

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Lokasi Penelitian

Alasan memilih Rumah Sakit Islam (RSI) Banjarmasin sebagai tempat penelitian adalah merujuk pada tujuan utama dalam studi ini yaitu “*mengetahui aspek-aspek integritas kompetensi interpersonal Islam tenaga kesehatan sebagai proses edukasi terapeutik dapat berpengaruh terhadap motivasi kesembuhan pasien*”. Tentu saja ini menjadi keharusan sebab RSI Banjarmasin merupakan satu-satunya rumah sakit yang menyatakan statusnya sebagai rumah sakit “Islam” di Kalimantan Selatan. Diperkuat lagi dengan visi dan misi organisasi yang dapat diterima serta memberikan janji kepada publik dengan maklumat memberikan pengelolaan manajemen profesional, amanah, berkualitas dan akuntabilitas, untuk menjadikan rumah sakit Islam sebagai perwujudan dakwah Islamiah di Kalimantan Selatan.

Jika dihubungkan dengan konteks regulasi, pelayanan Islami di rumah sakit disebut pelayanan paliatif¹ mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007.² Sementara dalam ruang

¹*Paliatif* adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual. (sumber referensi WHO, 2002). Lihat Kemenkes R.I. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812 Tahun 2007 Tentang Kebijakan Perawatan Paliatif* (Jakarta: Kemenkes R.I., 2007), Lampiran 1, huruf B.

²Kemenkes R.I. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812 Tahun 2007 Tentang Kebijakan Perawatan Paliatif* (Jakarta: Kemenkes R.I., 2007), Lampiran 1, huruf A.

lingkup dakwah Islamiah^{3,4} ini termasuk dakwah pada seting rumah sakit dengan *mad'u* yang memiliki kebutuhan khusus⁵ baik bagi pasien yang sakit maupun keluarganya. Mengapa demikian? Karena pasien secara umum menuntut pemeriksaan medis terhadap adanya gangguan atau kelainan organ fisik (faal) serta kemampuan untuk menghadapi masalah penyesuaian diri, rasa takut dan khawatir menerima keadaan penyakit, stress dan depresi. Kenyataan ini pula, yang mendukung perlunya pengobatan holistik dan mampu menyentuh berbagai aspek termasuk religiusitasnya.

Sebagai objek riset, pasien adalah manusia yang mampu berfikir dan menafsirkan serta mampu memberikan nilai terhadap pelayanan. Oleh karena itu langkah paling baik untuk mengetahui integritas kompetensi interpersonal Islam

³Menurut Amrullah Achmad, dakwah Islam adalah usaha dan kegiatan dalam mewujudkan ajaran Islam dengan menggunakan system dan cara tertentu dalam kenyataan hidup perorangan (*fardiyah*), keluarga (*usrah*), kelompok (*thaiifah*), masyarakat (*mujtama'*), dan negara (daulah) merupakan kegiatan yang sebab instrumental terbentuknya komunitas dan masyarakat muslim serta peradabannya. Lihat Amrullah Achmad, "Konstruksi Keilmuan Dakwah dan Pengembangan Jurusan-Konsentrasi Studi" Makalah Seminar Dan Lokakarya *Pengembangan Kelimuan Dakwah Dan Prospek Kerja* (Semarang: APDI Unit Fakultas Dakwah IAIN WS, 2008), h. 1.

⁴Menurut Lutfi, mengemukakan bahwa esensi dakwah Islamiyah adalah proses transformasi, implementasi dan membahasakan suara Tuhan (kalam Allah) kepada makhluk-Nya agar dimengerti dan dilaksanakan, baik mengenai segala sesuatu yang menyangkut hubungan manusia dengan Tuhannya, manusia dengan sesamanya maupun manusia dengan alam. Mentransfer dan membahasakan kalam Allah bukan hanya sebatas menyampaikan semata, tetapi harus menyentuh pembinaan dan pembentukan pribadi, pembentukan keluarga dan pembentukan masyarakat Islam secara menyeluruh. Lihat Ema Hidayanti, "Dakwah Pada Setting Rumah Sakit (Studi Deskriptif Terhadap Sistem Pelayanan Bimbingan Konseling Islam Bagi Pasien Rawat Inap di RSI Sultan Agung Semarang," *Jurnal Bimbingan Konseling Islam* 5, no. 2 (2014): h. 226.

⁵M. Arifin yang membagi sasaran dakwah dalam delapan kelompok yaitu: 1). Sasaran dakwah dilihat dari segi sosiologis berupa masyarakat kota, masyarakat desa; 2). sasaran dakwah dilihat dari segi kelembagaan seperti keluarga, pemerintah; 3). Sasarana dakwah dilihat dari segi kultural yaitu golongan bangsawan, abangan, dan santri; 4). Sasaran dakwah dilihat dari usia yaitu dewasa, anak-anak, remaja; 5). Sasaran dakwah dilihat dari segi okupasional (profesi atau pekerjaan); 6). Sasaran dakwah dilihat dari tingkat ekonomi sosial yaitu masyarakat, kaya, menengah, miskin; 7). Sasaran dakwah dilihat dari jenis kelamin; dan 8). Sasaran dakwah bagi masyarakat/golongan khusus seperti tunawisma, tunakarya, tunasusila, narapidana, dan lain sebagainya. Lihat Anwar Hares, "Keragaman Masyarakat sebagai Objek Dakwah," *Jurnal Ilmu Dakwah Alhadharah* 3, no. 6 (2004): h. 26.

tenaga kesehatan sebagai proses edukasi terapeutik yang dirasakan pasien serta dampaknya terhadap motivasi kesembuhan, adalah menanyakan langsung kepada mereka yang menerima pelayanan paliatif tersebut.

Di segmen ini “tuntutan kualitas” menjadi prioritas, ada *expectation* yang harus terpenuhi khususnya nilai kesembuhan atau pemecahan masalah kesehatan. Rumah sakit Islam dengan 328 *manpower* tidak cukup bila hanya menawarkan pelayanan berkonsep asal “selamat” tetapi perlu menawarkan hasil maksimal berupa pelayanan yang mengedepankan “*al Khidmah al Islamiyyah*” terpenuhinya harapan pasien dengan standar profesi yang tinggi. *Spiritual services* lah menjadi pertimbangan lebih mendasar peneliti dalam pemilihan lokasi penelitian. Adanya karakteristik khusus melekat pada RSI Banjarmasin dan sudah dibangunnya sejak 40 tahun silam yaitu “nuansa pelayanan kesehatan yang Islami” sebagai ruh segala kegiatan pelayanan yang dibingkai dengan kaidah-kaidah Islam, yang dalam hal ini animo masyarakat muslim sangat besar untuk dapat mengaksesnya namun pilihan itu terbatas.

Bahan pertimbangan lainnya adalah kelangkaan studi. Sampai saat ini belum pernah dilakukan studi dimaksudkan untuk mengetahui integritas kompetensi interpersonal Islam tenaga kesehatan sebagai proses edukasi terapeutik dapat berpengaruh terhadap motivasi kesembuhan pasien melalui RSI Banjarmasin. Dengan *mixed methods*, peneliti menemukan kesan naturalistik yang tampak pada seting alamiah, sebab tidak ada upaya mendesain terlebih dahulu terhadap situasi, kondisi dan perilaku untuk menemukan hasil yang benar-benar dapat bermanfaat terhadap objek kajian.

B. Pembahasan Karakteristik Responden

Telah diketahui bahwa karakteristik pasien muslim yang menerima pelayanan rawat inap di RSI Banjarmasin menempati peringkat pertama atau terbanyak (63,9%) berusia 21-40 tahun, (52,4%) pria, (37,4%) berpendidikan SLTA (Sekolah Lanjutan Tingkat Atas), dan (74,8%) berstatus pekerjaan “swasta.”

Dalam penelitian ini peneliti merasa perlu mengendalikan karakteristik responden (*konfounding*). Meskipun tidak dilakukan pengujian secara statistik keterkaitan dan pengaruhnya terhadap variabel *dependent*, setidaknya dengan mengetahui gambaran umum karakteristik tersebut memudahkan peneliti melakukan analisis secara kualitatif serta mengurangi deviasi atau “bias-persepsi” agar tidak merugikan variabel penelitian yang diukur secara kuantitatif.⁶

Memahami karakteristik sama dengan memahami kepribadian. Ini penting diperhatikan khususnya bagi pihak manajemen rumah sakit sebab tingkat kepuasan seseorang terhadap pelayanan yang diselenggarakan salah satunya ditentukan oleh karakteristiknya. Kembali menyimak buku berjudul “*Perspective on personality*” dengan jelas Carver & Scheir mengutip pendapat Gordon Allport “*personality is a dynamic organization, inside the person, of psychological systems, that create the person’s characteristic pattern of behaviour, thought, and feelings.*”⁷ Kemudian Cervone & John dalam tulisannya berjudul “*The Impact of Normative Influence and Locus of Control on Ethical Judgement and Intentions:*

⁶Sugiyono, *Statistika untuk Penelitian*, h. 6.

⁷C. S. Carver dan Scheier, *Perspective on Personality*, h. 3.

A Cross-Cultural Comparasion” menyatakan bahwa “*personality refers to those characteristics of the person that account for consistent patterns of feelings, thinking, and behaviour.*”⁸ Dari dua definisi ini menguatkan secara teoretis bahwa kepribadian merupakan sejumlah sifat (*traits*) yang mempengaruhi cara kita berfikir, merasa, dan berperilaku. Sifat-sifat tersebut berkembang seiring bertambahnya usia dan dengan konsisten mempengaruhi perilaku, pemikiran serta perasaan seseorang.

Dengan karakter, seseorang dapat mendesain persepsi yang akan menentukan harapan-harapannya terhadap produk pelayanan yang mereka rasakan. Pada domain kognitif, harapan sangat dipengaruhi oleh persepsi yang dilandasi rasionalitas maupun irrasionalitas. Tentunya perbedaan pola pikir ini akhirnya akan memberi disposisi kepada seseorang untuk memutuskan rasa puas/tidak puas terhadap apa yang dialaminya.⁹

Di sisi lain, pendidikan merupakan hal paling penting berpengaruh terhadap pola pikir responden. Pendidikan bisa secara formal maupun secara non formal. Sekalipun dalam studi ini peneliti hanya mengkategorisasi responden berdasarkan tingkat pendidikan formal saja, namun dari hasil penelitian menunjukkan secara keseluruhan responden mengaku pernah merasakan bangku sekolah bahkan (24,5%) diantaranya telah lulus perguruan tinggi. Seterusnya jika dilihat dari usia responden juga telah melewati fase perkembangan kognitif

⁸John Cherry, “The Impact of Nominative Influence and Locus of Control on Ethical Judgements and Intentions: A Cross-Cultural Comparison,” *Journal of Business Ethics* 68, no. 2 (2006): h. 113-132.

⁹Freddy Rangkuti, *Measuring Customer Satisfaction* (Jakarta: Gramedia Pustaka Utama, 2008), h. 14.

“idealistik” atau meminjam istilah Piaget disebut “*formal operasional*” dimana responden sudah memiliki kematangan kemampuan berfikir abstrak dan logis.¹⁰ Kedua fakta ini bagi peneliti menjadi “*reassurance*” bahwa responden dapat membuat pertimbangan yang tepat secara analitik terhadap masalah penelitian sesuai pengalaman yang diterimanya.

C. Pembahasan Gambaran Motivasi Kesembuhan

Menurut Badiuzzaman Said Nursi¹¹ dalam salah satu karangannya yang terkompilasi dalam *Risalah An-Nur*, pada kitab *Lama'at* tertulis sebuah tema mengenai “*risalah al-mardha*” sebuah risalah mengenai orang sakit dan dikutip oleh Zaprulkhan dalam bukunya “*hikmah sakit*” tertulis:¹²

“Sesungguhnya kehidupan manusia baru menjadi murni dengan hadirnya musibah dan ujian, serta baru menjadi suci dengan adanya penyakit dan cobaan. Semua itu menjadikan kehidupan mencapai kesempurnaan dan kekuatan, menjadi meningkat dan produktif, serta mampu meraih tujuan dan misinya. Sehingga dengan demikian wajah kehidupan telah menunaikan tugas kehidupannya.”

¹⁰*The Formal Operational Stage, which emerges at about 11 to 15 years of age, is Piaget's fourth and final cognitive stage. At this stage, individuals move beyond reasoning only about concrete experiences and think in more abstract, idealistic, and logical ways.* Lihat John W. Santrok, *Educational Psychology* (New York: Mc Graw Hill, 2011), h. 45.

¹¹Syaikh Said Nursi adalah salah seorang ulama yang hidup pada masa Khilafah Islamiyah, lahir di provinsi Bitlis, yang terletak Turki Timur pada tahun 1877. Beliau adalah orang yang sangat cerdas pada masanya, beliau mampu menghafal Alquran hanya dalam waktu 2 minggu, dan menghafal 90 jilid kitab-kitab pokok Islam, dan juga menguasai Bahasa Arab dan Parsi di samping Bahasa Turki dan Kurdi. Beliau telah menulis 3000 kitab dalam Bahasa Arab, dan juga mempelajari Ilmu Filsafat Barat dan peradabannya secara mendalam, dan juga telah menyusun 14 Ensiklopedia yang mencakup permasalahan Islam modern. Lihat <http://islamstory.com/id/biografi-syaikh-badiuzzaman> (12 Oktober 2016).

¹²Zaprulkhan, *Hikmah Sakit: Mereguk Kasih Sayang Ilahi Bersama Badiuzzaman Said Nursi* (Jakarta: Kompas Gramedia, 2016), h. xiii.

Sebaliknya, kehidupan yang hanya berteman dengan kesenangan dan kemewahan, serta hanya bergembira di atas ranjang kenikmatan yang jauh dari berbagi rintangan dan tantangan. Kehidupan yang demikian merupakan potret kehidupan yang lebih dekat dengan ketiadaan (al-adam) dan menjadi kebutuhan murni, ketimbang kepada eksistensi atau keberadaan (al-wujud) dan mejadi kebajikan murni”

Secara spesifik kalimat-kalimat di atas menyampaikan bahwa Nursi melihat penyakit yang menimpa kehidupan manusia melalui lensa positif, bukan negatif dan ini sangat berbeda dengan cara kebanyakan orang lain melihatnya. Nursi menganggap segala bentuk penderitaan yang ditorehkan oleh penyakit dalam kehidupan seseorang jika dihadapi dengan ketenangan, kesabaran, kepasrahan, bahkan rasa syukur, maka penyakit itu pasti menjanjikan mahkota kebesaran, kemuliaan, keagungan, dan penghormatan di atas kepala kita sebagai bentuk kasih sayang Ilahi.

Bagaimana tidak dikatakan mahkota, kalau dengan perantaraan penyakit itu kedudukan kita menjadi sangat istimewa di alam malakut dan dihadapan Allah. Bagaimana tidak dikatakan anugerah jika dengan penyakit yang diderita bukan hanya dosa-dosa dan kesalahan-kesalahan dihapus oleh Allah, melainkan juga pahala-pahala kebajikan dilipatgandakan oleh-Nya, bahkan setiap detik napas kehidupan yang dilalui bersama penyakit sama nilai pahalanya dengan satu hari ibadah. Bukankah penyakit layak disebut karunia apabila bersama penyakit itu kita mampu menatap wajah kematian secara jernih, mendidik tentang kearifan hidup, dan membuat kita mampu memahami rahasia kehidupan.

Begitulah kemuliaan Islam memandang sebuah penyakit, hikmah-hikmah yang terselubung dibaliknya benar-benar menyentuh, menyentak, dan mengguncang kalbu. Bahkan peneliti berkeyakinan setidaknya jika setiap muslim mengetahui terlebih dahulu akan hikmah-hikmah tersebut maka ia pasti bersyukur untuk mengungkapkan betapa terimakasihnya kepada Allah atas penyakit yang dititipkan kepadanya selama ini.

Berkaca dengan pembahasan nursi dan relevansinya terhadap motivasi kesembuhan, di dalam penelitian ini perlu adanya rekonstruksi kognitif bagi pasien untuk menterjemahkan keadaan sakit yang dialaminya dari sudut pandang yang positif, bahwa segala prahara kehidupan berupa kegetiran, kesempitan, kenestapaan, tangisan dan penyakit merupakan unsur-unsur manusiawi yang mutlak dibutuhkan untuk memperindah ritme kehidupan.

Jika hal ini dikaitkan dengan teori “*Human Motivation Model*” yang peneliti pakai sebagai landasan, konstruksi berfikir tersebut adalah “*the force*” kekuatan sehingga seseorang dapat melakukan sesuatu yang luar biasa atau sedemikian kuat mendorong seseorang untuk “harus” melakukannya.¹³ Kekuatan tersebut merupakan transformasi semangat dan keyakinan yang bersifat intuitif dan emosional untuk lebih kuat menghadapi ujian sakit yang datangnya dari Allah.

Perlu diketahui tidak serta-merta seseorang akan dapat sampai pada *the force*, ada proses *insting* (dorongan natural atau semacam reflek psiko-biologis berkaitan dengan survival); *need deprivation* (dorongan untuk memenuhi

¹³Bagus Riyono, *Motivasi dengan Perspektif Psikologi Islam* (Yogyakarta: Quality Publishing, 2012), h. 126.

kebutuhan yang belum terpenuhi); dan *revenge* (desakan perilaku yang pada awalnya disebabkan karena keadaan yang menuntutnya/menekannya); *interest* (dorongan harus melakukan) serta ada dinamika “*recognising belief*” yaitu mengembangkan keyakinan mutlak atau bersyarat¹⁴ yang dalam bahasa al-Quran adalah *targhib* dan *tarhib* atau *wa'dun* dan *wa'id* dengan prinsip “*recompense*” (pahala), “*requitat*” (dosa), dan “*kindness*” (kebaikan).

Keyakinan inilah yang paling utama harus dimiliki oleh pasien, keyakinan bahwa “tuhan berpihak kepadanya” keyakinan bahwa Allah mempunyai rencana terbaik dalam hidupnya. Hasil penelitian ini menunjukkan bagaimana pentingnya semangat dan keyakinan responden lebih kuat menghadapi ujian sakit yang datangnya dari Allah, persentasinya temuan berkisar terendah (35,4%) sampai tertinggi (78,2%). Artinya sebagian besar pasien menyakini bahwa kesembuhan adalah izin Allah.

Any Rufaidah menulis dalam judul *Membentuk Kepribadian Sehat* menyatakan bahwa agama sebagai solusi dari problem-problem keadaan sakit. Menurutnya, mau tidak mau harus disepakati bahwa sesungguhnya manusia telah memiliki naluri ketuhanan di dalam dirinya. Firman Allah, (Q.S. Al-A'raf/7:172).

وَإِذْ أَخَذَ رَبُّكَ مِنْ بَنِي آدَمَ مِنْ ظُهُورِهِمْ ذُرِّيَّتَهُمْ وَأَشْهَدَهُمْ عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ أَلَسْتُ بِرَبِّكُمْ
قَالُوا بَلَىٰ شَهِدْنَا أَن تَقُولُوا يَوْمَ الْقِيَامَةِ إِنَّا كُنَّا عَنْ هَذَا غَافِلِينَ

Ketika aspek tersebut coba disingkirkan, maka yang terjadi adalah ketidakseimbangan manusia dalam menjalani hidupnya. Kekeringan spiritual dan

¹⁴Richard G. Moore dan Anne Garland, *Cognitive Therapy for Chronic and Persistent Depression* (England: Wiley-Blackwell, 2003), h. 231.

kehampaan makna hidup merupakan salah satu implikasinya. Sebagai makhluk yang berkesadaran, manusia sadar bahwa ternyata ada satu aspek yang telah mereka tinggalkan. Hanna Djumhana Bastaman menyatakan salah satu cara untuk mencapai rasa tenang dan tentram adalah berdoa dan berdzikir.¹⁵

Hasil penelitian ini juga menunjukkan responden menyetujui sikap tawakal, (58,5%) menyetujui bahwa sakit dapat mendekatkan diri kepada Allah SWT dan (59,9%) meyakini bahwa “sabar” adalah kunci kesembuhan. Salah satu alasan mengapa kebanyakan manusia tidak mampu untuk bersabar bersama kenestapaan hidup atau saat dalam sebuah permasalahan adalah karena mereka tidak dapat melihat hikmah yang tersembunyi di baliknya. Apalagi ketika terhimpit dalam suatu teka-teki kehidupan yang tak terjawab atau pengalaman penyakit yang tak tertahankan, maka konsep kesabaran atau kepasrahan merupakan obat penawar yang sungguh-sungguh berat untuk dipraktekkan.

Kendati demikian, yang terlarang adalah saat seseorang tidak mau menerima penyakit yang menimpanya, lalu menggugat hikmah Ilahi, mengkritik, serta memprotes Sang Pencipta penyakit sehingga tidak lagi mampu melihat hikmah di balik penyakit. Dengan demikian, segala kegelisahan, keluhan dan gugatan seseorang itu justru akan menjadi penyakit tersendiri bahkan menambah rasa sakit yang dideritanya saat itu.

Dalam jangkauan yang sama penelitian ini juga menunjukkan bagaimana responden menyatakan pentingnya dukungan keluarga (51,7%) dan harapan-

¹⁵Any Rufaidah, “Membentuk Kepribadian Sehat: Tawaran Model Psikoterapi Islami,” *Jurnal Psikologi Islam* (2013): h. 172-182.

harapan yang ingin dilakukan setelah sembuh (52,4%) dapat memancing motivasi kesembuhannya. Pada konteks ini terdapat dua faktor yang mempengaruhi motivasi, yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Keluarga dan harapan termasuk faktor eksternal. Teori *The Science of Human Behavioral*, Skinner menyatakan secara sederhana perilaku manusia terdiri dari *reflex* dan *operant behavior*. Refleksi adalah perilaku yang otomatis muncul karena rangsangan dari situasi tertentu dalam lingkungannya, sedangkan *operan behavior* adalah perilaku yang muncul karena suatu manipulasi lingkungan yang pada akhirnya juga muncul bagaikan refleksi atau kebiasaan yang terjadi secara otomatis. Apabila lingkungan dalam hal ini keluarga, kerabat, sejawat, teman dan petugas dapat memberikan dukungan emosional maka berfungsi sebagai *Reinforcement* (dalam model konseptual disebut *incentive/reward*) yang menggembirakan. Begitu pula harapan dan cita-cita yang ingin dicapai secara eksternal merupakan *Operan Conditioning* atau stimulus yang memaksa motif untuk mereaksiformasi terjadinya refleksi yang disadari dengan perilaku berusaha untuk sembuh (dalam model konseptual disebut *constructive feedback*).

Menariknya jika *The Science of Human Behavioral* dikaitkan dengan *Theories of Learning* dalam membahas motivasi kesembuhan, maka teori fungsionalistik Skinner menekankan pada hadirnya Stimulus dan Respon (S-R) sebagai *input* dan *output*. Keberadaan sebab (stimulus) dan akibat (respon) inilah yang mendorong munculnya pengetahuan melalui perilaku belajar.¹⁶ Begitu juga dengan penyakit, tiap-tiap penyakit merupakan hasil dari suatu sebab, maka

¹⁶B. R. Hergenhahn dan Matthew H. Olson, *Theories of Learning*, h. 88.

obatnya adalah melepaskan penyebab itu atau membatalkannya dengan sesuatu yang berlawanan, karena hukum itu sudah menjadi *sunnatullah*. (semisal gejala panas diberikan obat yang sifatnya dingin, gejala ketakutan maka diberikan keadaan yang dapat menenangkan, dll).

Menurut Imam Al Gazali sesungguhnya tidak ada sebab yang mengekali dosa (penyakit) melainkan kelalaian serta banyaknya keinginan-keinginan, dan tidak ada lawan bagi kelalaian itu kecuali ilmu serta tidak ada lawan bagi banyaknya keinginan-keinginan itu kecuali bersabar.¹⁷ Kelalaian disini identik dengan tidak berpengetahuan. Seseorang yang lalai dan tidak mengenali penyakitnya tentu jauh dari kesembuhan, seperti tidak mengubris dan mengabaikan. Untuk itu mereka perlu diberikan pengetahuan, dididik dan diinformasikan agar menyadari fakta dan resiko penyakitnya. Dengan demikian pengetahuan akan membawa mereka untuk berobat dan berusaha untuk sembuh.

Petugas kesehatan adalah kunci dari pengetahuan tentang sakit khususnya dalam pengobatan. Mereka memang diberi tugas untuk menganamnesa, mendiagnosa dan merawat pasiennya. Proses pendidikan dalam pengobatan esensinya adalah proses untuk membantu pasien mempelajari perilaku yang berkaitannya dengan kesehatan. Tenaga kesehatan mendidik agar pasien mampu mencegah dan menangani penyakitnya, memotivasi untuk hidup dan mempertahankan kelangsungan kehidupannya. Menurut Rega mendidik pasien dapat diterapkan dengan model ASSURE, kepanjangan dari singkatan *Analyze learner* (analisis peserta didik), *State objectives* (nyatakan tujuan), *Select*

¹⁷Imam Al Gazali, *Ringkasan Ihya' Ulumuddin*, Cetakan Ke-20 (Jakarta: Sahara Intisains, 2015), h. 419.

instructional methodes and tools (pilih metode dan perangkat instruksional), *Use teaching materials* (gunakan materi pengajaran), *Require learning performance* (tentukan kinerja peserta didik), dan *Evaluation/revise the teaching and learning process* (evaluasi/perbaiki proses pengajaran dan pembelajarannya).¹⁸

Dapat dipastikan bahwa peran sebagai pengajar bagi pasien dan keluarga sekaligus sebagai profesional kembali pada filosofis “kemitraan,” dimana pengetahuan itu diantarkan melalui “hubungan baik.” Cirinya adalah *intimacy* yakni merujuk pada hubungan antar pribadi yang sangat dekat, saling percaya, keterbukaan dan tanggung jawab disertai pembawaan sikap santun dan bertata krama yang semata-mata untuk mencapai *personal goal* yaitu kesembuhan.

Hubungan baik dalam merawat dan mendidik pasien dapat dilihat dari hasil penelitian ini, (51,7%) responden merasa senang dan dihargai, dirawat dan dibimbing, (51%) menyetujui apa yang dilakukan petugas adalah yang terbaik untuk kesembuhan, (55,8%) responden meyakini mengikuti anjuran dan nasehat petugas membuat sakitnya lebih baik, dan (52,4%) pasien muslim merasa optimis pada kesembuhannya.

Menurut Filsafat Confucius “Apabila yang dekat disenangkan, maka yang jauh pun akan datang.” Artinya ketika kita mau mendatangkan kesembuhan, maka rawatlah pasien itu sampai ia merasa senang. Hubungan ini pula pada akhirnya dapat mengantarkan pasien dalam kebersyukuran yang dalam model konseptual *healing motivation* peneliti menulis dengan istilah *meaning*, atau sebagai tingkat penerimaan diri terhadap semua kebaikan yang telah diberikan Tuhan dan

¹⁸M. D. Rega, “The Process of Patient Education,” *MEDSURG Nursing* 2, no. 6 (1993): h. 477-479.

dimanifestasikan dalam bentuk kata-kata (*alhamdulillahirabbilamin*), perbuatan dan diyakini dalam hati. Qurotul Uyun, Nita Trimulyaningsih dalam tulisannya berjudul *Kebersyukuran dan Kesehatan Mental: Studi Meta-Analisis* menulis bahwa suasana hati yang lebih positif berhubungan dengan menurunnya sensitivitas sakit dan meningkatnya kemampuan menghadapi pengaruh situasi negatif serta secara konsisten merasakan dan mengungkapkan terima kasih dalam segala situasi.¹⁹

Ketika seseorang dalam kondisi *meaning* pada dasarnya ia berada pada *grade* motivasi kesembuhan paling tinggi, bahkan secara psikologis peneliti meyakini pasien tersebut sudah sembuh “rohaniah” nya. Mengapa demikian? Sebab penyakit tidak jarang melemparkan seseorang ke dalam situasi keheningan, namun bukan keheningan hampa. Melainkan keheningan yang membawa seseorang itu berdialog dengan segala eksistensi kehidupan, dengan semesta ciptaan Tuhan, dengan Sang Pencipta, dan khususnya dengan dirinya sendiri. Keheningan itu menyuguhkan pergulatan eksistensial: sebenarnya untuk apa aku diciptakan di dunia ini? Akan ke manakah akhir perjalanan hidup ini? Dan apakah peran yang harus aku mainkan di pentas kehidupan yang hanya sesaat ini? Pertanyaan reflektif tersebut akan mengajaknya menelisik ke dalam relung dirinya yang paling dalam untuk mencari makna-maknanya. Di situasi demikian, kata bapak filsuf eksistensialis Denmark, Sorean Kierkegaard, seseorang itu telah benar-benar berhubungan dengan dirinya yang sesungguhnya, *relates itself to its own self*. Disanalah seseorang itu akan bersua dengan panggilan hidup yang

¹⁹Qurotul Uyun dan Nita Trimulyaningsih, “Kebersyukuran dan Kesehatan Mental: Studi Meta-Analisis,” *Jurnal Psikologi Klinis Indonesia* 1, no.1 (2015): h. 43-57.

otentik yang sejatinya selama ini tersembunyi, untuk memberi jawaban atas penyakit yang diderita dengan lebih arif dan bijaksana sekaligus menghangatkan ranah mental-spiritual hubungannya dengan Tuhan. Sehingga bilamana seseorang itu sudah mampu memahami fakta ini, setidaknya akan dapat menangkap makna pesan orang arif berikut, “sebagaimana di dalam kesenangan itulah letak kehidupan sekaligus kematian, maka di dalam nestapa penyakit itu pula hadirnya kematian sekaligus kehidupan,” artinya adalah “matinya segala penyakit hati kita” dan “hidupnya akhlak rohani kita.” Demikianlah akhir pembahasan gambaran item yang mendapat tanggapan responden lebih *favorable* pada variabel motivasi kesembuhan.

Selanjutnya peneliti akan membahas distribusi frekuensi item yang mendapat tanggapan responden lebih *unfavorable*. Sebagaimana fakta penelitian, ada jawaban pasien yang persentasenya cukup bermakna dan perlu mendapat perhatian seperti (20,4%) pasien muslim setuju bahwa bagaimana mungkin dapat berfikir tentang kesehatan ketika sedang sakit, (6,8%) menganggap anjuran dan nasehat petugas tidak membuatnya lebih baik, (40,8%) menyatakan tidak menyetujui tetap bisa sholat meskipun dengan bantuan petugas dan keluarga, dan (5,4%) pasien muslim menyatakan kurang semangat dan pasrah pada keadaan.

Dari temuan itu peneliti melakukan *inquiry* dan ada salah satu keluarga pasien menjawab “tidak pernah” ketika peneliti bertanya apakah petugas menanyakan informasi apa yang ingin pasien dan keluarga dapatkan? Apakah petugas pernah menawarkan diri membantu jika pasien ingin sembahyang, dan apakah petugas pernah menanyakan kesan-kesan selama dirawat di rumah sakit?

Menanggapi temuan tersebut peneliti awalnya menduga problemnya adalah “karakteristik responden” namun ketika dilakukan triangulasi dengan beberapa informan dugaan itu mengerucut pada satu kesimpulan yaitu belum optimalnya pelaksanaan proses edukatif yaitu proses “pengkajian pasien.”

Pengkajian pasien terhadap kebutuhan dan kesiapan untuk dilakukan intervensi atau pembelajaran merupakan langkah pertama dan paling penting, tetapi paling sering diabaikan. Mengapa demikian? Karena ada kecenderungan petugas lebih tertarik pada gejala fisik langsung atau gejala medik umum yang dianggap beresiko lebih besar dibandingkan memenuhi kebutuhan psikososialnya. Ketertarikan itu membuatnya mendahulukan fungsi *dependen* atau memberikan pelayanan pengobatan dan tindakan khusus sehingga fungsi *independent*/pengkajian dan identifikasi pasien menjadi dinomorduakan ditambah lagi dengan *turn over interval* pasien rata-rata dua orang perhari dan dengan total pelayanan rata-rata 600 pasien perbulan memicu tingkat beban kerja lebih tinggi dan waktu interaksi pelayanan yang terbatas.

Idealnya pengkajian adalah aspek fundamental mengawasi segala tindakan medis dan intervensi yang akan diberikan. Bahkan keefektifan intervensi bergantung pada jangkauan, keakuratan, dan pemahaman terhadap pengkajian sebelum intervensi. Pengkajian yang baik memastikan bahwa pengobatan, perawatan dan pembelajaran pasien yang optimal akan terjadi dengan tingkat stress dan kegelisahan pasien (peserta didik) yang sedikit mungkin.²⁰

²⁰Susan B. Bastable, *Essentials of Patient Education* (Burlington: Jones & Barlett, 2017), h. 82.

Apabila pengkajian telah dilakukan maka akan mendapatkan suatu daftar kebutuhan yang bisa “tidak ada habisnya” dan bahkan tampak mustahil dipenuhi. Dalam konsisi demikian, kebutuhan-kebutuhan itu diidentifikasi dan dibedakan dalam skala prioritas. Caranya dapat menggunakan teori Hierarki kebutuhan manusia Maslow dengan memprioritaskan kebutuhan dasarnya sebab pembelajaran atau pemenuhan kebutuhan lain akan tertunda jika kebutuhan dasar tidak terpenuhi.

Sangat rasional jika peneliti menyatakan bahwa gejala motivasi kesembuhan yang rendah dalam temuan *unfavorable* pada penelitian ini setidaknya disebabkan dua faktor, *pertama* gagalnya pengkajian dan identifikasi kebutuhan pasien baik itu kebutuhan normative, komparatif, ekspresif dan insidentil.²¹ *Kedua* tidak terpenuhinya kebutuhan tersebut mengakibatkan tidak terpernuhinya harapan yang memfiksasi (menahan) motif untuk tidak lebih baik, atau akses untuk naik ke kebutuhan yang lebih tinggi menjadi terhambat (dalam model konseptual tidak terjadi proses *Constructive Feedback*).

Dipenghujung pembahasan ini, motivasi kesembuhan pasien muslim di kategorikan menjadi dua yaitu motivasi kesembuhan tinggi dan motivasi kesembuhan rendah. Hasilnya ditemukan bawah pasien muslim yang memiliki motivasi kesembuhan tinggi sebesar (59,2%) sedangkan pasien muslim yang memiliki motivasi kesembuhan rendah sebesar (40,8%). Artinya pasien muslim

²¹Kebutuhan Normatif, yaitu kebutuhan pasien secara ideal/terstandar. Kebutuhan Komparatif, yaitu membandingkan dengan ukuran atau status eksternal. Kebutuhan ekspresif yaitu kebutuhan yang diekspresikan sebagai kebutuhan yang dirasakan. Kebutuhan Insidentil adalah kebutuhan yang mendesak atau memiliki dampak yang signifikan. Lihat J. K. Burton dan Merrill, P. F. “Needs Assessment: Goals, Needs, and Priorities,” dalam Morrison, R. G., Ross, M. S., Kemp, J. E. *Designing Effective Instruction*, 4th Edition (USA: John Wiley & Sons, Inc., 2004), h. 27.

yang memiliki motivasi kesembuhan tinggi lebih banyak (18,4%) dibanding pasien muslim yang memiliki motivasi kesembuhan rendah.

Bagi manajemen RSI Banjarmasin temuan ini menunjukkan nilai evaluasi yang positif atau pernyataan sikap positif khususnya pelaksanaan pelayanan pasien di rawat inap. Setidaknya sebagian besar pasien sudah merasakan asas manfaat baik secara eksternal maupun internal dari pelayanan dan pengobatan yang diberikan telah mampu meningkatkan motivasi kesembuhannya. Sementara bagi (40,8%) pasien yang memiliki motivasi kesembuhan rendah, ditanggulangi dengan memenuhi kebutuhan dan harapannya secara praktis seperti: melakukan pengkajian yang tepat sebelum tindakan intervensi, menawarkan diri untuk membantu pasien melaksanakan ibadah, serta melakukan semangat dan edukasi dengan memahami tingkat stres atau pada tingkat kecemasan paling rendah.

D. Pembahasan Gambaran Integritas Kompetensi Interpersonal Islam

Pembahasan ini peneliti awali dengan analisis situasi yang terkesan kontradiktif namun reflektif demi menggambarkan urgensi variabel integritas kompetensi interpersonal Islam. Faktanya bahwa integritas kompetensi interpersonal disinyalir menjadi hulu problem penanganan pasien di rumah sakit dan perlu tanggapan untuk meningkatkan kualitas pelayanan termasuk dalam proses edukasi terapeutik. Kendati demikian tanggapan tersebut tentunya dilandasi kebijaksanaan dan berkeadilan.

Profesi tenaga kesehatan sesungguhnya berseberangan dengan kodrat manusia pada umumnya sebab pada dasarnya tenaga kesehatan (dalam hal ini

petugas) adalah “pelayan” (abdi masyarakat). Saat seseorang dihadapkan pada pilihan untuk “merdeka” atau “terikat” dan “melayani” atau “dilayani” maka sebagian orang akan memilih “merdeka” dan “dilayani,” sedangkan tugas tenaga kesehatan mengharuskannya terikat (oleh UU, peraturan dan kode etik) untuk melayani orang lain. Lantas pertanyaannya adalah: *pelayanan yang seperti apakah bisa dikatakan baik secara universal?* Pertanyaan yang kedua adalah: *siapakah yang mau menjadi pelayan?*

Menjawab pertanyaan pertama tentu jauh lebih mudah dan orang akan membayangkan pelayan seperti halnya seorang pembantu rumah tangga yang dituntut untuk rajin, patuh, jujur, disiplin, tanggap/peduli, tanggung jawab, setia, dan berbagai sifat positif lainnya serta diakhiri dengan tidak menuntut gaji (gaji rendah). Namun persoalannya bahwa tenaga kesehatan bukan pelayan layaknya pembantu rumah tangga tetapi pelayan untuk memberikan perawatan dan pengobatan, dan manusia yang dilayani pun memiliki status sosial yang beragam, majemuk, serta status penyakit yang belum tentu sama jenis dan tingkat keparahannya.

Bagaimana dengan pertanyaan yang kedua, yaitu: *siapakah yang mau menjadi pelayan?* Apabila pertanyaan tersebut ditanyakan pada sekelompok remaja atau pelajar yang kita temui secara acak, sebagian besar (bahkan hampir semua) akan menolak dan menjawab “tidak mau” atau secara spontan mereka menjawab “silakan cari yang lain.” Namun, apa yang terjadi apabila pertanyaan tersebut kita ubah *siapa yang ingin menjadi dokter? Siapa yang ingin menjadi perawat, bidan, apoteker, dll?* Survei dan data menunjukkan bahwa minat untuk

menjadi tenaga kesehatan selalu meningkat rata-rata (50%) setiap tahun, dan data tahun 2014 menunjukkan perbandingan antara jumlah pelamar dan yang diterima mencapai 1:50 orang dengan persentase keketatan (4,31%) khususnya pendidikan kedokteran.²² Asumsi ini tidak bermaksud mendistingsi jenis profesi, melainkan merefleksi peneliti untuk lebih “netral” melihat dan membahas fakta-fakta yang ada. Data tersebut menunjukkan tingginya minat masyarakat untuk menjadi tenaga kesehatan terlepas dari beban biaya pendidikan yang mahal dan dugaan tenaga kesehatan sebagai penyebab masalah pelayanan kesehatan.

Perlu diakui bahwa tenaga kesehatan lahir dari masyarakat dan bekerja untuk masyarakat, maka pada dasarnya mereka adalah cerminan dari wajah masyarakat. Hubungan ini dipengaruhi dan mempengaruhi “keintiman” di antara keduanya, maka kemampuan membangun hubungan terapeutik menjadi penting dalam tugas tenaga kesehatan. Dinamika relasi yang tercipta nantinya dapat menggugah semangat dan secara otomatis mendorong pasien untuk bertindak sesuai dengan yang diinginkan yaitu untuk pulih dari keadaan sakit atau menjadi sehat kembali. Oleh karena itu urgensi tugas tenaga kesehatan secara normatif berprinsip “apa yang seharusnya” ia kerjakan dan bukan sekedar mengerjakan “apa adanya.”

Modal dasar seorang tenaga kesehatan adalah kesedian untuk peduli dan mengutamakan kepentingan orang lain dalam merawat dan mengobati serta memahami bahwa kebutuhan utama orang sakit adalah kesembuhan. Pandangan Islam berobat pada dasarnya berikhtiar untuk sembuh. Dalam konteks ini

²²Data pusat penerimaan mahasiswa baru Universitas Airlangga Surabaya tahun 2014. Lihat <http://slideplayer.info/slide/3043232/> 12:56 AM (19 Oktober 2016).

integritas kompetensi interpersonal Islam diperlukan sekaligus dimaknai sebagai *self esteem* yang bersifat pribadi, di dalamnya termasuk kesediaan untuk mengasah pengetahuan dan keterampilan secara terus-menerus, mempertahankan prinsip dan nilai-nilai, kaidah etika secara konsisten, serta berpegang teguh pada adab-adab dan hak-hak yang diwajibkan Allah kepada muslim sebagai manifestasi budi pekerti Islam.

Bergin dalam bukunya "*A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*" menyatakan bahwa spiritual adalah orientasi komprehensif yang mencakup kerangka konseptual ketuhanan dalam tindakan intervensi religius. Asumsi dasar dari integritas interpersonal Islam meyakini bahwa "*Tuhan itu ada, bahwa manusia adalah ciptaan Allah, dan bahwa ada proses spiritual yang tak terlihat merupakan hubungan antara Allah dan manusia secara terus-menerus.*" Orang yang memiliki iman dalam kuasa Allah mempunyai sumber daya spiritual selama sakit yang dapat menambah kekuatan untuk mengatasi, menyembuhkan, dan tumbuh/motivasi.²³

Merawat dan mengobati sesama muslim yang sedang sakit merupakan akhlak yang baik. Pasien dengan segala keunikannya dilayani dengan pendekatan *ukhuwah* Islamiyah serta menjalin silaturahmi yang penuh integritas, etika dan tata krama, bertutur kata yang baik, sopan, perhatian dan sabar, serta jauh dari segala bentuk penghinaan. Dengan demikian mereka diperlakukan secara manusiawi dan merasa dihargai.

²³Scott Richards dan Allen E. Bergin, *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*, Second Edition (Washington-DC, US: American Psychological Association, 2007), h. 11.

Oleh karena itu hal paling mendasar yang hendak disajikan melalui pembahasan ini adalah mendiskripsikan profil masing-masing variabel yang mengkonstruksi integritas kompetensi interpersonal Islam melalui distribusi jawaban responden yang diolah dan telah dianalisis sebelumnya. Variabel-variabel tersebut yaitu: 1) *al-Luthfu/Keramahan*, 2) *al-Adab/Kesopanan*, 3) *al-Uthfu/Perhatian*, dan 4) *as-Shabru/Kesabaran*. Keempat domain ini masing-masing memiliki ciri spesifik yang menjadi fokus perhatian utama dan temuan-temuannya menjadi masukan bagi RSI Banjarmasin sebagai tempat penelitian.

1. Gambaran *al-Luthfu/Keramahan* Petugas

Keramahan petugas sering disamakan dengan kebaikan hati dan keakraban bergaul antara petugas dengan pasiennya. Dalam konteks integritas kompetensi interpersonal Islam di RSI, keakraban dianggap paling penting mendorong keberhasilan proses edukasi terapeutik, sebab posisinya sebagai *opening*²⁴ entry awal di dalam proses *Helping Relationship*²⁵ seperti halnya tersenyum dan mengucapkan salam. Hasil penelitian ini didapatkan (55,1%) responden menyatakan setuju bahwa ucapan salam petugas saat bertemu dan sebelum memeriksa menunjukkan sikap menghargai dan memberi kesan yang baik.

²⁴*Opening* merupakan cara mudah untuk memulai hubungan bicara seperti eksperesi bersahabat senyum, memberi salam, menyambut kehadiran, mempersilakan dan membicarakan topik yang netral. Lihat Supriyo dan Mulawarman, *Ketrampilan Dasar Konseling* (Semarang: Jurusan Bimbingan Konseling FIP UNNES, 2006), h. 21.

²⁵*Helping Relationship* adalah hubungan saling membantu antara petugas dan pasien. Hubungan ini bersifat terapeutik yang dapat meningkatkan iklim psikologis yang kondusif dan memfasilitasi perubahan dan perkembangan positif pada diri pasien. Lihat Lisa Kennedy Sheldon, "Establishing a Therapeutic Relationship, *The Nurse-Patients Relationship*," (Jones and Bartlett Learning. Ebook 2014), h. 68.

Menurut Leil Lowndes dalam bukunya *How To Talk to Anyone* semua orang mempunyai potensi yang sama untuk memulai pembicaraan lebih baik dan berkesan. Hanya memerlukan sepuluh detik untuk menunjukkan diri. Dengan menggunakan teknik *The Big Baby Pivot* yaitu “senyuman segar” dan *fresh* seperti senyum bayi, ditambah 100% ketulusan maka orang akan merasa dihargai dan istimewa. Kemudian *Hello Old Friend*, sapa dia seperti sahabat lama yang tidak pernah bertemu sehingga bersemangat untuk berjumpa, dengan begitu akan dapat memenangkan hati mereka karena telah menyentuh “lubuk batinnya.”²⁶

Perspektif Islam, mengucapkan salam “*Assalamu ‘alaikum*” saat berjumpa sebelum mengajak berbicara diteruskan menjabat tangannya, lalu dibalas dengan ucapan, ‘*Wa’Alaikumus Salam Warahmatullahi wa Barakatuh*’ adalah termasuk di antara adab dan hak sesama muslim yang harus dipenuhi dan meyakini bahwa ini merupakan ibadah kepada Allah serta untuk mendekatkan diri kepadaNya.

Begitu pula salam merupakan *al-iffah* atau “menjaga kehormatan,” adalah sifat yang baik untuk menahan nafsu dan menjauhi kebiasaan-kebiasaan yang buruk. Salam akan menjaga kehormatan lisan seseorang dan menjaga kehormatan penglihatan seseorang dengan memandang sesuatu yang halal. Bagi kebanyakan pasien yang dirawat, ternyata sakit membuatnya terbatas untuk mengurus diri sendiri dan memerlukan bantuan orang lain. Dengan mengucapkan salam dan mengetok pintu ketika *visite* atau mengunjungi ruang perawatan setidaknya pasien dan keluarga dapat mempersiapkan diri secara “normatif” untuk menerima

²⁶Leil Lowndes, *How to Talk Anyone: 92 Little Tricks for Big Success in Relationship* (US: Mc Graw-Hill, 2003), h. 26.

pemeriksaan dan pengobatan disamping petugas juga dapat menghargai batas privasi pasien.

Dalam penelitian ini juga menunjukkan sebagian besar responden menyetujui (47,6%) petugas yang menjelaskan tentang penyakit dan menanyakan keluhan menstimuli rasa percaya dan keyakinan, (44,2%) petugas *good listening* dan menyenangkan, (53,7%) kesungguhan petugas dalam melayani mendorong rasa tenang dan (51%) kepedulian petugas menciptakan kesan baik hati dan ikut merasakan penderitaan bersifat emosional untuk lebih kuat menghadapi penyakit.

Keramahan dan hubungan yang akrab akan melibatkan pengungkapan diri, rasa tertarik dan rasa nyaman. Menurut Stewart L. Tubbs dan Sylvia Moss ada lima hal yang terkait dengan hubungan akrab yaitu akan berbagi pikiran, keyakinan, fantasi, minat, cita-cita dan latar belakang.²⁷ Hal ini ditandai hadirnya *mutuality* (kebersamaan) dan *joint venture* (kesalingketergantungan). Kedua mitra yaitu petugas dan pasien akan belajar mengenai cara bagaimana mereka dapat mengaitkan satu dengan lainnya untuk mendapatkan dukungan, sumber daya, pengertian, dan tindakan, serta ada kesepakatan untuk kebergantungan selanjutnya.

Pendalaman terhadap tanggapan responden tentang keramahan petugas dalam memberikan pelayanan di RSI Banjarmasin menemukan beberapa persentase yang kecil namun bermakna. (32%) responden menyatakan mereka tidak mendapatkan penjelasan hak-hak dan kewajibannya sebagai pasien, (12,9%) menyetujui ada rasa “tegang” saat berkomunikasi dengan petugas, dan (5,4%)

²⁷Stewart L Tubbs dan Sylvia Mos, *Human Communication: Konteks-Konteks Komunikasi* (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2000), h. 20.

petugas menunjukkan sikap “*no acceptance*”/tidak menerima kondisi pasien apa adanya.

Dalam pasal 32 Undang-Undang Rumah Sakit nomor 44 tahun 2009, Negara memberikan jaminan terhadap hak-hak pasien yang harus dijunjung tinggi oleh pelaksana pelayanan diantaranya yaitu: memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit; memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien; memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi; memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.²⁸ Khusus menyikapi temuan (32%) pasien merasa tidak mendapatkan penjelasan hak dan kewajibannya, pihak manajemen setidaknya dapat melakukan langkah-langkah untuk meningkatkan hak pasien di RSI Banjarmasin yaitu: *pertama*, para pemimpin memahami hak pasien dan keluarga sesuai dengan undang-undang dan peraturan dalam hubungannya dengan komunitas yang dilayaninya; *kedua*, mendidik pasien dan staf tentang hak tersebut. Pasien diberitahu hak mereka dan bagaimana harus bersikap, dan *ketiga* Staf dididik untuk mengerti dan menghormati kepercayaan dan nilai-nilai pasien dan memberikan pelayanan dengan penuh keramahan dan hormat sehingga menjaga martabat pasien.

Brenda L. Lovell; Raymond T. Lee; dan Celeste M. Brotheridge melakukan penelitian “*Interpersonal Factors Affecting Communication in Clinical Consultations: Canadian Physicians’ Perspectives.*” Fokus penelitian adalah kompetensi interpersonal tenaga kesehatan serta gambaran dampak jika

²⁸Republik Indonesia, “Undang-Undang No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Lembaran Negara RI Tahun 2009, No.153,” (Jakarta: Sekretariat Negara, 2009), Pasal 32.

interpersonal itu salah dilakukan, ternyata beresiko menimbulkan *Adverse Events*/kecelakaan atau cedera tidak disengaja dan lebih kompleks dibandingkan penyakitnya. Temuan yang lain menunjukkan bahwa dampak kegagalan interpersonal seperti: pasien tidak memahami diagnosis (33%) dan/atau implikasinya (33%), riwayat pasien tidak teratur (30%), kurangnya minat pasien terhadap perawatan diri atau pemeliharaan kesehatan (33%), pasien tidak bersedia untuk mengikuti rencana pengobatan (31%).²⁹

Sementara hasil penelitian yang dilakukan oleh Hasan Siamian dan rekannya bahwa kurangnya keterampilan komunikasi penyedia layanan kesehatan berasal dari pendidikan yang tidak memadai dan kurang memahami peran penting keterampilan berkomunikasi dalam pelayanan, masalah ini merupakan salah satu variabel menentukan efisiensi dan kemampuan petugas. Oleh karena itu diperlukan *assessment*/penaksiran problem kemampuan "*basic social skill*," dengan mengembangkan instrumen evaluasi berdasar persepsi pasien dan merencanakan pembinaan "umpan balik" berbentuk pelatihan operasional.³⁰ Barangkali hasil dari penelitian ini dapat dijadikan rujukan perubahan aspek keramahan khususnya menanggapi temuan (12,9%) responden merasa "tegang" saat berkomunikasi dengan petugas, dan (5,4%) petugas "*no acceptance*." Dengan demikian pada sebagian keramahan petugas yang kurang diapresiasi positif oleh responden tersebut dapat diturunkan persentasenya semaksimal mungkin.

²⁹Brenda L. Lovell, Raymond T. Lee dan Celeste M. Brotheridge, "Interpersonal Factors Affecting Communication in Clinical Consultations: Canadian Physicians' Perspectives," *International Journal of Health Care Quality Assurance* 25, no. 6 (2012): h. 467-482.

³⁰Hasan Siamian, *et al.* eds. "Assessment of Interpersonal Communication Skill Among Sari Health Centers Staff," *Journal Mater Sociomed* 26, no. 5 (2014): h. 324-328.

Diakhir pembahasan profil variabel Keramahan dilakukan klasifikasi menjadi dua kategorikan yaitu *al-Luthfu*/Keramahan petugas baik dan *al-Luthfu*/Keramahan petugas tidak baik. Hasilnya ditemukan bawah pasien muslim yang mempersepsikan *al-Luthfu*/keramahan petugas baik sebesar (57,8%) dan pasien muslim yang mempersepsikan *al-Luthfu*/keramahan petugas tidak baik sebesar (42,2%). Dengan demikian petugas dengan keramahan yang baik lebih banyak dibanding dengan petugas dengan keramahan tidak baik.

2. Gambaran *al-Adab*/Kesopanan Petugas

Kembali melirik definisi operasional bahwa kesopanan yang peneliti maksud dalam studi ini disebut *al-Adab* ditunjukkan dengan sikap *takzim*. Menurut kamus Bahasa Indonesia *takzim* berarti sopan dan memuliakan atau khidmat dan segan. Sedangkan dalam terminologi sufistik *takzim* adalah sikap sopan kepada Allah yang merupakan buah atas pengetahuan serta penghayatan kebesarannya disertai kesadaran akan keterbatasan diri sebagai makhluk.

Implikasi “kesadaran akan keterbatasan diri” seorang petugas merupakan muara introspektif dan kontemplatif. Hal ini harus menyertai dalam setiap tindakan petugas sebab untuk mencapai taraf integritas kompetensi interpersonal Islam tidak hanya cukup dengan profesionalisme. Dalam kondisi demikian akan hadir *value*-diri yaitu “rasa malu” sebagai hasil introspektif tersebut.

Dalam Islam istilah malu disebut “*al haya*” berarti malu dan dapat juga berarti hidup. Orang yang telah kehilangan rasa malu bisa dikatakan tidak hidup/ tidak bernilai bahkan tidak perlu dianggap keberadaannya, sehingga Islam menekankan bahwa “*al haya*” merupakan “*ashlul fadhili*” asal dari segala

keutamaan dan “*wamanbaul adabi*” sumber dari budi pekerti. Sebagaimana hadis Nabi:

الإِيمَانُ بِضْعٌ وَسَبْعُونَ أَوْ بِضْعٌ وَسِتُّونَ شُعْبَةً، فَأَفْضَلُهَا قَوْلُ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ، وَأَدْنَاهَا
إِمَاطَةُ الْأَذَى عَنِ الطَّرِيقِ، وَالْحَيَاءُ شُعْبَةٌ مِنَ الْإِيمَانِ³¹

Lantas pertanyaannya “mengapa seorang profesional perlu rasa malu? Jika dikaitkan dengan bahasan tadi, maka tenaga kesehatan yang hilang rasa malu pada hakekatnya adalah profesional yang tidak bernilai atau “mati.” Meskipun profesional namun tidak ada “harga” pada dirinya. sebagai contoh seorang Koruptor, Pekerja Seksual Komersial, dan lainnya, mereka seorang profesional di bidangnya tetapi tidak mempunyai “nilai” untuk dihargai oleh masyarakat atas tindakannya. Oleh karena itu seorang tenaga kesehatan dengan kesadaran jernih pada “rasa malu” akan menempanya menuju kesopanan dalam tutur kata dan kesopanan sikap sekaligus memahami nilai-nilai yang ada untuk menjaga citra diri dan citra pelayanan yang baik.

Menata pembicaraan merupakan urgensi kesopanan yang berfungsi sebagai instrumen interaksi petugas dengan pasiennya. Ucapan yang terstruktur penuh kelembutan dan kejujuran akan memperlihatkan nilai-nilai kemanusiaan dan merupakan manifestasi dari budi pekerti Islam. Karenanya petugas tidak boleh menghakimi, tidak mengeritik, tidak meremehkan, tidak mengejek apalagi menghina keadaan pasien, dan selalu dilandasi dengan niat yang baik. Petugas menjauhkan sikap congkak dan angkuh serta menghindari kata-kata yang kasar.

³¹At-Tirmidzi, *Jami' At-Tirmidzi*, h. 424.

Hasil penelitian ini menunjukkan responden rawat inap RSI Banjarmasin sebagian besar menyetujui (57,8%) lafaz “*bismillahirrahmanirrahim*” yang diucapkan petugas saat memulai tindakan menarik perhatian untuk mendekatkan diri kepada Allah dan (52,4%) petugas dengan menanyakan keluhan, identitas dan meminta izin terlebih dahulu, menunjukkan kesantunan untuk memenuhi nilai-nilai hak sebagai pasien.

Sebagaimana teori yang peneliti tulis sebelumnya, dalam terminologi komunikasi terdapat 2 (dua) faktor yang mempengaruhi kompetensi interpersonal seseorang yaitu faktor eksternal dan faktor internal. Kompetensi sosial sebagai faktor eksternal adalah termasuk kompetensi interpersonal. Menurut kacamata sosial, kesopanan diperoleh dengan cara memenuhi segala sesuatu yang dinilai baik oleh lingkungan sosialnya, misalnya kehormatan, prestasi, reputasi, penghargaan terhadap orang yang lebih tua, dan sebagainya.³² Oleh karena itu, tidaklah mengherankan apabila seorang petugas yang “sopan” dengan “rasa malu” berusaha untuk mempertahankan citra diri, peran dan nilainya dihadapan pasien dengan menghindari persepsi negatif. Sebab kegagalan kesopanan berdampak pada hilangnya simpati dan munculnya kekecewaan terhadap pelayanan yang diberikan.

Menurut imam Al Gazali termasuk dalam “*akhlakullah hul azam*” atau akhlak Allah yang agung diantaranya adalah “*la yafzhi*” tidak kasar dan “*la yu’dzi*” tidak menyakiti. Pentingnya kedua sifat itu pernah diriwayatkan bahwa *seorang sahabat mendatangi dan bertanya kepada Rasulullah bagaimana dengan*

³²G. Santoso dan Halim R. *In What Aspect of Social Face Are Indonesian Chinese, Javanese, and Bugis Ethnics Different?* The 9th Biennial Conference of Asian Association of Social Psychology (Kumning-China: 2011), h. 1.

seorang wanita yang ahli ibadah namun sering berkata menyakiti, menusuk, dan kasar. Maka Rasulullah menjawab “la khaira fiha” tidak ada baiknya wanita itu.

Hasil penelitian ini menunjukkan (25,2%) responden mengamini pada saat menjelaskan petugas berbicara cenderung menyudutkan, (30,6%) pasien merasa tersinggung dengan pendapat petugas, (22,4%) petugas kurang menerima dan menjunjung tinggi hak-hak pasien. Temuan ini sontak menimbulkan pertanyaan bagi peneliti, apakah sudah mulai terkikis kesopanan petugas di intalasi rawat inap sehingga mereka melontarkan hal-hal yang mungkin saja dapat menyakitkan perasaan pasien dengan persentase cukup bermakna di atas (20%)?

Sebuah artikel yang ditulis oleh Velayutham dan dikutip oleh Lucia, berjudul *No Shame or Gulith: The Crisis of Governance and Accountalitiy in Asian Economics*, menyebutkan bahwa krisis yang ada pada masyarakat Asia disebabkan oleh karena masyarakatnya sudah kehilangan rasa malu, namun belum mengembangkan rasa bersalah.³³ Dari pernyataan tersebut setidaknya dapat menjadi referensi jalan keluar bagi manajemen pelayanan RSI Banjarmasin bahwa gagalnya membangun kesopanan dalam hubungan terapeutik disebabkan petugas belum menyadari dampak (kesalahan) yang akan ditimbulkannya baik secara individual maupun *corporate*. Pada konteks ini petugas harus dapat menjawab pertanyaan “siapa saya?” yang sebenarnya, mengenali perasaan, perilaku dan kepribadiannya dalam bentuk kesadaran diri melalui introspeksi atau melalui perantara orang lain menunjukkan “*self disclosure*” nya.

³³Lucia R. M. Royanto, “Emosi Malu dan Emosi Bersalah: Masih Adakah pada Masyarakat Indonesia?,” dalam *Integritas, Keberbedaan dan Kesejahteraan Psikologis: Kontribusi Psikologi dalam Menjawab Tantangan Bangsa Masa Kini* (Jakarta: HIMPSI, 2014), h. 69.

Mengakhiri pembahasan profil variabel Kesopanan ini klasifikasi dilakukan menjadi dua kategorikan yaitu *al-Adab/Kesopanan* petugas baik dan *al-Adab/Kesopanan* petugas tidak baik. Hasilnya ditemukan bawah pasien muslim yang mempersepsikan *al-Adab/Kesopanan* petugas baik sebesar (50,3%) dan pasien muslim yang mempersepsikan *al-Adab/Kesopanan* petugas tidak baik sebesar (49,7%). Dengan demikian petugas dengan kesopanan yang baik lebih banyak dibanding dengan petugas dengan kesopanan tidak baik.

3. Gambaran *al-Uthfu/Perhatian* Petugas

Salah satu faktor dalam integritas kompetensi interpersonal Islam yang diduga mempengaruhi motivasi kesembuhan pasien adalah perhatian. Dalam penelitian ini variabel perhatian dioperasionalkan melalui parameter sikap yaitu mementingkan pasien, memperhatikan kondisinya, mendengarkan keluhannya, dapat dipercaya, menunjukkan kepedulian serta membangun kasih sayang.

Sebagian besar pasien secara langsung maupun tidak langsung menunjukkan keinginan untuk diperhatikan pada waktu tertentu. Bahkan menurut kacamata sosiologi pada dasarnya “sakit sebagai upaya mendapat perhatian,” menginginkan perlakuan khusus dan berobat ke pelayanan kesehatan adalah bentuk kebutuhan psikologis untuk mendapat perhatian dan kasih sayang petugas serta lingkungan sosialnya.³⁴ Tentu saja petugas harus memberikan penghargaan positif, *empathy* yaitu merasakan dan menghargai perasaan pasien, mengidentifikasi dan membantu sebagai bentuk nyata kepedulian dan kasih sayang tersebut. Karena setiap orang yang terkena penyakit membutuhkan rasa

³⁴Momon Sudarma, *Sosiologi Untuk Kesehatan* (Jakarta: Salemba Medika, 2008), h. 66.

aman dari ancaman atau situasi yang menyebabkan kecemasan baik yang berasal dari dalam maupun di luar dirinya.

(70%) dari pelanggan yang pindah/tidak setia bukan karena masalah harga atau mutu dari produk, tetapi karena tidak menyukai cara pelayanan dari karyawan, pelanggan sangat peka apakah karyawan peduli dengan mereka.³⁵ Perhatian terhadap “pribadi pasien” merupakan kejujuran, sensitif, dan objektif (tidak dibuat-buat). Perhatian diberikan berupa kehadiran, sapaan, senyuman, jabat tangan dan bentuk-bentuk komunikasi terapeutik sederhana. Lebih penting lagi perhatian tidak berhenti pada tataran kognitif (pemusatan dan konsentrasi), atau afektif (kesadaran untuk mengobati), melainkan diekspresikan dalam aksi pelayanan untuk membuktikan bahwa petugas mampu berbuat sesuatu sesuai dengan etika profesi untuk menolong orang lain.

Sekedar mengulang apa yang sudah peneliti tulis, orang yang selalu berorientasi dan berusaha agar potensinya bisa bermanfaat bagi orang lain adalah taqwa sosial, dan orang yang selalu memanfaatkan potensinya bagi orang lain termasuk orang yang bersyukur. Dengan empati dalam perhatian kepada sesama muslim petugas akan melepaskan kesusahan pasien dan membantu segala urusannya. Maka Allah juga akan melepaskan kesusahannya dan membantu segala urusannya.

Salah satu bentuk perhatian petugas adalah *advice*. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden menyetujui (63,2%) petugas dengan memberikan saran atau nasehat merupakan wujud ketulusan memperhatikan

³⁵Kusumapradja, “Menjaga Kepuasan Pelanggan,” *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit* (Semarang: MMK Universitas Diponegoro, 2002), h. 48.

kondisi pasiennya. Dalam perspektif medis *advice* adalah edukasi pasien, merupakan penyampaian ramalan terbaik yang perlu dilakukan atas dasar diagnosa yang ditegakkan. Sedangkan dalam lingkup ibadah nasehat merupakan keselamatan, keselamatan dari kerusakan atau hal-hal yang membahayakan diri baik lahir atau batin. Dalam kondisi demikian petugas harus memberitahukan hal-hal yang tidak diketahui pasien agar mereka memahami keterbatasan dan segera memperbaikinya.

Temuan lainnya responden menyetujui (42,2%) petugas yang memprioritaskan panggilan dengan cepat dan tanggap menunjang rasa optimis. Selanjutnya (52,4%) responden menyetujui bahwa respon petugas cepat saat dipanggil. Ketanggapan petugas merupakan wujud dari mementingkan pasien, memperhatikan kondisinya dan berupaya mendengarkan keluhannya. Kembali pada teori motivasi kesembuhan yang sudah diuraikan sebelumnya bahwa sakit merupakan *challenge* atau tantangan seseorang. Dalam proses *caring* pengobatan terjadi "*learning evaluation*" proses belajar dan mengevaluasi secara terus menerus terhadap perubahan kondisi fisik dan jiwa seseorang (*constructive feedback*). Ketanggapan petugas untuk mementingkan pasien, memperhatikan kondisinya dan berupaya mendengarkan keluhannya merupakan *reward/incentive* yang memberikan kontribusi untuk memahami tanda-tanda perubahan fisik dan jiwa tersebut. Jika pasien menemukan tanda-tanda yang dianggap positif maka akan muncul *dominant need* dalam hal ini sikap optimis, semangat dan kekuatan. Namun sebaliknya jika tanda-tanda tersebut dianggap negatif maka sikap petugas hanya mampu menstimuli keyakinan seseorang terhadap pusat kendali hidupnya

atau *sense personal control* dalam bentuk pengharapan/angan-angan atau *hope* yang masih dianggap sebagai tantangan “*challenge*.”

Dapat dilihat pada hasil penelitian ini pula, ditemukan tanggapan responden tentang perhatian petugas dalam memberikan pelayanan di RSI Banjarmasin. Ada beberapa persentase yang kecil namun bermakna yaitu (25,2%) responden menyatakan petugas terbatas waktu dalam menjelaskan informasi dan edukasi yang dibutuhkan termasuk mendengarkan keluhan pasien. Menurut Stuart dan Sundeen *listening* sebagai dasar utama dalam komunikasi terapeutik.³⁶ Dengan *listening* petugas mengetahui perasaan pasien, memberi kesempatan lebih banyak pada pasien untuk berbicara. Petugas harus menjadi pendengar yang aktif dengan tetap kritis dan korektif bila ada yang disampaikan pasien perlu diluruskan.

Apakah yang terjadi jika petugas tidak mampu menjadi pendengar yang baik? Pasien akan berada dalam kondisi *sense of threat* yaitu perasaan terancam, tidak aman kemudian terkumpul menjadi *syndrome* ketidakstabilan emosi pasien. Gibson dan Dzau dalam tulisannya berjudul “*Mechanism of Disease*” mengemukakan ada mekanisme yang perlu dipelajari dari kompilasi beberapa pemahaman tentang proses *behavior repertoire and physiological remodeling*. Sebagai contoh “*ticks*” yang dalam psikologi kadang dipakai sebagai salah satu indikator kecemasan. Bila seseorang mengalami stress maka frekuensi *ticks* akan lebih banyak, dan mereda (atau menghilang) bila orang tersebut tidak sedang dihadapkan pada stressornya. *Tick* yang berkelanjutan terus menerus dalam jangka

³⁶Stuart dan Sudeen, *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, Edisi 3, terj. Yani S (Jakarta: EGC, 1998), h. 124.

waktu yang panjang akan mengakibatkan *neurological remodeling*, artinya bahkan apabila tidak ada stressornya maka *ticks* akan teraktivasi dengan sendirinya.³⁷ Dampak inilah yang perlu dihindari agar *behavior repertoire* itu tidak berakibat *remodeling* pada pasien apalagi pasien dengan penyakit kronis (baik fisik: diabetes mellitus, asma, hipertensi; maupun mental seperti schizoprenia, depresi),³⁸ sebab ketika pasien mendengar saja mau diperiksa petugas, disuntik atau minum obat kecemasannya meningkat luar biasa dan ini memperparah kondisi sakitnya.

Satu lagi temuan yang tidak kalah penting terhadap perhatian petugas yaitu responden menganggap (23,1%) petugas tidak menepati janji dan tidak menanggapi jika pasien bertanya. Menepati janji merupakan parameter dari konstruk kepercayaan yang ada dalam variable perhatian. Menurut Rousseau dan koleganya. Kepercayaan merupakan kesediaan secara sukarela untuk menerima apa adanya berdasarkan harapan terhadap perilaku yang baik dari orang lain.³⁹ Ketika seseorang pasien mempercayai petugas, maka pasien itu mempercayakan sesuatu yang penting pada dirinya kepada pihak lain (dalam hal ini petugas). Kesediaan untuk memberikan kepercayaan pada pihak lain didasarkan pada pertimbangan akan manfaat atau keuntungan dari pihak lain. Oleh karena itu

³⁷G. H. Gibson, dan Dzau, V. J. "Mechanism of Disease," *The New England Journal of Medicine* 330, no. 20 (2013), h. 115.

³⁸M. Fleshner dan Laundenslager, M. L. "Psychoneuroimmunology: Then and Now," *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews* 3, no.2 (2004): h. 114-130.

³⁹M. T. Rousseau, Stikin, S. B. dan Carmerer, C. "Not so Difference After All: Across Discipline View of Trust," *Academy of Management Review* 23 (1998): h. 393-404.

kepercayaan membutuhkan kerjasama yang membawa pasien pada kehidupan yang berharga.

Sebagaimana diungkapkan Wick, Berman dan Jones kepercayaan mengandung tiga elemen utama yaitu kognitif, emosi dan karakter moral. Sebagai elemen kognitif, kepercayaan mengandung pertimbangan akan resiko dan manfaat. Hal tersebut menunjukkan optimisme akan hasil dari suatu situasi yang belum pasti, sehingga kepercayaan harus ditempatkan pada situasi sadar akan manfaat bagi kedua belah pihak. Kepercayaan juga terbentuk karena ada ikatan emosional di antara keduanya, yang jauh melampau pertimbangan rasional dari sekedar perhitungan untung rugi. Ketiga, kepercayaan mengandung kesediaan moral untuk saling menjaga dari resiko yang dapat merugikan.

Kepercayaan juga memuat/mengandung pengharapan positif terhadap pihak lain. Ketika pasien percaya pada petugas, berarti pasien memiliki persepsi positif bahwa petugas memiliki kompetensi, karakter dan kemauan melakukan tindakan untuk melindungi kepentingan bersama. Keberhasilan sebuah hubungan dibangun dari pertimbangan rasional dan ikatan emosional yang didasari karakter moral dari para pelakunya. Lantas bagaimana dampak jika kepercayaan pasien berkurang?

Penelitian yang dilakukan oleh Shabbir dan koleganya dengan judul *Medication Education of Acutely Hospitalized Older Patients*. Tujuannya untuk mengetahui seberapa besar waktu dan efisiensi yang dihabiskan oleh petugas untuk memberikan pendidikan khususnya obat untuk pasien berumur, kemudian untuk mengetahui dampak pendidikan tersebut, kepatuhan dan kepuasan, serta

hambatan pelaksanaan. Hasilnya menunjukkan pasien menempatkan kepercayaan penilaian dokter, pasien dalam meminta pendidikan atau pengobatan menunggu dokter sebagai ahli yang dianggap “maha tahu” dan enggan berinisiatif untuk mencari informasi atau menanyakan terlebih dulu.

Merujuk pendapat Costa, Roe, dan Taillieu, pudarnya kepercayaan mengurangi efisiensi kinerja, *schedule* yang tidak tepat waktu, ada konflik yang tersembunyi, kurang menghargai, tidak terjalin kerjasama, toleransi yang pada akhirnya mengganggu iklim perawatan dan pengobatan. Merasa diperlakukan tidak adil, merasa kurang dihormati, menutup kesempatan untuk berbagi informasi, edukasi, diskusi, serta menutup pengembangan solusi dan motivasi kesembuhan pasien. Karena pada dasarnya menurut Costa, Roe, dan Taillieu kepercayaan merupakan dasar yang melandasi terbentuknya kerjasama keduanya.⁴⁰

Pembahasan ini diakhiri dengan kategorisasi diskripsi variabel perhatian yaitu *al-‘Uthfu*/perhatian petugas baik dan *al-‘Uthfu*/perhatian petugas tidak baik. Hasilnya diketahui pasien muslim yang mempersepsikan *al-‘Uthfu*/perhatian petugas baik sebesar (60,5%) dan pasien muslim yang mempersepsikan *al-‘Uthfu*/perhatian petugas tidak baik sebesar (39,5%). Dengan demikian petugas dengan perhatian yang baik lebih banyak dibanding dengan petugas dengan perhatian tidak baik.

⁴⁰A. C. Costa, Roe, R. A. dan Tailliu, T. “Trust Within Teams: The Relation With Performance Effectiveness,” *European Journal of Work and Organizational Psychology* 10, no.3 (2001): h. 225-244.

4. Gambaran *as-Shabru*/Kesabaran Petugas

Dalam sebuah hadis, disebutkan “*Man yuridillahu bihi khairan yushib minhu*”⁴¹ yang kurang lebih maksudnya yaitu “barang siapa yang dikehendaki Allah kebaikan padanya, maka Allah akan mengujinya.” Hadis ini shahih dan peneliti berusaha menjelaskan variabel terakhir dalam integritas kompetensi interpersonal Islam yaitu kesabaran petugas dengan mengambil hikmah dari isi (matan) hadis tersebut. Pada kitab *minhajul muslim* hadis ini termasuk pasal kedua dalam bab akhlak yang membahas “sabar dan tahan uji,” lebih spesifik lagi menjelaskan pentingnya kesabaran menghadapi ujian dari Allah.

Di konteks penelitian ini, apabila ujian itu ditujukan kepada pasien, maka kesabaran itu dalam hal menghadapi penyakit. Sementara apabila ujian itu ditujukan kepada petugas, maka kesabaran itu dalam hal melayani pasien. Persoalannya adalah mengapa untuk mendapatkan kebaikan, Allah harus menurunkan ujian-ujian?

Setidaknya ada dua alasan untuk menjawab pertanyaan tersebut. *Pertama*, jika Allah menghendaki seluruh kebaikan diberikan kepada seorang, maka Allah hanya akan memberikannya kepada para hamba-Nya yang Dia pahami terhadap agama-Nya. Proses memahami secara utuh memang memerlukan ujian ibarat “proses belajar” adalah “ulangan.” Pada sisi pasien ujian penyakit mampu menyentuh aspek lahir dan batin, bahkan mampu menelisik ke dalam perasaan dan jiwa, kesabaran dalam menjalani akan membawa pasien mempunyai kesadaran yang utuh mengenai keadaannya. Dengan ungkapan lain, penyakit itu

⁴¹Diriwayatkan Al-Bukhari, dalam Syaikh Abu Bakar Jabis al-Jaza'iri, *Minhajul Muslim (Akidah; Ibadah; Akhlak; Muamalah; Pernikahan dan Rumah Tangga; Hukum Waris; Hukum Pidana dan Peradilan Islam)*, h. 357.

Tuhan lemparkan untuk menyaring manusia-manusia pilihan yang berkesadaran dari kerumunan manusia kebanyakan yang berkelalaian. Secara horizontal setidaknya ujian itu akan memberikan kesadaran menghargai sang waktu, pengingat ketidakabadian dunia, mendidik kepasrahan dan takdir, menghantarkan untuk bersimpuh, menumbuhkan empati sosial dan mendidik kearifan hidup, sementara secara vertikal Tuhan ingin mengangkat derajat kaum-Nya ke tempat yang mulia, yaitu *maqamul a'la*. *Kedua*, pada sisi petugas kesabaran melayani pasien akan mendidiknya untuk ikhlas. Barangkali dengan profesionalisme dan keahliannya masih terselip penyakit ria, sombong dan *'ujub*. Bahkan kadang enggan untuk memahami, menghayati, merasakan, apalagi menggali pesan-pesan moral dalam melayani, sehingga mereka terkerangkeng pada rutinitas semata dan tidak mampu melampauinya, tidak lebih hanya sebagai tindakan fisik yang mengakibatkan kelelahan. Melalui kesabaran pelayanan tersebut semestinya akan menumbuhkan sensitivitas solidaritas sosial dalam jiwa dan semakin mengembangkan intensitas kesadaran transendental dalam kalbu bahwa ada tujuan yang lebih mulia yakni pengabdian terhadap Tuhan dengan perantara mengobati pasien.

Disadari maupun tidak, pada dasarnya istilah “pasien” mengandung pesan moral. Apabila dipotret dari sudut etimologi bahasa Inggris, kata “*patient*” memiliki dua makna yaitu “sabar” dan “orang sakit.” Kenyataannya memang merawat dan mengobati pasien butuh kesabaran ekstra, melayani, mengecek tekanan darah, mengantar ke laboratorium, mengawasi tetesan infus, menjaga kepatuhan minum obat, mengambilkan sesuatu, sangat menguras tenaga dan kadang

melelahkan. Belum lagi pada pasien agak berumur, terkadang harus “mencebok,” membersihkan “lendir,” “ingus,” “urin,” “darah,” memandikan, melap badan, menggendongnya dan lain-lain. Situasi ini bila tidak disikapi dengan sabar dapat menimbulkan perasaan jengkel sehingga interpersonal yang dilakukan tidak tercapai terapeutik, solutif, namun dapat berakibat komunikasi berlangsung disertai emosional dan menimbulkan kerusakan hubungan antara pasien dengan petugas.

Hasil penelitian ini menunjukkan persepsi responden yang apresiatif terhadap kesabaran petugas rawat inap RSI Banjarmasin. Kompilasi jawaban menyetujui (46,9%) petugas memaklumi sikap pasien dan keluarga yang menjengkelkan menunjukkan komitmen pada tugas pokok serta memberi penguat secara emosional terhadap pasien untuk sembuh, (40,8%) menyetujui petugas tidak marah pada saat memberikan edukasi, dan (30,6%) mengakui meskipun sangat merepotkan namun petugas sabar dalam melayani, tidak terkesan kecewa, membenci atau menolak.

Sebagaimana tertulis dalam kajian teori, secara praktis Richard L. Weaver, mengemukakan bahwa terciptanya kesetaraan dalam hubungan, ditandai kelekatan emosi serta saling meneguhkan ikatan yang penuh kestabilan dan kesabaran, menerima satu dengan lainnya. Begitu pula pendapat Fuad Nashori, orang yang matang dalam beragama memiliki kesabaran terhadap perilaku orang lain dan tidak mengadili atau menghukumnya. Ia menerima kelemahan-kelemahan manusia dengan mengetahui bahwa ia punya kelemahan yang sama.

Penelitian yang dilakukan oleh Blacius Dedi dan rekannya berjudul *Perilaku Caring Perawat Pelaksana di Sebuah Rumah Sakit di Bandung: Studi Grounded Theory* menghasilkan sikap tenang dan sabar ditunjukkan oleh empat dari enam partisipan dalam studi ini. Mereka bersikap tenang dalam melayani pasien walaupun kesibukan rutinitas harus mereka hadapi. Petugas yang tenang dan sabar dalam melayani pasien akan memberi rasa nyaman kepada klien yang dirawat dirumah sakit dan membutuhkan bantuan petugas. Perasaan nyaman akan membantu pasien untuk memperoleh kesembuhan karena secara psikologis pasien dalam emosi stabil ketika dilayani perawat yang tenang dan penuh kesabaran. Konklusinya menyatakan bahwa petugas yang baik adalah yang sangat tenang, sabar, dan akrab dengan pasien serta memfokuskan diri untuk pemenuhan kebutuhan pasien.⁴²

Namun ada beberapa jawaban responden yang perlu diperhatikan terkait kesabaran petugas dalam penelitian ini yaitu (26,5%) petugas sering pergi sebelum tuntas menjelaskan informasi padahal pasien belum sepenuhnya mengerti, (30,6%) petugas menunjukkan sikap kurang sabar, dan (21,1%) tutur kata serta ekspresi petugas dianggap kasar.

Bagaimana dampak apabila pasien mempersepsikan petugas dengan kesabaran tidak baik? *Pertama*, pasien akan kehilangan “minat.” Minat mempunyai makna yang sama dengan kemauan atau kehendak, artinya fungsi jiwa untuk mencapai sesuatu dan merupakan kekuatan dari dalam diri. Minat memerlukan motif, dalam arti luas adalah dorongan. Dorongan sebagai kekuatan

⁴²Setyowati Blacius Dedi dan Yati Afyanti, “Perilaku Caring Perawat Pelaksana Di Sebuah Rumah Sakit di Bandung: Studi Grounded Theory,” *Jurnal Keperawatan Indonesia* 12, no. 1 (2008): h. 40-46.

dari dalam yang sudah mempunyai tujuan tertentu. Dorongan yang terlaksana disebut motivasi dan muncul karena adanya kebutuhan. Hilangnya minat akan menghilangkan motivasi, tentunya juga akan kehilangan dorongan dan keinginan proaktif dalam pengobatan seperti dorongan untuk sembuh, keinginan berobat, cita-cita setelah sembuh, dorongan menjaga kesehatan, perilaku hidup bersih, sehat, dll. *Kedua*, timbul perasaan tidak puas tertanam dalam pribadi pasien, terjadi gap ketidaksesuaian antara harapan pasien dan kenyataan yang diterima. Dampaknya akan merugikan, bahkan beresiko pasien tidak loyal dan tidak kembali mengakses pelayanan yang sama. Efek yang lain terjadi *Wort of Mouth* (WOM) yakni pasien akan bercerita pengalaman yang diterimanya kepada orang lain, dan *tone voice* ini akan berefek *snowball* dimana cerita tersebut akan berlanjut kepada yang lain semakin membesar dan melebar disertai kemungkinan bias hiperbolis artinya cerita itu berkembang lebih dahsyat dibanding kenyataan sesungguhnya.

Mengakhiri pembahasan gambaran variabel Kesabaran dikategorikan menjadi dua yaitu *as-Shabru*/kesabaran petugas baik dan *as-Shabru*/kesabaran petugas tidak baik. Hasilnya ditemukan bawah pasien muslim yang mempersepsikan *as-Shabru*/kesabaran petugas baik sebesar (59,2%) dan pasien muslim yang mempersepsikan *as-Shabru*/kesabaran petugas tidak baik sebesar (40,8%). Dengan demikian petugas dengan kesopanan yang baik lebih banyak dibanding dengan petugas dengan kesopanan tidak baik.

E. Interpretasi Skor Integritas Kompetensi Interpersonal Islam di RSI Banjarmasin.

Data yang dikumpulkan dari variabel integritas kompetensi interpersonal Islam dalam penelitian ini (N = 147) dengan distribusi skor individual pada skala model Likert berkisar antara (32,66 – 69,31). Jika data sudah diolah dengan aturan-aturan tertentu, langkah selanjutnya adalah menafsirkan data sehingga dapat memberi makna.

Dalam penelitian ini menafsirkan dilakukan dengan cara membandingkan skor individual dengan rata-rata atau *mean* skor kelompoknya. Perbandingan atau disebut perbandingan relatif ini akan menghasilkan interpretasi skor sebagai lebih atau kurang *favorable* dibandingkan dengan rata-rata kelompoknya. Agar perbandingan itu mempunyai arti, haruslah dinyatakan dalam satuan deviasi standar kelompok itu sendiri yang berarti harus mengubah skor individual menjadi skor standar yang dalam penelitian ini menggunakan skor-T (T-Score).⁴³

Alasan mengapa peneliti menggunakan skor-T (skor standar) dan bukan menggunakan tendensi sentral (*mean/median*). *Pertama* dengan skor-T maka telah ditentukan skor standar yang menjadi patokan dari kelompok terhadap skor individual pada variabel, *kedua* variabel integritas kompetensi interpersonal Islam merupakan gabungan dari empat variabel tersendiri yang diintegrasikan dengan uji keerrataan antar variabel dalam kontruksi tes menjadi Skala Pelayanan Kesehatan Islami. *Ketiga* skor-T dianggap lebih mampu menggambarkan

⁴³Saifuddin Azwar, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, h. 157.

interpretasi secara individual terhadap *Raw Score* tanpa menentukan norma tes terlebih dahulu.

Hasil penelitian ini menunjukkan Integritas Kompetensi Interpersonal Islam tidak baik sebesar (58,5%) dan Integritas Kompetensi Interpersonal Islam baik sebesar (41,5%). Dengan demikian petugas dengan Integritas Kompetensi Interpersonal Islam tidak baik lebih banyak (17%) dibanding yang baik.

Menginterpretasi skor individual pada Skala Pelayanan Kesehatan Islami sebagai jbaran dari variabel integritas kompetensi interpersonal Islam pada dasarnya bukan tujuan utama dalam studi ini apalagi mengkaitkannya untuk menilai kinerja pelayanan RSI Banjarmasin, namun temuan (58,5%) Integritas Kompetensi Interpersonal Islam tidak baik menurut persepsi responden menjadi catatan sebagai potret keadaan saat ini untuk dilakukan pengelolaan khususnya terhadap empat variabel penunjangnya yaitu 1) *al-Luthfu*/Keramahan, 2) *al-Adab*/Kesopanan, 3) *al-'Uthfu*/Perhatian, dan 4) *as-Shabru*/Kesabaran petugas kepada pasiennya.

F. Pembahasan Uji Hipotesis

1. *al-Luthfu*/Keramahan Memiliki Hubungan Signifikan dengan Motivasi Kesembuhan

Hubungan antara *al-Luthfu*/Keramahan terhadap motivasi kesembuhan secara signifikan dapat dilihat dari hasil penelitian ini, dimana *Chi Square Tests* diperoleh nilai *Continuity Correction* sebesar 7,753 dengan $p = 0,005$ dan $p < 0,05$. Angka tersebut ditafsirkan bahwa pasien muslim yang mendapat

keramahan petugas tidak baik mempunyai motivasi kesembuhan rendah sedangkan pasien muslim yang mendapat keramahan petugas baik mempunyai motivasi kesembuhan tinggi.

Salah satu riset yang dilakukan dalam tema ini dan relevan untuk melihat hubungan tersebut di antaranya berkaitan dengan implementasi interpersonal pada *mood disorders* (gangguan emosi). Studi yang dilakukan Holly A. Swart dan koleganya. Menjelaskan interpersonal termasuk dalam tindakan intervensi psikososial yang dapat digunakan pada gangguan *mood, low motivation*, cemas dan stress pada pasien. Intervensi ini bertujuan untuk mengembalikan perilaku *adaptive* dan daya juang melawan penyakit. Internalisasi proses berpikir akan pentingnya kehidupan, keluarga dan harapan-harapan setelah kesembuhan memberi sumbangan (0,7%) mengurangi dampak psikologis yang dihadapinya.⁴⁴

Berkaitan dengan masalah interpersonal sebagai tindakan intervensi psikososial mempunyai kesesuaian dengan pendapat Gerungan sebagaimana peneliti tulis pada bab sebelumnya. Dukungan sosial merupakan salah satu dari faktor eksternal yang mempengaruhi motivasi. Menurut Gerungan dukungan sosial terdiri dari informasi atau edukasi baik verbal maupun nonverbal. Bantuan atau tindakan yang diberikan dalam keakraban sosial atau didapat karena kehadiran sebagai subjek interaksi sosial mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak-pihak yang terlibat.

⁴⁴Holly A. Swart, *et al.* eds. "Implementing Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Mood Disorders Across a Continuum of Care," *Journal Psyche Services* 62, no. 11 (2011): h. 1377-1379.

Ditinjau dari sudut teori perilaku klasik, terdapat dinamika ruhaniah yang khas berkaitan dengan korelasi keramahan dan motivasi kesembuhan. Menurut Lisa Sheldon keramahan petugas merupakan sikap *respect* yang maknanya identik dengan istilah *unconditional positive regard* dari teori kepribadian Carl Rogers.⁴⁵ Tertanam dalam sikap *respect* tersebut adalah sikap baik hati dan perasaan penghargaan tanpa syarat (*unconditional positive regard*). Maksudnya petugas tidak menghendaki adanya berbagai bentuk pengekangan terhadap tingkah laku pasien. Hal ini mirip dimana orang tua memberikan cinta dan kasih sayang kepada anaknya saat kecil tanpa memperhatikan bagaimana anak berperilaku. Bukan berarti petugas memperbolehkan pasien melakukan apa saja yang diinginkan. Melainkan mengarahkan perilaku yang tidak dikehendaki tanpa menimbulkan perasaan bersalah. Pasien yang dirawat dengan perasaan *unconditional positive regard* atau dalam penelitian ini disebut keramahan, tidak akan merasa dibatasi oleh status sosial, jenis kelamin, pendidikan dan sarat-sarat lainnya. Mereka akan merasa dirinya berharga dan dihormati dalam keberadaan dan keterbatasan yang pada akhirnya dapat mengaktualisasikan diri dan mengembangkan seluruh potensinya untuk tujuan kesembuhan.

Al Quran memerintahkan manusia untuk menghiasi dirinya dengan tata kerama dan tutur kata yang baik. *Al-Luthfu*/Keramahan dalam integritas kompetensi interpersonal Islam salah satunya diimplementasikan dengan salam dan saling mendoakan. Dengan kata lain, seseorang harus memuliakan lawan bicaranya, *tawadhu*/baik hati dan memperlakukan dengan akrab. Sebagaimana

⁴⁵Lisa Kennedy Sheldon, "Establishing a Therapeutic Relationship, *The Nurse-Patients Relationship*," h. 6.

telah dijelaskan sebelumnya bahwa gaya interaksi seperti ini akan menghadirkan kehangatan, rasa nyaman serta mengetahui tujuan interaksi yang dibangun untuk menyampaikan pesan dengan kelembutan dan niat yang baik disertai sikap yang baik. Metode seperti ini mempunyai “dampak sangat besar” sampai Allah meminta Rasulullah untuk memulai dakwahnya dengan memberikan salam (Q.S. Al-An’am/6:54) dan bertutur kata yang pantas (Q.S. Al-Israa/17:28).

Apa buktinya? dan bagaimana metode tersebut dapat menjelaskan hubungan *al-Luthfu*/Keramahan dengan motivasi kesembuhan? Asumsi peneliti “dampak sangat besar” tersebut adalah keadaan harmonisasi diri dan orang lain atau antara ko-eksistensi realitas diri dengan realitas sosial yang dapat membentuk konsep diri positif pada petugas dan pasien. Dasarnya, menurut teori kesehatan mental *dual factor*, aspek negatif dan aspek positif harus dipahami secara bersama-sama, tidak terpisah.⁴⁶ Kesehatan mental negatif berkaitan dengan gangguan mental dan prevalensinya, diagnosis, prognosis dan *treatment*. Sedangkan aspek positif berkaitan dengan *sense of well-being*, kepuasan dalam segala aspek kehidupan, penyesuaian (*adjustment*), realisasi potensi, termasuk kreatifitas dan originalitas, mencari dukungan dari orang lain pada saat dan tempat yang diperlukan, sesuai dengan kemampuannya. Jahoda (dalam Tengland) menyebutkan kriteria utama ruhani sehat meliputi: ketiadaan sakit mental, normalitas, dan *well-being*.⁴⁷

⁴⁶A. Kohli, dan Verma, S. K. “Positive Mental Health: An Experience Analysis,” dalam A. Yadava, N.R. Sharma (Editors), *Positive Health Psychology* (New Delhi: Balaji Offset, 2007), h. 45.

⁴⁷P. Tengland, *Mental Health: A Philosophical analysis* (Dordrecht: Kluwer Academic Publisher, 2001), h. 195.

Sumber selanjutnya, Barry menyampaikan bahwa keadaan rohani yang positif menampakkan aspek emosi (afek/perasaan), psikologis (fungsi positif), sosial (hubungan dengan orang lain dan masyarakat), fisik (kesehatan fisik) dan kesejahteraan spiritual (rasa kepemilikan makna dan tujuan hidup); atau dimensi komponen hedonik (*hedonic component*), yang mengacu pada kesejahteraan psikologis dan kepuasan hidup serta komponen eudaimonik (*the eudaimonic component*), yang mencakup keberfungsian positif keterlibatan (*engagement*), pemenuhan diri (*fulfilment*) dan kesejahteraan sosial.⁴⁸ Segala aspek-aspek tersebut melandasi semua unsur motivasi dalam kehidupan termasuk motivasi kesembuhan. Rupanya “dampak yang besar” itu mampu digerakkan bahkan hanya dengan melakukan hal yang kecil yaitu “keramahan”.

2. *al-Adab*/Kesopanan Memiliki Hubungan Signifikan dengan Motivasi Kesembuhan

Hubungan antara *al-Adab*/Kesopanan terhadap motivasi kesembuhan secara signifikan dapat dilihat dari hasil penelitian ini, dimana *Chi Square Tests* diperoleh nilai *Continuity Correction* sebesar 18,181 dengan $p = 0,000$ dan $p < 0,05$. Hasil angka ini diterjemahkan bahwa pasien muslim yang mendapat kesopanan petugas tidak baik mempunyai motivasi kesembuhan rendah sedangkan pasien muslim yang mendapat kesopanan petugas baik mempunyai motivasi kesembuhan tinggi.

Kembali pada uraian sebelumnya bahwa menata pembicaraan merupakan urgensi kesopanan yang berfungsi sebagai instrumen interaksi petugas dengan

⁴⁸M. M. Barry, “Addressing The Determinants of Positive Mental Health: Concept, Evidence, and Practice,” *International Journal of Mental Health Promotion* 11 (2009): h. 4-17.

pasiennya. Pendapat ini peneliti pakai sebagai asumsi untuk menjelaskan dinamika korelasi secara teoritik. Menurut Larry A. Samover dalam tema komunikasi “*Impression Management and Reality Contributive.*”⁴⁹ Tujuan dasar “menata” pembicaraan antara lain mencetak kesan orang lain dan memberikan kontribusi realitas, artinya petugas menyampaikan suatu pesan kepada pasien dengan niat yang disadari untuk mempengaruhi perilaku pasien.

Dari uraian itu dapatlah dikatakan, bahwa kesopanan sebagai integritas kompetensi interpersonal Islam identik dengan model pendekatan bahasa dakwah yang bernuansa persuasif.⁵⁰ Proses ini seyogyanya dibangun dengan menggunakan dan memilih kata-kata yang benar (*qaulan haqqan*), tepat (*qaulan shawaban*), lurus (*qawiman*) dan efektif. Al-Qasyani berkata bahwa “*sadad*” dalam pembicaraan berarti berkata dengan kejujuran dan dengan kebenaran dari situlah terletak unsur segala kebahagiaan, dan pangkal dari segala kesempurnaan karena yang demikian itu berasal dari kemurnian hati. Menurut Moh. Natsir dalam bukunya *Fiqhud Dakwah* mengemukakan bahwa *Qaulan Sadida* adalah kata yang lurus (tidak berbelit-belit), kata yang benar, keluar dari hati yang suci bersih, dan diucapkan dengan cara demikian rupa, sehingga tepat mengenai sasaran yang dituju, yakni panggilan dapat sampai mengetuk pintu akal dan hati mereka yang dihadapi.⁵¹ Ringkasnya, pembicaraan tersebut efektif apabila

⁴⁹Larry A Samover, Richard E. Porter dan Nemi C. Jain, *Understanding Intercultural Communication* (California: Wodsworth Publishing Company, t.t.), h. 23.

⁵⁰Dakwah persuasif adalah “proses mempengaruhi *mad'u* dengan pendekatan psikologis, sehingga *mad'u* mengikuti ajaran *da'i* tetapi merasa sedang melakukan sesuatu atas kehendak sendiri”. Lihat M. Munir, dkk, *Metode Dakwah* (Jakarta: Kencana, 2006), h. 157.

⁵¹Moh. Natsir, *Fiqhud Dakwah*, h. 189.

menarik untuk didengar dan sasaran dapat tercapai (instruktif, informatif, ajakan atau imbauan, argumentatif dan klarifikatif).

Bagaimanakah pembicaraan atau sikap sopan dapat berhubungan dengan motivasi kesembuhan pasien? Menurut pendekatan *Cognitive-behavioral* konsekuensi dari perilaku tidak secara otomatis membentuk perilaku secara mekanis. Mekanisme kognitif juga penting untuk menjembatani antara keterkaitan lingkungan dengan individu.⁵² Dalam hal ini proses kognitif berdasarkan pada pengaruh kesopanan yang akan diambil pasien, bagaimana kesopanan itu dipersepsikan, diingat dan diteladani berdampak pada perilaku tanggapannya. Motivasi kesembuhan muncul sebagai regulasi-diri atau *positive coping* yang diinisiasi oleh kendali diri (*self-control*) dan ditentukan oleh *self efficacy* pasien. Yaitu “keyakinan” pasien akan kemampuan diri bahwa ia mampu merespon secara tepat dan mampu menyesuaikan diri secara efektif pada situasi tertentu. Makin tinggi harapan pasien akan kemampuannya, maka makin kecil kemungkinan pasien tersebut akan menampilkan respon yang disfungsi.

Ken Laidlaw dan rekannya menyatakan “distorsi kognitif” lah yang menyebabkan perilaku *maladaptive* dan menambah berat masalah pasien. Pikiran-pikiran negatif muncul secara otomatis di luar kesadaran dan membuat dialog internal atau bicara sendiri (*self-talk*) dalam batin.⁵³ Dalam teori *Rational Emotive Behavioral* (REB) kepercayaan yang irrasional inilah sebagai penyebab perilaku

⁵²B. Johnson, “Three Perspective on Addiction,” *Journal of American Psychoanalytic Association* 47 (1999): h. 791-815.

⁵³Ken Laidlaw, *et al.* eds. *Cognitive Behaviour Therapy with Older People* (USA: John Wiley & Sons Inc, 2003): h. 118.

inferior/kecemasan/ketakutan (mengancam) yang dalam penelitian ini mendampak motivasi kesembuhan rendah.⁵⁴ Untuk itu dalam konteks *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) kepercayaan irrasional atau *Belief Irrational* (B) tersebut harus diserang atau di *Dispute* dengan mengubah cara berpikir, kepercayaan, sikap, asumsi, imajinasi dan kesalahan dengan *mindset* positif sehingga lebih rasional dan dapat diterima.⁵⁵

Anneke van Schaik dan koleganya dalam penelitian yang dilakukan untuk menguji efektivitas IPT (*Interpersonal Psychotherapy*) dengan melakukan *dispute* pada simptom kognitif gejala depresi pada lansia terdapat bukti perubahan sangat baik yang menunjukkan korelasi dan pengaruh dari intervensi tersebut diantaranya memperbaiki *interpersonal deficit*/kurang percaya diri, kesedihan, ketakutan, dan konflik batin lainnya termasuk motivasi kesembuhan.⁵⁶

Proses *dispute* ini lazimnya adalah perdebatan kognitif. Yaitu memindahkan atau menyalin pikiran dalam bentuk lambang yang perlu disampaikan secara tepat oleh petugas kepada pasien melalui pembicaraan. Keramahan petugas dalam menyampaikan lambang-lambang tersebut berperan sebagai mekanisme proteksi agar kecemasan dan ketakutan tidak mengancam, dan ini menjadi sumber dari motivasi kesembuhan sebab pasien telah merasionalisasi pikiran dengan belajar mengatasi faktor-faktor penyebab munculnya gangguan

⁵⁴John Sommers Flanagan dan Rita Sommers Flanagan, *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice* (New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2004), h. 259.

⁵⁵Tom Butler Bowdon, *50 Psychology Classics; Insight and Inspiration Form 50 Key Books "Who we are; How we think; How we do,"* (USA: Nicholas Brealey, 2007), h. 74.

⁵⁶Anneke van Schaik, *et al.* eds. "Interpersonal Psychotherapy for Elderly Patients in Primary Care," *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 14, no. 9 (2006): h. 777-786.

pada dirinya sendiri melalui perkataan yang santun, tepat dan bermartabat dari petugas. Sabda Nabi Muhammad yaitu:

لَيْسَ الْمُؤْمِنُ بِالطَّعَانِ وَلَا اللَّعَانِ وَلَا الْفَاحِشِ وَلَا الْبَذِيٍّ⁵⁷

3. *al-'Uthfu*/Perhatian Memiliki Hubungan Signifikan dengan Motivasi Kesembuhan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa *al-'Uthfu*/Perhatian memiliki hubungan dengan motivasi kesembuhan secara signifikan, dimana *Chi Square Tests* diperoleh nilai *Continuity Correction* sebesar 22,537 dengan $p = 0,000$ dan $p < 0,05$. Hasil tersebut ditafsirkan bahwa pasien muslim yang mendapat perhatian petugas tidak baik mempunyai motivasi kesembuhan rendah sedangkan pasien muslim yang mendapat perhatian petugas baik mempunyai motivasi kesembuhan tinggi.

Shirley Bach dan Alec Grant dalam bukunya *Cummucation and Interpersonal Skills for Nurse* memasukkan perhatian petugas ke dalam *moral basis for healthy relating*. Menurutnya petugas harus memiliki kompetensi teknis tentang dasar-dasar moral komunikasi kesehatan yaitu menjunjung tinggi harkat dan martabat pasien, memperhatikan kondisinya, mendengarkan keluhannya, membangun kepercayaan, menunjukkan kepedulian dan kasih sayang, sebaliknya menghindari segala bentuk yang dapat mengganggu harga diri (*self esteem*) pasien seperti merendahkan, melecehkan atau tidak peduli dengan keberadaan pasien.⁵⁸

⁵⁷At-Tirmidzi, Jami' At-Tirmidzi, h. 331.

⁵⁸Shirley Bach dan Alec Grant, *Dommmunication and Interpersonal Skills for Nurse* (England: Learning Matters, 2009), h. 34.

Persoalan perhatian sebagai *moral basis for healthy relating* sudah peneliti bahas dalam profil univariat variabel. Beberapa tema di antaranya *empathy* sebagai kepedulian dalam perhatian, *advice* merupakan edukasi dalam perhatian, *caring*, *learning evaluation* dan *constructive feedback* asumsi dinamika motivasi kesembuhan, *sense of threat* dan *behavioral repertoire* sebagai reaksi kecemasan, dan terakhir *trust* dampak sikap perhatian.

Tidak bermaksud untuk mengulang pembahasan tersebut untuk menjelaskan hubungan *al-'Uthfu*/Perhatian dengan motivasi kesembuhan meskipun sebgai isi bahasan sudah memperlihatkan korelasinya. Hanya saja peneliti menarik konklusi dengan merujuk pada pendapat Owen Hargie dan David Dickson bahwa ketika perhatian diberikan oleh petugas telah terjadi *social process reward* atau proses dukungan sosial yang hanya menimbulkan dua konsekuensi yaitu *pertama* konsekuensi sebagai *reward*/penghargaan dan *kedua* konsekuensi sebagai *aversive*/permusuhan.⁵⁹ Artinya semakin perhatian petugas dipersepsi sebagai penghargaan oleh pasien maka semakin kuat motivasi kesembuhan yang dikehendaki dan sebaliknya semakin perhatian petugas dipersepsi sebagai permusuhan oleh pasien maka semakin lemah motivasi kesembuhan yang dikehendaki.

Beberapa dukungan penelitian di Indonesia dengan tema yang sama menunjukkan hubungan perhatian dalam konteks dukungan sosial terhadap motivasi kesembuhan. Misalnya, Mustikallah dan kawannya memfokuskan penelitiannya pada perhatian keluarga sebagai dukungan sosial terhadap motivasi

⁵⁹Owen Hargie dan David Dickson, *Skilled Interpersonal Communication: Research, Theory and Practice* (New York: Routledge, 2005), h. 90.

kesembuhan pasien menunjukkan signifikansi *Chi Square Test* ($p=0,023$).⁶⁰ Penelitian Mirnawati dengan uji korelasi parsial dihasilkan ($r=0,579$), artinya sikap perawat yang secara natural memiliki kepedulian terhadap kondisi pasien mendorong motivasi dan kepuasannya, seperti perhatian terhadap apa yang dikatakan pasien, menepati janji, memberi *advice* dan tidak merendahkan.⁶¹

Sedangkan pada level internasional, riset dengan tema yang sama namun segmentasi sampel berbeda salah satunya adalah penelitian disertasi Ruby C. Harris yang berjudul *Attentional Systems And The Expression Of Children's Motivation Orientation*. Penelitian ini mengkaji perhatian secara mekanistik bagaimana hubungannya dengan ekspresi motivasi seorang murid yaitu *need of achivement*. Ditemukan interkorelasi aspek-aspek motivasi dan perhatian dalam penelitian tersebut berkisar terendah ($r=0,29$) dan tertinggi ($r=0,67$) artinya terdapat hubungan yang signifikan bahwa ada hubungan perhatian dengan motivasi.⁶²

4. *as-Shabru*/Kesabaran Memiliki Hubungan Signifikan dengan Motivasi Kesembuhan

Hubungan antara *as-Shabru*/Kesabaran terhadap motivasi kesembuhan secara signifikan dapat dilihat dari hasil penelitian ini, perhitungan *Chi Square*

⁶⁰Dulakhir Okta Mustikallah, "Hubungan Antara Dukungan Sosial Keluarga Dengan Motivasi Kesembuhan Pasien Napza (Narkotika, Alkohol, Psikotropika Dan Zat Adiktif Lainnya) Di Rumah Sakit Ketergantungan Obat Jakarta Timur Tahun 2013," *Jurnal Ilmiah Kesehatan* 3, no. 3 (2013), h. 1-6.

⁶¹S. Misnawati, "Hubungan Komunikasi Interpersonal Perawat dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap di Ruang Cempaka RSUD AW Sjahranie Samarinda," *eJournal Psikologi* 2, no. 1 (2014): h. 100-114.

⁶²Ruby C. Harris, "Attentional Systems And The Expression of Children's Motivation Orientation" (Disertasi tidak diterbitkan, University of Louisville Kentucky, Department of Psychological and Brain Sciences, 2008), h. 83.

Tests diperoleh nilai *Continuity Correction* sebesar 61,724 dengan $p = 0,000$ dan $p < 0,05$. Angka tersebut ditafsirkan bahwa pasien muslim yang mendapat kesabaran petugas tidak baik mempunyai motivasi kesembuhan rendah sedangkan pasien muslim yang mendapat kesabaran petugas baik mempunyai motivasi kesembuhan tinggi.

Bagaimanapun esensi tugas tenaga kesehatan di rumah sakit sehari-hari tidak terlepas tindakan melayani pasien. Berinteraksi, komunikasi, koordinasi, transaksi, kerjasama menjadi aktivitas utama yang pada akhirnya menimbulkan rasa saling ketergantungan. Sepintas terkesan mudah, namun apabila dilihat secara lebih jeli dan dalam perspektif yang lebih luas, kunci suksesnya memang “kesabaran.” Sedikit mengilustrasikan, andai saja petugas tidak bersabar melayani pasien dengan segala keunikannya (sensitif, mudah tersinggung, cerewet, banyak maunya, tidak nurut, menjengkelkan dan lainnya) barangkali dalam hati kecil pernah bersuara rasa kesal, bosan, menggerutu, tersinggung, tertekan, takut, males, membiarkan dan tidak sanggup merawat, atau sedikit lebih ekstrim “iblis” membisikkan kepadanya “sukurin,” “mudahan cepat pulang” atau berharap pasien “cepat mati jasa,” dan lainnya. Untungnya dinamika emosional tersebut dibatasi kode etik profesi.

Menyandingkan dengan teori motivasi David Mc Clelland tentang *Need for affiliation* sebagaimana peneliti tulis dalam bab sebelumnya. Manusia pada dasarnya “tidak ingin merepotkan orang lain.” Jika masing-masing ditujukan kepada petugas dan pasien, *need for affiliation* adalah berinisiatif menjalin hubungan di antara keduanya, sama-sama ingin membantu, memberi, menghargai,

diterima, tidak menyukai resiko dan menghindari konflik. Kebutuhan-kebutuhan ini prinsipnya lebih dominan dibandingkan kebutuhan untuk dikasihani atau dibantu apalagi kebutuhan itu menyangkut harga diri. Begitupun Islam memandang, “*alyadul ulya khairan minalyadissufla*” bahwa tangan yang di atas lebih baik dari pada tangan yang di bawah, Islam mengajarkan lebih banyak memberi dari pada menerima, serta menuntun agar manusia menjaga kehormatannya dengan menahan hawa nafsu dari hal-hal yang diharamkan serta menjauhi kebiasaan dari apa yang tidak baik.

Dalam konteks inilah Tuhan memerintahkan (Q.S. Lukman/31:17) yaitu:

يٰۤاَيُّهَا الَّذِيْنَ اٰقَمِ الصَّلٰوةَ وَاْمُرْ بِالْمَعْرُوْفِ وَاَنْهَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَاَصْبِرْ عَلٰى مَا اَصَابَكَ اِنَّ
ذٰلِكَ مِنْ عَزْمِ الْاُمُوْرِ

Sangat transparan, perintah ini mewajibkan manusia untuk bersabar atas apa yang menimpanya sekaligus memberikan ruang berfikir betapa beratnya bersabar dalam situasi yang penuh teka-teki, tidak diketahui, melelahkan, menyakitkan atau memayahkan. Apresiasi inilah yang membentuk hubungan batin antara petugas dan pasien. Eksistensi kesabaran yang terefleksi dalam ketulusan, ketabahan dan bakti pada tugas serta kepada masyarakat mendorong pasien untuk segera ke luar dari problem sakitnya. Pesan moral ini menyentuh sisi batin keduanya, memotivasi masing-masing untuk bersemangat dan berusaha untuk menyembuhkan dan tersembuhkan dengan tidak mengesampingkan zat yang memberi kesembuhan. “*if there was no Paradise, Hell would not be torment,*” “seandainya surga tidak ada, tentu saja neraka tidak akan menjadi siksaan.” Dan

jika Tuhan tidak ingin memberi, niscaya Dia tidak akan memberikan keinginan dalam diri hambanya untuk meminta.

Demikianlah kesebaran itu dapat menyentuh motif baik secara internal dan eksternal pada pribadi pasien. Hal ini juga mendapat dukungan dari beberapa penelitian serupa seperti penelitian *case study* yang dilakukan oleh Masoud Kinpour. Ia menyatakan bahwa petugas dengan kesabaran diibaratkan sebagai *sponges* yang dapat menyerap emosi pasiennya, ketegangan, kecemasan, stress bahkan ketakutan dapat diproses sebagai *assurance* untuk dikembalikan dalam sebuah harapan kesembuhan.⁶³ Kemudian penelitian Tsukasa Kato menyatakan ada hubungan antara kesabaran dalam interpersonal dengan motivasi pada perilaku *coping* pasien depresi di tiga negara (US, Australia, China) $p < 0,05$.⁶⁴

Inilah sebuah fitrah, yakni sebuah bekal primordial yang telah Allah letakkan dalam jiwa manusia untuk hidup, mencintai sesama dan ketulusan membantu sesama. Diriwayatkan Al Gazali bahwa Nabi Isa berkata kepada kaumnya Bani Israil “*sesungguhnya sebelumnya telah dikatakan kepadamu, bahwa gigi dibalas dengan gigi, hidung dibalas dengan hidung, dan kini saya katakan kepadamu, janganlah kamu balas kejahatan dengan kejahatan, akan tetapi siapa yang menampar pipi kananmu, maka persilakan pipi kirimu kepadanya, siapa yang mengambil bajumu (selendangmu), berikan padanya sarungmu.*” Ketabahan

⁶³Masoud Kinpour, “Experience of Emotional Management in Medical Care (Case Study: Toronto),” *Journal of Applied Sociology* 48, no.4 (2013): h. 7-10.

⁶⁴Tsukasa Kato, “Relationship Between Coping With Interpersonal Stressors and Depressive Symptoms in The United States, Australia, and China: A Focus on Reassessing Coping,” *Journal Social Psychology-Toyo University PlusOne* 9, no.10 (2014): h. 78.

dan kesabaran ini akan menjadi teladan baginya sampai menumbuhkan rasa cinta dan kerinduan, karena ia telah dididik oleh kebaikan akan kesabaran itu sendiri.

G. Integritas Kompetensi Interpersonal Islam Berpengaruh Signifikan Terhadap Motivasi Kesembuhan

Pengaruh signifikan Integritas Kompetensi Interpersonal Islam Terhadap Motivasi Kesembuhan dapat dilihat dari hasil penelitian ini. Berdasarkan hasil analisis multivariat menggunakan Uji Regresi Logistik metode Enter disimpulkan ada pengaruh bersama-sama *al-Luthfu*/keramahan, *al-'Uthfu*/perhatian, dan *as-Shabru*/kesabaran terhadap motivasi kesembuhan pasien muslim khususnya pada kisaran (60%), sedangkan (40%) lainnya dipengaruhi oleh variabel yang tidak dimasukkan sebagai prediktor di rawat inap RSI Banjarmasin.

Hasil analisis variabel *al-Luthfu*/keramahan menunjukkan nilai $Exp(\beta) = 4,292$, $p = 0,009$ dan $p < 0,05$. Hal ini bermakna untuk pasien muslim yang mempunyai persepsi keramahan petugas tidak baik mempunyai resiko motivasi kesembuhan rendah adalah 4,292 kali lebih rendah dari yang motivasi kesembuhan tinggi. Sebaliknya pasien muslim yang mempunyai persepsi keramahan petugas baik mengakibatkan motivasi kesembuhan tinggi adalah 4,292 kali lebih tinggi dari yang motivasi kesembuhan rendah.

Pada variabel *al-'Uthfu*/perhatian menunjukkan nilai $Exp(\beta) = 3,219$, $p = 0,018$ dan $p < 0,05$. Hasil tersebut bermakna untuk pasien muslim yang mempunyai persepsi perhatian petugas tidak baik mempunyai resiko motivasi kesembuhan rendah adalah 3,219 kali lebih rendah dari yang motivasi

kesembuhan tinggi. Sebaliknya pasien muslim yang mempunyai persepsi perhatian petugas baik mengakibatkan motivasi kesembuhan tinggi adalah 3,219 kali lebih tinggi dari yang motivasi kesembuhan rendah.

Kemudian hasil analisis variabel *as-Shabru*/kesabaran menunjukkan nilai $Exp(\beta) = 30,986$, $p = 0,000$ dan $p < 0,05$. Hal ini bermakna untuk pasien muslim yang mempunyai persepsi kesabaran petugas tidak baik mempunyai resiko motivasi kesembuhan rendah adalah 30,986 kali lebih rendah dari yang motivasi kesembuhan tinggi. Sebaliknya pasien muslim yang mempunyai persepsi kesabaran petugas baik mengakibatkan motivasi kesembuhan tinggi adalah 30,986 kali lebih tinggi dari yang motivasi kesembuhan rendah.

Beberapa penelitian sebelumnya terkait dengan tema Integritas Kompetensi Interpersonal dengan Motivasi juga menampakkan pengaruh yang signifikan. Kemajuan motivasi pasien menghadapi ketakutan melalui program intensif interpersonal terapeutik yang diteliti oleh Elisabeth Schramm dan koleganya.⁶⁵ Efek kompetensi interpersonal pada penderita alkoholik dan depresi diteliti Priya Magesh dan Priya G.⁶⁶ Kemudian penelitian Hasan Siamian dan rekannya tentang basik kompetensi interpersonal yang mempunyai dampak terapeutik di rumah sakit.⁶⁷

⁶⁵Elisabeth Schramm, *et al.* eds. "An Intensive Treatment Program of Interpersonal Psychotherapy Plus Pharmacotherapy for Depressed Inpatients: Acute and Long-Term Result," *The Science of Research on Racial/Ethnic Discrimination and Health Journal* 164, no. 5 (2007): h. 768-776.

⁶⁶Priya Magesh dan Priya G. "A Study The Effect of Interpersonal Skill Intervention on Depression Among Alcoholic Patients," *Indian Journal of Health and Wellbeing* 5, no. 1 (2014): h. 46-49.

⁶⁷Hasan Siamian, *et al.* eds. "Assessment of Interpersonal Communication Skill Among Sari Health Centers Staff," h. 324-328.

Kembali membahas ketiga variabel yaitu: *as-Shabru*/kesabaran, *al-Luthfu*/keramahan dan *al-'Uthfu*/perhatian yang menurut persepsi pasien rawat inap RSI Banjarmasin berpengaruh pada tinggi rendahnya motivasi kesembuhan dimana *as-Shabru*/kesabaran tersebut menempati posisi paling tinggi pengaruhnya (30,986 kali) dibandingkan *al-Luthfu*/keramahan (4,292 kali) dan *al-'Uthfu*/perhatian (3,219 kali). Pertanyaannya *Mengapa kesabaran begitu besar dapat mempengaruhi motivasi kesembuhan pasien?* Untuk menjawab pertanyaan tersebut ada beberapa alasan peneliti yang lazimnya menjadi pijakan fundamental khusus pada variabel *as-Shabru*/kesabaran, yaitu:

1. Kesabaran Sebagai Landasan Pengabdian Tugas

Menurut peneliti mengabdikan sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit pada dasarnya wujud kesetiaan pada tugas. Konsistensi untuk menerapkan ilmu dan keahlian disetiap kasus yang beragam, yang datang silih berganti bahkan dalam ekspektasi yang kadang tidak sesuai harapan. Namun justru itu membuat pribadi petugas tumbuh dewasa, arif dan bijak dalam menatap, menilai, serta menyikapi keadaan dengan penuh tanggung jawab.

Pengabdian mengharuskan petugas secara formal mengawal pelayanan yang baik sesuai tuntutan rumah sakit. Ibarat "*mengalah untuk menang*" atau "*mundur sedikit untuk melompat lebih jauh*" merupakan manifestasi bahwa ketaatan melayani membutuhkan pengorbanan dan kesabaran. Tidak bisa dipungkiri, kedewasaan tutur sapa, sikap dan perilaku sering kali mekar di atas tugas yang berat, pengorbanan dan penderitaan. Pepatah Yunani kuno berbunyi "*Wisdom comes by suffering,*" bahwa sanya kebijaksanaan hidup datang lewat

penderitaan artinya kebijaksanaan pandangan itu datang mengunjungi seseorang tatkala seseorang tersebut bersentuhan dengan kepedihan dan pengorbanan.

Saat melihat langsung pengabdian petugas di rumah sakit, setidaknya terdapat tiga dimensi yang menyertai petugas apabila mampu bersikap sabar. *Pertama* adalah dimensi sosial. Faktanya bahwa, melayani pasien merupakan tugas sosial dan dinamika kehidupan sosial itu tidak luput dari cobaan yang membutuhkan kesabaran. Islam memberi tuntunan agar setiap orang mengajak kepada kesabaran *wa tawashaw bi al haqq wa tawashaw bi al shabr*, “berwasiatlah perihal kebenaran dan kesabaran” (Q.S. Al-Ashr/103:3), menempatkan kebenaran dan kesabaran sebagai objek yang harus disosialisasikan. Dalam konteks yang sama “*wa tawashaw bi al shabr wa watawashaw bi al marhamah*” (Q.S. Al-Balad/90:17) berwasiatlah perihal kesabaran dan berwasiatlah perihal kasih sayang, juga menempatkan kesabaran dan kasih sayang sebagai objek yang harus disosialisasikan. Jadi apapun yang dialami kedua belah pihak antara petugas dan pasien yang mampu sama-sama dalam kesabaran, tidak pernah putus harapan atau malah menjadi pasif melainkan menjadi sumber energi, bertahan gigih dan menguatkan diri dalam pemecahan masalah termasuk kesembuhan.

Kedua, selain dimensi sosial dalam periode tingginya kesabaran sebagai pengabdian melayani juga mengandung dimensi moral. Islam mengajarkan *wa lirabbika fashbir* yang berarti “*untuk memenuhi perintah Tuhanmu, bersabarlah*” (Q.S. Al-Muddatstsir/74:7). Maksudnya penerapan nilai-nilai moral kesabaran harus berorientasi pada kemaslahatan manusia dan menjunjung tinggi harkat

kemanusiaan. Petugas kesehatan dituntut kesadaran untuk senantiasa mengusahakan apa yang dilakukan bermanfaat bagi orang lain dan bagi dirinya sendiri. Cerminan moral yang tinggi dalam sabar menjaga keramahan, sabar menjaga sopan santun dan sabar menjaga perhatian terbukti membawa pengaruh bagi motivasi kesembuhan pasien yang merasakannya bahkan asas manfaatnya mencapai 30 kali lipat dalam penelitian ini.

Ketiga dimensi kecerdasan, menurut peneliti kesabaran sebagai pengabdian termasuk bagian dari hasil perenungan yang benar, kuatnya kehendak dan kesempurnaan akal pikiran. Atas dasar itu kesabaran petugas juga menggambarkan profil kecerdasannya. Hal ini dikuatkan dalam Islam, bahwa predikat *shabbar* bahkan disetarakan dengan *qawmun ya'qilun* (Q.S. Ar-Ruum/30:28) orang yang menggunakan akalnya, atau golongan cendekiawan *ulu al-albab* yaitu orang yang memiliki akal sehat. Nilai utama kesabaran terletak pada kesadaran akan sumber nilai tertinggi yang harus menjadi acuan dalam bertindak lahir dan maupun batin.

Petugas yang mempunyai kemampuan tersebut akan menunjukkan adanya kemampuan rasional yang lebih berperan dalam mengendalikan nafsu dan emosi. Sebagai contoh (40,8%) responden menyetujui petugas tidak marah saat memberi edukasi dan (32,7%) petugas sabar dalam menjelaskan, mendengarkan dan melayani. Apabila petugas menggunakan teknik komunikasi terapeutik dalam hal ini, berarti petugas telah mengimplementasi kesabaran dengan kecerdasan yang sehat. Salah satu tekniknya adalah “menganggukkan kepala” saat berbicara dengan pasien. Dengan “menganggukkan kepala” pasien merasa diterima,

dihargai dan keluhannya didengarkan. Bahkan seandainya pembicaraan itu tidak mungkin dihentikan atau petugas sudah bosan mendengarkan karena monoton dan lama setidaknya dengan anggukkan kepala apapun yang dipikirkan petugas tidak terkesan menolak kehadiran pasien.

Dapatlah dipahami kesabaran sebagai landasan pengabdian diselimuti dimensi-dimensi yang berfungsi edukatif dan evaluatif. Dalam jiwa petugas yang sabar akan terkandung menerima dan menghadapi tantangan dengan tetap konsisten dan pengharapan, memandang tekanan dalam tugas sebagai kesempatan untuk meningkatkan kualitas diri sehingga mereka sangat kuat menghadapi beban tugas (*tolerance to stress*), mampu mengendalikan diri dan mampu melihat sesuatu dalam perspektif yang luas, tidak hanya yang tampak tetapi juga melihat sesuatu dalam kaitannya dengan yang lain. Hikmah riset ini pun memberi pemahaman transendental bagi peneliti mengapa perintah untuk menjalankan tugas kerasulan dalam Islam itu disertai dengan petunjuk untuk bersabar (Q.S. Al-Muddastir/74:17) jawabnya agar berhasil dalam mengemban tugas kerasulan tersebut. Petugas yang dengan sabar mengabdikan dirinya melayani pasien meskipun berat, progresitas setiap tindakan itu mendapat apresiasi yang besar oleh pasien disertai respon positif seperti mentaati, menghargai, mempercayai dan menyadari pentingnya kesehatan/kesembuhan.

2. Kesabaran Sebagai Sistem Pertahanan Diri Petugas

Menurut peneliti kesabaran dalam diri petugas pada dasarnya merupakan sistem pertahanan diri. Sebab kesabaran tersebut dapat memproduksi segala usaha yang berorientasi pada tindakan atau intrapsikis baik yang berfokus pada masalah

maupun berfokus pada emosi untuk mengelola, menguasai, mentolelir, mengurangi dan meminimalkan kejadian yang penuh tekanan yang berpotensi menjadi konflik. Hal ini merupakan proses dinamik ketika berhadapan secara realistis dengan masalah, mentolelir dan menyesuaikan diri secara emosional saat ditimpa kejadian yang tidak dikehendaki, berusaha mempertahankan citra diri yang positif, dan berubah untuk meneruskan hubungan yang positif dengan orang lain. Pertahanan diri ini adalah usaha untuk tetap hidup sehat dalam menghadapi tekanan tugas yang dihadapi.

Sebagai suatu sistem pertahanan, kesabaran pada dasarnya menunjukkan kekokohan (*hardiness*). Kokoh menanggung semua penderitaan baik ketika menemukan sesuatu yang tidak disenangi maupun ketika kehilangan sesuatu yang disenangi. Petugas dengan sistem pertahanan diri yang baik akan tahan menderita atau tahan uji dalam mengabdikan dan mengemban tanggung jawab yang diberikan kepadanya baik yang berkaitan dengan stimulus “lahir” dan “batin,” baik “sukarela” maupun “terpaksa.”

Petugas dengan “sabar lahir yang sukarela” akan mampu melakukan tugas yang berat dengan sukarela; petugas dengan “sabar lahir yang terpaksa” akan mampu bersabar dalam kelelahan, kejenuhan, kebosanan, omelan, tersinggung, dll; petugas dengan “sabar batin yang sukarela” akan mampu membangun kesabaran jiwa untuk menjauhi tindakan yang tidak baik/malpraktek/nakal; petugas dengan “sabar batin yang terpaksa” akan mampu semisal waktu keluarga yang terbatas (lebih banyak di rumah sakit), berpisah dengan istri, hilangnya waktu liburan, atau kontak sosial kemasyarakatan yang terbatas.

3. Kesabaran Sebagai Keikhlasan Petugas

Menurut peneliti sabar tidak terlepas dari tujuan yang diinginkan, kuncinya adalah kesadaran atas tujuan yang ingin dicapai sehingga muncul sikap tabah hati, tanpa mengeluh dan menerima apa adanya. Seseorang yang lupa tujuan biasanya tidak mampu mengendalikan emosi ketika dihadapkan keadaan yang tidak nyaman. Untuk itu perlu kembali meluruskan tujuan transendental menguatkan dan berserah diri, berpasrah dan menyadari diri semata milik Allah sementara tugas hanya mengharap ridha-Nya.

Inilah yang peneliti maksud dalam kesabaran itu ada keikhlasan yaitu kelurusan niat, kematangan akal dan ketentraman jiwa karena Tuhan. Al-Ghazali menyebutnya sebagai “*shabru al-nafsi*” keterpujian dan kesempurnaan dalam sabar jiwa. Petugas yang tidak ada keikhlasan melayani akan terasa berat beban tugasnya, terpaksa dan menderita. Sebaliknya petugas dengan keikhlasan melayani akan terasa ringan, nyaman dan sukarela. Ada suatu penglihatan keyakinan yang mampu menembus fakta saat dalam keikhlasan. Fakta-fakta yang bersifat duniawi tidak membuat terpaksa dan terpikat melainkan ada dambaan kebahagiaan hakiki dibalik prahara tugas yang kadang tidak disenangi. Biarlah beban-beban tugas itu pada saat ini dihadapi dengan keikhlasan dengan pandangan positif sehingga menegakkan keyakinan bahwa diseberang sana ada imbalan kesenangan, kenikmatan dan kebahagiaan yang bersifat mutlak dan absolut.

Dengan demikian kesabaran sebagai keikhlasan merupakan *personality-value* dan integritas Islam Petugas untuk konsisten dalam niat karena Allah dan

melupakan semua acuan kepada selain-Nya dalam merawat dan mengobati pasien. Karena cukup dengan keikhlasan Islampun menjamin sebuah kemenangan bagi orang-orang yang bersabar (Q.S. Al-Anfaal/8:65).

يَأْتِيهَا النَّبِيُّ حَرَضِ الْمُؤْمِنِينَ عَلَى الْقِتَالِ ۚ إِنْ يَكُنْ مِنْكُمْ عِشْرُونَ صَابِرُونَ
يَغْلِبُوا مِائَتِينَ ۚ وَإِنْ يَكُنْ مِنْكُمْ مِائَةٌ يَغْلِبُوا أَلْفًا مِنَ الَّذِينَ كَفَرُوا بِأَنَّهُمْ قَوْمٌ
لَّا يَفْقَهُونَ

Allah berfirman “*jika ada dua puluh orang yang sabar di antaramu, niscaya mereka akan dapat mengalahkan dua ratus orang musuh, dan jika ada seratus orang yang sabar diantaramu, niscaya mereka akan dapat mengalahkan seribu dari orang kafir.*” Melalui ayat tersebut Tuhan menjanjikan bahwa dasyatnya kekuatan kesabaran itu mampu mencapai 100 kali lipat pengaruhnya. Atas dasar ini pula, peneliti semakin meyakini hasil penelitian ini bahwa kesabaran petugas mempunyai dampak 30 kali lipat terhadap motivasi kesembuhan pasien, bahkan jika disandingkan dengan ayat di atas dampak itu masih memungkinkan meningkat sampai 100 kali lipat terhadap motivasi kesembuhan pasien.



Gambar 5.1. Model Besarnya Pengaruh Kesabaran Terhadap Motivasi Kesembuhan.

H. Integritas Kompetensi Interpersonal Islam Dalam Proses Edukasi Terapeutik

Setelah menyelesaikan bahasan data kuantitatif sekarang peneliti melanjutkan bahasan data-data kualitatif dalam penelitian campuran ini. Berdasarkan data kualitatif yang ditulis pada paparan data proses edukasi terapeutik pada bab sebelumnya, telah disajikan tujuh *main idea* dari telusur wawancara dan observasi pelaksanaan proses pendidikan pasien dan keluarga di RSI Banjarmasin yaitu: 1) falsafah pendidikan pasien, 2) tujuan pendidikan pasien, 3) kebijakan pendidikan pasien, 4) prosedur edukasi terapeutik, 5) formulir edukasi terapeutik, 6) komponen pendidikan pasien, 7) peran dan fungsi tenaga kesehatan sebagai edukator.

Paparan data pada *main idea* kesatu sampai keenam menunjukkan outentifikasi bahwa di RSI Banjarmasin ada proses pendidikan pasien dan keluarga sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit yang diberlakukan

pemerintah. Hal ini membantu pasien berpartisipasi lebih baik pada asuhan yang diberikan dan untuk mendapat informasi yang cukup untuk mengambil keputusan pengobatan serta melibatkan pasien memperluas kemampuan perawatan diri melalui pendidikan yang interaktif.

Dalam kaitannya dengan komponen pendidikan Islam yang meliputi: tujuan, metode, materi, peran guru, kedudukan peserta didik serta lingkungan pendidikan, komponen pendidikan pasien dan keluarga di rumah sakit pada dasarnya sama (pendidikan bersifat universal). Namun karena segmentasi peserta didik yang berbeda maka pendidikan pasien dan keluarga di rumah sakit lebih menitikberatkan pada identifikasi kebutuhan edukasi dan materi edukasi terapeutik. Tujuannya agar edukasi terapeutik yang diberikan betul-betul tepat sasaran sesuai dengan kebutuhan pasien.

Dalam buku *Therapeutic Patient Education* yang dikeluarkan oleh WHO ditulis bahwa pendidikan pasien yang tepat memberikan kontribusi kepada pasien untuk beradaptasi dengan penyakit, efisiensi manajemen diri dengan mengelola dan mencegah komplikasi penyakit, efisiensi manajemen pelayanan rumah sakit dalam mutu pelayanan dan kepuasan pasien serta yang paling utama berkontribusi untuk mengurangi biaya pengobatan masyarakat.⁶⁸

⁶⁸World Health Organization, *Therapeutic Patient Education; Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Disease* (WHO Regional Europe, 1998), h. 3.

Tabel 5.1. Perbandingan Komponen Pendidikan Islam dan Komponen Edukasi Tepeutik di Rumah Sakit

Komponen Pendidikan	Pendidikan Islam	Rumah Sakit
TUJUAN	Membekali berbagai macam ilmu pengetahuan dan keterampilan, untuk mencapai kehidupan yang sempurna (seimbang antara kehidupan lahiriah dan batiniah) untuk taat kepada Allah.	Membekali pasien pengetahuan dan ketrampilan untuk berpartisipasi dalam proses dan pengambilan keputusan pelayanan, kemandirian dan pengobatan berkelanjutan.
METODE	Keteladanan, nasehat, cerita, memberi <i>reward</i> , memberikan sanksi, melatih kebiasaan baik serta menyalurkan bakat yang dimiliki setiap peserta didik	Keteladanan, demonstrasi, diskusi, video dan audio visual, leaflet, booklet, lembar balik, poster dan alat peraga.
MATERI	Pendidikan agama, akhlak, akal, ketrampilan dan sosial.	Pendidikan berorientasi pasien, penyakit, keselamatan pasien dan rehabilitasi, pencegahan.
PERAN GURU	Memiliki fisik, mental, akal, serta kepribadian yang sehat, Figur teladan seharusnya setiap gerak-gerik dan tingkah laku menjadi dicontoh dan diteladani oleh peserta didik.	Memiliki jiwa sebagai seorang pendidik dan memiliki pengetahuan tentang informasi yang akan disampaikan, memiliki rasa empati dan interpersonal yang baik, dilakukan melalui tatap muka dan secara interaktif, pada saat pasien dirawat, akan pulang atau ketika datang kembali berobat, memberikan keteladanan yang baik dan membina hubungan yang baik agar tercipta rasa percaya.
PESERTA DIDIK	Murid.	Pasien dan keluarga.
LINGKUNGAN	Lingkungan keluarga, sekolah, pondok pesantren, teman bermain, masyarakat.	Rumah sakit, poli klinik, masyarakat rumah sakit.

1. Implementasi Proses Pendidikan Dari Fase-Fase Edukatif Dengan Integritas Kompetensi Interpersonal Islam

Dalam penelitian ini fase-fase edukasi yang dianalisis yaitu: Fase pra-interaksi; Fase Orientasi; Fase Kerja dan Fase Terminasi. Berdasarkan tabel 4.32 integritas kompetensi interpersonal Islam petugas terimplementasi mulai dari fase

pra-interaksi (fase pertama) khususnya perhatian/*al-'Uthfu* dan Kesabaran/*as-Shabru*. Beberapa tugas yang terjadi dalam interaksi yaitu: mengumpulkan data tentang pasien, mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutan diri pasien, membuat rencana pertemuan (kegiatan, waktu, tempat, materi/informasi). Pada fase ini pula petugas dapat menganalisa kekuatan profesional diri dan keterbatasan serta membuat rencana edukasi.

Memasuki Fase Orientasi, Fase Kerja dan Fase Terminasi integritas kompetensi interpersonal Islam petugas terimplementasi secara total, petugas harus mampu memainkan kepiawaian dalam Keramahan/*al-Lutfu*, Kesopanan/*al-Adab*, Perhatian/*al-'Uthfu*, Kesabaran/*as-Shabru*. Berdasarkan observasi diketahui pada Fase Orientasi *outcome*-nya yaitu terjalinnya hubungan akrab dimulai dengan memberi salam dilanjutkan dengan memperkenalkan diri dan membuat kontrak pertemuan. Kemudian pada Fase Kerja, titik tekan bertumpu pada penguasaan materi pembelajaran oleh petugas sebagai edukator serta teknik medis dalam rangka yaitu: *pertama* meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien akan dirinya, perilakunya, perasaannya, pikirannya; *kedua* mempertahankan atau meningkatkan kemampuan pasien secara mandiri; *ketiga* melaksanakan terapi; *keempat* melaksanakan pendidikan kesehatan; *kelima* melaksanakan kolaborasi antar ahli terkait (rawat bersama); *keenam* melakukan observasi dan monitoring. Terakhir Fase Terminasi *outcome* nya terletak pada evaluasi dan tindak lanjut pembelajaran serta kontrak pembelajaran yang akan datang.

2. Model Interaksi Edukatif

Berdasarkan observasi terhadap kegiatan interaksi belajar mengajar antara petugas dengan pasien dapat dihimpun sejumlah nilai yang peneliti anggap merupakan substansi dari proses interaksi edukatif. Substansi tersebut terbagi dalam beberapa prinsip yaitu:

a. Prinsip Kebenaran Informasi

Kebenaran, atau memberi tahu yang sebenarnya dalam kaitannya dengan pembuatan *informed decision* dan *informed consent*. Hak pokok pasien untuk membuat keputusan mengenai tubuhnya sendiri menjadi landasan interaksi edukatif bagi pendidikan atau pengajaran pasien mengenai prosedur tindakan pengobatan, resiko dan manfaat sebab akan menimbulkan dampak tertentu baik jasmani maupun rohani terhadap pasien. Pada kenyataannya sulit menyampaikan kebenaran informasi apalagi terkait dengan resiko atau diagnosa yang diramalkan memburuk. Rankin menyatakan bahwa petugas seringkali dihadapkan dengan permasalahan mengenai penyampaian kebenaran bahkan dapat menimbulkan resiko meningkatkan rasa takut, harapan dan motivasi kesembuhan. Solusinya integritas sikap empatik dalam *al-'Uthfu*/Perhatian harus ditunjukkan secara konsisten dan tidak boleh berbeda di antara masing-masing petugas dengan program pengobatan yang dilaksanakan.⁶⁹

⁶⁹S. H. Rankin dan Stalling, K. D. *Patient Education: Issues, Principles, Practice* (Philadelphia: Saunders, 1990), h. 104.

b. Prinsip Motivasi Belajar

Dalam pelaksanaan interaksi edukatif yang teramati, tidak semua pasien (peserta didik) termotivasi menerima materi edukasi tertentu. Tingkat motivasi belajar pasien berbeda-beda ada (tinggi, sedang dan rendah). Kondisi ini relatif kurang disadari petugas yang seharusnya dapat mendorong minat belajar pasien dengan cara bervariasi.

Bersandar kepada teori motivasi Maslow dan teori belajar fungsionalistik Skinner, integritas kompetensi interpersonal Islam petugas sebagai media proses edukasi terapeutik seharusnya dapat mendorong minat belajar pasien bersumber ekstrinsik seperti ganjaran, pujian, hadiah dan menciptakan interaksi edukatif yang mendorong rasa ingin tahu, ingin mencoba, bersikap mandiri, dan ingin sembuh. Perilaku yang tampak pada pasien dengan motivasi belajar tinggi cenderung menunjukkan minat yang tinggi terhadap semua program pengobatan yang dilaksanakan oleh rumah sakit dan sebaliknya menunjukkan penolakan pada pasien dengan motivasi belajar rendah.

c. Prinsip Pemecahan Masalah

Masalah perlu pemecahan, bukan dihindari. Menghindari masalah sama halnya tidak mau membina diri untuk terbiasa memecahkan masalah. Namun begitu, masalah jangan dicari. Mencari masalah sama halnya mengundang masalah dan itu merupakan masalah tersendiri untuk menimbulkan masalah-masalah berikutnya.

Interaksi edukatif yang teramati di RSI Banjarmasin nampak melibatkan partisipasi keluarga untuk bersama-sama membantu memecahkan masalah pasien dalam perawatan dan pengobatan. Ini menarik dan mampu menciptakan rasa aman bagi pasien serta keluarga. Pemecahan masalah juga dapat mendorong pasien untuk lebih tegar, sabar, bahkan meningkatkan semangat motivasi kesembuhannya. Pasien merasa tidak sendiri menghadapi problem yang dialami dengan kehadiran keluarga. Sejauh *interview* dengan keluarga pasien, informasi kerap juga diberikan petugas kepada: istri/suami, anak, kakak dan keluarga dekat.

d. Prinsip Mengembangkan Diri

Pasien sebagai peserta didik pada hakekatnya mempunyai potensi untuk mencari dan mengembangkan dirinya sendiri. Lingkunganlah yang harus diciptakan untuk menunjang potensi sehat tersebut. Petugas sebagai guru bertugas memfasilitasi memberikan stimulus informasi sehingga membuat pasien menemukan pengetahuan yang betul-betul sesuai kebutuhan agar pasien dapat mengambil keputusan tentang pengobatan.

Menurut peneliti, disinilah pendidik sebagai fasilitator menjadi penting. Agar efektif, pendidik memang harus memiliki pengetahuan (tentang materi yang akan diberikan, peserta didik, dan psikologi pendidikan) dan mereka harus kompeten (imajinatif, fleksibel, mampu

menggunakan metode pengajaran, integritas kompetensi interpersonal dan memiliki kemampuan untuk memotivasi orang lain).

Sebagai contoh khusus untuk pasien dengan tingkat pendidikan tinggi, strategi pengajaran yang sesuai diarahkan untuk mendorongnya berinisiatif mencari informasi yang dapat memperluas dasar pengetahuan pasien, membantu pasien mengendalikan hidup dan memperkuat harga dirinya, “orang dewasa cenderung berinisiatif belajar jika ia merasa perlu untuk belajar dan cenderung tidak berinisiatif belajar jika ia merasa tidak perlu belajar terlepas dari penting dan tidak materinya.”

3. Motivasi dan Perilaku Kesehatan Peserta Didik

Dalam kaitan proses edukasi terapeutik dengan motivasi kesembuhan, pada pokoknya petugas sebagai pendidik perlu memahami “apa yang menggerakkan peserta didik untuk belajar” dan “faktor apa yang dapat meningkatkan atau mengganggu peserta didik menyerap pengetahuan.” Menurut peneliti ini penting sebab hasil yang menonjol dilapangan bahwa masih terdapat minat responden yang rendah terhadap edukasi terapeutik petugas baik yang bersifat formal maupun situasional. Padahal tinggi rendahnya motivasi peserta didik merupakan indikator keterlibatan yang potensial dalam program pendidikan pasien di rumah sakit.

Keadaan selanjutnya ternyata pengetahuan petugas saja tidak menjamin peserta didik akan terlibat aktif berperilaku sehat, juga tidak menjamin bahwa hasil yang dikehendaki dapat dicapai. Program pendidikan yang dipikirkan

dengan baik tidak akan mencapai tujuan yang ditetapkan jika tidak ada pemahaman petugas terhadap peserta didik khususnya dalam konteks motivasi serta integritas kompetensi interpersonal sebab pemahaman yang mendalam terhadap proses interaksi antara penerimaan informasi dan penerapan informasi serta faktor penghambat dan faktor peningkat hasil pengobatan adalah hal yang esensial bagi petugas sebagai pendidik dalam menjalankan proses edukasi terapeutik.

Fakta wawancara atribusi intrinsik seperti kesiapan emosi, nilai dan keyakinan, fungsi pengindraan (*modelling*), dan tingkat keparahan atau kekronisan penyakit dapat membentuk motivasi pasien belajar asal dikelola dengan benar. Sedangkan elemen fungsionalistik keberhasilannya ditentukan oleh dimensi fisik, emosi dan kognitif. Persepsi pasien terhadap perbedaan antara keadaan kesehatan sekarang dan yang diharapkan dapat menjadi faktor yang memotivasi perilaku kesembuhan dan mengendalikan kesiapan belajar.

Keterjangkauan dan ketersediaan SDM yang mumpuni dan materi bermutu serta berbagai jenis *reward* sebagai aspek lingkungan belajar dapat mempengaruhi motivasi pasien. Lingkungan yang tidak *supportif* seperti kegaduhan, kekacauan, berisik/*nois*, dan tidak adanya privasi dapat mengganggu berkonsentrasi dan mengurangi kondisi penerimaan pembelajaran. Sebaliknya lingkungan sekitar yang menyenangkan, nyaman, dan bisa disesuaikan sendiri dapat meningkatkan kondisi siap belajar.

Dalam literatur yang membahas aksioma⁷⁰ motivasi kesembuhan pasien, terdapat empat tahapan sebagai pijakan untuk mendidik pasien atau edukasi terapeutik berdampak pada tingkat motivasi kesembuhan, meliputi: 1. Status kecemasan optimal, 2. Penetapan tujuan yang realistis, 3. Kepuasan/keberhasilan peserta didik, dan 4. Dialog yang mengurangi atau mempertahankan ketidakpastian.⁷¹

a. Status Kecemasan Optimal.

Pembelajaran paling baik dilakukan saat status kecemasan pasien ringan. Inilah keadaan optimal untuk belajar. Pada keadaan ini, kemampuan seseorang untuk mengobservasi, memfokuskan perhatian, belajar, dan beradaptasi bersifat operatif. Persepsi, konsentrasi, pemikiran abstrak, dan pengolahan informasi dapat ditingkatkan. Perilaku diarahkan pada situasi belajar atau situasi yang menantang. Pasien dengan status kecemasan ringan lebih mudah untuk diatur dan memang diketahui menunjukkan perilaku mampu didik. *Grade* satu tingkat di atas tingkat optimal ini yaitu tingkat tinggi/parah, kemampuan untuk menerima lingkungan, berkonsentrasi, dan belajar menjadi berkurang, perhatian pada stimulus eksternal akan berkurang dan peserta menjadi semakin sibuk

⁷⁰Aksioma merupakan dasar pemikiran yang melandasi pemahaman atas suatu fenomena. Petugas sebagai mendidik harus memahami dasar pemikiran yang dipakai untuk meningkatkan motivasi peserta didik. Lihat Eleanor Richards, "Motivasi, Kepatuhan, dan Perilaku Kesehatan Peserta Didik," dalam Susan B. Bastable, *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran dan Pembelajaran* (Jakarta: EGC, 2002), h. 136.

⁷¹Eleanor Richards, "Motivasi, Kepatuhan, dan Perilaku Kesehatan Peserta Didik," dalam Susan B. Bastable, *Perawat Sebagai Pendidik: Prinsip-Prinsip Pengajaran dan Pembelajaran* (Jakarta: EGC, 2002), h. 136.

dengan dirinya (*self-absortion*), dan perilaku cenderung bereaksi lebih defensif bukan kognitif.

b. Penetapan Tujuan yang Realistis.

Penetapan tujuan pembelajaran yang realistis akan mendorong pasien bersikap berusaha, sebab tujuan tersebut masuk akal dan dapat dicapai. Tujuan yang melampaui jangkauan pasien akan membuatnya frustrasi dan tidak produktif. Tujuan yang tidak realistis berdampak merugi dalam proses edukasi terapeutik, banyaknya waktu terbuang dan paling fatal mengakibatkan pasien memasuki tahap “putus asa/menyerah.”

Tujuan yang ditetapkan dengan realistis adalah faktor memotivasi. Membangun keyakinan pasien untuk dapat mewujudkan tugas yang diberikan padanya serta dapat memfasilitasi perilaku ke arah tujuan tersebut. Oleh karena itu menetapkan tujuan realistis harus sejajar dengan tingkat perubahan perilaku yang dibutuhkan serta mengetahui kebutuhan apa sebenarnya yang ingin diubah peserta didik. Penetapan tujuan bersama antara peserta didik dan pendidik dapat mengurangi dampak negatif dengan transparansi rencana pendidikan pasien di rumah sakit.

c. Kepuasan/keberhasilan peserta didik.

Peserta didik dimotivasi oleh keberhasilan. Keberhasilan bersifat pemuasan diri dan melengkapi harga diri seseorang. Dalam suatu proses siklis, keberhasilan dan harga diri yang meningkat mampu menggerakkan peserta didik ke arah pencapaian tujuan. Jika pasien didik cukup nyaman dengan pencapaian yang perlahan, motivasi kesembuhan akan terus

meningkat. Sebaliknya, jika kinerja klinis atau pelayanan yang dirasa buruk harga diri pasien dapat berkurang disertai menurunnya motivasi.

d. Berkurang atau bertahannya ketidakpastian.

Ketidakpastian dan kepastian termasuk faktor yang memotivasi dalam situasi pembelajaran. Seseorang yang terus melakukan “dialog internal” (bicara pada diri sendiri) dapat mengurangi/memelihara ketidakpastian. Mereka tetap “bicara-sendiri”; mereka “memikirkan sesuatu secara mendalam.” Jika dia mau mengubah status kesehatannya, perilaku akan berlangsung setelah dialog yang mengkaji ketidakpastian misal “jika saya berhenti merokok, maka kemungkinan terkena kanker paru akan berkurang.” Sebaliknya jika kemungkinan hasil perilaku itu lebih tidak pasti, maka perilaku akan bersifat mempertahankan ketidakpastian, misalnya “saya tidak yakin kalau saya perlu operasi sebab harapan hidupnya tidak berbeda antara mereka yang operasi dan mereka yang tidak.” Ada peserta didik yang mungkin mempertahankan perilaku yang ada akibat melihat probabilitas hasil pengobatannya sehingga ketidakpastian diperhatikan.

Mishel mengkonsep ulangkan konsep ketidakpastian pada penyakit. Dia memandang ketidakpastian sebagai irama kehidupan yang penting dan alami bukan sebagai pengalaman yang bersifat aversif. Ketidakpastian yang cukup besar akan berdampak pada pilihan dan pembuatan keputusan dan dapat mengganggu penerimaan atau kesiapan

untuk berubah. Pengurangan ketidakpasitan secara dini tidak produktif bagi peserta didik, yang belum cukup menjelajahi alternatif yang ada.⁷²

4. Hambatan Proses Edukasi Terapeutik

Mengakhiri pembahasan kualitatif ini, peneliti menulis beberapa halangan dan rintangan terhadap proses edukasi terapeutik. Banyak para pendidik yang menyatakan bahwa pembelajaran orang dewasa berlangsung bukan karena guru memprakarsai proses pembelajaran tersebut, melainkan karena guru dapat menyingkirkan atau mengurangi rintangan pembelajaran dan meningkatkan proses tersebut setelah proses berjalan. Petugas tidak boleh membatasi pembelajaran hanya pada informasi yang diharapkan dari pembelajaran, tetapi secara jelas harus memungkinkan munculnya potensi bagi pembelajaran secara informal dan diharapkan dapat meningkat setiap bertambah hari pengobatan/perawatan atau setiap pertemuan antara guru dan peserta didik.

Sayangnya ada banyak hambatan yang dihadapi petugas saat melaksanakan tanggung jawab mereka untuk mendidik pasien di samping hambatan yang mengganggu pembelajaran. Hambatan terhadap pendidikan adalah faktor yang menghalangi kemampuan petugas di dalam memberikan jasa pendidikan. Rintangan pembelajaran juga faktor negatif terhadap kemampuan peserta didik untuk menerima dan memproses informasi.

Berikut ini merupakan hambatan utama yang terdeteksi mengganggu kemampuan petugas untuk menjalankan perannya sebagai pendidik di RSI Banjarmasin berdasarkan pendapat responden, yaitu:

⁷²M. H. Mishel, "Reconceptualization of The Uncertainty in Illness Theory," *Image: Journal of Nursing Scholarship* 22, no. 4 (1990): h. 256.

- a. Beberapa petugas pada dasarnya tidak siap untuk “mengajar,” kemungkinan tidak kompeten dan tidak yakin dengan keterampilannya padahal *performance*-nya bagus. Ini mempengaruhi persepsi pasien atas kompetensi petugas dari sisi kemampuan untuk kinerja yang tampak (*tangible*).
- b. Penyampaian bahasan dengan tema yang mirip/sama tetapi isi yang berbeda antara petugas yang satu dengan yang lain. Tampaknya ada “kesalahan fungsi” atau inkonsistensi petugas. Menurut peneliti dimungkinkan akibat koordinasi dan delegasi tanggung jawab yang tidak memadai sehingga terjadi deviasi waktu, tempat, isi, dll. Alternatif pemecahannya adalah dengan standarisasi materi, tanggung jawab pengajaran harus diperjelas, dan jalur komunikasi harus diperkuat di antara ahli pemberi perawatan dan pengobatan.
- c. Adanya kecenderungan perbedaan tingkat perhatian dan kebutuhan pasien akan pendidikan lebih tinggi dibanding prioritas petugas untuk mengajar/mendidik yang rendah. Pribadi petugas pendidik memainkan peranan penting. Motivasi untuk mengajar merupakan faktor untuk menentukan keberhasilan upaya pendidikan. Faktanya menurut pasien dan keluarga pengajaran yang dilakukan petugas cenderung prioritas rendah. Ini dimungkinkan karena sifat asuhan perawatan dan pelayanan medik lebih berorientasi pada tugas utama serta kurangnya keyakinan di pihak praktisi dalam menjalankan peran pengajaran.

d. Kurangnya waktu untuk memberikan edukasi/mengajar. Hal ini merupakan hambatan utama yang selalu ada, apalagi rumah sakit dengan angka *turn over* (keluar-masuk) yang tinggi termasuk RSI Banjarmasin. *Turn over* yang tinggi menyebabkan hari rawat yang pendek sehingga buku ajar yang membahas materi ideal tidak lagi diterapkan secara realistis. Dalam temuan data kuantitatif beberapa item juga mendapat respon setuju bahwa petugas terbatas dalam memberikan penjelasan. Menurut peneliti solusinya petugas harus tahu cara menggunakan pendekatan yang singkat, efisien, dan tepat guna untuk pendidikan pasien dengan memakai metode dan peralatan instruksional. Dapat pula pengajaran dilakukan saat perencanaan pasien pulang untuk memastikan kesinambungan pengobatan selanjutnya.

Berikutnya merupakan hambatan utama yang menghambat kemampuan pasien/peserta didik untuk menerima proses edukasi terapeutik.

- a. Stres akibat penyakit akut dan kronis, ansietas/kecemasan tinggi, menurunnya kinerja panca indra, dan tingkat pendidikan yang rendah pasien mendorong menurunkan motivasi peserta didik dan menghambat proses pembelajaran.
- b. Dampak negatif dari lingkungan rumah sakit itu sendiri yang mengakibatkan hilangnya kendali, kurangnya privasi, ruangan panas, bising/ada pekerjaan renovasi, petugas kurang aktif dapat mengganggu peran aktif pasien melibatkan diri dalam proses belajar mengajar.

- c. Kurangnya waktu untuk belajar akibat dipulangkan lebih cepat menurunkan semangat dan memfrustasikan peserta didik, menghalangi kemampuan dan keinginannya untuk belajar.
- d. Karakter pribadi peserta didik khususnya kesiapan untuk belajar, motivasi dan kepatuhan, dan gaya belajar serta target pencapaian pembelajaran pasien. Seberapa jauh perubahan perilaku yang dibutuhkan, baik jumlah maupun kompleksitasnya dapat memusingkan peserta didik apalagi yang cenderung bersifat memaksa.
- e. Kurangnya dukungan dan dorongan positif yang terus-menerus dari petugas dan keluarga atau pihak berkepentingan.
- f. Penolakan/*reject* didasari kebencian terhadap petugas atau pihak berwenang. Frustrasi akibat ketidaknyamanan, fragmentasi dan tidak manusiawi memunculkan pengabaian terhadap upaya ikut serta dalam pembelajaran atau memenuhi sasaran objektif pembelajaran.

I. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan *pertama* penelitian ini pada instrumen pengumpulan data atau disebut dengan skala. Skala yang digunakan dalam mengukur variabel penelitian belum *standard*/baku dan belum teruji keandalannya berkali-kali sehingga memiliki kecenderungan bias mengungkap apa yang sebenarnya ingin diungkap. Skala penelitian disusun oleh peneliti sendiri berdasarkan tinjauan pustaka/teori yang ada dengan cara mengoperasionalkan konstruk variabel melalui item-item pertanyaan. Sedangkan upaya untuk meminimalkan bias dalam

konstruksi instrumen tersebut dilakukan prosedur uji validitas dan reliabilitas skala dan hanya mengambil item-item yang mempunyai nilai korelasi di atas 0,50 dengan indeks reliabilitas di atas 0,60.

Kedua, penelitian ini tidak melakukan kontrol terhadap karakteristik sampel berdasarkan klasifikasi penyakit yang diderita pasien, misalnya pasien dengan kasus penyakit dalam dan pasien dengan kasus tindakan bedah. Sehingga gambaran tinggi rendahnya motivasi kesembuhan cenderung bersifat umum termasuk tidak memperhatikan berat ringannya status penyakit yang dialami pasien tersebut. Kendati demikian peneliti sudah melakukan pengelompokan sampel berdasarkan unit pelayanannya yaitu rawat inap dan rawat jalan serta menentukan pasien rawat inap beserta kasus penyakitnya sebagai sampel penelitian.

Ketiga, penelitian ini hanya meneliti motivasi kesembuhan pasien berdasarkan pengaruh variabel integritas kompetensi interpersonal Islam tenaga kesehatan yang terdiri dari *al-Luthfu*/Keramahan, *al-Adab*/Kesopanan, *al-Uthfu*/Perhatian dan *as-Shabru*/Kesabaran. Secara statistik pengaruh tersebut dapat dijelaskan sebesar (60%), sedangkan (40%) lainnya dipengaruhi oleh variabel yang tidak dimasukkan sebagai prediktor seperti: variabel jenis penyakit, dukungan keluarga, organisasi dan manajemen rumah sakit, pelayanan administrasi, dan variabel lingkungan rumah sakit (seperti: kebersihan, *nois*/kebisingan, dan nuansa religius lainnya yang bersifat *tangible*/tampak).