk berhenti berbicara dan pembicaraan dilakukan sangat cepat sehingga hal ini menyebabkan pendengar tidak dapat memproses pesan dan menyusun respon yang akan diberikan. Komunikasi verbal dengan kecepatan yang sesuai akan memberikan kesempatan bagi pembicara sendiri untuk berpikir jernih tentang apa yang diucapkan dan juga akan menyebabkan seseorang dapat menjadi pendengar yang efektif.
- c. *Voice tone* menunjukkan gaya dari ekspresi yang digunakan dalam bicara dan dapat merubah arti dari kata. Pengaruh dari bicara dengan suara yang keras akan berbeda dengan suara yang lembut atau lemah. Suara yang

keras menunjukkan berbicara yang terburu-buru, tidak sabar, sindiran tajam dan marah.

Salah satu komunikasi verbal yang penting dalam keperawatan adalah wawancara. Wawancara merupakan salah satu cara untuk mendapatkan data dari klien dalam tahap pengkajian. Wawancara adalah pola komunikasi yang mempunyai tujuan yang spesifik yaitu untuk mendapatkan riwayat kesehatan, mengidentifikasi kebutuhan kesehatan, faktor resiko, dan untuk menentukan perubahan spesifik dari tingkat kesehatan dan pola hidup (Potter dan Perry dalam Nurjannah, 2001). Pewawancara akan mendapatkan informasi tentang keadaan kesehatan klien, pola hidup, pola sakit, sistem dukungan, pola adaptasi, kekuatan dan keterbatasan. Wawancara yang dilakukan perawat pada dasarnya tergantung pada situasi yang ada. Pada situasi emergensi, fokus wawancara perawat adalah mengenai trauma, faktor presipitasi serta alergi yang dimiliki klien.

Hal ini berbeda pada saat situasi rehabilitasi dimana fokus wawancara perawat adalah mengenai keadaan sakit dulu dan sekarang, strategi coping, dan lain-lain. Dengan melihat hal ini adalah sangat tidak tepat bagi perawat bila klien dalam keadaan gawat, perawat menanyakan pada klien tentang riwayat genogram klien atau hobi klien. Kegiatan wawancara oleh perawat dapat menggunakan beberapa teknik wawancara.

## 2) Teknik wawancara

### a. Teknik mencari masalah

Wawancara yang dilakukan berfokus untuk mengidentifikasi masalah klien yang potensial dan data berikutnya didapatkan dengan berfokus pada masalah yang telah ditemukan. Contoh: perawat menanyakan apakah klien

mengalami mual, jika ya, kemudian perawat mengumpulkan data tentang kejadian, faktor pencetus, gejala yang menyertai, aktifitas yang dilakukan klien dengan menggunakan teknik pemecahan masalah.

**b. Teknik pemecahan masalah**

Teknik ini berfokus pada pengumpulan data yang lebih dalam terhadap masalah yang sudah diidentifikasi oleh perawat dan klien (Ivey dalam Nurjannah, 2001). Contoh : jika klien mengalami mual, perawat kemudian mengumpulkan informasi tentang datangnya gejala tersebut (berangsur-berangsur atau tiba-tiba), faktor yang memperberat gejala yang berhubungan, cara menyelesaikan masalah yang telah dicoba oleh klien dan keefektifan pemecahan masalah tersebut.

**c. Teknik pertanyaan langsung**

Teknik ini merupakan teknik wawancara yang strukturnya memungkinkan didapatkan 1-2 jawaban. Teknik ini sering digunakan untuk mengklarifikasi informasi yang sudah didapatkan sebelumnya atau untuk menyediakan informasi tambahan (Ivey dalam Nurjannah, 2001). Tujuan dari teknik wawancara ini adalah agar klien tidak dengan sengaja memberikan informasi yang berlebihan dari data yang ingin didapatkan oleh pewawancara. Biasanya pertanyaan ini digunakan untuk mendapatkan data biografi dan informasi spesifik tentang masalah kesehatan seperti gejala, faktor presipitasi, dan aktifitas pemecahan masalah.

**d. Teknik pertanyaan terbuka**

Teknik wawancara ini bertujuan untuk mendapatkan respon lebih dari satu jawaban dari klien. Teknik ini dapat memicu terjadinya diskusi dengan klien mengenai gambaran status kesehatan klien saat ini. Contoh: perawatan kesehatan apa yang kamu butuhkan atau inginkan? Bagaimana perasaanmu?



## 2. Perilaku non Verbal

Komunikasi non verbal merupakan komunikasi yang tidak melibatkan bicara dan tulisan (Nurjannah, 2001). Sebesar 90% dari arti komunikasi berasal dari komunikasi non verbal (Hunsaker cit. Leddy dalam Nurjannah, 2001). Hal ini menunjukkan pentingnya mempelajari komunikasi non verbal.

### Klasifikasi komunikasi nonverbal

#### 1) *Kinesics*

Merupakan komunikasi nonverbal yang dilakukan melalui pergerakan tubuh.

Kinesics terdiri dari :

**Ekspresi muka.** Posisi mulut, alis, mata dan senyum. Perawat sangat perlu melakukan validasi persepsi dari ekspresi muka yang ada pada klien sehingga perawat tidak salah mempersepsikan apa yang diobservasi dari klien. Misalnya perawat melihat seorang klien merengutkan mulutnya, perawat bisa mengklarifikasi dengan menanyakan apakah klien marah. Perawat juga perlu memperhatikan ekspresi verbalnya sendiri sehingga tidak terjadi perawat menyapa dengan suara yang ramah dan lembut tetapi mukanya tampak sinis atau merengut.

**Gesture (gerak, isyarat, sikap).** Isyarat tangan dapat menunjukkan seseorang sedang mengalami cemas atau tidak sabar. Kaki diseret dan kegelisahan menunjukkan keinginan seseorang untuk lari. Posisi tubuh menunjukkan seseorang bersikap terbuka pada orang lain. Menganggukan kepala atau menggelengkan kepala menunjukkan komunikasi tertentu. Leddy (dalam Nurjannah 2001) mencontohkan beberapa sikap kinesic yang menunjukkan komunikasi nonverbal : dengan lembut menggosok bagian belakang telinga menggunakan jari telunjuk menunjukkan seseorang yang ragu; sambil lalu menggosok mata dengan tangan

menunjukkan seseorang yang tidak paham dengan apa yang dikomunikasikan; menutupkan tangan ke mulut menunjukkan seseorang yang mencoba menyembunyikan sesuatu; bersandar dengan kedua tangan mendukung kepala menunjukkan superior atau keyakinan; menjepit batang hidung dengan mata tertutup menunjukkan pikiran yang penuh dengan penilaian; menggerakkan mata kearah bawah dari batang hidung dan menatap dengan tajam lawan bicara menunjukkan penilaian negatif yang sangat kuat.

**Gerakan tubuh dan posture.** Kaki yang kejang dan meloncat menunjukkan seseorang yang tidak sabar, bosan atau tegang. Penampilan membungkuk menunjukkan depresi. Meremas tangan menunjukkan takut, nyeri atau khawatir. Penampilan kaku menunjukkan nyeri atau tegang. Mengacungkan jempol menunjukkan kemenangan. Menurunkan jempol menunjukkan konotasi negatif. Menendang obyek menunjukkan marah. Individu dengan postur membungkuk, dengan kepala dan mata melihat kebawah menunjukkan seseorang dengan harga diri rendah. Berdiri tegak dengan kepala meninggi dan tangan dipinggang menandakan status superior terhadap orang lain. Menurut Reece dan Whitman (dalam Nurjannah, 2001), respon tingkah laku yang digunakan untuk menilai seseorang hangat atau dingin diidentifikasi sebagai berikut: seorang yang hangat dapat ditandai dengan posturnya yang mengarah kepada orang lain, tersenyum, kontak mata langsung. Seseorang yang dianggap dingin adalah seseorang dengan tingkah laku postur membungkuk, melihat sekeliling ruangan, mengetuk tangan di meja, dan tidak tersenyum.

**Gerak mata : kontak mata.** Diartikan sebagai melihat langsung ke mata orang lain (Rosdahl dalam Nurjannah, 2001). Empat fungsi tatapan menurut Kendon cit.

Rungapadiachy (dalam Nurjannah, 2001) yaitu : mengatur aliran komunikasi, monitor umpan balik, ekspresikan emosi, mengkomunikasikan hubungan interpersonal yang alami. Efek negatif dari tatapan menurut Rungapadiachy dalam Nurjannah (2001) yaitu merasa tidak nyaman, meragukan diri, menjadi marah, heran mengapa, menjadi bingung sendiri, merasa terancam, dan menjadi curiga.

Rungapadiachy dalam Nurjannah (2001) juga menyatakan situasi yang menyebabkan lebih banyak tatapan mata yaitu pada saat topik mudah dan tidak pribadi, pada saat individu tertarik pada orang lain, seseorang yang terbuka, pada saat seseorang ingin terlibat dalam diskusi, pada saat seseorang mencoba untuk mendominasi atau mempengaruhi orang lain. Sedangkan situasi dimana tatapan mata kurang dilakukan dapat diprediksikan pada situasi sebagai berikut yaitu saat seseorang secara fisik tertutup, saat seseorang terlibat dalam topik yang sulit atau tidak dikenal, saat seseorang tidak tertarik pada reaksi orang lain, jika seseorang tidak suka pada orang lain, tertutup, dan pada saat seseorang tidak butuh atau tidak ingin untuk terlibat.

## 2) *Paralanguage*

Paralanguistic atau paralanguage menunjuk pada bahasa itu sendiri. Vokal dapat membedakan emosi yang dirasakan satu orang dengan orang lain. Beberapa komponen paralanguage adalah **Kualitas suara**. Terdiri dari *Resonansi* yaitu intensitas suara mengisi ruang. *Irama* yaitu aliran, kecepatan dan gerakan suara. *Pitch*, meninggi atau merendahnya suara. *Kecepatan*, berapa cepat suara digunakan. *Volume*, kekerasan suara. *Inflection*, perubahan dalam tinggi atau rendahnya atau volume dari suara. Seseorang yang suaranya meningkat dalam hal kekerasannya, warna nada dan kecepatan bicaranya sering dianggap orang lain

sebagai orang yang aktif dan dinamis. Orang dengan intonasi dan volume suara yang besar dan lancar dianggap meyakinkan.

**Vokal tanpa bahasa (*non language vocalizations*)** adalah suara tanpa adanya struktur linguistik. Misalnya sedu sedan, tertawa, mendengkur, mengerang, merintih, hembusan nafas (menunjukkan takut, nyeri atau kaget), nafas panjang atau keluh kesah (menunjukkan keengganan untuk melakukan sesuatu).

### 3) *Proxemics*

*Proxiemics* adalah ilmu yang mempelajari tentang jarak hubungan dalam interaksi sosial. Proxemics meliputi dua dimensi : *Territoriality*, asumsi dari kesopanan tingkah laku terhadap sebuah area geografi yang dimiliki seseorang atau suatu grup. *Jarak Pribadi*, adalah daerah tidak tampak dari territoriality. Tidak boleh seseorang memaksa masuk kedalam area tersebut. Pemaksaan masuk ke area yang pribadi yang tidak diharapkan dari seseorang akan menimbulkan rasa tidak nyaman, gelisah, dan perasaan negatif lain (Wilson & Kneisl dalam Nurjannah, 2001).

Pengaturan meja atau kursi juga akan menurunkan atau meningkatkan jarak interpersonal. Empat jarak interaksi menurut Hall dan Linberg (1998) antara lain : jarak intim (sampai dengan 18 inchi), jarak personal (18 inchi sampai 4 kaki) untuk interaksi dengan seseorang yang telah dikenal, jarak sosial (4 kaki sampai 12 kaki) untuk interaksi mengenai suatu urusan tetapi bukan orang khusus atau tertentu, jarak publik ( lebih dari 12 kaki ) untuk pembicaraan formal.

### 4) Sentuhan

Sentuhan merupakan alat komunikasi yang sangat kuat, sentuhan juga dapat menimbulkan reaksi positif atau negatif tergantung dari orang yang terlibat dan

lingkungan sekeliling interaksi tersebut. Komunikasi sentuhan adalah bentuk yang paling dasar dan primitif dari komunikasi (Townsen dalam Nurjannah, 2001). Sentuhan penting dilakukan pada situasi emosional. Sentuhan dapat menunjukkan arti “Saya peduli “ Meskipun begitu, sangat perlu bagi perawat untuk memahami siapa, kapan dan mengapa sentuhan dilakukan, karena komunikasi non verbal ini mempunyai efek yang berlainan pada setiap individu. Sentuhan dapat disosialisasikan sebagai sifat keibuan, nyaman atau perhatian (Ellis dalam Nurjannah, 2001). Persepsi tentang sentuhan sangat dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu seseorang, asumsi dan situasi saat itu. Sentuhan dapat dikategorikan menurut pesan yang dikomunikasikan (Knap ciit.Townsen dalam Nurjannah, 2001): **Fungsional-profesional**. Sentuhan tipe ini tidak khusus dan untuk urusan tertentu, digunakan untuk menyelesaikan tugas tertentu . Misalnya seorang penjahit mengukur baju orang yang ingin menjahitkan baju. **Sosial-sopan**. Sentuhan tipe ini lebih dari sentuhan yang bukan ditujukan untuk orang tertentu, tapi menunjukkan penegasan atau penerimaan terhadap orang lain tersebut. Misalnya berjabat tangan. **Sahabat-hangat**. Sentuhan ini berada pada tingkat yang menandakan rasa suka yang kuat pada orang lain, sebuah perasaan bahwa dia adalah teman. Misalnya meletakkan satu tangan pada bahu orang lain. **Cinta-keintiman**. Sentuhan tipe ini menunjukkan kasih sayang yang kuat atau daya tarik untuk orang lain. Misalnya memeluk yang kuat. **Sexual arousal**. Tipe sentuhan berada pada tingkat ekspresi dari daya tarik fisik saja. Misalnya menyentuh daerah kemaluan orang lain.

##### 5) *Cultural Artifact*

*Artifact* adalah hal-hal yang ada dalam interaksi seseorang dengan orang lain

yang mungkin bertindak sebagai rangsang non verbal misalnya: baju, kosmetik, parfum atau bau badan, deodorant, perhiasan, kaca mata, rambut palsu, cambang, kumis dan lain-lain. Penampilan personal dan cara memakai baju menurut Rosdahl dalam Nurjannah (2001) juga termasuk dalam *artifact*. Misalnya seorang penjahat melihat seorang laki-laki gagah memakai baju loreng maka penjahat akan ketakutan karena dia mengira orang tersebut adalah tentara padahal orang tersebut seperti apa yang dipikirkannya

#### 6) Gaya berjalan

Beberapa gaya berjalan yang menunjukkan pesan tertentu antara lain: cara berjalan yang bersemangat dan gembira akan menunjukkan seseorang tersebut dalam keadaan senang. Cara berjalan menyeret menunjukkan sedih atau merasa kecil hati.

#### 7) Pemampilan Fisik Umum

Kulit yang kering dan berkerut akan mengkomunikasikan pada kita bahwa orang tersebut sedang mengalami kekurangan cairan. Pola napas cepat menunjukkan seseorang sedang cemas.

Ellis dalam Nurjannah (2001) menyarankan cara menginterpretasikan tingkah laku non verbal : menyadari beberapa arti dari tingkah laku non verbal; meluaskan pemahaman dan menajamkan kemampuan interpretasi tingkah laku non verbal dan menggunakan latar belakang orang yang diobservasi untuk mencoba menafsirkan arti tingkah laku non verbalnya; membaca komunikasi non verbal sebanyak-banyaknya yang disampaikan seseorang dan mendiskusikan dengan rekan atau perawat lain; memvalidasi persepsi dari tingkah laku seseorang dengan menggambarkan apa yang diamati dan tanyakan apakah anda menginterpretasikan

dengan tepat.

Terdapat enam jalan di mana komunikasi verbal dan non verbal saling berhubungan : **Pengulangan.** Komunikasi non verbal mengulangi ide komunikasi verbal misalnya secara verbal mengatakan ikan yang sangat besar dan kemudian tangan pembicara direntang untuk menunjukkan ukuran ikan tersebut. **Berlawananan.** Komunikasi nonverbal berlawanan dengan komunikasi verbal misalnya seseorang yang mengatakan tidak marah tetapi ekspresi mukanya menunjukkan kemarahan. **Pelengkap.** Pesan dari komunikasi non verbal menambah pesan dari komunikasi verbal misalnya seseorang yang mengatakan saya sedikit tersinggung tapi suara dan tindakannya menunjukkan kemarahan yang lebih besar. **Tekanan.** Komunikasi non verbal yang menekankan komunikasi non verbal misalnya menginginkan orang lain tenang mengangkat tangannya pada saat meminta agar orang lain tenang (Ekman, cit. Wilson dan Kneils dalam Nurjannah, 2001). **Menghubungkan dan mencocokkan.** Misalnya seorang wanita tetap membuka dan menutup mulutnya dengan singkat saat orang lain bicara menandakan wanita ini ingin menandakan giliran bicara. **Mengganti.** Komunikasi non verbal digunakan untuk mengganti komunikasi verbal misalnya lambaian tangan atau menepuk tangan untuk memuji orang lain yang dianggap berprestasi.

### 3. Analisis masalah

Semua interaksi yang dilakukan seseorang dengan orang lain mempunyai arti dan berdasarkan pada apa yang dirasakan orang tersebut pada saat itu (Rosdahl dalam Nurjannah, 2001). Apa yang dirasakan dan dilakukan tersebut tentunya perlu dianalisis (analisis masalah). Analisis masalah yang dimaksud

disini adalah analisis transaksional pada komunikasi yang dilakukan. Eric Berner's (Stuart, 1998) mengemukakan analisis transaksional sebagai suatu model analisis komunikasi, dimana seseorang menempatkan dirinya menurut psikologi yang berbeda.

Komponen analisis transaksional Rungapadiachy (dalam Nurjannah, 2001) :

#### 1) Analisis Struktur

Analisis dari struktur kepribadian seseorang. Analisis struktur ini merupakan jalan untuk menemukan "siapa kita" dan "mengapa kita berperilaku seperti itu?" Fokus di sini adalah pada pikiran, perasaan dan perilaku (Rungapadiachy dalam Nurjannah, 2001). Kepribadian seseorang terdiri dari tiga komponen dasar yang disebut *ego state*. *Ego state* adalah pola yang tetap dari perasaan, pengalaman, dan tingkah laku. Masalah akan muncul pada saat terdapat ketidaksesuaian antara *ego state* pada saat seseorang berinteraksi dengan orang lain.

*Ego state* terdiri dari tiga macam (Stuart & Sundeen dalam Nurjannah, 2001):

##### a. *Ego state* anak

*Ego state* ini ditandai dengan tindakan yang didasarkan oleh emosi, dimana ciri-cirinya adalah anak menjadi spontan, reaktif, humor, penuh kreatifitas dan inisiatif. Unsur anak dibagi menjadi tiga macam, yaitu : spontan, pemberontak dan penurut.

Perilaku yang biasanya muncul pada *ego state* anak ini adalah malu-malu, menggigit kuku, kalem, berisik (ribut), cengeng, merangkak dan lain-lain. Kata-kata yang biasanya muncul pada *ego state* ini adalah: "kepunyaanku, wow, waduh, eng-ing-eng, asyik oii, malu ah"



b. *Ego state* dewasa

Ditandai dengan pemikiran yang rasional dan obyektif, serta kemampuan mengolah data. Kata-kata yang umumnya digunakan oleh *ego state* ini adalah: "saya pikir, mengapa, apa, di mana, kapan, bagaimana, menurut hemat saya".

c. *Ego state* orang tua

Unsur ini dipelajari dari orang sekeliling kita termasuk orang tua. Unsur orang tua dapat diidentifikasi dari perilaku bijaksana, adil, kritis, murah hati, sopan. *Go state* ini terdiri dari dua macam: pengcam dan penolong. Kalimat yang umumnya digunakan oleh *ego state* ini adalah: "Kasihlah sekali kamu, "awas", "jangan", pokoknya", "kamu sih".

2) Transaksi

Analisis dari apa yang seseorang katakan atau hubungannya dengan orang lain. Analisis transaksional dibedakan menjadi:

a. Transaksi komplementer

Terjadi apabila penerima pesan memberi respon sesuai *ego state* yang diharapkan oleh pengirim pesan. Contoh: klien berperilaku sebagai anak, maka perawat diharapkan berperan sebagai orang tua.

b. Transaksi silang

Penerima pesan memberi respon di luar *ego state* yang diharapkan oleh pengirim pesan. Contoh: pengirim pesan: "ambilkan buku belanja". Penerima pesan: "Saya lagi sibuk belajar matematika".

c. Transaksi tersembunyi

Transaksi yang terjadi dimana pengiriman pesan dari *Ego state* tertentu tapi di balik itu menyampaikan pesan dari *ego state* yang lain. Contohnya: klien

yang ingin mendapatkan nasehat dari perawat terapi setiap perawat memberikan nasehat klien selalu membantah kata-kata perawat sehingga akhirnya perawat menjadi diam, karena klien tersebut sebenarnya hanya ingin menunjukkan bahwa perawat tersebut adalah seorang yang tidak cakap.

*Ego state* yang baik adalah *ego state* yang mengalir sehingga seseorang dapat menggunakan *ego state* tersebut pada kondisi yang cocok. Misalkan seseorang tengah menghadapi masalah, maka *ego state* yang tepat di sini adalah *ego state* dewasa dan bukan *ego state* anak atau *ego state* orang tua.

### 3) Permainan

Analisis dari motivasi tersembunyi pada bagaimana seseorang berperilaku.

### 4) Naskah

Analisis dari drama kehidupan yang spesifik di mana seseorang tersebut terlibat.

## 4. Teknik terapeutik

Menurut Stuart & Sunden dalam Mundakir (2006) dalam menghadapi pesan yang disampaikan pasien, perawat dapat menggunakan berbagai teknik komunikasi terapeutik sebagai berikut :

### 1) Mendengarkan (*Listening*)

Merupakan dasar utama dalam komunikasi. Dengan mendengar perawat mengetahui perasaan klien, memberi kesempatan lebih banyak pada klien untuk berbicara. Perawat harus menjadi pendengar yang aktif dengan tetap kritis dan korektif bila apa yang disampaikan pasien harus diluruskan.

### 2) Pertanyaan terbuka (*Broad Opening*)

Teknik ini memberikan kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya sesuai kehendak pasien tanpa membatasi, contoh : “*apa yang sedang saudara*

*pikirkan?”*. Beri dorongan dengan cara mendengarkan atau mengatakan “*saya mengerti apa yang saudara katakan*”

### 3) Mengulang (*Restarting*)

Mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien. Gunanya untuk menguatkan ungkapan klien dan memberi indikasi perawat mengikuti pembicaraan klien. Misalnya: “*Ooh... jadi saudara tadi malam tidak bisa tidur karena....*”

### 4) *Klarifikasi*

Dilakukan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien berhenti karena malu mengemukakan informasi, informasi yang diperoleh tidak lengkap atau mengungkapkannya berpindah-pindah. Contoh: “*dapatkah anda menjelaskan kembali tentang...?*” gunanya untuk menjelaskan dan kesamaan ide, perasaan persepsi perawat-klien.

### 5) *Refleksi*

Refleksi merupakan reaksi perawat-klien selama berlangsungnya komunikasi. Refleksi ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu:

- a. Refleksi isi, memvalidasi apa yang kita dengar. Klarifikasi ide yang diekspresikan klien dengan pengertian perawat.
- b. Refleksi perasaan, member respon pada perasaan klien terhadap isi pembicaraan agar klien mengetahui dan menerima perasaannya.

Teknik refleksi ini berguna untuk:

- a. Mengetahui dan menerima ide dan perasaan.
- b. Mengoreksi
- c. Memberi keterangan lebih jelas

Sedangkan kerugiannya adalah:

- a. Mengulang terlalu sering tema yang sama
- b. Dapat menimbulkan marah, iritasi dan frustrasi.

#### 6) Memfokuskan

Membantu klien untuk berbicara pada topik yang telah dipilih dan yang penting serta menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yaitu lebih spesifik, lebih jelas dan berfokus pada realitas. Contoh :

Klien : “ *petugas kesehatan yang ada dirumah sakit ini kurang perhatian pada pasiennya*”

Perawat : “*Apakah saudara sudah minum obat?*”

#### 7) Membagi Persepsi

Meminta pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan dan pikirkan. Dengan cara ini perawat dapat meminta umpan balik dan memberi informasi. Contoh: “*Anda tertawa, tetapi saya rasa anda marah pada saya*”.

#### 8) Identifikasi Tema

Mengidentifikasi latar belakang masalah yang dialami klien yang muncul selama percakapan. Gunanya untuk meningkatkan pengertian dan mengeksplorasi masalah yang penting. Misalnya: “*Saya lihat dari keterangan yang anda jelaskan, anda telah disakiti. Apakah ini latar belakang masalahnya?*”

#### 9) Diam (*Silence*)

Cara yang sukar, biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan. Tujuannya untuk memberikan kesempatan berfikir dan memotivasi klien untuk bicara. Pada klien menarik diri, teknik diam perawat berarti menerima klien, misalnya:

Klien : *Saya jengkel kepada suami saya*

Perawat: *Diam (memberi kesempatan klien)*

Klien : *Suami saya selalu telat pulang kerja tanpa alasan yang jelas, kalau saya tanya pasti marah.*

#### 10) *Informing*

Memberi informasi dan fakta untuk pendidikan kesehatan bagi klien, misalnya perawat menjelaskan tentang penyebab panas yang dialami klien.

#### 11) *Saran*

Memberi alternatif ide untuk memecahkan masalah. Tepat dipakai pada fase kerja dan tidak tepat pada fase awal hubungan. Misalnya: *Kita tadi sudah banyak bicara tentang penyebab batuk dan sesak nafas, salah satunya karena merokok, kami berharap anda dapat mengurangi atau berhenti merokok.*

### **2.1.9 Dimensi Respon**

Dimensi respon sangat penting pada awal berhubungan dengan klien untuk membina hubungan saling percaya dan komunikasi yang terbuka. Respon ini terus dipertahankan sampai pada akhir hubungan.

Dimensi respon yang harus dimiliki perawat terdiri dari 4 hal:

#### 1. **Kesejatian**

Kesejatian adalah pengiriman pesan pada orang lain tentang gambaran diri kita yang sebenarnya. Kesejatian dapat ditunjukkan dengan adanya kesamaan antara verbal dan non verbal. Kesejatian dipengaruhi oleh kepercayaan diri, prrspsi terhadap orang lain, dan lingkungan. Petunjuk penggunaan kesejatian yang efektif:

- 1) Perawat harus menghindari membuka diri yang terlalu dini sampai dengan klien menunjukkan kesiapan untuk brespon positif terhadap keterbukaan.

- 2) Jika kepercayaan telah didapatkan, perawat dapat menjadi lebih terbuka dan spontan untuk dapat melakukan empati dan respek.
- 3) Perawat harus menghindari membuka diri dalam rangka memanipulasi, memberikan nasehat atau mempengaruhi klien untuk mendapatkan apa yang menjadi tujuan perawat.

## 2. Empati

Merupakan kemampuan masuk dalam kehidupan klien agar dapat merasakan pikiran dan perasaannya. Perawat memandang klien, merasakan melalui perasaan klien dan kemudian mengidentifikasi masalah klien serta membantu klien mengatasi masalah tersebut. Beberapa aspek dari empati adalah sebagai berikut:

### 1) Aspek mental

Kemampuan untuk melihat dunia orang lain dengan menggunakan paradigma orang tersebut. Aspek mental juga berarti memahami orang lain secara emosional dan intelektual.

### 2) Verbal

Kemampuan mengungkapkan secara verbal pemahaman terhadap perasaan dan alasan raksi emosi klien. Aspek verbal memerlukan keakutatan/ketepatan.

### 3) Aspek non verbal

Aspek non verbal yang diperlukan adalah kemampuan menunjukkan empati dengan kehangatan dan kesejatian. Empati diperlukan setiap saat dimana seseorang membagikan pikiran dan perasaannya.

### 3. Respek/hormat

Hormat mempunyai pengertian perilaku yang menunjukkan kepedulian, rasa suka dan menghargai klien. Perawat menghargai klien sebagai seseorang yang bernilai dan menerima klien tanpa syarat. Perawat menerima klien apa adanya. Sikap menghargai. Perawat menerima klien apa adanya. Sikap perawat harus tidak menghakimi, tidak mengkritik. Rasa menghargai dapat dikomunikasikan melalui: duduk diam bersama klien yang menangis, minta maaf atas hal yang tidak disukai klien dan menerima permintaan klien untuk tidak menanyakan pengalaman tertentu. Sikap ini secara psikologis dapat menimbulkan perasaan nyaman dan meningkatkan harga diri bagi klien.

### 4. Konkrit

Perawat menggunakan terminologi yang spesifik, ini perlu untuk menghindari keraguan dan ketidakjelasan selama berkomunikasi.

Sikap ini mempunyai tiga kegunaan, yaitu: (1) mempertahankan respon perawat terhadap perasaan pasien, (2) memberi penjelasan yang akurat oleh perawat, (3) mendorong klien memikirkan masalah yang spesifik.

*Contoh: Dapatkah anda menunjukkan bagian tubuh mana yang anda rasakan nyeri?*

#### 2.1.10 Dimensi Tindakan

Dimensi tindakan tidak dapat dipisahkan dengan dimensi respon.

Dimensi respon membawa klien pada tingkat penilikan diri konfrontasi, kesegaran, keterbukaan, *emosional chatarsis* dan bermain peran (Stuart dan Sundeen, 1998).

#### 1) Konfrontasi

Merupakan ekspresi perasaan perawat tentang perilaku klien yang tidak

sesuai. Konfrontasi berguna untuk meningkatkan kesadaran klien akan kesesuaian perasaan, sikap kepercayaan dan perilaku. Konfrontasi dilakukan secara asertif, bukan marah atau agresif. Sebelum melakukan konfrontasi perawat perlu mengkaji antara lain: tingkat hubungan saling percaya, waktu yang tepat, tingkat kecemasan klien dan kekuatan koping klien. Konfrontasi sangat diperlukan pada klien yang telah mempunyai kesadaran diri tetapi perilakunya belum berubah.

Contoh: *Katanya batuk anda akan kambuh bila merokok, kenapa skarang anda merokok?*

## 2) Kesegaraan

Kesegaraan mempunyai konotasi sebagai sensitifitas perawat pada perasaan klien dan kesediaan untuk mengatasi perasaan daripada mengacuhkannya (Nurjannah, 2001). Berfokus pada interaksi dan hubungan perawat klien saat ini, Perawat sensitif dan berkeinginan membantu dengan segera. Tindakan perawat untuk segera berespon terhadap keluhan klien menimbulkan perasaan tenang klien dan keluarganya. Hal ini sangat penting terutama kepada klien atau keluarganya yang mudah panik terhadap perubahan yang dialami klien.

## 3) Keterbukaan

Pada keterbukaan perawat memberikan informasi tentang dirinya, idealnya, perasaannya, sikapnya, nilainya. Perawat membuka diri tentang pengalaman yang berguna untuk terapi klien. Tukar pengalaman ini memberikan keuntungan pada klien untuk mendukung kerjasama dan memberikan sokongan. Perawat yang tidak memberikan informasi dan jarang berkomunikasi dengan klien akan menghambat berlangsungnya tindakan keperawatan dengan baik. Klien akan



membatasi diri bahkan cenderung tidak kooperatif dengan tindakan yang dilakukan perawat. Contoh: *Saya senang merawat anda dan anda bersedia mengungkapkan perasaan anda kepada saya.*

#### 4) *Emotional Catharsis*

*Emosional katarsis* terjadi jika klien diminta bicara tentang hal yang sangat mengganggu dirinya. Ketakutan, perasaan dan pengalaman dibuka dan menjadi topik diskusi antara perawat-klien.

Perawat harus mampu mengkaji kesiapan klien mendiskusikan masalahnya. Jika klien mengalami kesukaran mengungkapkannya, perawat dapat membantu dengan mengekspresikan perasaannya jika berada pada situasi klien.

#### 5) Bermain peran

Melakukan peran pada situasi tertentu. Hal ini berguna untuk meningkatkan kesadaran dalam berhubungan dan kemampuan melihat situasi dari pandangan orang lain. Bermain peran menjembatani antara pikiran serta perilaku, maka klien akan merasa bebas mempraktekkan perilaku baru pada lingkungan yang aman.

### 2.1.11 Kebuntuan Terapeutik

Kebuntuan terapeutik adalah hambatan kemajuan hubungan antara perawat dan klien di mana hambatan itu terjadi baik dari klien maupun dari perawat sendiri. Hambatan kemajuan hubungan perawat dan klien terdiri dari: *resistensi, transference, countertransference* dan *boundary violation*.

#### 1. *Resistance*

Konsep *resistance* meliputi menarik diri, bermusuhan, agresif, manipulasi

sikap yang tak terpengaruh, sangat tergantung dan *transference* serta *countertransference* (Stuart & Sundeen, 1998).

Resistensi merupakan upaya klien untuk tidak menyadari aspek dari penyebab cemas atau kegelisahan yang dialaminya. Klien yang resistensi biasanya menunjukkan ambivalensi antara menghargai tetapi juga menghindari pengalaman yang menimbulkan cemas padahal ini merupakan bagian normal dari proses terapeutik. Perilaku resistensi ini biasanya diperlihatkan oleh klien pada fase kerja, karena fase ini sangat banyak berisi proses penyelesaian masalah (Stuart & Sundeen, 1998).

## 2. *Transference*

*Transference* merupakan penugasan yang tidak disadari terhadap orang lain yang berasal dari perasaan dan perilaku yang pada dasarnya berhubungan dengan figure yang penting misalnya orang tua atau saudara (Boyd & Nihart dalam Nurjannah, 2001). Definisi : pemindahan pikiran, perasaan dan tingkah laku yang berhubungan dengan *significat others* dari masa kanak-kanak seseorang kedalam hubungan saat ini.

Bentuk yang biasa muncul antara lain: keinginan untuk dicintai, dihormati dan kepuasan bila kebutuhan ketergantungan terpenuhi. Mungkin juga dalam bentuk bermusuhan, cemburu, kompetisi dan cinta. Reaksi *transference* hanya membahayakan untuk komunikasi terapeutik bila diabaikan dan tidak ditelaah oleh perawat. Ada dua jenis utama reaksi *transference* yaitu reaksi bermusuhan atau tergantung.

## 3. *Countertransference*

Merupakan kebuntuan terapeutik yang dibuat oleh perawat.

*Countertransference* adalah reaksi perawat terhadap klien yang berdasar pada kebutuhan, konflik, masalah dan pandangan mengenai dunia yang tidak disadari perawat. Hal ini akan sangat mempengaruhi hubungan perawat klien (Boyd & Nihart dalam Nurjannah, 2001). Tanda *countertransference* dari perawat antara lain adalah pengenalan yang berlebihan terhadap klien. Indikasi lain adalah perawat terlibat dalam perebutan kekuatan, kompetisi dan mendebat klien (Nurjannah, 2001).

Beberapa bentuk *countertransference* (Stuart & Sundeen, 1998):

- 1) Ketidakmampuan untuk berempati terhadap klien dalam area masalah tertentu.
- 2) Menekan perasaan selama atau sesudah sesi.
- 3) Kecorobohan dalam mengimplementasikan kontrak dengan datang terlambat, atau melampaui waktu yang telah ditentukan.
- 4) Mengantuk selama sesi.
- 5) Perasaan marah atau tidak sabar karena ketidakinginanklien untuk berubah.
- 6) Dorongan terhadap ketergantungan, pujian atau afeksi klien.
- 7) Berdebat dengan klien atau kecendrungan mamaksa klien sebelum ia siap.
- 8) Mencoba untuk menolong klien dalam segala hal yang tidak berhubungan dengan tujuan keperawatan yang telah diidentifikasi.
- 9) Keterlibatan dengan klien dalam tingkat personal dan sosial.
- 10) Melamunkan atau terlalu memikirkan klien.
- 11) Fantasi seksual atau agresi yang diarahkan kepada klien.
- 12) Perasaan cemas, gelisah atau perasaan bersalah terhadap klien.
- 13) Kecendrungan untuk memusatkan secara berulang hanya pada satu aspek atau cara memandang pada informasi yang diberikaan klien.

#### 14) Kebutuhan untuk mempertahankan intervensi keperawatan dengan klien

Reaksi *countertransference* biasanya dalam tiga bentuk (Stuart & Sundeen dalam Nurjannah, 2001):

##### a. Reaksi sangat mencintai atau “*caring*”

Perawat Dono melakukan perawatan pada klien Dini dengan cara yang berlebih-lebihan yaitu dengan cara berlama-lama ngobrol dengan klien tersebut padahal masih banyak klien yang perlu ditangani. Perawat Dono juga mencoba menolong klien dengan segala hal yang tidak berhubungan dengan tujuan yang telah diidentifikasi.

##### b. Reaksi sangat bermusuhan.

Perawat Dora mempunyai klien yang menjengkelkan, Derry (25 tahun). Derry ini selalu marah-marah dan menjengkelkan. Perawat Dora sangat dendam pada klien ini dan selalu mengacuhkan Derry meskipun dia membutuhkan pertolongan.

##### c. Reaksi sangat cemas seringkali digunakan sebagai respon terhadap resistensi.

Lima cara mengidentifikasi terjadinya *countertransference* (Stuart G.W dalam Suryani, 2006):

- 1) Perawat harus mempunyai standar yang sama terhadap dirinya sendiri atas apa yang diharapkan kepada kliennya.
- 2) Perawat harus dapat mnguji diri sendiri melalui latihan menjalin hubungan, terutama ketika klien menentang atau mengkritik.
- 3) Perawat harus dapat menemukan sumber masalahnya.
- 4) Ketika *countertransference* terjadi, perawat harus dapat melatih diri untuk mengontrolnya.

5) Jika perawat membutuhkan pertolongan dalam mengatasi *countertransference*, pengawasan secara individu maupun kelompok dapat lebih membantu.

#### 4. *Boundary violations* (Pelanggaran batas)

Jika perawat berusaha memenuhi kebutuhan pribadi melalui hubungan dengan klien, maka berarti batasan profesional telah dilanggar, jika hal ini terjadi maka hubungan menjadi tidak terapeutik (Pilette et al, dalam Nurjannah 2001). Pelanggaran batas terjadi jika perawat melampaui batas hubungan yang terapeutik dan membina hubungan sosial, ekonomi, atau personal dengan klien.

Beberapa batas hubungan perawat dengan klien (Stuart & Sundeen, dalam Nurjannah 2001) antara lain : Batas peran, waktu, tempat dan ruang, uang, pemberian hadiah dan pelayanan, pakaian, bahasa, pengungkapan diri secara personal dan batas kontak fisik.

##### 1) Batasan peran

Masalah batas peran ini memerlukan wawasan dan pengetahuan yang luas dari perawat serta penentuan secara tegas mengenai batas-batas terapeutik perawat-klien.

##### 2) Batasan waktu

Penetapan waktu perlu dilakukan oleh perawat dalam mengadakan hubungan terapeutiknya dengan klien. Waktu pengobatan atau hubungan terapeutik yang tidak wajar dan tidak mempunyai tujuan terapeutik harus dievaluasi kembali untuk mencegah terjadinya pelanggaran batas.

##### 3) Batasan tempat dan ruang

Misalnya wawancara dimana? Kapan dan berapa lama?

Batas ini biasanya berhubungan dengan perawatan yang dilakukan. Pemanfaatan

terapeutik di luar kebiasaan, misalnya di mobil, di rumah klien, harus dengan tindakan terapeutik yang rasional dan mempunyai tujuan yang jelas.

#### 4) Batasan uang

Batas ini berhubungan dengan penghargaan klien terhadap perawat berupa uang. Di sini juga perlu adanya perhatian mengenai tawar-menawar terhadap klien miskin tentang biaya pengobatan untuk mencegah timbulnya pelanggaran batas.

#### 5) Batasan pemberian hadiah dan pelayanan

Masalah ini masih kontroversial dalam keperawatan, namun yang pasti hal ini melanggar batas

#### 6) Batas pakaian

Batas ini berhubungan dengan kebutuhan perawat dalam berpakaian secara tepat dalam berhubungan terapeutik perawat dan klien di mana perawat tidak diperbolehkan memakai pakaian yang tidak sopan.

#### 7) Batas bahasa

Perawat perlu memperhatikan nada bicara dan pilihan kata ketika berkomunikasi. Tindakan yang terlalu akrab, mengarah sikap seksual dan memberikan pendapat dengan nada menggurui merupakan pelanggaran batas.

#### 8) Batas pengungkapan diri secara personal

Pengungkapan diri secara personal dari perawat yang tidak berhubungan dengan tujuan terapeutik dapat mengarah kepada pelanggaran batas.

#### 9) Batas kontak fisik

Semua kontak fisik dengan klien harus dievaluasi untuk melihat apakah pelanggaran batas atau tidak. Beberapa jenis kontak fisik terhadap klien tidak pernah tercakup dalam hubungan terapeutik antara perawat dan klien.

## **2.2 Konsep Komunikasi**

### **2.2.1 Pengertian Komunikasi**

Istilah komunikasi berasal dari bahasa latin "*communication*" yang artinya pemberitahuan dan/atau pertukaran ide, dengan pembicara mengharapkan pertimbangan atau jawaban dari pendengarnya (Suryani, 2005)

Komunikasi juga merupakan proses pengiriman atau pertukaran (stimulus, signal, simbol, informasi) baik dalam bentuk verbal maupun non verbal dari pengirim ke penerima pesan dengan tujuan adanya perubahan (baik dalam aspek kognitif, afektif maupun psikomotor) (Mundakir, 2006).

Teori komunikasi sangat sesuai dalam praktik keperawatan (Stuart & Sundeen dalam Keliat, 1992) karena ;

1. Komunikasi merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik.
2. Maksud komunikasi adalah mempengaruhi perilaku orang lain, berarti keberhasilan intervensi perawat tergantung pada komunikasi, karena proses keperawatan ditujukan untuk merubah perilaku dalam mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
3. Komunikasi adalah berhubungan, hubungan perawat-klien yang terapeutik, tidak mungkin tercapai tanpa komunikasi.

### **2.2.2 Komponen Komunikasi**

Menurut Potter dan Perry (dalam Damaiyanti, 2008) komunikasi mempunyai 6 komponen yaitu :

#### **1. Komunikator**

Penyampai informasi atau sumber informasi.

#### **2. Komunikan**

Penerima informasi atau memberi respon terhadap stimulus yang disampaikan

oleh komunikator.

### 3. Pesan

Gagasan atau pendapat, fakta, informasi atau stimulus yang disampaikan.

### 4. Media

Saluran yang dipakai untuk menyampaikan pesan.

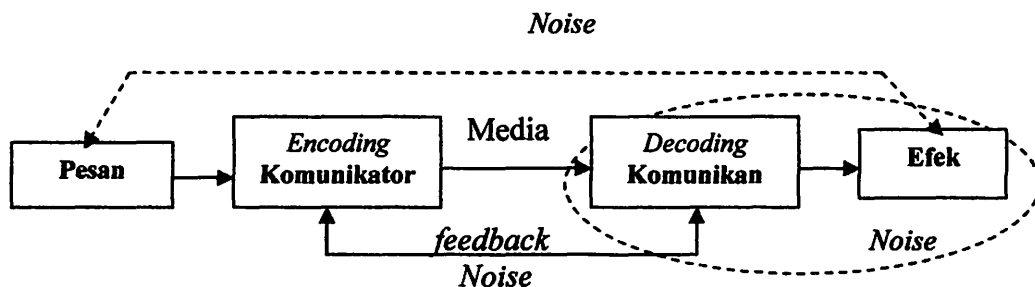
### 5. *Encoding*

Perumusan pesan oleh komunikator sebelum disampaikan kepada komunikan.

### 6. *Decoding*

Penafsiran pesan oleh komunikan pada saat menerima pesan.

## 2.2.3 Proses Komunikasi



Gambar 2.1: Proses Komunikasi (Mundakir, 2006)

Komunikasi terjadi bila ada sumber informasi yang merupakan bahan atau materi yang akan disampaikan oleh komunikator. Sebelum informasi disampaikan komunikator perlu melakukan penyandian (*encoding*) untuk mengubah ide dalam otak ke dalam suatu sandi yang cocok dengan transmitter. Contoh dari bentuk penyandian ini adalah kata-kata dalam komunikasi non verbal seperti anggukan kepala, sentuhan, kontak mata dan sebagainya. Setelah pesan disandikan kemudian komunikator menyampaikan pesan kepada penerima pesan



(komunikasikan) melalui saluran atau media. Ketepatan komunikasi dalam menerima pesan sangat dipengaruhi oleh kemampuan komunikasi dalam melakukan penafsiran atau *decoding* disamping juga dipengaruhi oleh faktor pengganggu (*noise*). Ketepatan komunikasi dalam menafsirkan pesan (*decoding*) dipengaruhi oleh banyak hal misalnya: pengetahuan, pengalaman, fungsi alat indra yang digunakan dan sebagainya. Komunikasi berlangsung efektif bila terjadi *feedback* yang baik antara penerima pesan dengan pembawa pesan sebelum terjadinya perubahan atau efek sebagai dampak komunikasi.

#### **2.2.4 Tingkat Hubungan Komunikasi**

Tingkat hubungan komunikasi dibagi tiga (Potter & Perry, 2005):

##### **1. Komunikasi intrapersonal**

Komunikasi yang terjadi dalam diri individu sendiri. Komunikasi ini akan membantu agar seseorang atau individu tetap sadar akan kejadian disekitarnya. Melainkan maka anda sedang melakukan komunikasi intrapersonal.

##### **2. Komunikasi interpersonal**

Interaksi antara dua orang atau kelompok kecil. Komunikasi ini merupakan inti dari praktek keperawatan karena dapat terjadi antara perawat dan klien serta keluarga, perawat dengan perawat, dan perawat dengan tim kesehatan lain.

##### **3. Komunikasi massa**

Interaksi yang terjadi dalam kelompok besar. Ceramah yang diberikan pada mahasiswa, kampanye, merupakan contoh komunikasi massa.

#### **2.2.5 Bentuk Komunikasi**

##### **1. Komunikasi Verbal**

Komunikasi yang dilakukan melalui kata-kata, bicara atau tertulis (Nurjannah, 2001).

Meskipun yang paling mempengaruhi komunikasi adalah bahasa non verbal, kata adalah alat yang sangat penting dalam komunikasi.

Komunikasi verbal mempunyai karakteristik jelas dan ringkas. Perbendaharaan kata mudah dimengerti, mempunyai arti denotatif dan konotatif, intonasi mampu mempengaruhi isi pesan, kecepatan bicara dan memiliki tempo dan jeda yang tepat, serta disertai unsur humor.

## 2. Komunikasi Non Verbal

Komunikasi non verbal merupakan komunikasi yang tidak melibatkan bicara dan tulisan (Nurjanah, 2001). Komunikasi non verbal mempunyai dampak yang lebih besar daripada komunikasi verbal. Stuart & Sundeen dalam Suryani (2005) mengatakan bahwa sekitar 7% pemahaman dapat ditimbulkan karena kata-kata, sekitar 30% karena bahasa paralinguistik dan sekitar 55% karena bahasa tubuh. Komunikasi non verbal dapat disampaikan melalui beberapa cara, yaitu penampilan fisik, sikap tubuh dan cara berjalan, ekspresi wajah dan sentuhan.

Komunikasi nonverbal dapat diamati melalui :

### 1. Penampilan personal

Penampilan seseorang merupakan salah satu hal utama yang diperhatikan selama komunikasi interpersonal. Bentuk fisik, cara berpakaian dan berhias menunjukkan kepribadian, status social, pekerjaan, agama, budaya dan konsep diri. Perawat yang memperhatikan penampilan dirinya dapat menimbulkan citra diri yang positif dan sikap profesional yang positif. Penampilan fisik perawat mempengaruhi persepsi klien terhadap pelayanan/asuhan keperawatan yang diterima, karena tiap klien mempunyai pandangan atau citra bagaimana seharusnya perawat berpenampilan. Walaupun penampilan tidak sepenuhnya

mencerminkan kemampuan, tetapi penampilan perawat dapat mempengaruhinya dalam membina hubungan saling percaya dengan klien.

## 2. Intonasi (nada suara)

Nada suara pembicara mempunyai dampak yang besar terhadap arti pesan yang dikirimkan, karena emosi seseorang dapat secara langsung mempengaruhi nada suaranya. Perawat harus menyadari dan mengontrol emosinya ketika sedang berinteraksi dengan klien, karena maksud untuk menyampaikan perhatian yang tulus terhadap klien dapat terhalangi oleh nada suara perawat yang kurang simpatik.

## 3. Ekspresi wajah

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada 6 keadaan emosi utama yang tampak melalui ekspresi wajah, yaitu terkejut, takut, marah, jijik, bahagia dan sedih. Ekspresi wajah sering digunakan sebagai dasar penting dalam menentukan respon komunikasi atau penerima pesan. Orang yang tidak percaya atau orang yang berbohong akan tampak dalam ekspresi wajahnya. Ekspresi wajah dapat meliputi posisi mulut, alis, muka dan tatapan mata. Orang yang mempertahankan kontak mata selama pembicaraan dipersepsikan sebagai orang yang dapat dipercaya. Perawat sebaiknya tidak memandang kebawah ketika sedang berbicara dengan klien, oleh karena itu ketika berbicara sebaiknya duduk sehingga perawat tidak tampak dominan.

## 4. Sikap tubuh dan langkah

Sikap tubuh dan langkah menggambarkan sikap, emosi, konsep diri, dan keadaan fisik. Perawat dapat mengumpulkan informasi yang bermanfaat dengan mengamati sikap tubuh dan langkahnya serta memperoleh umpan balik dari orang

lain. Langkah dapat dipengaruhi oleh faktor fisik seperti rasa sakit, obat atau fraktur.

#### 5. Jarak

Jarak dalam berkomunikasi sangat penting diperhatikan oleh perawat karena akan mempengaruhi kelancaran komunikasi. Jarak yang terlalu jauh menyebabkan prawat sulit untuk berespon secara tepat karena perawat tidak bias melakukan *active listening*. Menurut Stuart (1998) jarak untuk berhubungan intim terapeutik adalah 0-45 cm, sedangkan jarak pribadi adalah 45-120 cm. Berdasarkan pengalaman jarak yang paling nyaman bagi perawat dan klien dalam berinteraksi adalah 30-40 cm, akan tetapi pada pasien-pasien dengan perilaku kekerasan, jarak yang bias digunakan antara 100-120 cm.

#### 6. Sentuhan

Sentuhan merupakan alat komunikasi yang sangat kuat. Sentuhan juga dapat menimbulkan reaksi positif atau negative, bergantung pada orang yang terlibat dan lingkungan di sekeliling mereka. Sentuhan penting dilakukan pada saat klien merasa sangat sedih. Sentuhan pada situasi ini mempunyai arti empati. Sentuhan juga dapat menunjukkan arti "Saya peduli". Akan tetapi pada pelaksanaannya sangat perlu untuk memahami siapa, kapan, dan mengapa sentuhan, dilakukan, karena komunikasi nonverbal ini mempunyai efek yang berbeda pada setiap individu (Suryani, 2005).

### 2.2.6 Faktor yang Mempengaruhi Komunikasi

Faktor eksternal yang dapat mempengaruhi komunikasi terapeutik adalah (Potter & Perry, 2005) :

## 1. Perkembangan

Agar dapat berkomunikasi efektif dengan seseorang, perawat harus mengerti pengaruh perkembangan usia baik dari sisi bahasa maupun proses berfikir dari orang tersebut. Cara berkomunikasi anak usia remaja dengan usia balita berbeda, kepada remaja anda barangkali perlu belajar “Gaul” mereka, sehingga remaja yang kita ajak bicara akan merasa mengerti mereka dan komunikasi yang diharapkan lancar.

## 2. Persepsi

Persepsi adalah pandangan pribadi seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa, persepsi ini disebut harapan atau pengalaman, perbedaan persepsi dapat menghambat komunikasi.

## 3. Nilai

Adalah standart yang dipengaruhi perilaku, sehingga penting bagi perawat untuk menyadari nilai seseorang terhadap suatu kejadian atau peristiwa, untuk menyadari nilai seseorang perawat perlu berusaha untuk mengetahui dan mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien. Dalam hubungan profesionalnya diharapkan perawat tidak dipengaruhi oleh nilai pribadinya.

## 4. Latar belakang sosial budaya

Bahasa dan juga komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya, budaya juga akan membatasi cara bertindak dan berkomunikasi.

## 5. Emosi

Emosi merupakan perasaan subyektif terhadap suatu kejadian, seperti marah, sedih, senang, akan dapat mempengaruhi perawat dalam berkomunikasi dengan

orang lain, perawat perlu mengevaluasi emosi klien dan keluarga sehingga perawat mampu memberikan asuhan keperawatan dengan tepat. Selain itu perawat perlu mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya agar dalam melakukan asuhan keperawatan tidak dipengaruhi oleh emosi.

#### 6. Jenis kelamin

Setiap jenis kelamin mempunyai gaya komunikasi yang berbeda-beda, Tanned (1990) menyebutkan bahwa wanita dan laki-laki mempunyai perbedaan gaya komunikasi. Dari usia 3 tahun wanita bermain dengan teman-teman baiknya atau dalam grup kecil dan menggunakan bahasa untuk mencari kejelasan, meminimalkan perbedaan, serta membangun dan mendukung keintiman. Laki-laki di lain pihak, menggunakan bahasa untuk mendapat kemandirian dari aktivitas grup yang lebih besar, dimana jika ingin bermain maka mereka melakukan dengan bermain.

#### 7. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi komunikasi yang akan dilakukan, seseorang yang tingkat pengetahuannya rendah akan sulit merespon pertanyaan yang mengandung bahasa verbal dibandingkan dengan tingkat pengetahuan yang lebih tinggi.

#### 8. Peran dan hubungan

Gaya komunikasi sesuai dengan peran dan hubungan antara orang yang berkomunikasi. Cara komunikasi perawat dengan koleganya, dengan cara perawat berkomunikasi dengan klien akan berbeda tergantung perannya, demikian juga antara murid dan gurunya.

## 9. Lingkungan

Lingkungan interaksi mempengaruhi komunikasi yang efektif. suasana yang bising, tidak ada *prevacy* yang tepat akan menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan.

## 10. Jarak

Jarak dapat mempengaruhi komunikasi, jarak tertentu akan menyediakan rasa aman dan kontrol. Dapat dimisalkan dengan individu yang merasa terancam ketika seseorang tidak dikenal tiba-tiba berada dijarak yang dekat dengan dirinya. Hal itu juga dialami klien saat pertama kali berinteraksi dengan perawat, untuk itu perawat perlu memperhitungkan jarak yang tepat pada saat melakukan hubungan dengan klien.

### 2.2.7 Aplikasi Komunikasi dalam Asuhan Keperawatan

Komunikasi dalam praktik keperawatan profesional merupakan unsur yang utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal. Menurut Nursalam (2002) kegiatan keperawatan yang memerlukan komunikasi meliputi: (1) timbang terima; (2) interview/anamnesa; (3) komunikasi melalui komputer; (4) komunikasi rahasia klien; (5) komunikasi melalui sentuhan; (6) komunikasi dalam pendokumentasian; (7) komunikasi antar perawat dan profesi kesehatan lain dan (8) komunikasi antar perawat dan pasien.

Komunikasi juga salah satu hal yang penting dalam pengkajian keperawatan. Pengkajian merupakan salah satu tahap proses keperawatan sekaligus langkah awal menuju suatu proses keperawatan sehingga perlu ditanamkan dalam diri perawat untuk mengupayakan pengkajian keperawatan

yang seoptimal mungkin. Komunikasi profesional diperlukan untuk membentuk hubungan saling percaya antara perawat dan klien walaupun kadang kala perawat dan klien terlibat dalam hubungan sosial. Dengan terbentuknya hubungan saling percaya antara perawat dan klien, suasana hubungan profesional akan selalu terbina. Hubungan dan iklim profesional diperlukan selama proses keperawatan sehingga tujuan keperawatan dapat dicapai (Tamsuri, 2004).

## **2.3 Komunikasi Terapeutik**

### **2.3.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik**

Terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan (Hornby dalam Nurjannah, 2001). Dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi perawat.

### **2.3.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Tujuan komunikasi terapeutik (Purwanto, 1994) adalah:

1. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan.
2. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
3. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.



### **2.3.3 Prinsip-prinsip Komunikasi Terapeutik**

Prinsip-prinsip komunikasi terapeutik menurut Carl Rogers (dalam Purwanto, 1994) adalah :

1. Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
2. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
3. Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut oleh pasien.
4. Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
5. Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.
6. Perawat harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap maupun tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah yang dihadapi.
7. Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi.
8. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
9. Memahami betul arti simpati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati bukan tindakan yang terapeutik.
10. Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.

11. Mampu berperan sebagai *role model* agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik, mental, spiritual, dan gaya hidup.
12. Disarankan untuk mengekspresikan perasaan yang dianggap mengganggu.
13. *Altruisme*, mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
14. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin keputusan berdasarkan kesejahteraan manusia.
15. Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap dirinya atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

#### **2.3.4 Tahap Hubungan komunikasi Terapeutik**

Dalam membina hubungan terapeutik perawat mempunyai empat tahap dalam berinteraksi yang setiap tahapnya mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh perawat, ke empat tahap itu adalah sebagai berikut (Stuart & Sundeen, 1995) :

##### **1. Tahap preinteraksi**

Fase ini di mulai sebelum kontrak pertama dengan klien. Perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga kesadaran dan kesiapan perawat untuk melakukan hubungan dengan klien dapat di pertanggung jawabkan. Pada fase ini juga mendapatkan informasi tentang klien dan menentukan kontrak pertama.

Tugas perawat dalam hal ini adalah ;

- 1) Mendapatkan informasi tentang klien (dari *medikal record* atau sumber yang lainnya).

- 2) Mencari literatur yang berkaitan dengan masalah yang dialami klien.
- 3) Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri.
- 4) Menganalisa kekuatan dan kelemahan profesional diri.
- 5) Membuat rencana pertemuan dengan klien
- 6) Tipe spesifik data yang akan dicari
- 7) Metode yang tepat untuk wawancara

## 2. Perkenalan atau orientasi

Merupakan tahap di mana perawat pertama kali bertemu dengan klien. Hal utama yang perlu di kaji adalah alasan klien minta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat klien. Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian, komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan klien.

Tugas perawat dalam tahap ini adalah ;

Melakukan kontrak dengan klien, komponen kontrak ;

- 1) Nama perawat atau klien
- 2) Peran yang diharapkan dari perawat dan klien
- 3) Tanggung jawab dari perawat dan klien
- 4) Tujuan
- 5) Kerahasiaan
- 6) Harapan
- 7) Topik atau kegiatan
- 8) Waktu dilakukannya interaksi

### 3. Tahap kerja

Merupakan tahap di mana klien memulai kegiatan. tugas perawat pada saat ini adalah melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan pada tahap preinteraksi. perawat dan klien mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi pikiran, dan perbuatan klien. Perawat membantu klien mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan bertanggung jawab diri sendiri, dan mengembangkan mekanisme koping yang konstruktif. Perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif merupakan fokus fase ini.

### 4. Tahap terminasi

Merupakan tahap di mana perawat akan menghentikan interaksinya dengan klien, tahap ini bisa merupakan terminasi sementara maupun terminasi akhir. Terminasi sementara adalah terminasi yang dilakukan untuk berhenti berinteraksi dalam waktu yang sebentar, misalnya pengantian jaga atau antar *shift*. Sedangkan terminasi akhir adalah terminasi yang dilakukan biasanya pada saat klien akan pulang ke rumahnya setelah dirawat dirumah sakit. Proses terminasi yang sehat akan memberikan pengalaman yang positif dalam membantu klien dalam mengembangkan koping untuk perpisahan

Pada tahap ini perawat mempunyai tugas :

- 1) Mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan baik secara kognitif, psikomotor maupun afektif.
- 2) Merencanakan tindakan lanjut dengan klien
- 3) Melakukan kontrak.
- 4) Mengakhiri terminasi dengan cara yang baik.

### **2.3.5 Sikap Perawat Dalam Komunikasi Terapeutik**

Cara perawat menghadirkan diri secara fisik sehingga dapat memfasilitasi komunikasi yang terapeutik adalah (Egan dalam Keliat, 1992):

1. Berhadapan. Arti dari posisi adalah “Saya siap untuk anda”.
2. Mempertahankan kontak mata. Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan tetap berkomunikasi.
3. Membungkuk kearah klien. Posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan dan mendengar sesuatu.
4. Mempertahankan sikap terbuka. Tidak melipat kaki ataupun tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi.
5. Tetap rileks. Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon pada klien.

Sikap fisik klien dapat pula disebut sebagai prilaku non verbal, yang perlu dipelajari pada setiap tindakan keperawatan. Beberapa prilaku non verbal yang dikemukakan oleh Clunn dalam Mundakir (2006) yang perlu diketahui dalam merawat anak adalah :

1. Gerakan mata :

Dipakai untuk memberikan perhatian.

2. Ekspresi muka :

Umumnya dipakai sebagai bahasa non verbal, namun banyak dipengaruhi oleh budaya. Orang tidak percaya pasti akan tampak pada ekspresi muka tanpa ia sadari.

3. Sentuhan

Sentuhan merupakan cara interaksi yang mendasar, konsep diri didasari oleh asuhan ibu yang memperlihatkan perasaan menerima dan mengakui.

### **2.3.6 Perbedaan Komunikasi Terapeutik dengan Komunikasi Sosial**

Perbedaan komunikasi terapeutik dengan komunikasi sosial (Purwanto,1994) adalah:

**Komunikasi terapeutik :**

1. Terjadi antar perawat dengan pasien atau anggota tim kesehatan lainnya.
2. Komunikasi ini umumnya lebih akrab karena mempunyai tujuan, berfokus kepada pasien yang membutuhkan bantuan.
3. Perawat secara aktif mendengarkan dan memberi respon kepada pasien dengan cara menunjukkan sikap mau menerima dan mau memahami sehingga dapat mendorong pasien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya. Selain itu membantu pasien untuk melihat dan memperhatikan apa yang tidak disadari sebelumnya.

**Komunikasi sosial:**

1. Terjadi setiap waktu antar orang per orang baik dalam pergaulan maupun lingkungan kerja.
2. Komunikasi bersifat dangkal karena tidak mempunyai tujuan.
3. Lebih banyak terjadi dalam pekerjaan, aktivitas sosial dan lain-lain.
4. Pembicaraan tidak mempunyai fokus tertentu tetapi lebih mengarah kebersamaan dan rasa senang.
5. Dapat direncanakan tetapi dapat juga tidak direncanakan.

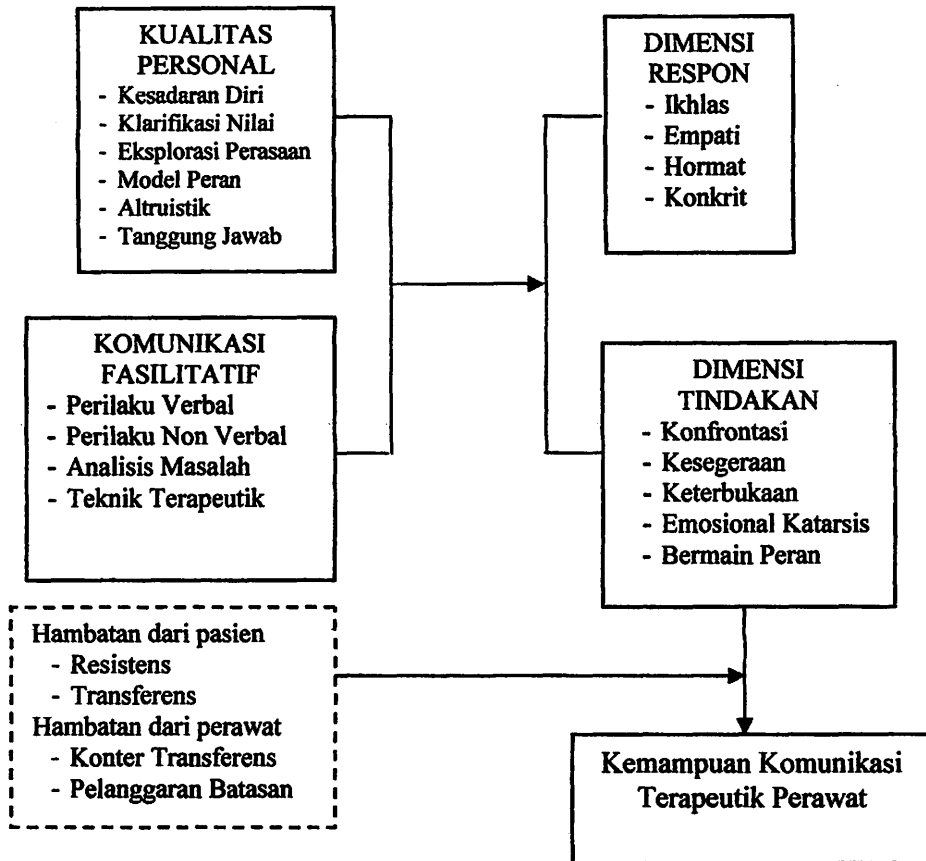
**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL  
DAN HIPOTESIS**

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

**3.1 Kerangka Konseptual**



**Keterangan :**



: Diteliti



: Tidak diteliti

**Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual Faktor yang berhubungan dengan Kemampuan Terapeutik Perawat.**



Menurut Stuart (1998), beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan komunikasi terapeutik perawat adalah; kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon, dimensi tindakan dan hambatan dalam komunikasi.

Kualitas personal, tercermin dari kemampuan perawat untuk melakukan analisis diri. Apabila perawat mampu melakukan analisa diri, diharapkan perawat dapat menggunakan dirinya secara terapeutik, untuk membantu dan mengembangkan pengalaman bersama klien dalam menyelesaikan permasalahan klien. Kualitas personal terdiri dari; kesadaran diri, klarifikasi nilai, eksplorasi perasaan, model peran, altruistik dan tanggung jawab.

Komunikasi fasilitatif, merupakan cerminan kemampuan perawat untuk menerapkan prinsip-prinsip komunikasi dan faktor-faktor yang mempengaruhi. Komunikasi fasilitatif meliputi; perilaku verbal, perilaku non verbal, kemampuan perawat menganalisis masalah, dan menerapkan teknik terapeutik.

Dimensi respon, merupakan reaksi perawat terhadap komunikasi yang terjadi. Dimensi respon ini terdiri dari sikap; ikhlas, hormat, empati, dan konkrit. Setelah dimensi respon, biasanya akan diikuti oleh dimensi tindakan, seperti; konfrontasi, kesegeraan, keterbukaan, emosional katarsis, dan bermain peran.

Selain semua faktor diatas, masih ada faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik adalah hambatan terapeutik / kebutuhan terapeutik. Hambatan terapeutik ini dapat berasal dari perawat ataupun berasal dari pasien. Hambatan terapeutik dari pasien biasanya berupa; *resisten* dan *transferen*. Sedangkan hambatan terapeutik yang dari perawat dapat berupa *counter transferen* dan pelanggaran batasan.

### **3.2 Hipotesis**

- HI :**
- 1. Ada hubungan antara faktor kualitas personal dengan kemampuan terapeutik perawat.**
  - 2. Ada hubungan antara faktor komunikasi fasilitatif dengan kemampuan terapeutik perawat.**
  - 3. Ada hubungan dimensi respon dengan kemampuan terapeutik perawat.**
  - 4. Ada hubungan dimensi tindakan dengan kemampuan terapeutik perawat.**

**BAB 4**  
**METODE PENELITIAN**

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

Dalam bab ini menguraikan tentang kerangka kerja penelitian, desain penelitian, populasi dan sampel, definisi operasional, variabel penelitian, teknik pengumpulan data dan analisa data, masalah etika dan keterbatasan penelitian.

#### 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan bentuk rancangan yang digunakan dalam melakukan prosedur penelitian (Alimul A, 2003).

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian *Cross Sectional* bertujuan mengungkapkan hubungan korelatif antar variabel, yang menekankan pada waktu pengukuran/observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali, pada satu saat. Tentunya tidak semua subjek penelitian harus diobservasi pada hari atau pada waktu yang sama, akan tetapi baik independen maupun dependen dinilai hanya satu kali saja (Nursalam, 2008).

#### 4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

##### 4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat yang bertugas di Ruang Penyakit Dalam, populasi target sebesar 18 orang dan populasi terjangkau 17 orang

##### 4.2.2 Sampel

Sampel penelitian adalah sebagian yang diambil dari keseluruhan objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoatmodjo, 2002). Untuk menentukan jumlah sampel dapat mempergunakan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$= \frac{17(1,96)^2(0,5) \cdot (0,5)}{(0,05) \cdot (17-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}$$

$$n = 14,06$$

Jadi pada penelitian ini jumlah sampel : 14 orang

Keterangan :

**n** = Besar sampel

**N** = Besar populasi terjangkau

**z** = Nilai standar normal untuk  $\alpha = 0,05$  (1,96)

**p** = Perkiraan proporsi

**q** = 1- p (100%)

**d** = Tingkat kesalahan yang dipilih ( $d=0,05$ )

Setelah mendapatkan populasi dalam penelitian ini, peneliti mengambil seluruh dari populasi tersebut untuk dijadikan sampel dalam penelitian ini, yaitu seluruh perawat Ruang Penyakit Dalam yang memenuhi kriteria inklusi.

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Nursalam, 2008) yaitu :

- a. Perawat yang bersedia menjadi responden.
- b. Perawat pelaksana yang bertugas di ruang Penyakit Dalam
- c. Pendidikan terakhir D3 Keperawatan

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena mempunyai syarat sebagai sampel (Nursalam, 2008).

Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah:

- a. Kepala ruangan
- b. Perawat yang sedang cuti atau tidak masuk pada saat dilaksanakan penelitian.

### **4.2.3 Sampling**

Sampling pada penelitian ini menggunakan *purposive sampling*, yaitu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008). Dalam hal ini peneliti memilih subyek yaitu perawat pelaksana di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan.

## **4.3 Identifikasi Variabel**

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia dan lain-lain) (Soeparto, 2000, dalam Nursalam, 2008). Dalam penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu variabel independen (bebas) dan variabel dependen.

### **4.3.1 Variabel Independen**

Variabel independen atau variabel bebas yaitu variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel independen dalam penelitian ini adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan terapeutik perawat, yaitu kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan.

### **4.3.2 Variabel Dependen**

Variabel dependen atau tergantung adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kemampuan terapeutik perawat.

#### 4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut (Nursalam, 2008).

Tabel 4.1 Definisi Operasional Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
<b>Variabel Independen</b>					
a. Kualitas Personal	Kemampuan perawat untuk memahami, menilai kemampuan diri sendiri, baik perilaku, perasaan maupun pikiran sebelum berinteraksi	1. Kesadaran diri 2. Klarifikasi nilai 3. Eksplorasi perasaan 4. Altruistik 5. Tanggung jawab	Kuesioner	Ordinal	Jawaban untuk pertanyaan positif : SL : 4 S : 3 KK : 2 TP : 1
b. Komunikasi fasilitatif	Sarana yang digunakan dalam mengembangkan komunikasi terapeutik.	1. Perilaku verbal 2. Perilaku non verbal 3. Analisis masalah 4. Teknik terapeutik	Kuesioner	Ordinal	Jawaban untuk pertanyaan negatif SL : 1 S : 2 KK : 3 TP : 4
c. Dimensi respon	Respon yang ditimbulkan sebelum berinteraksi.	1. Ikhlas 2. Empati 3. Hormat 4. Konkrit	Kuesioner	Ordinal	Baik : 76%-100% Cukup : 56%-75% Kurang : < 55%
d. Dimensi tindakan	Realisasi seseorang terhadap tindakan yang digunakan.	1. Konfrontasi 2. Kesenangan 3. Keterbukaan 4. Emosional katarsis 5. Bermain peran	Kuesioner	Ordinal	
<b>Variabel dependen : Kemampuan terapeutik perawat</b>	Kemampuan seorang perawat melakukan atau mengkomunikasikan perkataan, perbuatan atau ekspresi yang memfasilitasi proses penyembuhan	1. Tahap pra interaksi 2. Tahap orientasi 3. Tahap kerja 4. Tahap terminasi 5. Sikap perawat	Lembar observasi	Ordinal	76%-100% : kemampuan komunikasi terapeutik baik  56%-75% : kemampuan komunikasi terapeutik cukup <55% : kemampuan komunikasi terapeutik kurang.

## **4.5 Pengumpulan dan Pengolahan Data**

### **4.5.1 Instrumen penelitian**

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik (Arikunto, 2002). Pada penelitian ini peneliti menggunakan instrumen berupa lembar kuesioner modifikasi dari kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan serta menggunakan lembar observasi untuk menilai kemampuan terapeutik perawat.

#### **1. Kualitas personal (A)**

Menggunakan 22 pertanyaan berbentuk likert, terdiri dari 19 pernyataan positif dan 3 pernyataan negatif.

Pernyataan positif nomor 1,2,3,4,5,6,7,8,12a,12b,12c,12d,13a,13b,14,15a,15b, 15c, dan 15d, untuk penilaian pernyataan positif 4:Selalu, 3: Sering, 2: Kadang-kadang, 1: Tidak pernah.

Pernyataan negatif nomor 9,10 dan 11, untuk penilaian pernyataan negatif 1: Selalu, 2: Sering, 3: Kadang-kadang, 4: Tidak pernah.

#### **2. Komunikasi fasilitatif (B)**

Menggunakan 19 pertanyaan berbentuk likert, semua berbentuk pernyataan positif dengan penilaian 4:Selalu, 3: Sering, 2: Kadang-kadang, 1: Tidak pernah.

#### **3. Dimensi respon (C)**

Menggunakan 11 pertanyaan berbentuk likert, terdiri dari 6 pernyataan positif dan 5 pernyataan negatif.

Pernyataan positif nomor 3,4,5,8,9,10 dan 11, untuk penilaian pernyataan



positif 4:Selalu, 3: Sering, 2: Kadang-kadang, 1: Tidak pernah.

Pernyataan negatif nomor 1,2,6,7 dan 8, untuk penilaian pernyataan negatif

1: Selalu, 2: Sering, 3: Kadang-kadang, 4: Tidak pernah.

#### 4. Dimensi tindakan (D)

Menggunakan 15 pertanyaan berbentuk likert, semua berbentuk pernyataan positif dengan penilaian 4:Selalu, 3: Sering, 2: Kadang-kadang, 1: Tidak pernah.

#### 5. Observasi kegiatan interaksi perawat-klien

2 = Ya/Melakukan                      1= Tidak/ Tidak melakukan

#### 4.5.2 Lokasi dan Waktu penelitian

Lokasi penelitian di ruang Penyakit Dalam RSUD Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Kalsel. Peneliti melakukan pengumpulan data pada tanggal 15-29 Januari 2009.

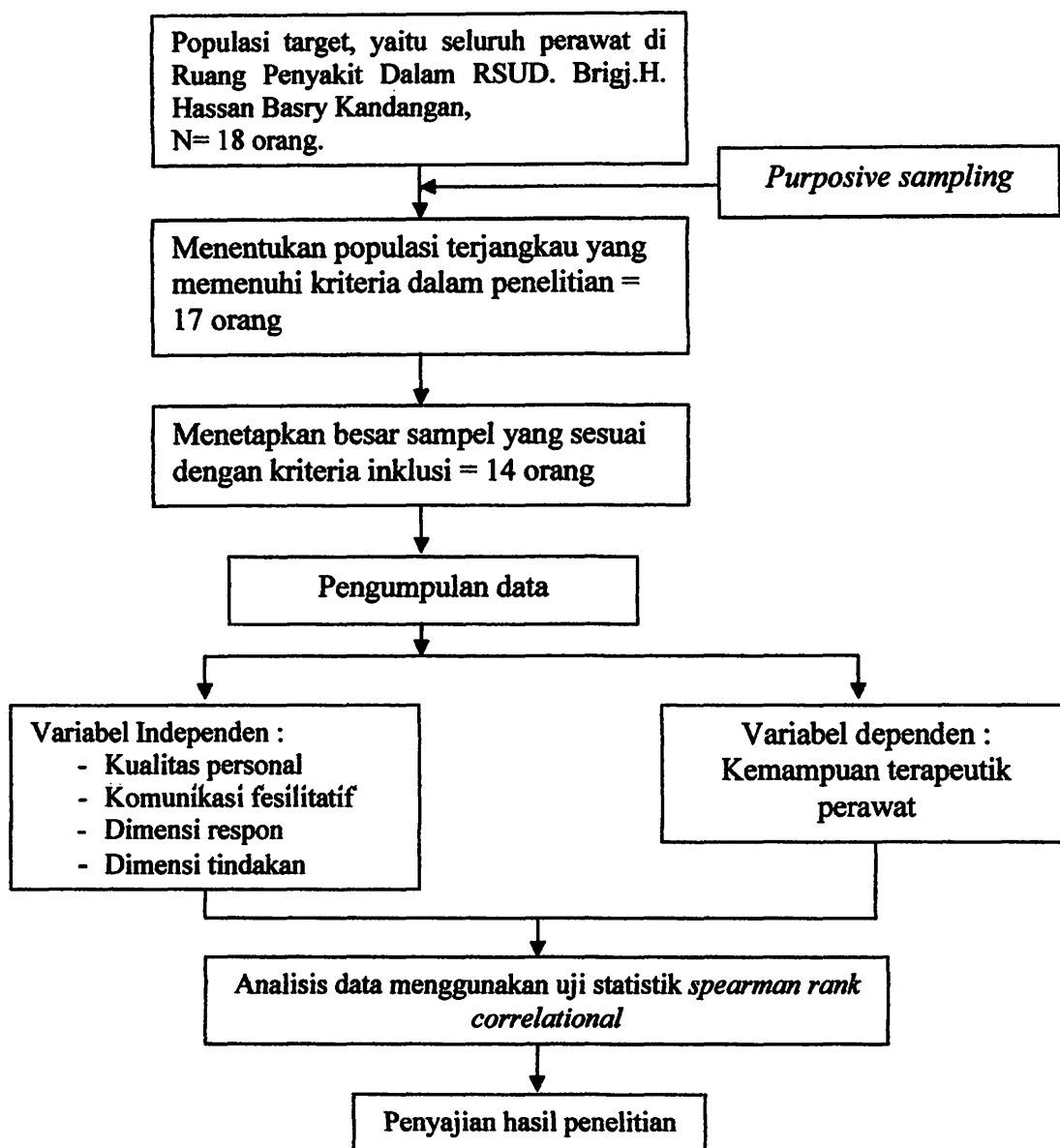
#### 4.5.3 Prosedur pengumpulan data

Metode yang digunakan dalam pengambilan atau pengumpulan data adalah dengan cara memberikan kuesioner dan observasi terhadap perawat di Ruang Penyakit Dalam Direktur RSUD. Brigjend. H.Hassan Basry. Langkah-langkah yang dilakukan dalam pengumpulan data yaitu meminta pengantar penelitian awal untuk RSUD. Brigjend. H.Hassan Basry Kandangan. Setelah mendapat persetujuan proposal penelitian, kemudian peneliti memberikan informed concent pada responden, yaitu perawat di ruang penyakit dalam. Selanjutnya peneliti memberikan kuesioner yaitu dengan mendampingi responden dan menjamin data responden akan dirahasiakan. Setelah data terkumpul maka peneliti akan menganalisis data dengan uji korelasi *Spearman Rank* dan observasi.

Penilaian kuesioner digolongkan dalam pernyataan dengan skala persentas, begitu juga dengan observasi.

#### **4.6 Kerangka Operasional**

Kerangka operasional merupakan langkah-langkah proses penelitian dari penentuan populasi sampai dengan penyajian hasil. Penelitian dimulai dari penentuan populasi, yaitu perawat di Ruang Penyakit dalam RSUD Brigj. H. Hassan Basry, kemudian diseleksi dengan menggunakan *purposive sampling*, sehingga didapatkan sampel penelitian. Setelah didapatkan sampel, peneliti melakukan pengumpulan data dengan menyebarkan kuesioner dan observasi. Kemudian menganalisis hasilnya, yaitu dengan menganalisis jawaban dari responden dan mempresentasi hasilnya. Langkah terakhir adalah penyajian hasil penelitian.



Gambar 4.1: Kerangka Kerja Penelitian Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend.H. Hassan Basry Kandangan.

#### 4.7 Analisis Data

Kegiatan awal yang dilakukan yaitu memeriksa ulang kelengkapan jawaban yang telah diisi subjek pada kuesioner yang dibagikan. Data yang dikelompokkan diberi kode agar memudahkan peneliti dalam merekap data dalam komputer. Kemudian data diolah menurut jenis dan skala pengukuran sesuai

dengan kebutuhan analisis statistik. Uji statistik yang digunakan “*spearman rank correlational*” untuk mengetahui hubungan antara variable independen dan variabel dependen dengan skala data ordinal dan tingkat kemaknaan  $\alpha \leq 0.05$ . artinya jika hasil uji statistik menunjukkan  $p \leq 0.05$  maka ada hubungan signifikan antara variabel independen dan variabel dependen. Derajat kekuatan hubungan ada 5 tingkatan yaitu : jika koefisien korelasi 0-0,25 maka derajat hubungan adalah sangat lemah. Jika  $> 0,25-0,5$  maka derajat hubungan adalah cukup, jika  $>0,5-0,75$  maka derajat hubungan adalah kuat, jika  $> 0,75-1$  maka derajat hubungan adalah sangat kuat (Sarwono, 2006). Dalam penelitian yang akan dilaksanakan ini dihubungkan antara kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan dengan kemampuan komunikasi terapeutik perawat. Data dianalisis dengan menggunakan bantuan komputer.

#### **4.8 Etika Penelitian**

Masalah etik dalam penelitian yang menggunakan subyek manusia menjadi isu sentral yang berkembang saat ini. Pada penelitian ilmu keperawatan hampir 90% subyek yang digunakan adalah manusia, maka penelitian harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian (Nursalam, 2008). Beberapa prinsip dalam pertimbangan etik meliputi: bebas dari penderitaan, bebas dari eksploitasi, kerahasiaan yang terjamin, bebas menolak menjadi responden serta adanya persetujuan (*Informed Consent*) untuk menjadi responden penelitian. Oleh karena itu perlu mengajukan permohonan penelitian kepada Direktur RSUD. Brigjend. H.Hassan Basry dan subjek yang akan diteliti berpedoman pada prinsip etik.

#### **4.8.1 *Informed consent* (lembar persetujuan)**

Lembar persetujuan akan diberikan kepada subjek yang akan diteliti. Jika responden tersebut bersedia maka harus menandatangani lembar persetujuan sebagai tanda bersedia, tetapi apabila responden tidak bersedia maka peneliti tetap menghargai hak responden.

#### **4.8.2 *Anonimity* (tanpa nama)**

Nama subjek tidak dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengetahui keikutsertaannya peneliti hanya menggunakan kode dalam bentuk nomor pada masing-masing lembar pengumpulan data.

#### **4.8.3 *Convidentiality* (kerahasiaan)**

Kerahasiaan informasi yang telah diperoleh dari respond akan dijamin kerahasiaannya. Hanya kepada kelompok tertentu saja yang akan peneliti sajikan, terutama untuk pelaporan hasil riset.

#### **4.9 Keterbatasan**

Ada beberapa keterbatasan yang ditemui dalam penelitian ini, antara lain:

- (1) Sampel yang diteliti terbatas pada Ruang Penyakit Dalam sehingga kemungkinan hasil belum bisa mewakili hasil dari keseluruhan populasi RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan, (2) Instrumen pengumpulan data belum teruji validitas dan reliabelitasnya, tetepi peneliti berusaha menyusun daftar pertanyaan dalam kuesioner sesuai dengan parameter yang dikembangkan dalam definisi operasional, (3) Pengumpulan data dengan kuesioner memiliki jawaban yang lebih banyak dipengaruhi oleh sikap dan harapan pribadi responden, (4) Metode pengumpulan data dengan observasi membuat responden berusaha menampilkan dirinya sebaik mungkin, karena responden mengetahui bahwa dirinya sedang diobservasi.

**BAB 5**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**PENELITIAN**

## **BAB 5**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN**

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang analisis faktor yang berhubungan dengan kemampuan terapeutik perawat di ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend. H. Hassan Basry Kandangan Kalimantan Selatan. Adapun data disajikan dalam bentuk diagram dan narasi yang meliputi data umum tentang karakteristik responden menurut jenis kelamin, umur dan masa kerja. Sedangkan data khusus terdiri dari faktor kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan.

#### **5.1 Hasil Penelitian**

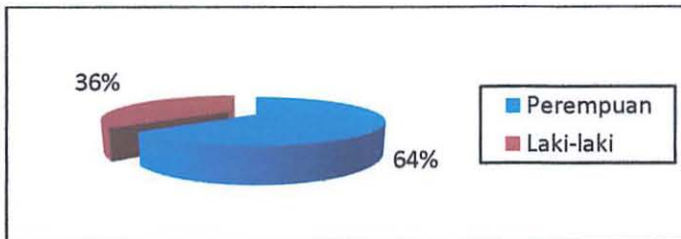
##### **5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian dilaksanakan di RSUD.Brigjend. H Hassan Basry Kandangan merupakan RS tipe C (+), terletak di tengah kota Kandangan, ditepi Jalan utama yang merupakan jalan Negara, yaitu Jalan Jendral Sudirman No 29 sehingga memudahkan akses pencari pelayanan. Jumlah tenaga medis 12 orang, tenaga non medis 27 orang, tenaga perawat 150 orang, tenaga non medis perawat 29 orang. Tersedia 6 unit pelayanan, terdiri dari pelayanan Gawat Darurat (IRD), pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan bedah sentral, pelayanan penunjang dan pelayanan pendidikan/penelitian.

Ruang Penyakit Dalam merupakan salah satu ruang rawat inap. Jumlah perawat saat ini 15 orang, semuanya pendidikan D3 Keperawatan. Tetapi belum diketahui kemampuan terapeutik perawat di ruangan penyakit dalam tersebut.

### 5.1.2 Data Umum

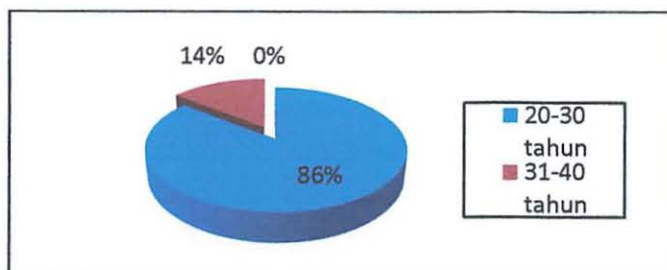
#### 1. Distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin.



Gambar 5.1 Diagram distribusi Responden berdasarkan Jenis Kelamin di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009

Dari data diatas menunjukkan bahwa perawat yang bertugas pada ruang penyakit dalam sebagian besar adalah perawat perempuan dan memiliki kemampuan terapeutik baik.

#### 2. Distribusi Responden berdasarkan Umur

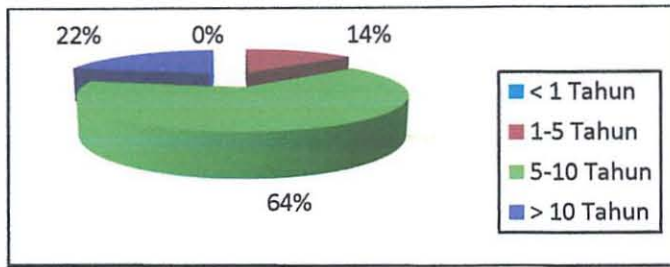


Gambar 5.2 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Umur di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009

Dari data diatas diketahui bahwa usia terbanyak perawat di ruang penyakit dalam adalah pada usia dewasa muda.



### 3. Distribusi Responden berdasarkan Masa Kerja



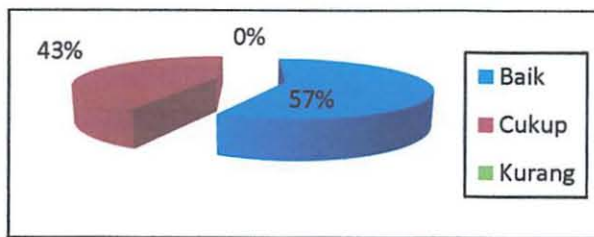
Gambar 5.3 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Masa Kerja di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009

Berdasarkan gambar 5.3 diketahui bahwa sebagian besar responden dalam penelitian ini adalah perawat yang bekerja 5-10 tahun sebanyak 9 orang (64%). Dari data di atas dapat diketahui bahwa masa kerja yang lama tentunya mempengaruhi pengalaman perawat dalam berinteraksi dengan pasien.

#### 5.1.3 Data Khusus

Pada bagian ini akan disajikan tentang faktor yang mempengaruhi kemampuan hubungan terapeutik perawat.

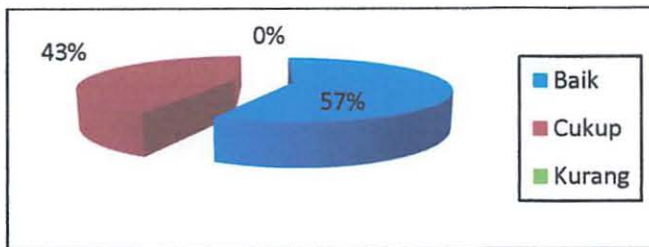
##### 1. Kualitas Personal



Gambar 5.4 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Kualitas Personal di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009

Dari data di atas diketahui kualitas personal perawat baik, berarti kemampuan terapeutiknya baik pula.

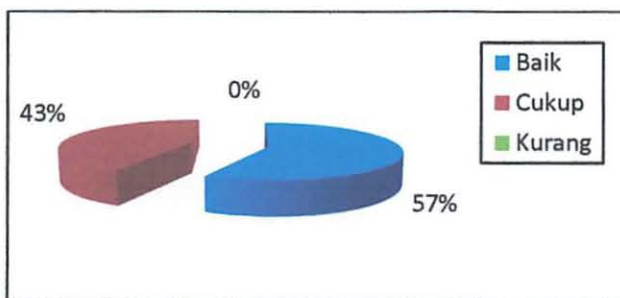
## 2. Komunikasi Fasilitatif



Gambar 5.5 Distribusi Responden berdasarkan Komunikasi Fasilitatif di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009

Dari data di atas diketahui bahwa komunikasi fasilitatif responden baik, hal ini berhubungan dengan kemampuan terapeutiknya.

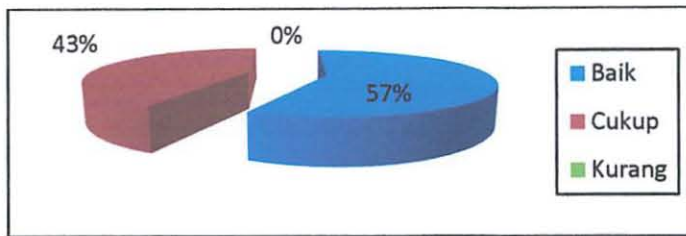
## 3. Dimensi Respon



Gambar 5.6 Diagram Distribusi Responden berdasarkan Dimensi Respon di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009

Dari data tersebut didapatkan dimensi respon responden baik, sehingga kemampuan terapeutiknya baik pula.

#### 4. Dimensi Tindakan

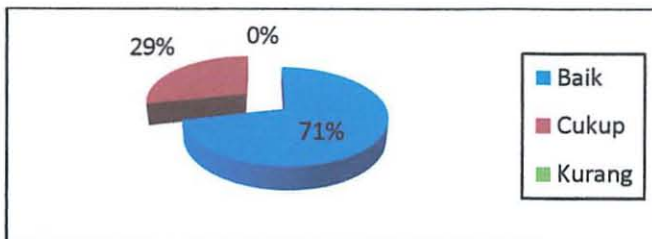


Gambar 5.7 Distribusi Responden berdasarkan dimensi tindakan di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Bulan Januari 2009

Diagram 5.7 diatas menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki dimensi tindakan baik, yaitu berjumlah 8 responden (57%).

Dari data diatas didapatkan dimensi tindakan responden baik, sehingga baik pula kemampuan terapeutiknya.

#### 5. Kemampuan Terapeutik Perawat



Gambar 5.8 Distribusi Responden berdasarkan hasil observasi kemampuan terapeutik perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan bulan Januari 2009.

Dari data diatas didapatkan bahwa kemampuan terapeutik perawat sudah baik, hal ini karena kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan yang baik.

### 5.1.4 Hubungan Faktor-faktor dengan Kemampuan Terapeutik Perawat.

#### 1. Hubungan antara Kualitas Personal dengan Kemampuan Terapeutik Perawat.

Tabel 5.1 Tabulasi silang antara Kualitas Personal dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend H.Hassan Basry Januari 2009

Kemampuan Kom Tx Kualitas Personal	Baik		Cukup		Total	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Baik	8	57	0	0	8	57
Cukup	2	14	4	29	6	43
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>71</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Uji korelasi *Spearman Rank (Rho)*  
 $r = 0,730$        $p = 0,003$

Dari tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu berjumlah 8 responden (57%) mempunyai kualitas personal yang baik dan mempunyai kemampuan terapeutik yang baik juga. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai  $p = 0,003$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara kualitas personal responden dengan kemampuan terapeutik, yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,730 (keamatan hubungan kuat). Ini berarti bahwa semakin baik kualitas personal perawat maka semakin baik pula kemampuannya dalam hubungan secara terapeutik.

#### 2. Hubungan antara Komunikasi Fasilitatif dengan Kemampuan Terapeutik Perawat.

Tabel 5.2 Tabulasi silang antara Komunikasi Fasilitatif dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend H.Hassan Basry Januari 2009

Kemampuan Kom Tx Kom. Fasilitatif	Baik		Cukup		Total	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Baik	8	57	0	0	8	57
Cukup	2	14	4	29	6	43
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>71</b>	<b>4</b>	<b>29</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Uji korelasi *Spearman Rank (Rho)*  
 $r = 0,730$        $p = 0,003$

Dari tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu berjumlah 8 responden (57%) mempunyai komunikasi fasilitatif yang baik dan mempunyai kemampuan terapeutik yang baik juga. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai  $p = 0,003$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara komunikasi fasilitatif responden dengan kemampuannya dalam hubungan terapeutik, yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,730 (keeratn hubungan kuat). Ini berarti bahwa semakin baik komunikasi fasilitatif perawat maka semakin baik pula kemampuannya dalam hubungan secara terapeutik.

### 3. Hubungan antara Dimensi Respon dengan Kemampuan Terapeutik Perawat.

Tabel 5.3 Tabulasi silang antara Dimensi Respon dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend H.Hassan Basry Januari 2009

Kemampuan Kom Tx Dimensi Respon	Baik		Cukup		Total	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Baik	8	57	0	0	8	57
Cukup	2	14	4	29	6	43
<b>Total</b>	10	71	4	29	14	100
Uji korelasi <i>Spearman Rank</i> ( <i>Rho</i> ) $r = 0,730$ $p = 0,003$						

Dari tabel 5.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu berjumlah 8 responden (57%) mempunyai dimensi respon yang baik dan mempunyai kemampuan terapeutik yang baik juga. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai  $p = 0,003$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara dimensi respon responden dengan kemampuannya dalam hubungan terapeutik, yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,730 (keeratn hubungan kuat). Ini berarti bahwa semakin baik dimensi respon

perawat maka semakin baik pula kemampuannya dalam hubungan secara terapeutik.

#### 4. Hubungan antara Dimensi Tindakan dengan Kemampuan Komunikasi Terapeutik Perawat.

**Tabel 5.4** Tabulasi silang antara Dimensi Tindakan dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD. Brigjend H.Hassan Basry Januari 2009

Kemampuan Kom Tx Dimensi Tindakan	Baik		Cukup		Total	
	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%	$\Sigma$	%
Baik	8	57	0	0	8	57
Cukup	2	14	4	29	6	43
<b>Total</b>	10	71	4	29	14	100
Uji korelasi <i>Spearman Rank (Rho)</i> $r = 0,730$ $p = 0,003$						

Dari tabel 5.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu berjumlah 8 responden (57%) mempunyai dimensi tindakan yang baik dan mempunyai kemampuan terapeutik yang baik juga. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai  $p = 0,003$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara dimensi tindakan responden dengan kemampuannya dalam hubungan terapeutik, yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,730 (keeratn hubungan kuat). Ini berarti bahwa semakin baik dimensi tindakan perawat maka semakin baik pula kemampuannya dalam hubungan secara terapeutik.

### 5.1.5 Faktor Dominan Dalam Kemampuan Terapeutik Perawat.

Tabel 5.5 Perbandingan Koefisien Korelasi dari uji *Spearman Rank* diantara hubungan Kualitas Personal, Komunikasi Fasilitatif, Dimensi Respon dan Dimensi Tindakan dengan Kemampuan Terapeutik Perawat.

Kemampuan Faktor	Kemampuan Terapeutik Perawat	Koefisien korelasi (Uji <i>Spearman Rank</i> )
Kualitas Personal	KP – Kemampuan Terapeutik	0,730
Komunikasi Fasilitatif	KF - Kemampuan Terapeutik	0,730
Dimensi Respon	DR - Kemampuan Terapeutik	0,730
Dimensi Tindakan	DT - Kemampuan Terapeutik	0,730

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa koefisien korelasi dari masing-masing hubungan, yaitu hubungan antara kualitas personal dengan kemampuan terapeutik, hubungan antara komunikasi fasilitatif dengan kemampuan terapeutik, hubungan antara dimensi respon dengan kemampuan terapeutik, hubungan antara dimensi tindakan dengan kemampuan terapeutik, yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,730. Angka ini termasuk kategori korelasi kuat.

## 5.2 Pembahasan

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu berjumlah 8 responden (57%) mempunyai kualitas personal yang baik dan mempunyai kemampuan terapeutik yang baik juga. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai  $p = 0,003$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara kualitas personal responden dengan kemampuannya dalam hubungan secara terapeutik, yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,730 (keeratn hubungan kuat). Ini berarti bahwa semakin

baik kualitas personal perawat maka semakin baik pula kemampuannya dalam hubungan secara terapeutik.

Berdasarkan tabulasi data tentang kualitas personal responden didapatkan bahwa perawat sudah bagus dalam hal pengkajian, mempunyai tujuan hidup yang jelas, pada diri mereka mempunyai cita-cita dalam hidup. Dalam memberikan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian sampai pendokumentasian didapatkan data bahwa perawat selalu melakukan pengkajian. Pengkajian merupakan salah satu tahap proses keperawatan sekaligus langkah awal menuju suatu proses keperawatan sehingga perlu ditanamkan dalam diri perawat untuk mengupayakan pengkajian keperawatan yang seoptimal mungkin (Tamsuri, 2004). Dengan pengkajian yang benar maka akan didapatkan data yang benar sehingga dapat memberikan intervensi yang tepat. Melakukan pengkajian termasuk dalam unsur etik dan tanggung jawab yang dikaji pada kualitas personal. Menyediakan panduan untuk mengarahkan dan menghubungkan pelaksanaan tanggung jawab asuhan keperawatan, dimana tanggung jawab asuhan keperawatan tersebut konsisten dengan tugas-tugas etik dari profesi.

Mempunyai tujuan hidup yang jelas dan mempunyai cita-cita dalam hidup berarti perawat sudah memiliki kesadaran diri. Kesadaran diri salah satunya dapat ditingkatkan dengan mempelajari diri sendiri, proses eksplorasi diri sendiri tentang pikiran, perasaan, perilaku, termasuk pengalaman yang menyenangkan, hubungan interpersonal, dan kebutuhan pribadi (Stuart dan Sundeen, dalam Keliat 1996). Perawat mempunyai tujuan yang jelas dan cita-cita dalam hidup berarti dalam menjalankan profesinya juga punya tujuan untuk memberikan pelayanan yang optimal pada setiap pasien.



Sedangkan rerata yang paling rendah yaitu tentang prestasi yang kurang membanggakan, kurangnya kemampuan perawat untuk menjadi role model dalam kepribadian serta cara perawat berkomunikasi, dalam hal menilai kelebihan diri sendiri. Mengenai prestasi, memang tidak semua perawat mempunyai prestasi. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor, yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal meliputi motivasi, keadaan fisiologis, sedangkan faktor eksternal meliputi dukungan, penghargaan serta tersedianya sarana dan prasarana. Padahal seharusnya setiap individu harus bangga terhadap prestasi yang dapat dicapai. Apabila institusi dimana perawat bekerja memberikan *reward* yang memuaskan, serta penghargaan yang menandakan kepedulian mereka serta rasa terima kasih institusi atas prestasi stafnya. Dukungan baik moril maupun materiil sangatlah berpengaruh pada pengembangan diri serta pengembangan potensi staf/karyawan yang bersangkutan.

Kekurangmampuan perawat menjadi role model dalam kepribadian maupun cara berkomunikasi pada sebagian perawat disebabkan karena mereka tidak bisa mengelola stress, pengaruh kehidupan pribadi serta kurang mampu beradaptasi dengan sehat, sehingga tidak dapat menempatkan diri sebagai sosok petugas kesehatan yang bisa menjadi panutan pasien atau keluarga. Kemampuan menjadi model juga berarti bahwa perawat mampu melaksanakan nilai-nilai yang telah ditetapkan sebagai standarnya, dimana nilai-nilai tersebut sesuai dengan prinsip yang benar (Nurjannah, 2001).

Instrumen utama yang dipakai dalam menciptakan hubungan terapeutik adalah perawat, sehingga perawat dituntut mampu menggunakan diri secara terapeutik. Untuk itu analisis diri perlu dilakukan sebagai langkah awal dalam

proses hubungan terapeutik. Analisis diri difokuskan pada kesadaran diri, klarifikasi nilai, eksplorasi perasaan, kemampuan menjadi model, panggilan jiwa (*altruisme*) serta tanggung jawab dan etika. (Stuart, 1998)

Pribadi perawat yang efektif adalah perawat yang dapat memenuhi dan memuaskan kehidupan pribadi serta tidak didominasi oleh konflik, distress, atau pengingkaran dan memperlihatkan perkembangan serta adaptasi yang sehat. Perawat diharapkan tanggung jawab atas perilakunya, sadar akan kelemahan dan kekurangannya. Perawat dalam kesehariannya akan berhadapan dengan klien yang bermacam-macam emosi dan perilakunya. Dalam menghadapi keanekaragaman tingkah laku dan emosi tersebut tentu akan mempengaruhi juga emosi dan perilaku perawat. Stimulus yang banyak tersebut tentunya perlu direspon oleh perawat dengan kesadaran diri yang tinggi dan berdasarkan nilai-nilai yang dimilikinya, diharapkan perawat mampu memberikan respon yang tepat dan terapeutik untuk setiap stimulus yang datang (Nurjannah, 2001).

Seorang perawat yang dalam kehidupan sehari-harinya senantiasa cemas, penuh konflik dan tidak mampu menyesuaikan diri terhadap lingkungan tidak bisa menjadi model dan tidak akan mampu mengubah perilaku klien menjadi lebih baik.

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu berjumlah 8 responden (57%) mempunyai komunikasi fasilitatif yang baik dan mempunyai kemampuan terapeutik yang baik juga. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai  $p = 0,003$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara komunikasi fasilitatif responden dengan kemampuan terapeutik, yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,730

(keeratn hubungan kuat). Ini berarti bahwa semakin baik komunikasi fasilitatif perawat maka semakin baik pula kemampuannya dalam hubungan secara terapeutik.

Berdasarkan tabulasi data tentang komunikasi fasilitatif responden didapatkan bahwa rerata tertinggi tentang kebiasaan tersenyum saat bertatap muka dengan pasien serta kebiasaan berbicara dengan suara yang tidak terlalu keras ataupun berbisik-bisik. Sedangkan rerata yang paling rendah yaitu tentang kebiasaan perawat memperkenalkan diri dengan jelas pada pasien.

Senyum merupakan salah satu ekspresi wajah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada 6 keadaan emosi utama yang tampak melalui ekspresi wajah, yaitu terkejut, takut, marah, jijik, bahagia dan sedih. Ekspresi wajah sering digunakan sebagai dasar penting dalam menentukan respon komunikan atau penerima pesan (Suryani, 2006).

Senyum menggambarkan kondisi psikologis komunikator (perawat) dalam keadaan baik, sehingga pihak komunikan merasa nyaman saat berkomunikasi dengan perawat tersebut. Senyum juga menunjukkan keikhlasan dan keterbukaan seseorang untuk memberikan informasi yang dibutuhkan. Perawat yang melakukan komunikasi kepada klien dengan wajah yang cemberut akan membuat klien merasa tidak nyaman serta menimbulkan kesan bahwa perawat tidak tulus dalam melakukan tugasnya. Banyak slogan yang digunakan di berbagai instansi pelayanan untuk membiasakan tersenyum saat berkomunikasi dengan klien atau siapapun, salah satu slogannya adalah "Senyummu adalah Kepuasanku". Dengan senyuman tujuan terapeutik lebih mudah tercapai serta diharapkan secara tidak langsung berdampak pada percepatan kesembuhan pasien.

Selain ekspresi wajah (senyuman), intonasi atau nada suara juga berpengaruh dalam berhasil tidaknya tujuan komunikasi antar perawat dengan pasien. Nada suara perawat mempunyai dampak yang besar terhadap arti pesan yang dikirimkan, karena emosi perawat dapat secara langsung mempengaruhi nada suaranya. Perawat harus menyadari dan mengontrol emosinya ketika sedang berinteraksi dengan klien, karena maksud untuk menyampaikan perhatian yang tulus terhadap klien dapat terhalangi oleh nada suara perawat yang kurang simpatik (Suryani, 2006). *Voice tone* menunjukkan gaya dari ekspresi yang digunakan dalam bicara dan dapat merubah arti dari kata.

Pengaruh dari bicara dengan suara yang keras akan berbeda dengan suara yang lembut atau lemah. Suara yang keras menunjukkan berbicara yang terburu-buru, tidak sabar, sindiran tajam dan marah. Nada suara perawat juga harus melihat dengan siapa perawat tersebut berbicara. Berbicara dengan anak-anak, dewasa serta orang tua tentunya tidak dapat disamakan, contohnya pada lansia dengan kemunduran fungsi pendengarannya membutuhkan volume yang lebih dibanding berbicara dengan remaja. Selain itu perawat sebaiknya tidak berbisik-bisik di depan pasien karena akan menimbulkan kecurigaan dan ketakutan terkait dengan penyakitnya. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa selama ini perawat dirumah sakit ini sudah bagus dalam mengendalikan nada suara saat berinteraksi dengan pasien, hal ini didukung karena sebagian besar perawat sudah bekerja lebih dari 5 tahun, berarti sudah cukup pengalaman dalam berinteraksi dengan klien.

Dari hasil penelitian tentang komunikasi fasilitatif didapatkan rerata terendah terdapat pada kurangnya kemauan perawat untuk memperkenalkan diri

dengan jelas pada pasien. Perkenalan seharusnya dilakukan saat kontrak pertama dengan klien. Perkenalan merupakan tahap dimana perawat pertama kali bertemu dengan klien. Hal utama yang perlu dikaji pada tahap perkenalan adalah alasan klien minta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat dengan klien. Dalam memulai hubungan, tugas utama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian, komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan klien. Tugas perawat dalam tahap ini adalah melakukan kontrak dengan klien, yang meliputi menyebutkan nama perawat atau klien, peran yang diharapkan dari perawat dan klien, tanggung jawab dari perawat dan klien, tujuan, kerahasiaan, harapan, topik atau kegiatan, waktu dilakukannya interaksi (Nurjannah, 2001).

Hasil diatas disebabkan antara lain karena perawat menganggap bahwa perkenalan adalah hal yang tidak terlalu penting, sehingga sering terlupakan. Padahal setiap hari yang dihadapi adalah pasien yang berbeda sehingga setiap awal interaksi perkenalan tersebut harus dilakukan.

Perawat perlu berusaha untuk mengetahui dan mengklarifikasi nilai sehingga dapat membuat keputusan dan interaksi yang tepat dengan klien. Dalam hubungan profesionalnya diharapkan perawat tidak dipengaruhi oleh nilai pribadinya. Perawat juga perlu mengevaluasi emosi klien dan keluarga sehingga perawat mampu memberikan asuhan keperawatan dengan tepat. Selain itu perawat perlu mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya agar dalam melakukan asuhan keperawatan tidak dipengaruhi oleh emosi. Sehingga komunikasi verbal dan nonverbal yang dilakukan perawat menjadi komunikasi yang terapeutik.

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu berjumlah 8 responden (57%) mempunyai dimensi respon yang baik dan mempunyai kemampuan hubungan terapeutik yang baik juga. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai  $p = 0,003$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara dimensi respon responden dengan kemampuan terapeutik, yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,730 (keeratn hubungan kuat). Ini berarti bahwa semakin baik dimensi respon perawat maka semakin baik pula kemampuannya dalam hubungan secara terapeutik.

Berdasarkan tabulasi data tentang dimensi respon responden didapatkan bahwa rerata tertinggi tentang perawat yang tidak membeda-bedakan pelayanan pasien berdasarkan status ekonomi. Hasil diatas menunjukkan bahwa perawat menghargai setiap individu sebagai manusia mempunyai harkat dan martabat yang sama serta hak mendapatkan pelayanan yang sama. Agar dapat berkomunikasi efektif dengan seseorang, perawat harus mengerti pengaruh perkembangan usia baik dari sisi bahasa maupun proses berfikir dari orang tersebut. Selain itu hasil ini juga dipengaruhi latar belakang pendidikan perawat yang semuanya lulusan D3 Keperawatan.

Kemampuan untuk menerima klien apa adanya juga merupakan salah satu karakteristik dari seorang *helper* yang efektif. Jika seseorang merasa diterima maka dia akan merasa aman dalam menjalin hubungan interpersonal (Suryani, 2006). Sedangkan rerata yang paling rendah yaitu kebiasaan perawat berdiskusi tentang perasaan pasien selama dirawat. Hasil diatas disebabkan antara lain karena keterbatasan waktu perawat dalam berinteraksi dengan pasien, kurangnya kesadaran perawat akan pentingnya berdiskusi dengan pasien. Selain itu ada juga

perawat yang beranggapan bahwa pasien yang terlalu banyak bertanya hanya sekedar menguji kemampuan perawat. Padahal tidak semua pasien yang seperti itu, masih ada juga pasien yang benar-benar tidak tahu, sehingga perlu informasi dan diskusi dengan perawat. Sebagai perawat seharusnya mendorong klien bicara hal yang mencemaskan, perasaan takut, pengalaman dan kecemasan didiskusikan bersama perawat dengan terbuka.

Dimensi respon, merupakan reaksi perawat terhadap komunikasi yang terjadi. Dimensi respon ini terdiri dari sikap; ikhlas, hormat, empati, dan konkrit. Dimensi respon sangat penting pada awal berhubungan dengan klien untuk membina hubungan saling percaya dan komunikasi yang terbuka. Respon ini terus dipertahankan sampai pada akhir hubungan (Keliat, 1996).

Perawat bertindak sepenuh hati sesuai dengan tanggung jawab dan wewenangnya. Sikap perawat harus tidak menghakimi, tidak mengkritik. Rasa menghargai dapat dikomunikasikan melalui: duduk diam bersama klien yang menangis, minta maaf atas hal yang tidak disukai klien dan menerima permintaan klien untuk tidak menanyakan pengalaman tertentu. Sikap ini secara psikologis dapat menimbulkan perasaan nyaman dan meningkatkan harga diri bagi klien.

Berdasarkan 5.5 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu berjumlah 8 responden (57%) mempunyai dimensi tindakan yang baik dan mempunyai kemampuan terapeutik yang baik juga. Hasil uji korelasi *Spearman Rank* didapatkan nilai  $p = 0,003$  yang berarti bahwa terdapat hubungan antara dimensi tindakan responden dengan kemampuan terapeutik, yaitu dengan koefisien korelasi sebesar 0,730 (keeratan hubungan kuat). Ini berarti bahwa semakin baik dimensi tindakan perawat

maka semakin baik pula kemampuannya dalam hubungan secara terapeutik.

Berdasarkan tabulasi data tentang dimensi tindakan responden didapatkan bahwa rerata tertinggi yaitu tentang mendahulukan kepentingan pasien daripada kepentingan pribadi serta tentang kemampuan perawat menjadi role model dalam kebiasaan tidak merokok. Profesi perawat mempunyai kode etik dan tanggung jawab tertentu yang menggambarkan nilai-nilai pada hubungan perawat dan klien. Perawat dalam tugasnya tak lepas dari kegiatan yang bersinggungan dengan etik. Untuk dapat melaksanakan tanggung jawabnya dalam merawat klien dengan sebaik-baiknya, perawat perlu memahami kode etik keperawatan dan menggunakan kode etik tersebut untuk melaksanakan tugas-tugasnya. (Nurjannah, 2001).

Memenuhi kebutuhan pasien merupakan kewajiban perawat, sudah selayaknya dalam memberikan pelayanan hal tersebut harus diutamakan. Pasien merupakan individu yang sedang terganggu aspek fisik dan psikologisnya sehingga sebagai perawat lebih memperhatikan pasien. Selain tentang kemampuan perawat mendahulukan kepentingan pasien, rerata tertinggi juga terdapat pada kemampuan perawat menjadi *role model* dalam kebiasaan tidak merokok. Berdasarkan data jenis kelamin responden terdapat sebagian besar responden adalah perempuan sehingga mengenai kebiasaan tidak merokok bisa menjadi nilai yang tinggi. Perawat sebagai model untuk masalah kesehatan dan kesejahteraan harus merawat kesehatan sendiri untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang efektif kepada orang lain. Terkait rokok, perawat dapat menjadi model apabila perawat tersebut dalam kehidupan sehari-harinya tidak merokok.

Kepribadian yang baik bukan hanya memungkinkan perawat untuk dapat



melaksanakan praktek dengan lebih efisien, tetapi juga memungkinkan perawat untuk memberikan pelayanan sebagai model yang sehat bagi klien dan keluarga (Nurjannah, 2001).

Sedangkan rerata yang paling rendah yaitu tentang kemampuan perawat untuk mengetahui apa yang diperlukan pasien sebelum pasien memintanya dan kemampuan mengungkapkan perasaan bahwa perawat dengan senang hati merawat pasien. Kemampuan perawat mengetahui apa yang diinginkan pasien sebelum pasien memintanya bisa diartikan sebagai tanggap atau kesegeraan. Kesegeraan mempunyai konotasi sebagai sensitifitas perawat pada perasaan klien dan kesediaan untuk mengatasi perasaan dari pada mengacuhkannya. Berespon dengan kesegeraan berarti merespon pada apa yang terjadi antara perawat dan klien saat itu dan di tempat itu. Karena dimensi ini mungkin melibatkan perasaan klien terhadap perawat, kesegeraan ini dapat menjadi suatu hal yang sangat sulit untuk dicapai (Nurjannah, 2001).

Terkait dengan hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat kurang mampu menunjukkan sikap senang saat merawat pasien. Sikap senang perawat dalam merawat pasien dapat dinyatakan melalui keterbukaan, kejujuran, ketulusan dan berperan aktif dalam berhubungan dengan klien. Berespon tulus, tidak berpura-pura, mengekspresikan perasaan yang sebenarnya dan spontan. Perawat bertindak sepenuh hatinya sesuai dengan tanggung jawab dan wewenangnya hal ini dapat juga dipengaruhi oleh usia, pendidikan dan masa kerja.

## **BAB 6**

# **KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan dapat dirumuskan kesimpulan sebagai berikut:

1. Kualitas personal, komunikasi fasilitatif, dimensi respon dan dimensi tindakan mempunyai hubungan dengan kemampuan komunikasi terapeutik perawat. Dalam kualitas personal didapatkan perawat sudah melakukan pengkajian, memiliki tujuan hidup yang jelas dan mempunyai cita-cita dalam hidup. Dalam komunikasi fasilitatif didapatkan hasil bahwa perawat terbiasa tersenyum dan mampu mengatur *voice tone*. Sedangkan untuk dimensi respon didapatkan bahwa perawat tidak membeda-bedakan pelayanan dan dalam dimensi tindakan didapatkan perawat selalu mendahulukan kepentingan pasien serta mampu menjadi *role model*.
2. Diantara faktor-faktor yang berhubungan dengan kemampuan komunikasi terapeutik didapatkan hasil bahwa semua faktor tersebut sama-sama dominan.

#### 6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian tersebut diatas, maka disarankan:

##### 1. Bagi Perawat

Sebagai perawat diharapkan meningkatkan kemampuan/ketrampilan dalam hubungan terapeutik dan bisa menerapkan dalam interaksi sehari-

hari. Perawat juga diharapkan selalu memperkenalkan diri dengan jelas pada awal interaksi dengan pasien/keluarga. Selain itu diharapkan perawat mau berdiskusi dengan pasien.

## **2. Bagi Rumah Sakit**

Rumah sakit diharapkan menjadikan hubungan atau interaksi terapeutik sebagai salah satu misi pelayanan. Hubungan yang terapeutik perlu dikembangkan di lingkungan rumah sakit, tidak hanya oleh perawat tapi juga bagi tenaga kesehatan yang lain.

## **3. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Penelitian ini diharapkan dapat dikembangkan dan diharapkan dapat melakukan penelitian dalam lingkup yang lebih spesifik, misalnya khusus pada komunikasi fasilitatif dalam hal kemampuan perawat menganalisis masalah dan dengan variabel yang lebih beragam.

## DAFTAR PUSTAKA

**DAFTAR PUSTAKA**

- Arikunto, Suharsimi, (2002). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arwani. (2002). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Aziz, Alimul, (2003). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Damaiyanti, Mukhrifah, (2008). *Komunikasi Terapeutik Dalam Praktik Keperawatan*. Bandung: Refika Aditama.
- Harnawati, (2008). *Komunikasi Terapeutik*. [www//http://harnawati.wordpress.com](http://harnawati.wordpress.com). Tanggal 13 November 2008. Jam 09.33 WIB
- Indrawati, (2008). *Komunikasi Terapeutik*. [www//http://creasoft.wordpress.com/](http://creasoft.wordpress.com/). Tanggal 20 November 2008. Jam 14.00 WIB
- Keliat, Budi Anna. (1996). *Hubungan Terapeutik Perawat dan Klien*. Jakarta: EGC.
- Marlindawani, J. (2008). *Komunikasi Dalam Keperawatan*. [www/http://malstin2007.blogspot.com](http://malstin2007.blogspot.com). Tanggal 26 Oktober 2008. Jam 17.20
- Mundakir. (2006). *Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Notoatmodjo (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurjannah, I (2001). *Hubungan Terapeutik Perawat Dan Klien*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran UGM.
- Nursalam (2002). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2008). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- PSIK Unair Surabaya, (2007). *Buku Panduan Penyusunan Proposal dan Skripsi*. Surabaya: Universitas Airlangga.

- Purwanto, (1994). *Komunikasi untuk Perawat*. Editor : Ni Luh Gede Yasmin Asih. Jakarta: EGC.
- Rahmat, J (1996). *Psikologi Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosda Karya
- Sarwono, (2006). *Analisis Data Penelitian*. Yogyakarta: Andi Offset
- Stuart, & Sundeen, (1998). *Keperawatan Jiwa*. Ahli Bahasa Achir Yani. DNSc. Edisi III. Cetakan I. Jakarta: EGC.
- Stuart, & Sundeen, (1998). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. 6<sup>th</sup> ed. Mosby, Inc. United States of America.
- Sugiyono, (2008). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Suryani, (2006). *Komunikasi Terapeutik: Teori dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Tamsuri, A (2004). *Buku Saku Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Tjiptono, F. (2000). *Manajemen dan Pemasaran*. Yogyakarta: Penerbit Andi

# LAMPIRAN





# UNIVERSITAS AIRLANGGA

## FAKULTAS KEPERAWATAN

Surabaya, 6 Januari 2009

Nomor : 011 /H3.1.12/PPd/2009  
 Lampiran : 1 (satu) berkas  
 Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian**  
**Mahasiswa PSIK – FK Unair**

Kepada Yth.  
 Direktur RSUD BrigJ. H. Hassan Basry Kandangan  
 di –  
 Kalimantan Selatan

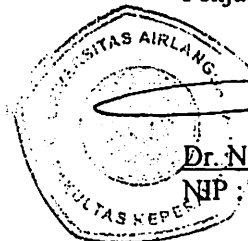
Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Erlina Astuti  
 NIM : 010730463B  
 Judul Penelitian : Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit dalam RSUD Brigj. H. Hassan Basry Kandangan  
 Tempat : RSUD Brigj. H. Hassan Basry Kandangan

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Penjabat Dekan



Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons)  
 NIP : 140238226

Tembusan:

1. Kabid Keperawatan RSUD Brigj.  
 H. Hassan Basry Kandangan



**PEMERINTAH KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN**  
**RSUD BRIGJEND.H.HASSAN BASRY KANDANGAN**  
 Jl. Jenderal Sudirman No. 29 Telepon (0517) 21653, 23028 Fax. (0517) 21866  
 KANDANGAN - 71214

Kandangan, 19 Januari 2009

Nomor : 445/ 51 /RSUD-HHB/I/2009  
 Lampiran : =  
 Perihal : Penelitian Mahasiswa PSIK FK Unair

Kepada Yth.

**Dekan Fakultas Keperawatan  
 Universitas Airlangga**

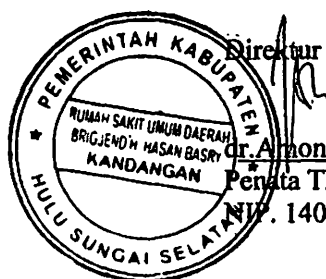
Di  
 Surabaya

Berkaitan dengan surat Saudara Nomor : 011/H3.1.12/PPd/2009 tertanggal 6 Januari 2009 perihal tersebut di atas dengan judul penelitian "Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kemampuan Komunikasi Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan".

Atas nama : Erlina Astuti  
 NIM : 010730463B

Maka pada dasarnya kami tidak keberatan terkait dengan penelitian yang bersangkutan. Selanjutnya diharapkan ada paparan/presentasi hasil penelitian yang bisa ditindaklanjuti.

Demikian disampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Direktur

dr. Armong Wibowo, M.Kes, SpS

Penda Tk.I

NIP. 140 360 096

Tembusan.:

1. Kabid Keperawatan RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan
2. Kasi SDM dan Logistik Keperawatan RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan
3. Yang bersangkutan



PEMERINTAH KABUPATEN HULU SUNGAI SELATAN  
**RSUD BRIGJEND.H.HASSAN BASRY KANDANGAN**  
 Jl. Jenderal Sudirman No. 29 Telepon (0517) 21653, 23028 Fax. (0517) 21866  
 KANDANGAN - 71214

**SURAT KETERANGAN**

NO: 445/ 73 /RSUD-HHB/1/2009

Yang bertanda tangan dibawah ini :

**N a m a** : dr. Among Wibowo, M.Kes,SpS  
**N I P** : 140 360 096  
**Jabatan** : Direktur RSUD Brigjend.H.Hasan Basry Kandangan

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

**N a m a** : Erlina Astuti  
**N I M** : 010 730 463 B  
**Jabatan** : Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga,  
 Surabāyā

Telah melakukan pengumpulan data dan penelitian di Ruang Penyakit Dalam RSUD Brigjend.H.Hasan Basry Kandangan Kalimantan Selatan dari tanggal 15 s/d 29 Januari 2009, untuk keperluan penulisan skripsi yang berjudul “ Analisis Faktōr Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Terapeutik Perawat Di Ruang Penyakit Dalam RSUD Brigjend.H.Hasan Basry Kandangan Kalimantan Selatan “.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kandangan, 30 Januari 2009



Tembusan.:

1. Kabid Keperawatan RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan
2. Kasi SDM dan Logistik Keperawatan RSUD Brigjend H.Hasan Basry Kandangan
3. Yang bersangkutan

## Lampiran 4

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Erlina Astuti

NIM : 010730463 B

adalah mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

**“Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Kalimantan Selatan”**

Agar tidak terjadi kesalahan dalam pengisian saya mohon petunjuk pengisian kuesioner dibaca secara seksama.

Hasil penelitian ini sangat tergantung pada jawaban yang saudara berikan, oleh karena itu saya mohon kuesioner ini diisi sesuai dengan keadaan yang saudara rasakan. Saya mohon untuk tidak didiskusikan dengan teman sejawat yang lain. Semua jawaban adalah benar, sejauh jawaban tersebut benar-benar menggambarkan perasaan dan penghayatan saudara. Kerahasiaan identitas saudara akan dijaga dan tidak akan disebarluaskan.

Saya sangat menghargai perhatian serta kesediaan Saudara, untuk itu saya ucapkan terima kasih. Semoga jerih payah Saudara dapat memberikan dukungan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan.

Kandangan, Januari 2009

Hormat saya,

Erlina Astuti

## Lampiran 5

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN  
PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bersedia ikut berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh **Erlina Astuti**, mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

**“Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Kalimantan Selatan”**

Bersedia memberikan informasi, tanggapan/jawaban sesuai dengan pendapat sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan dan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kandangan, Januari 2009

Responden

(.....)

## Lampiran 6

**LEMBAR KUESIONER PENGUMPULAN DATA**

Judul Penelitian : Analisis Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kemampuan Terapeutik Perawat di Ruang Penyakit Dalam RSUD.Brigjend.H.Hassan Basry Kandangan Kabupaten Hulu Sungai Selatan Kalimantan Selatan.

Peneliti : Erlina Astuti

Tanggal Penelitian :

Kode Responden :

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah dengan teliti dan seluruh pertanyaan dibawah ini.
2. Mohon dijawab seluruh pertanyaan dibawah ini.
3. Berilah (√) pada pilihan jawaban yang sesuai menurut saudara.

**A. Data Demografi**

<b>KODE</b> Di isi peneliti
--------------------------------

**1. Jenis Kelamin**

1. Laki-laki
2. Perempuan

**2. Umur Responden**

1. 20 - 30 tahun
2. 31 - 40 tahun
3. 41 - 50 tahun

**3. Masa Kerja**

1. ≤ 1 tahun
2. 1 – 5 tahun
3. 5 – 10 tahun
4. ≥ 10 tahun

## B. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kemampuan Terapeutik Perawat

Anda diminta untuk menyatakan dengan memberikan tanda (√) pada jawaban yang telah disiapkan disebelah kanan pernyataan tersebut, yaitu :

SL : Selalu  
S : Sering

KK : Kadang-kadang  
TP : Tidak Pernah

No	Pernyataan	SL	S	KK	TP
	<b>Kualitas Personal</b>				
1.	Anda mengintrospeksi diri dulu sebelum berintraksi dengan orang lain.				
2.	Anda menilai kelebihan yang ada pada diri anda.				
3.	Anda menilai kekurangan pada diri anda.				
4.	Anda bertanya tentang sifat-sifat anda pada orang lain.				
5.	Anda bertanya tentang kekurangan diri anda pada orang lain.				
6.	Anda mempunyai prestasi yang dapat dibanggakan.				
7.	Anda mempunyai tujuan hidup yang jelas.				
8.	Anda mempunyai cita-cita dalam hidup.				
9.	Pernahkah anda melampiaskan kekesalan anda pada pasien.				
10.	Pernahkah anda merasa bosan saat merawat pasien.				
11.	Pernahkah anda merasa kecewa pada diri sendiri karena kondisi pasien anda yang sedang menurun.				
12.	Menurut anda :				
	a. Kepribadian anda sudah bisa menjadi contoh untuk orang lain.				
	b. Cara anda berkomunikasi bisa menjadi contoh orang lain.				
	c. Cara anda berpakaian bisa menjadi contoh orang lain.				
	d. Pola pikir anda bisa menjadi contoh orang lain.				
13.	Pada saat anda bekerja, ada pasien yang memerlukan bantuan anda, maka anda :				
	a. Mendahulukan menolong pasien.				
	b. Menyelesaikan dulu pekerjaan anda				
14.	Merasa puas karena dapat menolong orang lain				

15.	Dalam memberikan asuhan keperawatan, maka anda:				
	a. Melakukan pengkajian				
	b. Menetapkan diagnosis keperawatan				
	c. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana.				
	d. Melakukan pendokumentasian				
	<b>Komunikasi Fasilitatif</b>				
1.	Mengucapkan salam dan bertegur sapa dengan pasien.				
2.	Memperkenalkan diri dengan jelas pada pasien.				
3.	Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti dan bukan bahasa medis saat berbicara dengan pasien.				
4.	Tersenyum bila bertatap mata dengan pasien.				
5.	Saat berbicara dengan pasien suara anda tidak terlalu keras dan tegas bahkan berbisik-bisik.				
6.	Mempertahan kontak mata yang wajar saat wawancara dengan pasien.				
7.	Mendengarkan dan memberikan perhatian yang serius terhadap keluhan pasien.				
8.	Saat berkomunikasi menunjukkan ekspresi wajah senyum yang wajar dan tepat.				
9.	Mempertahankan sikap berhadapan saat berbicara dengan pasien.				
10.	Jika berkomunikasi dengan pasien, anda mempertahankan sikap terbuka yaitu; lengan tidak dilipat, kaki tidak dilipat/menyilang dan mengangkat bahu.				
11.	Jika anda membantu menyelesaikan masalah pasien, terlebih dahulu anda :				
	a. Mengidentifikasi dahulu masalah apa yang sedang terjadi.				
	b. Mengetahui siapa saja yang terlibat dalam masalah pasien.				
	c. Mengidentifikasi alternatif solusi yang dipilih				
	d. Membantu pasien menentukan pilihan solusi yang digunakan.				
12.	Dalam berkomunikasi dengan pasien, teknik komunikasi yang anda gunakan;				
	a. Memberikan pertanyaan terbuka ( <i>broad opening</i> )				
	b. Memberikan kesempatan pada pasien untuk berpikir ( <i>silence</i> ).				
	c. Memvalidasi apa yang disampaikan pasien ( <i>refleksi</i> )				



	d. Menanyakan lebih jelas lagi informasi yang disampaikan pasien ( <i>klarifikasi</i> ), misalnya; “ <i>dapatkah anda menjelaskan kembali tentang....?</i> ”				
	e. Memberikan informasi untuk pendidikan kesehatan bagi pasien ( <i>informing</i> )				
	<b>Dimensi Respon</b>				
1.	Membeda-bedakan pelayanan pada pasien yang ekonominya rendah.				
2.	Anda mengeluh jika ada pasien yang selalu meminta bantuan.				
3.	Tidak menghargai pendapat pasien.				
4.	Mengkritik pasien didepan pasien lain.				
5.	Memarahi pasien yang menurut anda pasien tersebut rewel.				
6.	Anda membantu mengatasi masalah pasien selama dirawat.				
7.	Anda merasakan apa yang pasien rasakan				
8.	Anda mengkaji/mengidentifikasi masalah pasien.				
9.	Berdiskusi tentang perasaan pasien selama dirawat.				
10.	Merespon baik atas prasaan-perasaan yang diungkapkan oleh pasien.				
11.	Memberikan penjelasan tentang masalah yang dihadapi pasien.				
	<b>Dimensi Tindakan</b>				
1.	Pernahkah anda mengingatkan pada pasien tentang :				
	c. Perilaku hidup sehat				
	d. Kepatuhan menjalankan program pengobatan.				
	e. Kejadian kekambuhan penyakit pasien.				
2.	Mendahulukan kepentingan pasien dari pada kepentingan pribadi.				
3.	Mengetahui apa yang diperlukan pasien sebelum pasien memintanya.				
4.	Berbagi pengalaman yang dapat meningkatkan harapan/motivasi pasien untuk sembuh.				
5.	Memberikan informasi sebelum memberikan tindakan.				
6.	Memberi informasi tentang untung atau kerugian suatu tindakan.				
7.	Mengungkapkan perasaan bahwa anda dengan senang hati merawat pasien.				

8.	Pasien berkeluh kesah pada anda tentang hal yang sangat mengganggu dirinya.				
9.	Anda menjadi tempat berkeluh kesah pasien.				
10.	Pasien mengatakan kekhawatirannya terhadap ksembuhan penyakitnya.				
11.	Pernahkah anda menjadi contoh /role model :				
	a. Perilaku hidup sehat				
	b. Mengatur jadwal istirahat yang baik				
	c. Tidak merokok				

## Lampiran 7

**LEMBAR OBSERVASI**  
**KEGIATAN INTERAKSI PERAWAT-KLIEN**

Memberikan tanda (√) :

Ya : Bila perawat melakukan

Tidak : Bila perawat tidak melakukan

No	Tahap Interaksi	Ya	Tidak	Skor
1.	Tahap pra interaksi			
	1. Mengumpulkan data tentang klien			
	2. Mengeksplorasi prasaan, fantasi dan ketakutan diri			
	3. Membuat rencana pertemuan dengan klien (kegiatan, waktu,tempat)			
2.	Tahap orientasi			
	1. Memberikan salam dan senyum pada klien			
	2. Melakukan validasi			
	3. Memperkenalkan nama perawat			
	4. Menanyakan nama panggilan kesukaan klien			
	5. Menjelaskan tanggung jawab perawat dan klien			
	6. Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan			
	7. Menjelaskan tujuan			
	8. Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan			
	9. Menjelaskan kerahasiaan			
3.	Tahap kerja			
	1. Memberi kesempatan pada klien untuk bicara			
	2. Menanyakan keluhan utama			
	3. Memulai kegiatan dengan cara yang baik			
	4. Melakukan kegiatan sesuai rencana			

4.	<b>Tahap terminasi</b>			
	1. Menyimpulkan hasil wawancara: evaluasi proses dan hasil			
	2. Memberikan <i>reinforcement</i> positif			
	3. Merencanakan tindak lanjut dengan pasien			
	4. Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya			
	5. Mengakhiri wawancara dengan baik			
5.	<b>Sikap perawat</b>			
	1. Berhadapan			
	2. Mempertahankan kontak mata			
	3. Tersenyum pada saat yang tepat			
	4. Membungkuk kearah pasien			
	5. Mempertahankan sikap terbuka			

**Tabulasi Data Berdasarkan Jawaban Responden Variabel Kualitas Personal**

Responden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12a	12b	12c	12d	13a	13b	14	15a	15b	15c	15d	Σ	%
1	2	2	4	3	3	2	4	4	3	3	3	2	2	2	2	4	3	4	4	4	4	4	68	77,2
2	4	3	3	3	3	2	4	3	4	3	3	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	73	82,9
3	3	2	2	2	2	2	4	4	3	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	64	72,7
4	2	1	3	4	4	3	4	4	4	3	4	1	1	1	1	3	2	4	2	2	2	2	57	64,7
5	3	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	2	3	3	3	4	1	2	4	4	4	4	67	76,1
6	3	2	2	2	2	2	3	4	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	4	4	4	4	62	70,4
7	3	3	3	3	3	2	4	4	4	3	3	2	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	73	82,9
8	2	2	4	3	3	2	4	4	3	3	3	2	2	2	2	3	4	4	4	4	4	4	68	77,2
9	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	2	2	2	2	3	3	2	4	3	3	3	55	62,53
10	3	2	2	2	2	2	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	67	76,1
11	3	2	3	2	3	1	4	4	4	3	3	2	2	2	2	4	2	4	4	4	4	3	65	73,8
12	2	2	3	1	1	3	4	4	3	3	3	3	2	3	3	4	4	4	4	4	3	4	67	76,1
13	2	2	2	2	2	1	4	4	3	4	2	2	2	2	2	4	4	3	4	4	4	4	63	71,5
14	4	3	3	4	4	2	4	4	4	3	4	2	3	2	2	4	3	4	4	4	4	4	75	85,2
Jumlah	38	30	38	35	36	30	53	53	49	42	42	29	30	32	32	52	45	50	54	52	51	51		
Rerata	2,7	2,1	2,7	2,5	2,6	2,1	3,8	3,8	3,5	3	3	2,1	2,1	2,3	2,3	3,7	3,2	3,6	3,9	3,7	3,6	3,6		

**Tabulasi Data Berdasarkan Jawaban Responden Variabel Komunikasi Fasilitatif**

Responden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11a	11b	11c	11d	12a	12b	12c	12d	12e	Σ	%
1	4	2	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	67	88
2	4	2	3	4	4	3	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	3	4	68	89,4
3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	56	73,6
4	2	1	3	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	52	68,4
5	3	2	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	64	84,2
6	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	75	98,6
7	4	4	4	4	2	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	4	66	86,8
8	4	2	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	72	94,7
9	3	2	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	76,3
10	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	55	72,3
11	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	56	73,6
12	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	2	2	55	72,3
13	3	2	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	45	59,2
14	4	3	4	3	1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	65	85,5
Jumlah	48	31	49	49	41	42	48	48	46	44	48	48	48	48	47	45	46	37	45		
Rerata	3,43	2,21	3,5	3,5	2,93	3	3,43	3,43	3,29	3,14	3,43	3,43	3,43	3,43	3,36	3,21	3,29	2,64	3,21		

**Tabulasi Data Berdasarkan Jawaban Responden Variabel Dimensi Respon**

Responden,	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	$\Sigma$	%
1	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	42	95,4
2	4	3	3	4	3	3	4	4	2	4	4	38	86,3
3	4	4	4	3	3	4	2	2	1	2	4	33	75
4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	30	68,1
5	4	4	4	4	4	3	2	3	2	3	3	36	81,8
6	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	40	90,9
7	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	40	90,9
8	4	3	4	3	3	3	2	3	2	3	2	32	72,7
9	4	3	3	4	4	3	3	3	3	2	3	35	79,5
10	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	36	81,8
11	4	3	3	4	4	3	2	3	2	2	3	33	75
12	4	3	3	3	3	3	2	4	2	3	3	32	72,7
13	4	3	4	4	3	3	2	2	2	2	3	32	72,7
14	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	41	93,1
Jumlah	56	48	50	52	49	47	38	45	31	43	46		
Rerata	4	3,43	3,57	3,71	3,5	3,36	2,71	3,21	2,21	3,07	3,29		

**Tabulasi Data Berdasarkan Jawaban Responden Variabel Dimensi Tindakan**

Responden,	1a	1b	1c	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11a	11b	11c	$\Sigma$	%
1	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	2	3	4	4	4	49	81,6
2	4	4	4	4	2	2	4	4	3	2	2	2	4	3	4	48	80
3	3	3	3	4	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4	41	68,3
4	2	2	2	2	3	2	3	3	1	2	2	3	2	3	4	36	60
5	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	2	3	4	4	4	49	81,6
6	4	4	4	4	1	2	4	2	2	4	2	2	4	4	4	47	78,3
7	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	50	83,3
8	4	4	4	4	2	2	4	4	2	2	3	2	4	4	4	49	81,6
9	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2	4	40	66,6
10	4	4	4	4	2	2	4	4	2	3	3	3	2	3	2	46	76,6
11	3	3	3	4	2	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	40	66,6
12	3	3	3	3	3	2	4	4	2	4	4	3	2	3	4	46	76,6
13	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	4	35	58,3
14	3	2	2	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	4	38	63,3
Jumlah	47	46	45	51	30	31	49	47	30	35	35	37	39	42	51		
Rerata	3,36	3,29	3,21	3,64	2,14	2,21	3,5	3,36	2,14	2,5	2,5	2,64	2,79	3	3,64		



**Tabulasi Data Berdasarkan Hasil Observasi Interaksi Perawat dengan Pasien**

Responden	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	Σ	%
1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	47	80,7
2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	47	80,7
3	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	45	73
4	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	44	69,2
5	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	47	80,7
6	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	47	80,7
7	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	46	76,9
8	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	48	84,6
9	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	46	76,9
10	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	48	84,6
11	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	44	69,2
12	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	46	76,9
13	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	44	69,2
14	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	47	84,6
Jumlah	28	15	22	28	27	19	14	28	28	28	27	25	28	28	28	28	19	26	17	15	28	28	28	28	28	28		
Rerata	2	1,1	1,6	2	1,9	1,4	1	2	2	2	1,9	1,8	2	2	2	2	1,4	1,9	1,2	1,1	2	2	2	2	2	2		

### Tabulasi Jawaban Kuesioner Masing-Masing Responden

Kode Resp.	J.K	Umur	Masa Kerja	Kualitas Personal			Komunikasi Fasilitatif			Dimensi Respon			Dimensi Tindakan			Kemampuan Terapeutik		
				Σ	%	K	Σ	%	K	Σ	%	K.	Σ	%	K	Σ	%	K
1.	2	2	4	68	77,2	1	67	88	1	42	95,4	1	49	81,6	1	42	80,7	1
2.	2	1	3	73	82,9	1	68	89,4	1	38	86,3	1	48	80	1	42	80,7	1
3.	2	1	3	64	72,7	2	56	73,6	2	33	75	2	41	68,3	2	38	73	2.
4.	2	1	3	57	64,7	2	52	68,4	2	30	68,1	2	36	60	2	36	69,2	2
5.	1	1	3	67	76,1	1	64	84,2	1	36	81,8	1	49	81,6	2	42	80,7	1
6.	2	1	3	62	70,4	2	75	98,6	1	40	90,9	1	47	78,3	1	42	80,7	1
7.	1	1	3	73	82,9	1	66	86,8	1	40	90,9	1	50	83,3	1	40	76,9	1
8.	2	1	3	68	77,2	1	72	94,7	1	32	72,7	2	49	81,6	2	44	84,6	1
9.	1	1	2	55	62,5	2	58	76,3	1	35	79,5	1	40	66,6	2	40	76,9	1
10.	1	1	3	67	76,1	1	55	72,3	2	36	81,8	1	46	76,6	2	44	84,6	1
11.	1	1	4	65	73,8	2	56	73,6	2	33	75	2	40	66,6	1	36	69,2	2.
12.	2	1	2	67	76,1	1	55	72,3	2	32	72,7	2	46	76,6	2	40	76,9	1
13.	2	2	4	63	71,5	2	45	59,2	2	32	72,7	2	35	58,3	1	36	69,2	2
14.	2	1	3	75	85,2	1	65	85,5	1	41	93,1	1	38	63,3	1	44	84,6	1

**Jenis Kelamin**

- 1 = Laki-laki  
2 = Perempuan

**Umur**

- 1 = 20 - 30 tahun  
2 = 31 - 40 tahun  
3 = 41 - 50 tahun

**Masa Kerja**

- 1 = ≤ 1 th  
2 = 1 - 5 tahun  
3 = 5 - 10 tahun  
4 = > 10 tahun

**K = Katagori kemampuan komunikasi Terapeutik**

- 1 = Baik  
2 = Cukup  
3 = Kurang

**K = Katagori Kualitas Personal, Kom. Fasilitatif, Dimensi Respon, Dimensi Tindakan**

- 1 = Baik  
2 = Cukup  
3 = Kurang

**KUALITAS PERSONAL****Correlations**

			Kualitas Personal	Hasil Observasi
Spearman's rho	Kualitas Personal	Correlation Coefficient	1,000	,730**
		Sig. (2-tailed)	,	,003
		N	14	14
	Hasil Observasi	Correlation Coefficient	,730**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	,
		N	14	14

\*\* . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

**KOMUNIKASI FASILITATIF****Correlations**

			Komunikasi Kualitatif	Hasil Observasi
Spearman's rho	Komunikasi Fasilitatif	Correlation Coefficient	1,000	,730**
		Sig. (2-tailed)	,	,003
		N	14	14
	Hasil Observasi	Correlation Coefficient	,730**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	,
		N	14	14

\*\* . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

**DIMENSI RESPON****Correlations**

			Dimensi Respon	Hasil Observasi
Spearman's rho	Dimensi Respon	Correlation Coefficient	1,000	,730**
		Sig. (2-tailed)	,	,003
		N	14	14
	Hasil Observasi	Correlation Coefficient	,730**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	,
		N	14	14

\*\* . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

**DIMENSI TINDAKAN****Correlations**

			Dimensi tindakan	Hasil Observasi
Spearman's rho	Dimensi tindakan	Correlation Coefficient	1,000	,730**
		Sig. (2-tailed)	,	,003
		N	14	14
	Hasil Observasi	Correlation Coefficient	,730**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,003	,
		N	14	14

\*\* . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kualitas Personal * Kemampuan Komunikasi Terapeutik	14	100,0%	0	,0%	14	100,0%

### Kualitas Personal \* Kemampuan Komunikasi Terapeutik Crosstabulation

			Kemampuan Komunikasi Terapeutik		Total
			Baik	Cukup	
Kualitas Personal	Baik	Count	8	0	8
		% of Total	57,1%	,0%	57,1%
	Cukup	Count	2	4	6
		% of Total	14,3%	28,6%	42,9%
<b>Total</b>		Count	10	4	14
		% of Total	71,4%	28,6%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,467 <sup>b</sup>	1	,006		
Continuity Correction <sup>a</sup>	4,557	1	,033		
Likelihood Ratio	9,113	1	,003		
Fisher's Exact Test				,015	,015
Linear-by-Linear Association	6,933	1	,008		
N of Valid Cases	14				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,71.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komunikasi Fasilitatif * Kemampuan Komunikasi Terapeutik	14	100,0%	0	,0%	14	100,0%

### Komunikasi Fasilitatif \* Kemampuan Komunikasi Terapeutik Crosstabulation

			Kemampuan Komunikasi Terapeutik		Total
			Baik	Cukup	
Komunikasi Fasilitatif	Baik	Count	8	0	8
		% of Total	57,1%	,0%	57,1%
	Cukup	Count	2	4	6
		% of Total	14,3%	28,6%	42,9%
Total		Count	10	4	14
		% of Total	71,4%	28,6%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,467 <sup>b</sup>	1	,006		
Continuity Correction <sup>a</sup>	4,557	1	,033		
Likelihood Ratio	9,113	1	,003		
Fisher's Exact Test				,015	,015
Linear-by-Linear Association	6,933	1	,008		
N of Valid Cases	14				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,71.

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dimensi Respon * Kemampuan Komunikasi Terapeutik	14	100,0%	0	,0%	14	100,0%

**Dimensi Respon \* Kemampuan Komunikasi Terapeutik  
Crosstabulation**

			Kemampuan Komunikasi Terapeutik		Total
			Baik	Cukup	
Dimensi Respon	Baik	Count	8	0	8
		% of Total	57,1%	,0%	57,1%
	Cukup	Count	2	4	6
		% of Total	14,3%	28,6%	42,9%
Total		Count	10	4	14
		% of Total	71,4%	28,6%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,467 <sup>a</sup>	1	,006		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,557	1	,033		
Likelihood Ratio	9,113	1	,003		
Fisher's Exact Test				,015	,015
Linear-by-Linear Association	6,933	1	,008		
N of Valid Cases	14				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,71.

## Crosstabs

### Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Dimensi Tindakan * Kemampuan Komunikasi Terapeutik	14	100,0%	0	,0%	14	100,0%

### Dimensi Tindakan \* Kemampuan Komunikasi Terapeutik Crosstabulation

			Kemampuan Komunikasi Terapeutik		Total
			Baik	Cukup	
Dimensi Tindakan	Baik	Count	8	0	8
		% of Total	57,1%	,0%	57,1%
	Cukup	Count	2	4	6
		% of Total	14,3%	28,6%	42,9%
Total		Count	10	4	14
		% of Total	71,4%	28,6%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,467 <sup>b</sup>	1	,006		
Continuity Correction <sup>a</sup>	4,557	1	,033		
Likelihood Ratio	9,113	1	,003		
Fisher's Exact Test				,015	,015
Linear-by-Linear Association	6,933	1	,008		
N of Valid Cases	14				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,71.