

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Saat pergi ke dokter umum, puskesmas, rumah sakit atau pergi instansi kesehatan lainnya, pertanyaan pembuka yang diajukan kepada kita adalah “sakit apa?”, “bagian tubuh mana yang sakit?”, “apa keluhannya?” dan lain sebagainya. Pada intinya yang dilakukan tenaga medis saat itu adalah mencoba memahami hal yang kita rasakan dan menentukan penanganan yang harus dilakukan tenaga medis sesuai keluhan pasien.

Hal tersebut juga menunjukkan kepada kita bahwa komunikasi dalam dunia kesehatan juga dibutuhkan, yakni sebagai sarana bagi tenaga medis untuk berhubungan dengan pasien. Komunikasi kesehatan berbeda dengan komunikasi pada umumnya. Stuart dan Sundeen (Nurjannah, 2001:2) membedakan *social superficiality* dan *therapeutic intimacy* dalam beberapa komponen hubungan yakni dalam hal keterbukaan, fokus percakapan, topik pembicaraan, orientasi waktu, penggunaan perasaan, penghargaan terhadap kebaikan individu dan perpisahan. Dalam setiap komponen pembeda mengarah pada satu titik yakni dalam *social superficiality* (Nurjannah, 2001:2), setiap pelaku komunikasi saling terlibat dan berbagi informasi, perasaan, harapan di masa lalu dan masa depan. Sedangkan dalam *therapeutic intimacy* (Nurjannah, 2001:2) hanyalah pasien yang memiliki hak untuk membagikan perasaan dan kondisinya saat ini, tenaga medis

berperan untuk mendukung, memotivasi serta membantu pasien untuk keluar dari perasaan tidak nyamannya.

Health Communication Partnership's M/MC Health Communication Materials Database (2004) dalam Liliweri (2008:47) mendefinisikan komunikasi kesehatan sebagai, suatu seni dan teknik untuk menyebarkan informasi kesehatan dengan tujuan untuk memengaruhi dan memotivasi individu dalam hal kesehatan. Maka dari itu, komunikasi kesehatan dilakukan dengan tujuan utama yakni mengatasi masalah kesehatan.

Tenaga medis akan kesulitan melakukan tindakan apabila pasien tidak mengatakan atau tidak mampu mengatakan hal yang dia keluhkan dan rasakan. Akibatnya, pasien harus melakukan pemeriksaan secara menyeluruh yang membuang tenaga, waktu dan biaya tentunya.

Tenaga medis di rumah sakit sangatlah beragam, yakni dokter, perawat, ahli farmasi, fisioterapi, *radiographer*, dan tenaga medis lainnya. Hanya saja, tidak semua tenaga medis memiliki kesempatan yang sama untuk dekat dengan pasien, dan tidak semua tenaga medis akan berhadapan langsung dengan pasien, dan hanya tenaga medis tertentu saja. Perawat, seperti yang diungkapkan Mundakir (2006:69) merupakan tenaga medis yang paling sering dan paling lama berinteraksi dengan pasien, serta memiliki tanggung jawab dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan pasien melalui perubahan perilaku.

“Perawat adalah orang yang dididik menjadi tenaga paramedis untuk menyelenggarakan perawatan orang sakit atau secara khusus

untuk mendalami bidang perawatan tertentu. Jika dokter lebih terfokus pada usaha untuk menghadapi penyakit pasiennya, maka perawat lebih memusatkan perhatiannya pada reaksi pasien terhadap penyakitnya dan berupaya untuk membantu mengatasi penderitaan pasien terutama penderitaan batin, dan bila mungkin mengupayakan jangan sampai penyakitnya menimbulkan komplikasi.” (Sudarma, 2008 : 67)

Oleh karena itulah, maka perawat dituntut untuk memiliki kemampuan komunikasi yang memadai dengan pasien. Hal ini berkaitan dengan upaya untuk membantu kesembuhan pasien selama proses perawatan di rumah sakit atau instansi kesehatan.

Selama menjalankan proses keperawatan di instansi kesehatan. Seorang perawat tidak akan lepas dari proses komunikasi, karena komunikasi merupakan metode utama dalam mengimplementasikan proses keperawatan (Nasir, 2009: 142). Dari sekian banyak level komunikasi yang meliputi komunikasi intrapersonal, komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok kecil, komunikasi publik, komunikasi organisasi, dan komunikasi massa, maka komunikasi yang dijalin antara perawat dan pasien masuk dalam level komunikasi interpersonal.

Hal ini dikarenakan dalam komunikasi yang dijalin antara perawat dan pasien terdapat ciri-ciri komunikasi interpersonal (Nasir, 2009: 39). Beberapa diantaranya adalah komunikasi yang dilakukan antara perawat dengan pasien secara terus menerus selama proses keperawatan dan bersifat personal antara perawat dengan pasien. Selain itu dalam komunikasi antara perawat dan pasien ada hal yang khas, yakni bahwa komunikasi yang dijalankan berfokus pada kesembuhan pasien, atau dengan kata lain

memiliki tujuan terapeutik. Terapeutik menurut As Hornby (1974) dalam Nurjanah (2001:1) merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni penyembuhan, yakni memiliki segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi yang dijalin antara perawat dengan pasien disebut juga komunikasi terapeutik.

Komunikasi terapeutik idealnya memang diterapkan dalam setiap proses perawatan pasien di instansi kesehatan, begitu pula di rumah sakit Panti Rini. Rumah sakit yang diperuntukkan bagi masyarakat kelas menengah ke bawah ini berkapasitas 52 tempat tidur dengan BOR 71% yang sesuai dengan nilai parameter BOR ideal yang ditentukan Depkes RI (2005), yakni antara 60-85%. Hal ini tentunya positif, karena berarti bahwa pasien yang melakukan rawat inap di Panti Rini lekas sembuh dan meninggalkan rumah sakit. Menurut informasi dari divisi Humas Rumah Sakit Panti Rini, rata-rata pasien rawat inap tinggal di rumah sakit sekitar 5 hari, bahkan saat ini sedang diupayakan untuk lebih pendek menjadi 3 hari, supaya efisien. Selain itu, jumlah tempat tidur saat ini akan dikembangkan menjadi 100. Nilai parameter BOR (*Bed Occupancy Rate* atau presentase pemakaian tempat tidur) yang tinggi menarik perhatian penulis. Hal tersebut membuat penulis ingin meneliti hal-hal yang memotivasi pasien untuk sembuh serta ingin mengorelasikannya dengan kualitas komunikasi terapeutik perawat kepada pasien.

Hal tersebut juga didasari oleh penelitian mengenai “Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Motivasi Sembuh Pasien” yang dilakukan oleh

Rizky Hardhiyani (2013: 96) di Rumah Sakit Umum di daerah Kalisari Batang. Dari penelitian tersebut diperoleh hasil bahwa memang ada hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat dengan motivasi pasien untuk sembuh.

Berdasarkan paparan beberapa hal tersebut maka penulis tertarik untuk meneliti hal yang sama di rumah sakit Panti Rini. Sehingga dapat membuktikan keberlakuan hipotesis bahwa “ada hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat dengan motivasi pasien untuk sembuh” di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta.

B. Rumusan Masalah

Apakah terdapat hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat dengan motivasi pasien untuk sembuh di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta?

C. Tujuan

Untuk mengetahui hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat dengan motivasi pasien untuk sembuh di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta.

D. Manfaat

1. Akademik

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan ilmu komunikasi di bidang kesehatan terkait hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat terhadap motivasi pasien untuk sembuh.

2. Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat terhadap motivasi pasien untuk sembuh. Selain itu, melalui penelitian ini juga diharapkan bisa memberikan masukan bagi perawat di rumah sakit Panti Rini mengenai arti penting dari kualitas komunikasi terapeutik terhadap motivasi pasien untuk sembuh sehingga perlu untuk terus ditingkatkan.

E. Kerangka Teori

1. Komunikasi

Komunikasi didefinisikan sebagai proses sosial, yaitu seorang individu menggunakan simbol-simbol untuk membuat dan menafsirkan makna dari lingkungannya (Wets, 2007:5). Pendapat Roger seperti dikutip Stuart G.W (Nasir, 2009:3) mengenai komunikasi yakni sebuah hubungan yang dijalin oleh orang-orang yang terlibat komunikasi dan dapat menimbulkan perubahan sikap dan tingkah laku, serta kebersamaan dalam menciptakan saling pengertian satu sama lain. Berdasarkan pengertian tersebut maka komunikasi dapat diartikan sebagai proses pertukaran informasi melalui simbol-simbol dengan tujuan yakni saling mengubah dan mencapai pengertian di antara pelaku komunikasi.

Komunikasi manusia telah dipelajari oleh banyak disiplin ilmu salah satunya dalam dunia kesehatan. Komunikasi dalam dunia kesehatan atau sering disebut komunikasi kesehatan memiliki beberapa perbedaan dengan

komunikasi pada umumnya. Komunikasi kesehatan merupakan komunikasi yang bersifat terapeutik dan mendalam, sedangkan komunikasi pada umumnya atau interaksi sosial biasanya bersifat dangkal (*superficial*). Interaksi terapeutik biasanya diawali dengan interaksi sosial yang dangkal agar hubungan menjadi lebih akrab dan bisa tercipta hubungan yang saling percaya (Mundakir, 2006:117-118). Perbedaan antara interaksi sosial dengan interaksi terapeutik menurut Coad Denton dalam Stuart & Sundeen (Nurjannah, 2001: 2) digambarkan dalam tabel berikut ini:

TABEL 1.
Perbedaan Hubungan Sosial dan Hubungan Terapeutik :
Coad Denton

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

Sumber: Nurjannah, 2001:2

Menurut Smith (Nurjannah, 2001 : 2) pada tabel di atas maka dapat disimpulkan bahwa hubungan sosial atau teman dirancang untuk memenuhi kebutuhan kedua belah pihak. Sedangkan hubungan terapeutik antara perawat dan pasien merupakan hubungan saling membantu yang dibangun untuk keuntungan (kesembuhan) pasien yang berarti hanya berfokus pada keuntungan satu pihak saja (Nurjannah, 2001 : 2).

Komunikasi dengan pasien (Liliweri, 2008:51) meliputi informasi untuk seorang pasien dan cara melayani pasien secara komunikatif. Sedangkan informasi kesehatan (Liliweri, 2008:51) dijelaskan sebagai suatu aktivitas komunikasi yang ditujukan kepada pasien untuk membantu pasien memahami kesehatannya, cara membuat keputusan yang berkaitan dengan kesehatannya atau keluarganya.

Stuart & Sundeen (1995) dalam Nurjannah (2001,37) menerangkan bahwa bagi seorang perawat, komunikasi diartikan sebagai :

- a. Alat untuk membangun hubungan terapeutik.
- b. Alat bagi perawat untuk memengaruhi tingkah laku pasien sehingga mencapai keberhasilan dalam intervensi keperawatan.
- c. Komunikasi merupakan hubungan itu sendiri, sehingga tidak ada hubungan terapeutik perawat-pasien tanpa komunikasi.

Sheldon (2010:51) juga menambahkan bahwa komunikasi merupakan batu pertama dalam menjalin hubungan dengan perawat dan pasien yang berfokus pada kebutuhan pasien.

Komunikasi merupakan proses simbolik yang dilakukan secara verbal dan non verbal (Mulyana, 2007:92).

a. Komunikasi verbal adalah penyampaian pesan dengan bahasa atau seperangkat simbol yang dikombinasikan sesuai dengan aturan tertentu yang digunakan dan dipahami oleh suatu komunitas tertentu (Mulyana, 2007:260). Komunikasi verbal dalam proses keperawatan dilakukan dalam wawancara dengan kata-kata yang disampaikan secara lisan maupun tulisan (Nurjannah, 2001:38-39). Ellis dan Nowlis (1994) dalam Nurjannah (2001:38-40) mengungkapkan beberapa hal yang penting dalam berkomunikasi secara verbal dengan pasien yaitu:

1) Penggunaan bahasa

Dalam penggunaan bahasa, perawat harus mempertimbangkan pendidikan, tingkat pengalaman dan kemahiran berbahasa pasien (Nurjannah, 2001:38). Hal ini dimaksudkan agar pasien memahami apa yang disampaikan oleh perawat karena menggunakan bahasa atau kata-kata yang bisa dimengerti oleh pasien.

2) Kecepatan

Kata-kata yang diucapkan terlalu cepat atau terlalu lambat akan sukar dimengerti oleh pasien. Komunikasi verbal dengan kecepatan yang sesuai akan memberikan kesempatan bagi pembicara untuk berfikir jernih dengan apa yang diucapkan dan memberikan kesempatan bagi pendengar untuk mendengarkan secara efektif (Nurjannah, 2001:39).

3) *Voice tone*

Nada suara akan menunjukkan ekspresi dan merubah arti kata (Nurjannah, 2001:39). Seseorang yang berbicara dengan nada keras akan memiliki arti yang berbeda ketika ia berbicara dengan nada yang lemah lembut.

b. Komunikasi non verbal oleh Larry dan Richard (Mulyana, 2001:343) diartikan sebagai semua rangsangan bukan verbal yang digunakan dalam seting komunikasi yang dihasilkan oleh individu atau lingkungan dan digunakan oleh individu yang dimengerti oleh pengirim dan penerima pesan baik sengaja atau tidak, baik sadar maupun tidak sadar. Beberapa macam kategori komunikasi non verbal adalah:

1) Bahasa Tubuh atau Kinesika merupakan komunikasi non verbal yang menggunakan gerakan tubuh (Nurjannah, 2001:42). Bahasa tubuh terdiri dari :

Isyarat tangan, gerakan kepala, postur tubuh dan posisi kaki, ekspresi wajah dan tatapan mata. Perawat harus melakukan validasi persepsi dari bahasa tubuh yang dilakukan oleh pasien sehingga perawat tidak salah mempersepsikan maksud pasien.

2) Sentuhan atau haptika menurut Hybels dan Weaver II (Mulyana, 2007:379) adalah suatu strategi komunikasi yang penting dan tidak bersifat acak. Heslin (Mulyana, 2007:380) mengategorikan sentuhan dalam 5 kategori yakni:

- a) **Fungsional-profesional** sentuhan ini bersifat dingin dan hanya bertujuan untuk menyelesaikan tugas tertentu.
 - b) **Sosial-sopan** perilaku dalam situasi ini dilakukan untuk memberikan penegasan atau penerimaan terhadap orang tertentu sesuai dengan pengharapan, aturan dan praktik sosial yang berlaku.
 - c) **Persahabatan-kehangatan** merupakan afeksi yang menandakan hubungan yang akrab.
 - d) **Cinta-keintiman** kategori ini merujuk pada sentuhan yang mengarah pada keterikatan emosional atau ketertarikan.
 - e) **Rangsangan seksual** sentuhan ini berada pada tingkat ekspresi dari daya tarik fisik saja.
- 3) Parabahasa atau vokalika merujuk pada aspek suara selain ucapan yang dapat dipahami. Beberapa komponen parabahasa adalah :
- a) Kualitas suara, menurut Hunsaker dan Alessandra (Nurjannah, 2001:46) hal ini mampu menentukan keefektifan komunikasi. Kualitas suara terdiri dari resonansi, irama, tinggi rendah suara, kecepatan, volume, perubahan volume suara, kerjenihan atau artikulasi
 - b) Vokal tanpa bahasa, merupakan suara tanpa adanya struktur linguistik seperti tertawa, desahan, hembusan nafas, sedu sedan, dan lain sebagainya.

- 4) Penampilan Fisik. Pakaian, asesoris, kulit yang terawat atau tidak, kebersihan diri dan hal-hal fisik yang kasat mata mampu mencerminkan kepribadian orang tersebut.
- 5) Bau-bauan, atau aroma tertentu mampu menyampaikan pesan tertentu. Bau-bauan juga akan mengingatkan seseorang akan memori tertentu.
- 6) Proksemik merupakan ilmu yang mempelajari tentang jarak hubungan dalam interaksi sosial. Oleh Wilson dan Kneisl (1983) dalam Nurjannah (2001:47) dibagi menjadi dua dimensi yaitu:
 - a) *Territorialty*. Yakni asumsi dari kesopanan tingkah laku terhadap sebuah area geografi yang dimiliki suatu kelompok.
 - b) Jarak pribadi. Merupakan jarak yang tidak tampak dari *territorialty* yang secara imajiner dimiliki dan selalu dibawa oleh setiap orang kemanapun mereka berada. Empat jarak interaksi menurut Hall (Lindberg dalam Nurjannah, 2001:48) adalah jarak intim (sampai dengan 18 inchi), jarak personal (untuk orang yang di kenal dengan area 18 inchi sampai 4 kaki), jarak sosial (untuk interaksi mengenai suatu urusan tetapi bukan dengan orang khusus, yakni 4 kaki-12 kaki), jarak publik (untuk pembicaraan formal, dengan jarak lebih dari 12 kaki).
- 7) Konsep Waktu atau kronemika merupakan interpretasi atas waktu sebagai pesan. Cara mempersepsi dan memperlakukan waktu secara simbolik akan menunjukkan jati diri kita.

- 8) Diam, dimaknai secara berbeda tergantung budaya dan faktor situasional (Mulyana, 2007:424).
- 9) Warna merupakan simbol untuk mengungkapkan suasana emosional, cita rasa, afiliasi politik, keyakinan agama dan lain sebagainya (Mulyana, 2007:427).
- 10) Artefak, adalah benda apapun yang dihasilkan karena kecerdasan manusia yang dalam interaksi dapat menjadi rangsang non verbal (Mulyana, 2007:433).

Komunikasi baik secara verbal maupun non verbal akan dilakukan dalam setiap level komunikasi. Konteks atau level komunikasi (lingkungan tempat komunikasi terjadi) yang terdapat dalam komunikasi menurut Wets & Turner (2007:33-42) dibedakan menjadi tujuh yaitu :

- a. Komunikasi Intrapersonal yaitu komunikasi dengan diri sendiri.
- b. Komunikasi Interpersonal yaitu komunikasi tatap muka antara dua orang yang berhadapan langsung
- c. Komunikasi kelompok kecil yaitu komunikasi dengan sekelompok orang dengan tujuan yang sama.
- d. Komunikasi organisasi yaitu komunikasi dalam lingkungan yang besar dan luas.
- e. Komunikasi publik atau retorika yaitu penyebaran informasi dari satu orang kepada pendengar dalam jumlah yang besar.
- f. Komunikasi massa yaitu komunikasi kepada pendengar atau penonton dalam jumlah besar melalui media massa.

g. Komunikasi lintas budaya yaitu komunikasi antara orang-orang dengan latar belakang budaya yang berbeda.

2. Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal adalah “...*the communication that takes between two persons who have an established relationship...*” (DeVito, 2007: 5). Komunikasi interpersonal dilakukan secara langsung dan tatap muka, serta memungkinkan masing-masing pelaku komunikasi mampu menangkap makna verbal maupun non verbal (Mulyana,2007;81).

Komunikasi Interpersonal memiliki sebuah model yang berlaku secara universal. Model komunikasi interpersonal tersebut memiliki beberapa komponen (DeVito, 2007:10-20) yaitu :

a. *Source-Receiver* (Pengirim pesan dan Penerima Pesan)

Dalam komunikasi interpersonal yang dilakukan oleh dua orang tersebut masing-masing pelaku komunikasi bisa menjadi sumber informasi sekaligus penerima informasi. Saat berbicara ia akan berperan sebagai komunikator terhadap lawan bicaranya sedangkan saat ia mendengarkan lawan bicaranya berbicara maka ia akan berperan sebagai komunikan.

b. *Encoding-Decoding*

Encoding mengacu pada kegiatan memproduksi pesan (seperti berbicara atau menulis). Sedangkan *Decoding* merupakan kegiatan memahami pesan (misalnya mendengarkan atau membaca). Kedua

aktifitas ini merupakan sebuah kombinasi yang dilakukan oleh pelaku komunikasi interpersonal.

c. *Message* (Pesan)

Merupakan sebuah stimulus yang disampaikan kepada penerima pesan. Stimulus tersebut merupakan pesan-pesan yang bisa ditangkap oleh panca indra kita, baik suara, visual atau penglihatan, bau, sentuhan, rasa atau pencecapan.

d. *Feedback Message* (pesan timbal balik)

Merupakan pesan balasan yang disampaikan sebagai respon atas pesan yang diberikan sebelumnya.

- 1) *Positive-Negative*. Pesan timbal balik yang positif mengisyaratkan bahwa komunikator ada di alur komunikasi yang benar sehingga komunikasi akan terus berlanjut dalam alur yang sama. Sedangkan pesan timbal balik yang negatif menandakan adanya kekeliruan sehingga harus segera dilakukan penyesuaian.
- 2) *Person focused-Message focused*. Sebuah pesan timbal balik dapat berfokus pada orang yang memberikan pesan atau pada pesan yang diberikan oleh orang tersebut.
- 3) *Immediate-Delay*. Sebuah pesan timbal balik bisa langsung diberikan segera setelah pesan tersebut selesai disampaikan. Akan tetapi, dalam situasi atau kondisi tertentu sebuah pesan timbal balik tidak bisa langsung diberikan sehingga harus menunggu saat yang

tepat atau kesempatan lain untuk memberikan pesan timbal balik tersebut.

- 4) *Low monitoring-High monitoring*. *Low monitoring* merupakan sebuah pesan timbal balik yang diberikan secara jujur dan spontan. Sedangkan *high monitoring* adalah sebuah pesan timbal balik yang disusun secara hati-hati dan di desain untuk mencapai tujuan tertentu.
 - 5) *Supportive-Critical*. Pesan timbal balik yang mendukung berarti menerima pembicara dan apa yang dia katakan. Sedangkan pesan timbal balik yang mengkritisi berarti orang tersebut tengah mengevaluasi bersifat menghakimi.
- e. *Feedforward Messages* merupakan pesan pengantar yang diberikan sebelum pesan utama diberikan.
 - f. *Channels* (saluran) merupakan alat atau sarana untuk menyampaikan pesan.
 - g. *Noise* (gangguan) merupakan segala sesuatu yang menghambat penyampaian pesan.
 - h. *Contexts* (Konteks). Komunikasi selalu berada dalam sebuah konteks yang memengaruhi bentuk dan isi pesan.
 - i. *Ethics*. Komunikasi memiliki konsekuensi, maka dari itu, dalam komunikasi interpersonal akan selalu ada etika tertentu, setiap tindakan komunikasi memiliki dimensi moral, dalam sebuah kebenaran atau kesalahan.

j. *Competence* (Kompetensi) merupakan sebuah kemampuan untuk melakukan komunikasi interpersonal. Kompetensi meliputi kualitas intelektual dan fisik dalam melakukan komunikasi interpersonal sesuai dengan konteks dalam interaksi yang ada.

Komunikasi interpersonal dibutuhkan dalam segala bidang kehidupan. Salah satunya adalah di bidang kesehatan. Kesehatan oleh *World Health Organization* (Smet,1994:7) didefinisikan sebagai “...keadaan (*status*) sehat utuh secara fisik, mental (*rohani*) dan sosial, dan bukan hanya suatu keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan...”. Untuk mengetahui seseorang sehat atau tidak tentunya harus diperiksa terlebih dahulu. Selain menggunakan alat-alat kesehatan, komunikasi interpersonal juga digunakan sebagai sarana untuk mendiagnosa penyakit pasien sehingga memudahkan tenaga medis untuk melakukan tindakan penyembuhan pasien.

Komunikasi interpersonal yang digunakan dalam dunia kesehatan dan memiliki tujuan utama untuk kesembuhan pasien disebut komunikasi terapeutik. Secara etimologi kata dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia, *te·ra·peu·tik* / *térapéutik/ a* berkaitan dengan terapi. As Hornby (Nurjanah, 2001:1) juga mengungkapkan bahwa terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni penyembuhan atau memiliki segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan.

Dari sekian banyak tenaga medis yang meliputi dokter, perawat, fisioterapis, *radiographer*, dan lain sebagainya. Perawatlah yang memiliki

kesempatan untuk menjalin relasi yang dekat secara personal dengan pasien. Hal ini dikarenakan perawat yang nantinya akan bertemu dengan pasien setiap harinya. Mundakir (2006:69) mengungkapkan bahwa perawat merupakan tenaga medis yang paling sering dan paling lama berinteraksi dengan pasien, serta memiliki tanggung jawab dalam memelihara dan meningkatkan status kesehatan pasien melalui perubahan perilaku.

Komunikasi terapeutik dilaksanakan bukan tanpa tujuan, melainkan dengan beberapa tujuan. Bila dikaitkan dengan hubungan antara perawat dengan pasien maka akan dijabarkan sebagai berikut (Mundakir, 2006:117):

- a. Membantu pasien untuk memperjelas keadaan pasien serta mengurangi beban perasaan dan pikiran sehingga dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan.
- b. Mengurangi keraguan, membantu pasien dalam hal mengambil tindakan yang efektif.
- c. Mempererat hubungan atau interaksi antara pasien dengan perawat secara profesional dan proposional dalam rangka membantu menyelesaikan masalah pasien.

Tujuan tersebut akan tercapai apabila perawat menjalankan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik yang oleh Boyd & Nihart (1998) dalam Nurjannah (2001:37) dijabarkan sebagai berikut:

- a. Pasien harus menjadi fokus utama dari interaksi.
- b. Tingkah laku profesional mengatur hubungan terapeutik.
- c. Membuka diri dapat digunakan hanya bila hal itu mempunyai tujuan terapeutik.
- d. Hubungan sosial dengan pasien harus dihindari.
- e. Kerahasiaan pasien harus dijaga.
- f. Kompetensi intelektual pasien harus dikaji untuk menentukan pemahaman pasien.
- g. Implementasi intervensi berdasarkan teori.
- h. Memelihara interaksi yang tidak menilai dan menghindari membuat penilaian tentang tingkah laku pasien serta memberi nasihat kepada pasien.
- i. Beri petunjuk pada pasien untuk menginterpretasikan kembali pengalamannya secara rasional.
- j. Telusuri interaksi verbal klien melalui pernyataan klarifikasi dan hindari perubahan subjek atautopik jika perubahan isi topik bukanlah hal yang menarik perhatian pasien.

Selain harus memegang prinsip-prinsip tersebut, dalam menjalin komunikasi terapeutik dengan pasien, perawat juga harus memperhatikan beberapa faktor yang akan memengaruhi proses komunikasi. Potter & Perry (1993) dalam Nurjannah (2001:35) menjabarkan faktor-faktor tersebut sebagai berikut :

a. Perkembangan

Perkembangan dalam hal ini meliputi perkembangan bahasa maupun proses berfikir karena pengaruh usia pasien (Nurjannah, 2001:35). Hal ini tentunya harus dipahami oleh perawat terhadap pasiennya agar komunikasi menjadi lancar dan efektif. Sehingga seorang perawat harus bisa memposisikan diri ketika ia berbicara dengan anak-anak, remaja, orang dewasa maupun orang lanjut usia.

b. Persepsi

Persepsi merupakan pandangan pribadi seseorang mengenai suatu peristiwa atau kejadian (Nurjannah, 2001:35). Perbedaan persepsi akan menjadi penghambat dalam komunikasi, karena seseorang akan memandang dari sudut yang berbeda terhadap sesuatu sehingga tidak mencapai titik temu.

c. Nilai

Hal ini, berkaitan dengan standar yang memengaruhi perilaku seseorang (Nurjannah, 2001:35). Ketika perawat dan pasien memiliki standar yang berbeda ketika melihat sesuatu tentunya akan menyebabkan konflik. Sesuatu yang menurut perawat baik belum tentu dinilai demikian oleh pasien, begitu pula sebaliknya. Sehingga dalam hal ini perawat perlu untuk memahami nilai-nilai yang dimiliki pasien sehingga perawat bisa memahami pasien dengan baik.

d. Latar Belakang Sosial Budaya

Budaya yang dimiliki seseorang akan memengaruhi dan membatasi orang dalam bertindak dan berkomunikasi (Nurjannah, 2001:35). Misalnya saja budaya Jawa terkenal dengan kelemahlembutannya dan tidak mengungkapkan sesuatu secara langsung dan terbuka. Berbeda dengan budaya Batak yang keras, tegas dan lugas. Ketika perawat mampu memahami budaya yang melatarbelakangi pasiennya maka ia akan mampu memahami perilaku maupun cara berkomunikasi pasien.

e. Emosi

Merupakan suatu perasaan kuat yang timbul sebagai akibat dari penilaiannya terhadap suatu hal atau kejadian atau rangsangan (Handoko, 1992:56). Seorang perawat perlu mengetahui emosi pasien dan keluarganya agar bisa melakukan asuhan keperawatan yang tepat. Selain itu perawat perlu mengendalikan emosi pribadinya agar tidak memengaruhi asuhan keperawatannya.

f. Jenis Kelamin

Jenis kelamin yang berbeda mempunyai gaya komunikasi yang berbeda juga (Nurjannah, 2001:36). Hal ini memengaruhi cara perawat untuk menjalin komunikasi dengan pasiennya.

g. Pengetahuan

Tingkat pengetahuan seseorang akan memengaruhi cara pasien dalam memberikan respon dan memahami penjelasan perawat kepada pasien (Nurjannah, 2001:36). Ketika perawat sudah mengetahui tingkat

pengetahuan pasien maka perawat akan lebih mudah dalam menentukan cara atau bahasa yang digunakan kepada pasien sehingga pemahaman bersama dapat tercipta.

h. Peran dan Hubungan

Peran dan hubungan perawat dengan pasien akan memengaruhi gaya komunikasi yang digunakan oleh perawat kepada pasien (Nurjannah, 2001:36).

i. Lingkungan

Lingkungan dalam berinteraksi akan memengaruhi keefektifan dalam komunikasi (Nurjannah, 2001:36). Ketika suasana bising atau di tempat ramai tentunya komunikasi menjadi tegang karena kerahasiaan tidak bisa terjaga.

j. Jarak

Jarak tertentu akan menyediakan rasa aman dan kontrol (Nurjannah, 2001:37). Seseorang akan merasa tidak nyaman ketika berada terlalu dekat dengan orang yang tidak dikenal, sehingga perawat perlu memperhitungkannya ketika baru pertama kali bertemu dengan pasien.

Ketika kita memahami faktor-faktor tersebut dalam diri pasien maka kita akan lebih mudah memahami pasien. Karena komunikasi terapeutik merupakan bagian dari komunikasi interpersonal, maka komunikasi terapeutik juga memiliki tahap-tahap dalam menjalin hubungan dengan pasien. Tahap hubungan terapeutik yang dijalankan oleh perawat dengan pasien menurut Stuart dan Sudeen dalam Nurjannah (2001:71-74) adalah :

a. Tahap Preinteraksi

Merupakan tahap saat perawat belum bertemu dengan pasien. Tugas perawat dalam tahap ini adalah mendapatkan informasi tentang pasien (dari *medical record* atau sumber yang lain), mencari literatur terkait dengan masalah yang dialami pasien, mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri, menganalisis kekuatan dan kelemahan profesional diri, dan membuat rencana pertemuan dengan pasien.

b. Tahap *Introductory* atau Orientasi

Merupakan tahap bagi perawat pertama kali bertemu dengan pasien. Pada tahap ini perawat berupaya untuk membangun iklim percaya, memahami penerimaan dan komunikasi terbuka serta memformulasikan kontrak dengan pasien. Membangun kontrak dengan pasien adalah proses timbal balik bagi pasien untuk berpartisipasi sebisa yang dia lakukan. Kontrak dimulai dengan pengenalan perawat dan pasien berupa pertukaran nama dan penjelasan peran. Penjelasan peran meliputi tanggung jawab dan pengharapan dari perawat dan pasien dengan gambaran apa yang dapat dan tidak dapat dilakukan oleh perawat. Dalam tahap ini perawat memiliki kesempatan untuk memahami pasien lebih dalam sehingga bisa mencapai tujuan penyembuhan dan mengklarifikasi salah paham diantara perawat dan pasien. pada tahap ini terdapat kegiatan menjaga kepercayaan pasien karena kegiatan perawat dan

pasien meliputi membuka diri terhadap informasi tertentu. Hal ini dapat diartikan bahwa informasi tentang pasien akan juga disampaikan kepada orang lain yang langsung terlibat dengan perawatan pasien dalam bentuk laporan verbal dan catatan tertulis. Kegiatan pelibatan anggota tim kesehatan ini penting dilakukan agar tersedia pelayanan keperawatan yang komprehensif dan berkelanjutan.

c. Tahap Kerja

Tahap ini merupakan tahap ketika pasien memulai kegiatan. Tugas perawat pada saat ini adalah melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan pada tahap pra interaksi. Perawat mengeksplorasi stressor yang tepat dan mendorong perkembangan wawasan diri yang dihubungkan dengan persepsi, pikiran, perasaan dan tindakan pasien.

Perawat menolong pasien untuk mengatasi cemas, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab terhadap diri dan mengembangkan mekanisme koping konstruktif. Perubahan tingkah laku nyata merupakan fokus dari tahap ini. Pasien biasanya menampakkan tingkah laku bertahan pada tahap ini meliputi sebagian besar dari proses pemecahan masalah seperti perkembangan hubungan dan pasien mulai dekat dengan perawat.

d. Tahap Terminasi

Merupakan tahap ketika perawat akan menghentikan interaksinya dengan pasien, tahap ini bisa merupakan terminasi sementara atau

terminasi akhir. Terminasi sementara adalah terminasi yang dilakukan untuk berhenti berinteraksi dalam waktu yang sebentar misalnya pergantian jaga atau antar sesi. Sedangkan terminasi akhir adalah terminasi yang dilakukan biasanya pada saat pasien akan pulang kembali ke rumahnya setelah dirawat di rumah sakit.

Pada tahap ini perawat memiliki tugas untuk mengevaluasi kegiatan kerja yang telah dilakukan baik secara kognitif, psikomotorik maupun afektif, merencanakan tindak lanjut dengan pasien, melakukan kontrak, mengakhiri terminasi dengan cara yang baik.

Tahap-tahap tersebut akan membantu perawat untuk masuk dalam hubungan yang lebih personal dengan pasien. Ketika hubungan menjadi lebih personal maka akan ada komunikasi yang efektif antara perawat dengan pasien, sehingga pasien lebih terbuka dalam menyampaikan keluhan terkait kondisi fisik maupun perasaannya selama menjalani proses keperawatan. Komunikasi yang terjadi antara pasien dan perawat merupakan sebuah komunikasi yang saling membantu (*helping relationship*), karena apa yang diungkapkan pasien akan membantu perawat dalam melakukan tindakan yang tepat untuk mengurangi rasa sakit atau keluhan pasien. Tahap-tahap dalam komunikasi terapeutik menjadi tidak ada artinya bila tidak didasari oleh komunikasi yang terapeutik. Hal ini sesuai dengan pernyataan Sheldon (2010:51) bahwa

tidak ada hubungan tanpa komunikasi, karena komunikasi adalah hubungan itu sendiri.

Menurut Stuart dan Sundeen (1995) dalam Nurjannah (2001:85) hal-hal yang mendasari terciptanya hubungan terapeutik adalah: rasa hormat atau pandangan positif tanpa syarat, kesungguhan atau kesejatian, empati, dan konkret. Kemudian Sheldon (2010:51) menambahkan kepercayaan dan kerahasiaan. sebagai kemampuan dasar yang juga harus dimiliki perawat dalam menjalin komunikasi terapeutik dengan pasien.

a. Rasa Hormat atau Pandangan Positif Tanpa Syarat

Carl Rogers (Sheldon, 2010:51) mendefinisikan rasa hormat atau pandangan positif tanpa syarat sebagai kemampuan untuk menerima kepercayaan pasien di atas perasaan pribadi perawat. Pemahaman ini memberikan pemahaman bahwa seorang perawat harus bisa menerima pasien dengan keseluruhan diri pasien tanpa bersikap menghakimi. Hal ini bertujuan untuk membuat pasien merasa nyaman dan melegitimasi perasaannya.

b. Kesungguhan atau Kesejatian

Rogers (Sheldon, 2010:52) mengungkapkan bahwa kesungguhan merupakan kesesuaian. Kesungguhan mengarah pada kemampuan untuk menjadi diri sendiri dalam pekerjaannya sebagai seorang profesional. Dalam menjalankannya, seorang perawat tidak boleh mengekspresikan penilaiannya mengenai pasien atau nilai-nilai

mereka. Perawat dapat secara sungguh-sungguh mengekspresikan perasaannya sendiri kepada pasien selama hubungan terapeutik.

c. Empati

Berempati menurut Smith (1992) dalam Nurjannah (2009:80) merupakan sikap menerima dan memahami emosi pasien tanpa terlibat ke dalam emosinya. Smith (Nurjannah, 2009:81) juga mengungkapkan bahwa empati dapat ditunjukkan melalui beberapa aspek yaitu aspek mental (memahami orang lain secara emosional dan intelektual), aspek verbal (kemampuan mengungkapkan secara verbal mengenai pemahamannya tentang perasaan pasien), dan aspek non verbal (kemampuan untuk menunjukkan empati dengan kehangatan dan kesejatian, kesejatian yaitu ada kesamaan antara respon verbal dan non verbal). Hal ini dibutuhkan untuk mampu memahami kondisi atau perasaan pasien sehingga tetap bisa bertindak dan berfikir jernih tanpa terlarut dalam emosi pasien.

d. Konkret

Ketika berdiskusi dengan pasien mengenai perasaan, pengalaman maupun tingkah lakunya, perawat akan menggunakan pertanyaan yang bersifat spesifik dan bukan yang abstrak, sehingga pasien dapat menjelaskan dengan akurat tentang masalahnya (Suart & Sundeen dalam Nurjannah, 2001:85).

e. Kepercayaan

Sheldon (2010:55) mengungkapkan bahwa kepercayaan merupakan dasar dari semua hubungan interpersonal dan sangat penting dalam hubungan terapeutik. Kepercayaan menurut Erikson (1963) dalam Sheldon (2010:55) diartikan sebagai

“ketergantungan pada konsistensi, kesamaan dan kesinambungan pengalaman yang dihasilkan oleh hal-hal dan orang-orang yang sudah dikenal dan dapat diduga”.

f. Kerahasiaan

Sheldon (2010:55) mengungkapkan bahwa seorang perawat harus menjaga privasi atau rahasia pasien, hal ini merupakan tanggung jawab moral maupun legal seorang perawat. Perawat tidak boleh menyebarkan informasi pasien dengan orang lain kecuali pada situasi tertentu. Menjaga informasi tetap rahasia termasuk tidak berbicara di ruang publik dan menjaga rahasia informasi elektronik.

3. Motivasi

Dari segi taksonomi, motivasi berasal dari bahasa latin yaitu *“movere”*, yang artinya bergerak (Siagian, 1989:142). Sedangkan Handoko (1992:9) mendefinisikan motivasi sebagai *“suatu tenaga atau faktor di dalam diri manusia yang menimbulkan, mengarahkan, dan mengorganisasikan tingkah lakunya”*. Sesuai dengan teori keseimbangan (Handoko, 1992:18), manusia bertingkah laku atau melakukan sesuatu karena adanya ketidakseimbangan di dalam dirinya baik secara fisik maupun psikis. Teori ini mengasumsikan bahwa tingkah laku seseorang

akan muncul karena adanya kebutuhan untuk mengembalikan keseimbangan dalam dirinya sehingga manusia akan berusaha untuk terus memenuhi atau memuaskan kebutuhan itu hingga dicapai kondisi yang seimbang. Oleh karena itu, motivasi didefinisikan sebagai tenaga atau dorongan dalam diri manusia untuk bergerak dan mengarahkan dirinya untuk mencapai keseimbangan.

Suatu tindakan atau tingkah laku yang bermotivasi terjadi bila motif sudah ada sebelum rangsang datang, sedangkan tingkah laku yang tidak bermotivasi berarti tidak terdapat motif jelas dari individu sebelum rangsang datang (Handoko,1992:54). Hal ini berarti ketika seseorang memiliki motivasi dalam setiap tindakan atau keputusannya maka orang tersebut haruslah menyadari motifnya terlebih dahulu. Motif adalah alasan atau dorongan untuk melakukan tindakan atau bersikap tertentu (Handoko,1992:9). Dalam suatu motif terdapat dua unsur yang melakukan proses timbal balik yakni unsur dorongan atau kebutuhan dengan unsur tujuan. Meskipun interaksi timbal balik tersebut terjadi di dalam diri manusia, tetapi dapat dipengaruhi oleh nilai-nilai di luar diri manusia. Akibatnya motivasi dapat saja berubah apabila mendapat hambatan atau tidak dapat dipenuhi.

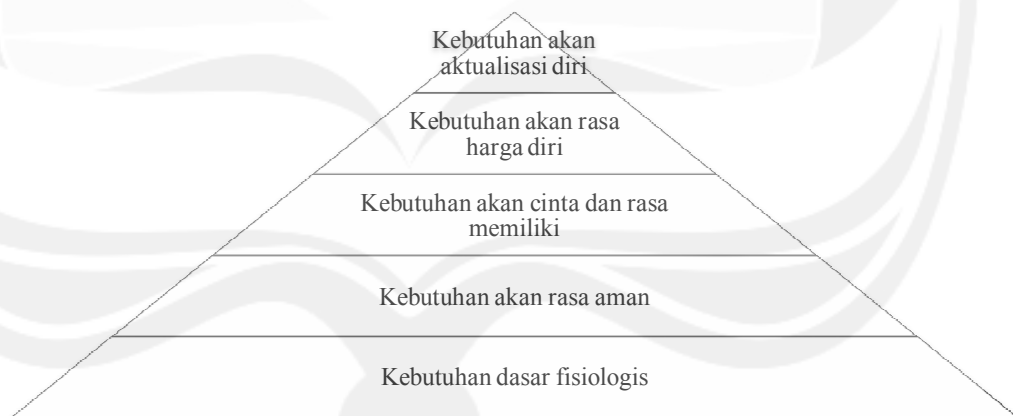
Dari banyak definisi mengenai motivasi akan terkandung tiga komponen utama yaitu kebutuhan, dorongan dan tujuan (Siagian, 1989:142).

a. Kebutuhan

Kebutuhan oleh Siagian (1989:142) dijelaskan bahwa akan timbul dari seseorang apabila merasa ada kekurangan dalam dirinya. Dalam pengertian homeostatis, kebutuhan timbul atau diciptakan apabila dirasakan adanya ketidakseimbangan antara yang dimiliki dengan apa yang menurut persepsi yang bersangkutan seyogyanya dimilikinya, baik dalam arti fisiologis maupun psikologis.

Teori Abraham Maslow (Koeswara,1989:224) tentang teori kebutuhan bertingkat menjelaskan bahwa perilaku seseorang akan dipengaruhi oleh lima kebutuhan dasar yang universal yaitu :

GAMBAR.1.
Teori Kebutuhan Maslow



Berdasarkan ilustrasi tersebut tampak bahwa kebutuhan fisiologis memiliki pemuasan yang lebih mendesak dibandingkan kebutuhan akan rasa aman dan seterusnya. Maslow (Koeswara, 1989:225) juga menambahkan bahwa individu akan memuaskan kebutuhannya sesuai dengan tingkat yang paling rendah ke tingkat paling tinggi tanpa

melompat ke tingkat atasnya sebelum kebutuhan yang ada di bawah terpuaskan.

1) Kebutuhan-kebutuhan Dasar Fisiologis (*physiological needs*)

Kebutuhan dasar fisiologi oleh Maslow (Koeswara, 1989:225) diartikan sebagai kebutuhan yang pemuasannya ditujukan pada pemeliharaan proses biologis dan kelangsungan hidupnya.

2) Kebutuhan Akan Rasa Aman (*need for security*)

Kebutuhan ini oleh Maslow (Koeswara, 1989:226) diartikan sebagai kebutuhan individu untuk memperoleh ketentraman, kepastian, dan keteraturan dari keadaan lingkungannya.

3) Kebutuhan Akan Cinta dan Rasa Memiliki (*need for love and belongingness*)

Kebutuhan ini oleh Maslow (Koeswara, 1989:227) diartikan sebagai kebutuhan yang mendorong individu untuk membangun hubungan efektif dengan orang lain, baik dilingkungan keluarga, pergaulan atau kelompok.

4) Kebutuhan Akan Rasa Harga Diri (*needs for self esteem*)

Maslow (Koeswara, 1989:228) membagi kebutuhan ini dalam dua hal yakni penghormatan dari diri sendiri dan penghormatan dari orang lain. Penghormatan dari diri sendiri mengacu pada hasrat untuk memperoleh kompetensi, rasa percaya diri, kekuatan pribadi, adekuasi, prestasi, kemandirian dan kebebasan. Sedangkan untuk

penghormatan dari orang lain mengacu pada hasrat untuk memperoleh prestasi.

5) Kebutuhan Akan Aktualisasi Diri (*need for self actualization*)

Maslow (Koeswara, 1989:229) mengartikan kebutuhan ini sebagai kebutuhan individu untuk mewujudkan dirinya sebagai seseorang seperti kemampuan yang dimilikinya atau kebutuhan individu untuk menjadi seseorang sesuai potensi yang dimilikinya.

b. Dorongan

Dorongan menurut Siagian (1989:143) adalah usaha untuk mengatasi ketidakseimbangan. Dorongan juga dapat diartikan sebagai usaha pemenuhan kekuatan secara terarah. Orientasi dorongan adalah tindakan tertentu yang secara sadar dilakukan oleh seseorang. Hull (Koeswara,1989:69) dalam teorinya berasumsi bahwa kebutuhan-kebutuhan organisme merupakan penyebab munculnya dorongan dan dorongan mengaktifkan tingkah laku dengan tujuan untuk mengembalikan keseimbangan fisiologis organisme.

c. Tujuan

Tujuan menurut Siagian (1989:143) adalah segala sesuatu yang menghilangkan kebutuhan atau mengurangi dorongan. Mencapai tujuan berarti mengembalikan keseimbangan dalam diri seseorang baik yang bersifat fisiologi maupun psikologi.

Kebutuhan, dorongan dan tujuan yang berbeda-beda dalam diri manusia kemudian memunculkan motif yang berbeda-beda pula. Hanya saja secara garis besar, motif manusia digolongkan dalam enam motif (Handoko, 1992:24-42) yakni:

1) Motif Primer dan Motif Sekunder

Menurut Handoko (1992:25-27) motif primer didasarkan pada keadaan fisiologis manusia tanpa bergantung pada pengalaman seseorang. Motif primer ini merupakan motif yang bersifat bawaan karena bertujuan untuk menjaga keseimbangan tubuh, misalnya motif makan karena lapar, dan motif minum karena haus. Motif sekunder merupakan motif yang tidak berkaitan langsung pada keadaan fisiologis individu. Motif sekunder sangat bergantung pada pengalaman seseorang.

2) Motif Mendekat dan Motif Menjauh

Spence (Koeswara, 1989:78) membagi keadaan motivasi menjadi motif mendekat (apetitif) dan menjauh (aversif) didasarkan pada reaksi seseorang terhadap rangsangan yang datang. Motif yang bereaksi mendekati rangsang disebut motif mendekat atau apetitif atau positif. Sedangkan motif yang bereaksi menjauhi rangsang disebut motif menjauh atau aversif atau negatif. Kedua motif tersebut bisa timbul karena pengalaman (motif sekunder) atau tanpa pengalaman (motif primer) (Handoko, 1992: 27-28).

3) Motif Sadar dan Motif Tidak Sadar

Motif sadar dan motif tidak sadar (Handoko, 1992: 28-29) ditentukan berdasarkan taraf kesadaran manusia akan motif yang sedang melatarbelakangi tingkah lakunya. Semakin penting dan semakin tingkah laku itu banyak melibatkan aktivitas berfikir maka, biasanya digerakkan oleh motif sadar. Sedangkan tingkah laku yang bersifat instingsif, kebiasaan, adat dan tradisi sering kali tidak disadari motifnya. Semakin motifnya disadari maka tanggung jawab atas tindakan yang diambil semakin besar.

4) Motif Biogenetis, Motif Sosiogenetis dan Motif Theogenetis

Motif biogenetis berasal dari kebutuhan organisme makhluk hidup demi kelanjutan hidupnya secara biologis sehingga motif ini mendorong organisme tersebut untuk memuaskan kebutuhannya. Beberapa hal yang termasuk ke dalam motif biogenetis yaitu: lapar, haus, bernafas, seks, dan istirahat. Sedangkan motif sosiogenetis muncul karena adanya akibat dari interaksi sosial dengan orang lain atau kebudayaan tertentu. Motif ini sangat bervariasi karena bergantung pada lingkungannya. Secara umum motif sosiogenetis dapat dibagi menjadi dua yakni motif darurat (motif untuk melepaskan diri, motif untuk melawan, motif untuk mengatasi rintangan, motif mengejar) dan motif objektif (motif eksplorasi, motif manipulasi). Sedangkan motif Theogenetis merupakan motif yang melatarbelakangi relasi manusia dengan Tuhan (Handoko, 1992: 30-40).

5) Motif Tunggal dan Motif Kompleks

Handoko (1992: 40-41) mengungkapkan juga bahwa motif tunggal dan kompleks dibagi berdasarkan banyaknya motif yang melatarbelakangi suatu tindakan atau tingkah laku. Pada umumnya tingkah laku manusia digerakkan oleh beberapa motif sekaligus (motif kompleks). Hanya saja dalam tindakan yang bertaraf rendah atau bermotif primer juga bermotif tunggal.

6) Motif Intrinsik dan Motif Ekstrinsik

Motif intrinsik dan ekstrinsik didasarkan pada datangnya penyebab suatu tindakan. Tindakan yang digerakkan oleh sebab yang berasal dari dalam diri manusia disebut motif intrinsik. Sedangkan tindakan yang dilakukan karena sebab yang berasal dari luar diri manusia disebut motif ekstrinsik (Handoko, 1992: 41-42)

F. Kerangka Konsep

1. Kualitas Komunikasi Terapeutik

Kualitas dalam Kamus Oxford diartikan sebagai “...*(high) standard, how good or bad something is...*”. Sehingga kualitas komunikasi terapeutik diartikan sebagai standar yang tinggi atas kecakapan komunikasi terapeutik. Oleh karena itu, seorang perawat haruslah memiliki standar atau nilai yang tinggi dari kemampuan dasar dalam hubungan terapeutik dengan pasien. Kemampuan dasar tersebut terdiri dari:

a. Rasa hormat atau Pandangan Positif Tanpa Syarat

Rasa hormat merupakan pandangan yang positif terhadap pasien dilakukan oleh perawat dengan cara menerima pasien dengan apa adanya tanpa menghakimi atau memberikan penilaian negatif atas keadaan fisik maupun mental pasien. Sikap ini juga tercermin dari sikap perawat mampu menghadapi pasien dengan sabar dan tidak bersikap reaksional terhadap tindakan maupun perkataan pasien sehingga mampu membuat pasien merasa nyaman dan diterima dengan keadaan dirinya.

b. Kesungguhan

Kesungguhan dalam hal ini artinya bahwa apa yang dilakukan perawat sebagai tenaga profesional dilakukan dengan hati, bukan hanya sebuah standar keperawatan yang struktural semata. Perawat dapat menginternalisasikan dirinya dalam pekerjaannya tetapi tetap bersikap profesional atau mampu menempatkan diri. Perawat tidak diperbolehkan mengekspresikan penilaian mereka terhadap pasien, karena hal ini akan membuat tembok antara perawat dengan pasien sehingga tidak terbuka dengan keadaan pasien. Tetapi perawat harus mampu mengekspresikan perasaannya secara tulus selama mendukung tujuan terapeutik.

c. Empati

Berempati merupakan sikap menerima dan memahami emosi pasien tanpa terlibat ke dalam emosinya. Empati merupakan keadaan

mental yang membuat seseorang merasa nyaman atau mengidentifikasi dirinya dalam keadaan perasaan atau pikiran yang sama dengan orang atau kelompok. Hal ini dibutuhkan untuk mampu memahami kondisi atau perasaan pasien sehingga tetap bisa bertindak dan berfikir jernih tanpa terlarut dalam emosi pasien.

d. Konkret

Berkaitan dengan hal ini maka perawat akan memberikan pertanyaan yang spesifik dengan keadaan dan perasaan pasien sehingga pasien juga bisa menjawab dengan spesifik dan bukan menjawab sesuatu yang abstrak atau terlalu luas. Hal ini akan memudahkan perawat untuk memahami pasien kemudian memberikan tanggapan atau tindakan yang tepat sesuai dengan kebutuhannya.

e. Kepercayaan

Membangun kepercayaan pasien kepada perawat adalah hal yang penting, karena bila pasien percaya kepada perawat maka dengan sendirinya pasien akan terbuka dengan perawat dan mau mengikuti asuhan keperawatan yang diberikan. Kepercayaan yang harus dibangun yakni kepercayaan mengenai kemampuan medis dan juga kepercayaan bahwa perawat akan menjaga keamanan serta ketepatan dari tindakan medis yang diberikan kepadanya.

f. Kerahasiaan

Sebagai upaya untuk membangun dan menjaga kepercayaan pasien maka perawat perlu juga menjaga kerahasiaan pasien. Tindakan menjaga rahasia pasien ditunjukkan dalam tindakan perawat yang menghargai privasi pasien, tidak membicarakan penyakit pasien ketika ada orang lain selain pasien dan keluarga pasien. Perawat hanya boleh membagikan rahasia pasien pada orang tertentu dan dalam situasi tertentu.

2. Motivasi pasien untuk sembuh

Motivasi didefinisikan sebagai tenaga atau dorongan dalam diri manusia untuk bergerak dan mengarahkan dirinya untuk mencapai keseimbangan. Sedangkan sembuh menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan sebagai sehat kembali atau pulih dari sakit. Sakit dalam hal ini didefinisikan sebagai ketidakmampuan atau keterbatasan seseorang untuk melakukan aktivitas pribadi atau aktivitas sosial dikarenakan hadirnya penyakit di dalam dirinya (Sudarma, 2008:65). Sedangkan sehat dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan baik seluruh badan serta bagian-bagiannya (bebas dari sakit). Maka dari itu motivasi pasien untuk sembuh diartikan sebagai tenaga atau dorongan dalam diri pasien untuk mengembalikan kondisi yang tidak seimbang dari sakit menjadi sehat.

Motif adalah penyebab seseorang memiliki motivasi, dengan kata lain, seseorang menjadi termotivasi karena ada motif yang

melatarbelakanginya. Tindakan maupun tingkah laku yang termotivasi haruslah disadari motifnya, apabila seseorang tidak menyadari motifnya maka tindakan yang dilakukan disebut tindakan yang tidak bermotivasi (Handoko, 1992:54).

Saat seseorang sakit maka seseorang akan mengalami hambatan untuk memenuhi kebutuhannya. Padahal manusia harus memenuhi kebutuhan hidupnya setiap hari. Maka dari itu, setiap orang akan berusaha untuk menjadi sehat lagi ketika sakit agar kebutuhan hidupnya dapat ia penuhi kembali. Ketika seseorang sakit terlalu parah, maka ia akan mencari orang lain untuk membantunya mencapai kesembuhan, salah satunya bantuan dari dokter dan melakukan perawatan di rumah sakit. Kondisi sakit, membuat tubuh tidak sepenuhnya memiliki kemampuan atau kesadaran untuk melakukan sesuatu, bahkan mungkin hanya bisa bergantung pada orang lain untuk memenuhi kebutuhannya. Pada kondisi yang demikian maka tidak semua tindakan pasien dilakukan dengan kesadaran penuh. Motivasi pasien untuk sembuh memiliki tujuan utama yakni kesembuhan pasien. Maka hal itu akan mendorong pasien untuk melakukan hal-hal sesuai kemampuannya agar bisa sembuh. Program perawatan di rumah sakit maupun perawat akan mengarahkan tindakan-tindakan pasien agar bisa menuju pada kesembuhan. Akan tetapi, hal itu tidak akan ada gunanya bila tidak diimbangi dengan kesediaan pasien untuk melaksanakan program maupun asuhan keperawatan yang diberikan.

Tindakan yang dilakukan oleh pasien dikatakan bermotivasi atau tidak bermotivasi bisa dilihat dari ada tidaknya motif selama berada dalam proses penyembuhan. Untuk mengetahui motif itu ada atau tidak ada maka haruslah disadari terlebih dahulu oleh pasien. Apabila pasien menyadari motifnya maka tindakannya akan semakin bermotivasi, begitu pula sebaliknya. Oleh karena itu untuk melihat motivasi pasien untuk sembuh maka perlu dilihat motif sadar dan motif tidak sadar yang melatarbelakangi seluruh tindakan atau keputusan pasien selama proses penyembuhan di rumah sakit.

a. Motif Sadar

Ketika pasien harus mengambil sebuah keputusan atas tindakan medis tertentu yang memiliki resiko besar atau harga yang lebih mahal atau atas pertimbangan lain yang lebih berat maka hal ini membutuhkan kesadaran yang lebih dari pasien. Misalnya saja keputusan untuk melakukan operasi atau tidak.

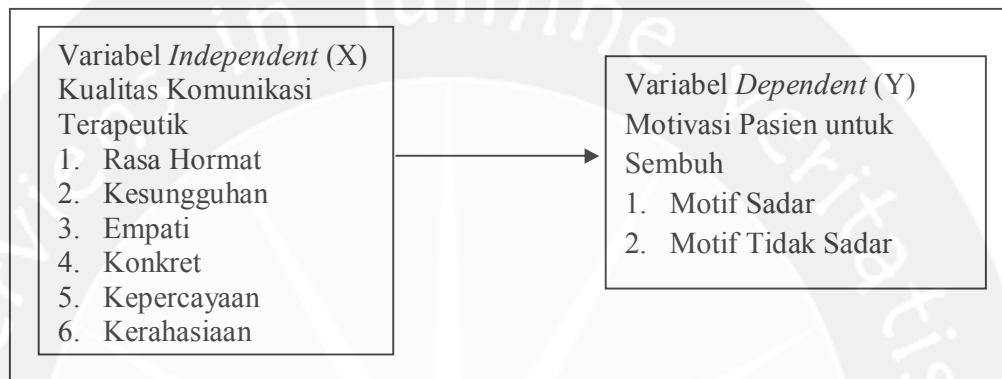
b. Motif Tidak Sadar

Motif yang tidak disadari ini bisa dikarenakan rutinitas keperawatan seperti memakan makanan yang disediakan dan meminum obat sebelum atau setelahnya sesuai ketentuan. Selain itu bisa disebabkan karena tindakan keperawatan yang dianjurkan tidak memiliki resiko yang tinggi atau tidak memerlukan pertimbangan yang berat, misalnya saja memilih lampu untuk dimatikan atau tetap hidup ketika pasien ingin tidur malam.

G. Hubungan Antar Variabel

Dari pemaparan sebelumnya, maka hubungan antar variabel dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut.

BAGAN 1.
Hubungan Antar Variabel



H. Hipotesis

H_a : Ada hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat dengan motivasi pasien untuk sembuh.

H_0 : Tidak ada hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat dengan motivasi pasien untuk sembuh.

I. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan proses penyederhanaan suatu variabel dalam sebuah konsep dengan cara memberikan makna pada variabel dengan menetapkan 'operasi' untuk mengukur variabel (Black,1999:161). Untuk menyederhanakan suatu variabel, maka dibutuhkan rangkaian dari empat aktivitas (Singarimbun,1995:95) yaitu, menentukan dimensi dari konsep penelitian, menentukan rumusan ukuran dari masing-masing dimensi,

menentukan tingkat ukuran yang akan digunakan, menentukan tingkat validitas (*validity*) dan realibilitas (*reability*) dari alat pengukur.

Ukuran Interval digunakan dalam penelitian ini karena skala ini jarak yang sama dalam interval dianggap memiliki jarak yang sama pula dengan objek yang diukur (Singarimbun, 1995:103). Selain itu karena dalam objek yang diukur oleh peneliti tidak memiliki nilai nol yang absolut, sehingga hanya dimungkinkan untuk melihat tingkatan objek tanpa membuat rasio pernyataan.

Sedangkan metode "*summated rating*" (likert) digunakan karena dalam metode ini dapat membedakan subjek berdasarkan perbedaan derajat ciri ordinal yang secara khas terwujud dalam gejala kesikapan (Black, 1999:164). Karena responden dari penelitian ini adalah pasien, maka penilaian ataupun indikator yang dibuat oleh penulis berdasarkan sudut pandang responden. Masing-masing indikator dari dimensi-dimensi yang terdapat pada variabel Komunikasi Terapeutik dapat diuraikan sebagai berikut:

a. Rasa hormat atau Pandangan Positif Tanpa Syarat

Ketika perawat mampu memberikan rasa hormat dan memberikan pandangan yang positif terhadap pasien maka pasien akan merasakan sikap ramah perawat. Pasien juga bisa merasakan bahwa dirinya diterima dengan seluruh dirinya, baik fisik maupun keadaan psikisnya, tanpa penghakiman maupun penilaian yang negatif. Pasien juga akan merasakan bahwa perawat mampu memberikan asuhan keperawatan dengan penuh kesabaran.

b. Kesungguhan

Ketika perawat mampu memberikan asuhan keperawatan secara sungguh-sungguh maka pasien akan merasakan ketulusan perawat dalam bekerja dan bukan semata-mata formalitas pekerjaan saja. Kesungguhan perawat dalam berinteraksi dengan pasien akan membuat pasien merasa bahwa perawat bisa berempati dengan tulus dan tidak dibuat-buat. Kesungguhan ini juga akan tampak dalam keselarasan antara komunikasi verbal dengan komunikasi non verbal yang diberikan perawat kepada pasien.

c. Empati

Melalui sikap empati maka pasien bisa merasakan kehangatan perawat baik dalam perkataan maupun dalam sikap yang mendukung. Pasien merasa bahwa ungkapan empati perawat memiliki kesesuaian antara bahasa verbal dan bahasa non verbalnya. Pasien juga bisa merasakan bahwa perawat mengerti dan memahami hal yang pasien alami dan pasien rasakan. Pasien mampu memberikan kata-kata maupun tindakan yang tepat dan menenangkan pasien.

d. Konkret

Ketika perawat memiliki kemampuan ini maka pasien akan merasa bahwa perawat memberikan pertanyaan yang memang sesuai dengan keadaan maupun perasaannya. Pasien juga akan mudah memahami pertanyaan perawat sehingga bisa menjawab pertanyaan sesuai dengan maksud perawat.

e. Kepercayaan

Pasien akan percaya kepada perawat ketika pasien merasa bahwa perawat bisa melakukan tindakan medis dengan tepat dan aman. Kepercayaan pasien akan tumbuh melalui pengalaman bersama perawat selama proses penyembuhannya.

f. Kerahasiaan

Pasien akan merasakan bahwa perawat menjaga kerahasiaannya melalui tindakan perawat seperti memandikan pasien di ruang yang tertutup dan hanya antara pasien dan perawat, serta mampu mengkondisikan ruangan pasien hanya berdua bagi perawat dan pasien ketika pasien ingin menceritakan hal yang rahasia dan tidak melakukan percakapan di ruang publik.

Sedangkan motivasi pasien untuk sembuh dipengaruhi oleh motif sadar dan motif tidak sadar. Semakin pasien mengetahui manfaat atau resiko atas tindakan yang diambil maka pasien memiliki kesadaran yang lebih bila dibandingkan ketika pasien tidak mengetahui manfaat ataupun resiko atas pilihannya. Karena sifatnya yang berlawanan, maka nilai atas motif sadar dan motif tidak sadar juga akan berlawanan. Semakin besar atau semakin tinggi nilainya maka motifnya semakin disadari, yang berarti juga bahwa tindakannya semakin bermotivasi. Sebaliknya bila semakin kecil nilainya maka motifnya semakin tidak disadari, yang berarti juga tindakannya semakin tidak bermotivasi.

Secara Ringkas, definisi operasional dalam penelitian ini dapat dilihat dalam tabel berikut ini :

TABEL 2.
Definisi Operasional

Variabel	Dimensi	Indikator	Skala	Metode
Variabel bebas : Komunikasi Terapeutik	1. Rasa hormat	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien merasakan perawat bersikap ramah. b. Pasien merasa diterima dengan seluruh dirinya oleh perawat c. Pasien merasa bahwa perawat tidak menghakimi pasien atas keadaan dirinya. d. Pasien merasa bahwa perawat memberikan asuhan keperawatan dengan penuh kesabaran. 	Interval	Skala likert
	2. Kesungguhan	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien merasa bahwa asuhan keperawatan yang dilakukan perawat bukan hanya karena formalitas pekerjaan. b. Pasien merasa bahwa perawat memberikan perawatan dengan tulus. c. Pasien merasa bahwa sikap empati perawat tidak dibuat-buat d. Pasien merasa bahwa ada keselarasan antara kata-kata dan perbuatan perawat. 		
	3. Empati	<ul style="list-style-type: none"> a. pasien merasakan kehangatan perawat b. Pasien merasa bahwa perawat mengerti kondisi fisik pasien 		

		<ul style="list-style-type: none"> c. Pasien merasa bahwa perawat memahami perasaan pasien terkait kondisi sakit yang dialami. d. Pasien mampu memberikan kata-kata yang menenangkan pasien. e. Pasien mampu memberikan sentuhan yang menenangkan pasien. 		
	4. Konkret	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mudah memahami pertanyaan perawat. b. Pasien merasa bahwa perawat bertanya dengan spesifik. c. Pasien merasa bahwa perawat bertanya sesuai dengan kondisi pasien saat ini. 		
	5. Kepercayaan	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien percaya bahwa perawat bisa melakukan tindakan medis dengan tepat b. Pasien percaya bahwa perawat bisa melakukan tindakan medis dengan aman. c. Pasien percaya dengan saran dan penjelasan perawat mengenai kondisinya d. Pasien percaya dengan kemampuan medis perawat. 		
	6. Kerahasiaan	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien merasa bahwa perawat memberikan kebebasan bagi pasien untuk dimandikan atau mandi sendiri. b. Pasien merasa bahwa perawat menjaga 		

		<p>rahasia dan privasi pasien dengan baik</p> <p>c. Pasien merasa bahwa perawat mampu menjaga kerahasiaannya dengan tidak melakukan percakapan mengenai hal pribadi pasien di depan publik</p>		
Variabel terikat : Motivasi	1. Motif Sadar	<p>a. Pasien memiliki semangat untuk sembuh</p> <p>b. Pasien terbuka kepada perawat karena mengetahui hal itu akan membantu kesembuhannya</p> <p>c. Pasien mengetahui informasi mengenai penyakit yang dideritanya secara detail</p> <p>d. Pasien mengetahui hal-hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan terkait kesembuhannya</p> <p>e. Pasien mengetahui manfaat dari obat yang diminum</p> <p>f. Pasien mengetahui resiko atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien</p> <p>g. Pasien mengetahui manfaat atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien</p> <p>h. Pasien memikirkan matang-matang keputusannya untuk</p>	Interval	Skala likert

		<p>menjalani program asuhan keperawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Pasien memikirkan hal yang dikatakan perawat dan melakukannya j. Pasien bersikap proaktif selama perawatan untuk mempercepat kesembuhannya 		
	2. Motif Tidak sadar	<ul style="list-style-type: none"> a. Pasien bersikap pasrah dan pesimis terhadap kesembuhannya b. Pasien terbuka kepada perawat tanpa mengetahui hal itu akan membantu kesembuhannya c. Pasien tidak mengetahui informasi mengenai penyakit yang dideritanya secara detail d. Pasien tidak mengetahui hal-hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan terkait kesembuhannya e. Pasien tidak mengetahui manfaat dari obat yang diminum f. Pasien tidak mengetahui resiko atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien g. Pasien tidak mengetahui manfaat atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada 		

		pasien h. Pasien tidak memikirkan matang-matang keputusannya untuk menjalani program asuhan keperawatan i. Pasien tidak memikirkan hal yang dikatakan perawat j. Pasien bersikap pasif selama perawatan		
--	--	--	--	--

J. Metodologi Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah kuantitatif. Proses penelitian kuantitatif dilakukan melalui instrument atau alat ukur penelitian dengan menggunakan teknik atau instrumen yang objektif dan baku yang memenuhi standar validitas dan reliabilitas yang tinggi. Penelitian kuantitatif ini merupakan penelitian korelasional yang bertujuan untuk menjelaskan hubungan antara suatu gejala sosial lain sekaligus menjawab mengapa itu terjadi melalui pengujian hipotesis.

2. Metode Penelitian

Metode penelitian yang dipakai oleh peneliti adalah metode survei. Peneliti menggunakan metode survei dalam pengumpulan data-data yang dibutuhkan. Survei adalah penelitian yang mengambil sampel dari satu populasi dan menggunakan kuisioner sebagai alat pengumpulan data yang pokok (Singarimbun 1995:3).

3. Objek Penelitian

Objek penelitian ini adalah hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat terhadap motivasi pasien untuk sembuh di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta.

4. Populasi

Populasi menurut Eriyanto (2007:61) merupakan semua bagian atau anggota dari obyek yang diamati. Karena sifatnya yang sangat luas dan beragam, maka populasi harus dibatasi. Pembatasan populasi dilakukan dengan tetap berpedoman kepada tujuan dan masalah penelitian (Bungin, 2008:100). Berdasarkan pertimbangan dari Kepala Subseksi Rawat Inap Umum dan IMC Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta, tidak semua bangsal bagi pasien rawat inap dapat diakses untuk penelitian. Bangsal yang boleh diakses untuk penelitian adalah bangsal Boromeus 1-6, Maria 1 dan 2, Yosep A, Clara A, Clara B, Agustinus A, Agustinus B, dan Bangsal Martha. Selain itu ada beberapa kriteria yang harus dipenuhi pasien agar bisa dimasukkan ke dalam populasi penelitian ini, yakni :

- a. Merupakan pasien rawat inap di Rumah Sakt Panti Rini Yogyakarta di salah satu bangsal yang boleh diakses untuk penelitian.
- b. Pasien bersedia menjadi responden penelitian.
- c. Pasien sudah dirawat minimal satu hari.
- d. Pasien bisa berkomunikasi dengan baik.
- e. Pasien tidak mengalami koma.
- f. Pasien tidak mengalami gangguan pendengaran.

g. Pasien tidak mengalami gangguan kejiwaan.

Berdasarkan beberapa kriteria tersebut maka selama penelitian ini dilakukan di RS Panti Rini sejak tanggal 6 Januari 2014 - 6 Februari 2014 (tanggal dan waktu penelitian berlangsung) diperoleh 77 pasien sebagai populasi penelitian.

5. Pengambilan Sampel

Sampel penelitian dalam penelitian ini menggunakan teknik *total sampling*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling*, memungkinkan untuk mengambil seluruh anggota populasi sebagai responden atau sampel (Sugiyono, 2009:122). Oleh karena itu, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 77 responden, yang merupakan jumlah keseluruhan populasi.

6. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang akan digunakan oleh penulis adalah dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner atau dalam Bahasa Inggris disebut *questionnaire* (daftar pertanyaan) yaitu seperangkat pertanyaan yang disusun secara sistematis untuk diisi oleh responden (Bungin, 2008:123).

Pada saat mengumpulkan data di lapangan, penulis membagikan kuesioner kepada pasien RS Panti Rini yang memenuhi kriteria responden yang sudah di tentukan. Apabila responden merasa kesulitan untuk

mengisi kuesioner, maka penulis membantu membacakan pertanyaan serta membantu mengisi sesuai dengan pilihan atau jawaban dari responden.

7. Teknik Analisis Data

Penulis menganalisis hasil penelitian dengan mendeskripsikan data menggunakan teknik distribusi frekuensi. Setelah itu, seluruh hasil analisis dalam variabel akan penulis klasifikasikan ke dalam tiga kategori berdasarkan mean teoritik yang menurut Azwar (2002: 109) dinyatakan sebagai berikut:

TABEL 3.
Penggolongan Kategori Analisis Berdasarkan Mean Teoritik

Penggolongan Kategori Analisis Berdasarkan Mean Teoritik Interval	Kategori
$X \leq (\mu - 1,0 \sigma)$	Rendah
$(\mu - 1,0 \sigma) < X \leq (\mu + 1,0 \sigma)$	Sedang
$(\mu + 1,0 \sigma) \leq X$	Tinggi

Keterangan:

μ : Mean Teoritik

σ : Standar Deviasi

X : Skor

Hubungan antar variabel akan penulis analisis menggunakan analisis Korelasi Pearson. Analisis Korelasi Pearson adalah teknik analisis data untuk variabel yang keduanya interval. Pada korelasi Pearson yang dikorelasikan adalah data observasinya. Koefisien korelasi Pearson dapat diperoleh dengan rumus sebagai berikut :

$$r_{xy} = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{N \sum X^2 - (\sum X)^2 [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

- N = Jumlah responden
- X = Skor pertama, dalam hal ini X merupakan skor-skor pada item ke-*n* yang diuji validitasnya
- Y = Skor kedua, dalam hal ini Y merupakan skor total dari setiap responden
- XY = Skor pertanyaan ke-*n* dikalikan skor total
- $\sum X$ = Jumlah skor pertama, dalam hal ini $\sum X$ merupakan jumlah seluruh skor para item ke-*n*.
- $\sum Y$ = Jumlah skor kedua, dalam hal ini $\sum Y$ merupakan jumlah seluruh skor pada jumlah skor yang diperoleh responden.
- $\sum X^2$ = Jumlah hasil kuadrat skor pertama
- $\sum Y^2$ = Jumlah hasil kuadrat skor kedua

Untuk mengetahui derajat hubungan, digunakan koefisien korelasi (*r*), yang nilainya ditentukan sebagai berikut:

- a. Nilai hubungan antara variabel X dan Y berkisar antara -1 sampai dengan +1
- b. Jika $r > 0$, artinya terjadi hubungan linier positif, yaitu semakin besar nilai variabel X (*independent*), semakin besar pula nilai variabel Y (*dependent*) atau sebaliknya.

- c. Jika $r < 0$, artinya telah terjadi hubungan linier negatif, yaitu semakin kecil nilai variabel X (*independent*), maka semakin besar nilai variabel Y (*dependent*), atau sebaliknya.
- d. Jika nilai $r = 0$, artinya tidak ada hubungan sama sekali antara variabel X (*independent*) dengan variabel Y (*dependent*).
- e. Jika nilai $r = 1$ atau $r = -1$, telah terjadi hubungan linier sempurna, sedangkan untuk nilai r yang semakin mengarah ke angka 0 maka hubungan semakin melemah.

Sedangkan untuk mengetahui kuat lemahnya tingkat atau derajat keeratan hubungan antara variabel X dan Y secara sederhana dapat diterangkan berdasarkan tabel nilai koefisien korelasi antara lain dari *Guiford Emperical Rules* sebagai berikut (Muhidin dan Abdurahman, 2007: 127-128):

TABEL 4.
Tingkat Keeratan Hubungan Variabel X dan Variabel Y

Nilai Korelasi	Keterangan
0,00 - <0,20	Hubungan sangat lemah (diabaikan, dianggap tidak ada)
$\geq 0,20$ - <0,40	Hubungan rendah
$\geq 0,40$ - <0,70	Hubungan sedang atau cukup
$\geq 0,70$ - <0,90	Hubungan kuat atau tinggi
$\geq 0,90$ - $\leq 1,00$	Hubungan sangat kuat atau tinggi

Sumber : Muhidin dan Abdurahman, 2007: 127-128

8. Validitas dan Reliabilitas

a. Validitas

Suatu instrumen dikatakan valid jika instrumen dapat mengukur sesuatu dengan tepat apa yang hendak diukur. Untuk menentukan

validitas dihitung berdasarkan formula tertentu yaitu dengan menggunakan koefisien *correlation pearson* yaitu dengan menghitung korelasi antara skor masing-masing butir pertanyaan dengan total skor.

Validitas konstruk dalam penelitian ini juga diuji dengan menggunakan *correlated item* yakni dengan membandingkan nilai r-hitung dengan r-tabel, yang mana $df=n-2$ dengan signifikansi $(\alpha) = 0,05$. Apabila r-hitung lebih besar dari r-tabel maka koefisien sebagai alat ukur dikatakan valid (Sujarweni, 2008:188). Pada penelitian ini nilai r-tabel pada $df=n-2$ untuk responden sebanyak 77 orang adalah 0,189 (Sujarweni, 2008:340).

$$r_{xy} = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{N\sum X^2 - (\sum X)^2 [N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan:

N = Jumlah responden

X = Skor pertama, dalam hal ini X merupakan skor-skor pada item ke-*n* yang diuji validitasnya

Y = Skor kedua, dalam hal ini Y merupakan skor total dari setiap responden

XY = Skor pertanyaan ke-*n* dikalikan skor total

$\sum X$ = Jumlah skor pertama, dalam hal ini $\sum X$ merupakan jumlah seluruh skor para item ke-*n*.

ΣY = Jumlah skor kedua, dalam hal ini ΣY merupakan jumlah seluuh skor pada jumlah skor yang diperoleh responden.

ΣX^2 = Jumlah hasil kuadrat skor pertama

ΣY^2 = Jumlah hasil kuadrat skor kedua

Pada metode korelasi pearson, butir pertanyaan dinyatakan valid apabila signifikansi butir pertanyaan (*2-tailed*) $\leq 0,05$ dan atau $\geq 0,01$.

Hasil pengujian SPSS 20.0 menunjukkan hasil sebagai berikut:

TABEL 5.
Hasil Uji Validitas Variabel Kualitas Komunikasi Terapeutik

Variabel	Dimensi	Item pertanyaan	Nilai pearson correlation	Sig. (2-tailed)	Status
Kualitas Komunikasi Terapeutik	Rasa hormat	RH1	0.620**	0.000	Valid
		RH2	0.657**	0.000	Valid
		RH3	0.783**	0.000	Valid
		RH4	0.742**	0.000	Valid
		RH5	0.595**	0.000	Valid
	Kesungguhan	KS1	0.608**	0.000	Valid
		KS2	0.804**	0.000	Valid
		KS3	0.697**	0.000	Valid
		KS4	0.728**	0.000	Valid
	Empati	E1	0.675**	0.000	Valid
		E2	0.818**	0.000	Valid
		E3	0.658**	0.000	Valid
		E4	0.760**	0.000	Valid
		E5	0.760**	0.000	Valid
	Kepercayaan	KP1	0.767**	0.000	Valid
		KP2	0.489**	0.000	Valid
		KP3	0.738**	0.000	Valid
		KP4	0.680**	0.000	Valid
		KP5	0.670**	0.000	Valid
	Kerahasiaan	KH1	0.540**	0.000	Valid
KH2		0.661**	0.000	Valid	
KH3		0.663**	0.000	Valid	
KH4		0.589**	0.000	Valid	

	Konkret	KN1	0.631**	0.000	<i>Valid</i>
		KN2	0.712**	0.000	<i>Valid</i>
		KN3	0.591**	0.000	<i>Valid</i>
		KN4	0.659**	0.000	<i>Valid</i>

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

Sumber : Data primer yang diolah 2014

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semua item pertanyaan pada variabel kualitas komunikasi terapeutik dalam kuesioner penelitian ini dinyatakan valid karena signifikansi setiap butir pertanyaan (2-tailed) $\leq 0,05$ dan atau $\geq 0,01$ serta nilai *pearson correlation* (r-hitung) \geq dari r-tabel sebesar 0,189.

TABEL 6.
Hasil Uji Validitas Variabel Motivasi Pasien untuk Sembuh

Variabel	Dimensi	Item pertanyaan	Nilai <i>pearson correlation</i>	Sig. (2-tailed)	Status
Motivasi Pasien untuk Sembuh	Motif Sadar dan	M1	0.731**	0.000	<i>Valid</i>
		M2	0.331**	0.000	<i>Valid</i>
	Motif Tidak sadar	M3	0.548**	0.000	<i>Valid</i>
		M4	0.696**	0.000	<i>Valid</i>
		M5	0.794**	0.000	<i>Valid</i>
		M6	0.770**	0.000	<i>Valid</i>
		M7	0.654**	0.000	<i>Valid</i>
		M8	0.716**	0.000	<i>Valid</i>
		M9	0.442**	0.000	<i>Valid</i>
		M10	0.376**	0.000	<i>Valid</i>
		M11	0.729**	0.000	<i>Valid</i>
		M12	0.812**	0.000	<i>Valid</i>
		M13	0.803**	0.000	<i>Valid</i>

***. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

**. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).*

Sumber : Data primer yang diolah 2014

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa semua item pertanyaan pada variabel motivasi pasien untuk sembuh dalam

kuesioner penelitian ini dinyatakan valid karena signifikansi setiap butir pertanyaan (2-tailed) $\leq 0,05$ dan atau $\geq 0,01$ serta nilai *pearson correlation* (r-hitung) \geq dari r-tabel sebesar 0,189.

b. Reliabilitas

Suatu instrumen dikatakan reliabel jika pengukurannya konsisten dan cermat akurat. Uji reliabilitas dilakukan dengan tujuan mengetahui konsistensi dan instrument sebagai alat ukur, sehingga suatu pengukuran dapat dipercaya. Formula yang digunakan untuk menguji reliabilitas adalah dengan menggunakan koefisien *Alpha* dari *Cronbach* dengan taraf signifikansi (α) = 0,05. Bila koefisien *Alpha Cronbach* lebih besar dari 0,60 maka dinyatakan reliabel (Sujarweni, 2008:187). Reliabilitas penelitian dirumuskan sebagai berikut (Muhidin dan Abdurahman 2007:37) :

$$r_{11} = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_t^2} \right]$$

dengan :

$$\sum \sigma_b^2 = \frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{N}}{N}$$

$$\sigma_t^2 = \frac{\sum Y^2 - \frac{(\sum Y)^2}{N}}{N}$$

Keterangan :

r_{11} = reliabilitas instrumen atau koefisien alfa

k = banyaknya butir soal

$\Sigma\sigma_b^2$ = jumlah varians butir

σ_t^2 = varians total

N = jumlah responden

TABEL 7.
Reliabilitas Variabel

Variabel	Cronbach's Alpha
Kualitas Komunikasi Therapeutik	0.951
Motivas Pasien untuk Sembuh	0.882

Sumber : Data primer yang diolah 2014

Pada tabel di atas diperlihatkan bahwa nilai *cronbach's alpha* instrumen variabel kualitas komunikasi terapeutik sebesar 0,915 dan instrument variabel motivasi pasien untuk sembuh sebesar 0,882. Maka dari itu, kedua variabel tersebut dinyatakan handal atau reliabel untuk digunakan dalam pengolahan data.