

HUBUNGAN ANTARA KUALITAS KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN MOTIVASI PASIEN UNTUK SEMBUH

(Kasus di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta)

Cicilia Graita Purwa Amarta/ Ike Devi Sulistyaningtyas

PROGRAM STUDI ILMU KOMUNIKASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS ATMA JAYA YOGYAKARTA
Jalan Babarsari No. 6 Yogyakarta

ABSTRAK

Komunikasi merupakan hal yang penting dan digunakan dalam setiap aspek kehidupan, salah satunya adalah komunikasi di bidang kesehatan. Dari sekian banyak level komunikasi, komunikasi interpersonal sering digunakan dalam komunikasi kesehatan, terlebih dalam menjalin komunikasi antara perawat dengan pasien. Komunikasi interpersonal yang digunakan dalam dunia kesehatan dan memiliki tujuan utama untuk kesembuhan pasien disebut komunikasi terapeutik. Kualitas komunikasi terapeutik perawat dinilai dari aspek rasa hormat, kesungguhan, empati, kepercayaan, kerahasiaan dan konkret. Komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat dalam setiap aspek berupa komunikasi verbal maupun non verbal. Komunikasi terapeutik perawat yang dijalin dengan pasien akan menumbuhkan motivasi pasien untuk sembuh dilihat dari motif sadar dan motif tidak sadar dalam melakukan tindakan atau membuat keputusan terkait proses penyembuhan pasien selama di rumah sakit.

Kata Kunci : komunikasi terapeutik, motivasi

A. Pendahuluan

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).

B. Kerangka Teori

1. Komunikasi Terapeutik

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.

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, hal ini menurut 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.

2. 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).

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)

C. Hasil dan Analisis

1. Hasil Temuan Data

Pada penelitian ini data primer yang digunakan adalah data yang bersumber dari kuesioner yang dibagikan kepada 77 responden. Responden dalam penelitian ini merupakan keseluruhan populasi dalam penelitian ini. Populasi dalam penelitian ini merupakan pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta di salah satu bangsal yang boleh diakses untuk penelitian (Boromeus 1-6, Maria 1 dan 2, Yosep A, Clara A, Clara B, Agustinus A, Agustinus B, dan Bangsal Martha), pasien bersedia menjadi responden penelitian, pasien sudah dirawat minimal satu hari, pasien bisa berkomunikasi dengan baik, pasien tidak mengalami koma, pasien tidak mengalami gangguan pendengaran dan pasien tidak mengalami gangguan kejiwaan.

Kuesioner tersebut terdiri dari dua bagian, yaitu bagian pertama membahas tentang data responden yang berupa nama, usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan terakhir dan lama melakukan rawat inap. Bagian selanjutnya membahas mengenai pendapat responden atas *item-item*

pertanyaan yang berkaitan dengan pertanyaan mengenai kualitas komunikasi terapeutik perawat dengan motivasi pasien untuk sembuh.

Distribusi frekuensi diartikan sebagai penyebaran data responden berdasarkan profil atau data masing-masing responden yang terdapat pada bagian pertama kuesioner dalam penelitian ini. Penyebaran data ini berdasarkan usia responden, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan dan lama rawat inap.

Responden dalam penelitian ini sebagian besar perempuan. Usia responden sebagian besar adalah 17-25 tahun. Sebagian besar responden memiliki latar belakang pendidikan SMA. Sebagian besar responden memiliki pekerjaan sebagai pelajar atau mahasiswa, karyawan swasta dan ibu rumah tangga. Responden dalam penelitian ini sebagian besar telah melakukan rawat inap di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta selama 1-3 hari.

Kualitas komunikasi terapeutik perawat dinilai berdasarkan hal-hal yang mendasari terciptanya hubungan terapeutik yang 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. Penilaian terhadap kualitas komunikasi terapeutik perawat di Rumah Sakit Panti Rini

Yogyakarta menggunakan 27 butir pertanyaan. Berdasarkan perhitungan, kualitas komunikasi terapeutik perawat di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta masuk dalam kategori baik.

Motivasi pasien untuk sembuh dalam penelitian ini dilihat melalui motif sadar dan motif tidak sadar (Handoko, 1992: 28-29) yang melatarbelakangi pasien untuk melakukan tindakan atau membuat keputusan selama menjalani proses penyembuhan di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta. Berdasarkan perhitungan, motivasi pasien untuk sembuh di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta masuk dalam kategori tinggi. Kategor tinggi berarti bahwa sebagian tindakan dan keputusan yang dibuat pasien selama proses kesembuhan sebagian besar dilatarbelakangi oleh motif sadar, sehingga tindakan tersebut dinyatakan bermotivasi tinggi.

2. Analisis Data

TABEL 1.
Korelasi Pearson Variabel Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Variabel Motivasi Pasien untuk Sembuh (n=77)

		Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat (X)	Motivasi Pasien untuk Sembuh (Y)
Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat (X)	Pearson Correlation	1	.707**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	77	77
Motivasi Pasien untuk Sembuh (Y)	Pearson Correlation	.707**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	77	77

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

Sumber: Data primer, diolah (2014)

Tabel di atas menunjukkan bahwa hubungan antara kualitas komunikasi terapeutik perawat (X) dengan motivasi pasien untuk sembuh (Y) memiliki signifikansi sebesar 0,000. Nilai tersebut menunjuk pada signifikansi $<0,05$. Nilai signifikansi $0,000 < 0,05$ memiliki arti bahwa Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat memiliki hubungan yang signifikan dengan Motivasi Pasien untuk Sembuh. Nilai korelasi antara Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Motivasi Pasien untuk Sembuh adalah $r=0,707$. Berdasarkan tabel nilai korelasi *Guiford Empirical Rules* (Muhidin dan Abdurahman, 2007: 127-128), nilai $r=0,707$ memiliki arti bahwa Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat memiliki pengaruh positif yang kuat atau tinggi dengan Motivasi Pasien untuk Sembuh. Hal ini juga berarti bahwa semakin baik Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat maka Motivasi Pasien untuk Sembuh semakin tinggi.

D. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan di atas maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Variabel kualitas komunikasi terapeutik perawat Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta berada dalam kategori baik. Hal ini berarti bahwa perawat di Rumah Sakit Panti Rini sudah bisa menerapkan kemampuan dasar dalam komunikasi terapeutik verbal dan komunikasi terapeutik non verbal dengan baik kepada pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta

2. Variabel motivasi pasien untuk sembuh di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta berada dalam kategori tinggi. Hal ini berarti bahwa pasien rawat inap di Rumah Sakit Panti Rini tindakan maupun keputusan pasien selama proses penyembuhannya sebagian besar dilatarbelakangi oleh motif-motif yang disadari. Motif yang semakin disadari oleh pasien memiliki arti bahwa tindakan pasien semakin bermotivasi.
3. Kualitas Komunikasi Terapeutik Perawat (X) dengan Motivasi Pasien untuk Sembuh (Y) memiliki $r=0,707$ yang berarti bahwa kedua variabel tersebut memiliki hubungan yang kuat atau tinggi. Nilai yang positif antara kualitas komunikasi terapeutik perawat dengan motivasi pasien untuk sembuh juga memiliki arti bahwa ketika kualitas komunikasi terapeutik perawat semakin baik maka motivasi pasien untuk sembuh di Rumah Sakit Panti Rini Yogyakarta semakin tinggi.

E. Daftar Pustaka

- Handoko, Martin. 1992. *Motivasi Daya Penggerak Tingkah Laku*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Koeswara, E. 1989. *Motivasi Teori dan Penelitiannya*. Bandung: Penerbit Angkasa.
- Muhidin, Sambas Ali dan Maman Abdurahman. 2007. *Analisis Korelasi, Regresi, dan Jalur: Dalam Penelitian*. Bandung : CV Pustaka Setia
- Mundakir. 2006. *Komunikasi Keperawatan Aplikasi dalam Pelayanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Nasir, Abdul, dkk. 2009. *Komunikasi dalam Keperawatan-Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Nurjannah Intansari. 2001. *Hubungan Terapeutik Perawat dan Klien*. Yogyakarta: CV. Media Pressindo.

Sheldon, Lisa Kennedy. 2010. *Komunikasi untuk Keperawatan: Berbicara dengan Pasien Edisi Kedua*. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Siagian, Sondang P. 1989. *Teori Motivasi dan Aplikasinya*. Jakarta: Bina Aksara.

Smet, Bart.1994. *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia.

Sudarma, Momon. 2008. *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Salempba Medika.

