

PENINGKATAN PERILAKU CARING PERAWAT MELALUI KEPEMIMPINAN KEPERAWATAN BERDASARKAN KECERDASAN EMOSIONAL

Nur Izzah,¹⁾ Agung Waluyo²⁾ Dewi Irawaty³⁾ Mochtarudin Mansyur⁴⁾

¹Fakultas ilmu keperawatan, Universitas Indonesia
email: izzah.priyogo@yahoo.com

²Fakultas ilmu keperawatan ,Universitas Indonesia
email: agungwss@yahoo.com

³ Fakultas ilmu keperawatan, Universitas Indonesia
email: d_irawati@ui.ac.id

⁴ Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia
email: m0mansyur@yahoo.co.uk

Abstract

Nursing leadership based on emotional intelligence is potential to improve nursing caring behavior in Indonesia. The purpose of this research is to find out the effectivity of nursing leadership based on emotional intelligence of the head nurse and its effect to the associate nurse's caring behavior. The study occupy quasi experimental with control group time series design. Proportional random sampling technique was used for the in-patients departments of both hospitals with 44 participants from each hospital. The statistical analysis used general linear model of repeated ANOVA to find out the different of caring behavior on the intervention group and the control group and to gain the different caring behavior on each measurement thus know the effect age and length of working on associate nurse's caring behavior. The result of this study shows the score of the associate nurse's caring behavior on intervention group is higher than the control group with the P value= 0.020. The increase of the score of associate nurse's caring behavior on intervention group was significant with the mean before the intervention is 135.5 and after the intervention, mean= 142.1, with the P value= 0.003. There is significant effect of the nursing leadership based on the emotional intelligent with the associate nurse's caring behavior. The nursing leadership based on emotional intelligent is effective to improve associate nurse's caring behavior so it is recommended to give the training for the implementation.

Keywords: *K3E, caring behavior, associate nurse.*

1. PENDAHULUAN

Perawat merupakan sumber daya manusia yang ikut mewarnai pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena selain jumlahnya yang dominan, juga merupakan profesi yang memberikan pelayanan yang konstan dan terus menerus selama 24 jam kepada klien setiap harinya. Kehadiran perawat yang terus menerus selama 24 jam diruang rawat inap mempunyai kelebihan tersendiri dibandingkan profesi kesehatan yang lain. Studi dokumentasi yang peneliti lakukan di tiga rumah sakit di Jawa Tengah terhadap keluhan yang disampaikan klien maupun keluarga melalui kotak saran dan SMS center, maupun wawancara didapatkan adanya keluhan bahwa masih adanya perawat yang kurang

jujur, kurang ramah terhadap klien dan keluarga, kurang tanggap terhadap keluhan klien, pelayanan yang masih kurang sesuai dengan harapan dan kurangnya komunikasi dengan klien dan keluarga. Bahkan berdasarkan studi tentang time respon di salah satu rumah sakit didapatkan rerata *time respon* perawat terhadap keluhan klien 11 menit.

Dalam praktik keperawatan, seyogyanya hal menuntut untuk dapat berperilaku *caring* terhadap klien. Perilaku tersebut tidak perlu terjadi, karena seorang perawat di *caring* harus terus ditingkatkan agar dapat meningkatkan profesionalismenya. *Caring* merupakan suatu sikap rasa peduli, hormat, menghargai orang lain. Dwiyanti (2007)

menyatakan bahwa *Caring* mempunyai komitmen untuk mencegah terjadinya sesuatu yang buruk, ungkapan cinta dan ikatan, otoritas dan keberadaan, selalu bersama, empati, pengetahuan, penghargaan dan menyenangkan.

Memberikan asuhan (*caring*) secara sederhana tidak hanya sebuah perasaan emosional atau tingkah laku sederhana. *Caring* merupakan kepedulian untuk mencapai perawatan yang lebih baik. Perilaku *caring* bertujuan dan berfungsi membangun struktur sosial, pandangan hidup dan nilai kultur setiap orang yg berbeda pada suatu tempat, maka perilaku *caring* menjadi sangat penting dalam memengaruhi kualitas pelayanan dan kepuasan klien terutama di rumah sakit. Mulyono, Hamzah & Abdullah (2013) menyatakan bahwa setiap upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit harus juga disertai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan salah satunya dengan peningkatan kinerja perawat.

Caring merupakan sikap dan perilaku yang harus menjadi bagian dari kinerja profesional keperawatan, karena perilaku *caring* tidak hanya mampu meningkatkan kepuasan klien namun juga dapat meningkatkan keuntungan rumah sakit. Namun tidak mudah merubah perilaku *caring* seseorang dalam waktu yang singkat. Berbagai permasalahan yang dihadapi terkait dengan kurangnya perilaku *caring* perawat pelaksana, masih rendahnya kinerja dan kepuasan kerja perawat, salah satu faktor penyebabnya adalah kepemimpinan kepala ruang yang masih kurang optimal. Hal ini dapat terlihat pada hasil studi pendahuluan yang peneliti lakukan terhadap peran kepala ruang sebagai manajer belum optimal karena walaupun sudah ada pedoman bahwa pengorganisasian ruang rawat menggunakan metode penugasan tim namun tampak peran kepala ruang selaku pemimpin diruangan tersebut masih kurang.

Hasil beberapa kajian tersebut memperlihatkan adanya masalah dalam pengelolaan perawat pelaksana dan tampak peran kepala ruang dalam memimpin perawat pelaksana sebagai bawahan belum optimal. Hal ini dapat disebabkan karena fungsi kepemimpinan keperawatan belum dijalankan secara optimal seperti fungsi pemberian motivasi, pengarahan, dan pengambilan

keputusan tentang layanan sebagai akibat kompetensi kepala ruangan yang belum memadai. Untuk mengatasi hal tersebut sangat diperlukan adanya upaya pengembangan kepemimpinan.

Pengembangan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional tampaknya dapat berdampak pada praktik keperawatan salah satunya dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat yang menjadi tanggung jawabnya. Gantzer (2011) juga menyatakan bahwa ada hubungan yang positif antara kecerdasan emosional dengan praktik keperawatan.

Hal inilah yang mendorong peneliti untuk melakukan penelitian tentang pengembangan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional, dalam upaya meningkatkan perilaku *caring* perawat pelaksana.

2 TINJAUAN PUSTAKA

Konsep *caring* memiliki arti yang luas bila dikaitkan dengan profesi keperawatan. Florence Nightingale menjelaskan perawat yang dilatih perilaku *caring* sebagai tindakan yang disengaja, holistik yang bertujuan untuk menciptakan dan memelihara lingkungan yang mendukung proses penyembuhan secara alami Nightingale, (1859, dalam Wiman, 2004). Watson (1999) dalam Tomey and Alligood, 2006) menyatakan bahwa ada tujuh asumsi yang mendasari konsep *caring* sebagai berikut: *caring* akan efektif bila diperlihatkan dan dipraktikkan secara interpersonal, *caring* yang efektif dapat meningkatkan kesehatan individu dan keluarga, *caring* merupakan respon yang di terima klien tidak saat itu saja, tetapi dapat memengaruhi keadaan klien selanjutnya, lingkungan yang penuh *caring* sangat potensial untuk mendukung perkembangan klien, *caring* terdiri dari faktor karatif yang berasal dari kepuasan dalam membantu memenuhi kebutuhan klien, *caring* lebih kompleks dari pada *curing*, karena praktek *caring* memadukan antara pengetahuan biofisik dengan pengetahuan mengenai perilaku manusia yang berguna dalam meningkatkan

derajat kesehatan klien, *caring* merupakan inti dari keperawatan. Tujuh asumsi dasar tentang *caring* tersebut dapat pula diterjemahkan dalam hubungan atasan dengan bawahan dalam praktik keperawatan.

Pendekatan yang digunakan untuk meningkatkan perilaku *caring* perawat pelaksana salah satunya menggunakan pendekatan kinerja Gibson. Perilaku individu (kinerja) dipengaruhi oleh variabel individu, variabel psikologis dan variabel organisasi. Kepemimpinan merupakan sub variabel organisasi yang memengaruhi perilaku individu (kinerja) dalam hal ini perilaku *caring* perawat pelaksana.

Goleman, (2007) mengungkapkan bahwa agar seseorang mampu melaksanakan kepemimpinan '*primal*' maka setiap pemimpin memerlukan kompetensi kecerdasan emosional yang terdiri dari: 1). kompetensi personal meliputi kesadaran diri dan manajemen diri, 2). kompetensi sosial meliputi kesadaran sosial dan manajemen hubungan. Pemimpin yang cerdas secara emosional akan membangun resonansi dengan mendengarkan dan menyelaraskan diri dengan perasaannya sendiri dan orang lain dan membimbingnya ke arah yang benar.

Resonansi bukan hanya berakar pada suasana hati yang baik atau kemampuan pemimpin untuk mengatakan sesuatu hal yang benar tetapi juga pada sekumpulan kegiatan yang terkoordinasi (Goleman, 1995). Seorang pemimpin yang tidak cerdas emosinya dapat mengacaukan situasi sebuah tim. Karena emosi menular, maka anggota tim saling mencontoh sikap emosi rekannya, baik yang positif maupun yang negatif. Untuk itu dibutuhkan seorang pemimpin yang kuat dan cerdas emosinya agar dapat terus mempraktekkan pengelolaan diri.

Seorang pemimpin yang memiliki kecerdasan emosional dapat memantau nada emosi tim dan membantu anggota-anggotanya mengenali setiap disonansi yang melandasinya (Wirawan, 2013).

Pemimpin yang resonan tahu kapan ia harus bekerjasama dan kapan harus bersikap visioner, kapan harus mendengarkan dan kapan harus memerintahkan (Goleman, 1995 dan Wirawan 2013). Pemimpin seperti ini membangun relasi, mengangkat isu-isu ke permukaan, dan menciptakan sinergi manusia dari kelompok yang harmonis. Pemimpin membangun kesetiaan yang teguh dengan bersikap peduli pada karier orang-orang yang bekerja untuknya.

Model kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional meliputi intervensi untuk meningkatkan sistem personal, interpersonal dan sistem sosial. Untuk meningkatkan kompetensi kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional kepala ruang, maka model K3E harus dilakukan secara terus menerus oleh kepala ruang. Ada 15 kegiatan untuk meningkatkan kompetensi kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional harus menyatu dilakukan terus menerus. Maka untuk mengimplementasikan model tersebut diperlukan sosialisasi dan pelatihan kepada kepala ruang.

3 METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini adalah *quasi experiment with control group desain time series*. Intervensi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah penerapan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional dilakukan kepala ruang rawat inap yang sebelumnya telah dilakukan pelatihan.

Pelatihan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional dilakukan selama 3 hari di ruang kelas dan 5 hari praktik di ruang rawat. Kepala ruang yang menerapkan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional adalah kepala ruang yang telah dinyatakan lulus dalam pelatihan.

Desain penelitian secara rinci digambarkan dalam skema sebagai berikut :

Skema 1. Design Penelitian

Kelompok	Pre test	Perlakuan	Post test		
			1 bl	2	3 bl

		bl			
A	O1A	$\xrightarrow{X1}$	O2A	O3A	O4A
B	O1B	$\xrightarrow{X2}$	O2B	O3B	O4B
		\longrightarrow			

Keterangan :

- O1(A,B) = Perilaku *caring* perawat pelaksana sebelum diberikan intervensi
- X1 = Intervensi berupa kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional yang dilaksanakan oleh kepala ruang.
- O2A,O3A dan, O4A = Perilaku *caring* perawat pelaksana setelah 1, 2 dan 3 bulan dipimpin kepala ruang yang menerapkan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional
- O2B, O3B dan, O3B = Perilaku *caring* perawat pelaksana yang diukur setelah 1 bulan, 2 bulan dan 3 bulan kemudian yang dipimpin oleh kepala ruang dengan intervensi standar.

Populasi pada penelitian ini adalah perawat pelaksana yang bekerja di rumah sakit Umum Daerah (RSUD) Kraton dan RSUD Kajen Kabupaten Pekalongan. Penentuan rumah sakit yang dijadikan tempat penelitian di Kabupaten Pekalongan, karena Pemerintah Daerah Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah Indonesia, merupakan salah satu daerah yang mempunyai dua rumah sakit umum milik pemerintah daerah dimana peneliti mempunyai pertimbangan yaitu dengan satu kepemilikan maka kebijakan yang ada dari kedua rumah sakit tersebut tentunya hampir sama sehingga hal ini tidak berpengaruh secara signifikan untuk penelitian.

Pengambilan sampel dilakukan secara *propotional random sampling* dengan jumlah sampel 44 dari kelompok intervensi dan 44 sampel kelompok kontrol. Pembagian sampel ke dalam kelompok perlakuan dan kontrol dilakukan dengan *matching* rumah sakit bertujuan untuk menghindari terjadinya saling komunikasi antara sampel kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sehingga dapat mempengaruhi hasil penelitian. *Matching* rumah sakit juga didasari karena latar belakang responden yang hampir sama bila dilihat dari tingkat pendidikan, jenis kelamin, status maupun latar belakang budaya. Pelaksanaan penelitian dibagi menjadi dua kelompok sebagai berikut :

- 1). Kelompok intervensi yaitu responden (perawat pelaksana di RSUD Kraton) yaitu perawat pelaksana yang dipimpin oleh kepala ruang yang sebelumnya telah mendapatkan pelatihan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional
- 2). Kelompok kontrol yaitu responden (perawat pelaksana RSUD Kajen) yaitu perawat pelaksana yang dipimpin oleh kepala ruang tanpa mendapatkan intervensi apapun.

Pengumpulan data menggunakan kuisioner dilakukan selama 4 kali pada masing – masing kelompok yaitu sebelum intervensi, 1, 2 dan 3 bulan setelah intervensi. Pengumpulan data menggunakan kuisioner yang peneliti modifikasi dari *Caring Assesment Toll (CAT) Duffi(2007)* dan telah diujicoba terlebih dahulu dengan nilai *alpha cronbach* = 0,926

3.1. Pertimbangan etik

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari komite etik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Peneliti berupaya menjamin prinsip – prinsip etik penelitian dengan memberikan penjelasan tentang maksud dan tujuan penelitian, meminta persetujuan kepada responden sebelum melakukan penelitian, menjaga kerahasiaan data responden dan peneliti berusaha untuk berlaku adil kepada semua responden.

4 HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1. Gambaran Karakteristik Perawat Pelaksana Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol Tahun 2015 (N=88)

Sosio Demografi	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol		p	Perilaku <i>Caring</i> Perawat Pelaksana Kelompok	Perbedaan Rerata (Ik=95%)	P
	N (%)	Mean (sb)	N (%)	Mean (sb)				
Pendidikan D III Keperawatan	28(63,6)	36(88,6)	3(5,8)		0,000	Pengukuran 1	132,3-	0,020*
Sarjana Kep	13(29,6)		5(11,4)			Pengukuran 2	138,7	
Profesi Ners	3 (6,8)					Pengukuran 3	135,0-	
						Pengukuran 4	142,9	
Jenis Kelamin					0,817		139,8-	
Laki- laki	14(31,8)		13(29,5)				146,9	
Perempuan	30(68,2)		31(70,5)				140,6-147,8	
Status					0,453			
Belum menikah	9(20,5)		12(27,3)					
Menikah	35(79,5)		32(72,7)					
Usia		31(6,0)	28,2(2,9)		<0,001	Kelompok Kontrol		
Lama Kerja		7,7(5,3)	5,1(2,4)			Pengukuran 1	129,5-	
						Pengukuran 2	136,4	
						Pengukuran 3	131,4-	
						Pengukuran 4	137,2	
							133,3-	
							137,8	
							129,6-	
							135,6	

Tabel 1. menunjukkan karakteristik responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Responden dengan latar belakang pendidikan D III Keperawatan pada kelompok intervensi lebih sedikit dibandingkan dengan kelompok kontrol (kelompok intervensi 63,6%, kelompok kontrol 81,8 %).

Poporsi jenis kelamin pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol hampir sama yaitu sebagian besar adalah perempuan yaitu (kelompok intervensi 68,2%, dan kelompok kontrol 70,5 %). Begitu juga dengan poporsi status pernikahan responden. Sebagian besar responden berstatus menikah (kelompok intervensi 79,5%, dan kelompok kontrol 72,7%). Karakteristik umur berbeda antara kelompok intervensi dan kontrol dengan rerata kelompok intervensi 30,9, dan kelompok kontrol 28,2. Lama bekerja di rumah sakit responden juga menunjukkan ada perbedaan rerata yaitu kelompok intervensi 7,8 dan kelompok kontrol 5,1.

Uji General Linier model dilakukan terhadap kelompok intervensi dan kontrol didapatkan sebagai berikut:

Tabel 2. Hasil Analisis Perbedaan Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana antar Pengukuran Satu, Dua, Tiga dan Empat

* $P < 0,05$, Interaksi $F = 3,66$ $P = 0,021$

Hasil analisis dengan uji *general linier model –mixed repeated measure* terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan nilai $P = 0,020$ yang berarti bahwa ada perbedaan yang bermakna perilaku *caring* perawat pelaksana antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Dengan kata lain kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional efektif meningkatkan perilaku *caring* perawat pelaksana. Berdasarkan nilai interaksi didapatkan nilai $P = 0,021$, hal ini menunjukkan adanya interaksi yang bermakna. Interaksi menunjukkan bahwa perubahan skor pengukuran 1 menuju pengukuran berikutnya pada kelompok intervensi dan kontrol berbeda secara bermakna. Adapun pengaruh kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional (K3E) pada masing-masing kelompok dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 3. Hasil Uji Pengaruh Kepemimpinan Keperawatan berdasarkan Kecerdasan Emosional terhadap Perilaku *Caring* Perawat Pelaksana

Perilaku <i>Caring</i>	Mean	sd	P	Partial eta square
Kelompok Intervensi				
Pengukuran 1	135,5	10,5	0,003*	0,29
Pengukuran 2	138,6	11,8		
Pengukuran 3	143,4	11,6		
Pengukuran 4	144,2	11,8		
Kelompok Kontrol				
Pengukuran 1	132,9	11,3	0,279	0,09
Pengukuran 2	134,3	9,5		
Pengukuran 3	135,5	7,5		
Pengukuran 4	132,6	9,9		

* $p < 0,05$

Hasil analisis pada tabel 4. menunjukkan rerata perilaku *caring* perawat pelaksana pada kelompok intervensi sebelum dilakukan implementasi kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional yaitu 135,5, setelah implementasi kepemimpinan berdasarkan kecerdasan emosional pada pengukuran 2 yang dilakukan 4 minggu setelah perlakuan, didapatkan rerata 138,6, pengukuran 3(8 minggu) setelah perlakuan 143,4 dan rerata setelah 12 minggu perlakuan 144,2. Nilai $p = 0,003$ yang berarti ada pengaruh yang bermakna penerapan hasil pelatihan kepemimpinan berdasarkan kecerdasan emosional kepala ruang terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana. Nilai *partial eta squared* menunjukkan 0,29 yang berarti kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional yang diberikan dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat pelaksana sebesar 29 % .

Hasil berbeda ditunjukkan pada kelompok kontrol, yaitu kelompok yang sama sekali tidak mendapatkan perlakuan apapun. Rerata perilaku *caring* perawat

pelaksana pada kelompok kontrol digambarkan sebagai berikut: Pengukuran perilaku *caring* pada tahap pertama didapatkan rerata 132,9; minggu 4 didapatkan rerata 134,3; 8 minggu 135,5 dan setelah 12 minggu didapatkan rerata 132,6. Hasil uji *general linier model - repeated measure* menunjukkan $p=0,279$ sehingga dapat disimpulkan tidak ada pengaruh yang bermakna kepemimpinan keperawatan dengan perilaku *caring* perawat pelaksana pada kelompok kontrol (kelompok yang tidak mendapatkan perlakuan apapun).

5. PEMBAHASAN

Karakteristik responden hasil penelitian seperti yang tertera pada tabel 1 sebagai berikut: Responden dengan latarbelakang pendidikan D III Keperawatan pada kelompok perlakuan yaitu 63,6%, 68,2% berjenis kelamin perempuan, 79,5 % sudah menikah, dan rerata lama bekerja lebih dari 5 tahun (7,8 tahun), rerata usia 30,9 tahun. Hasil penelitian sesuai dengan beberapa penelitian yang dilakukan di rumah sakit umum daerah di Indonesia didapatkan usia perawat yang bekerja di rumah sakit sebagian besar antara 26-33 tahun, berpendidikan D III keperawatan, Lama bekerja lebih dari 5 tahun, dan berjenis kelamin laki- laki (Gatot (2004), zees (2011), roatib,dkk (2007), Mulyaningsih (2011). Sehingga berdasarkan karakteristik responden tersebut peneliti berpendapat bahwa penelitian ini juga dapat digunakan untuk rumah sakit di Indonesia khususnya Rumah sakit umum daerah maupun rumah sakit swasta yang sejenis.

Hasil penelitian untuk mengetahui pengaruh kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana ($P=0,003$). Perbedaan perilaku *caring* tampak jelas antara sebelum dilakukan penerapan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional dengan 1, 2

maupun 3 bulan setelah penerapan kepemimpinan berdasarkan kecerdasan emosional. Seorang pemimpin yang memiliki kecerdasan emosional yang tinggi maka dia akan memiliki kemampuan memahami, mengerti dan menghargai perasaan diri dan orang lain, memiliki kemampuan membangun dan mempertahankan hubungan yang saling menguntungkan, kemampuan menyesuaikan emosi, pemikiran dan sikap terhadap perubahan situasi, kemampuan mengidentifikasi masalah untuk menemukan solusi Goleman(2007); Agustian(2006); Bar-On (2005).

Feather (2008) juga menyatakan bahwa salah satu hal penting dalam pengembangan kepemimpinan di keperawatan untuk mencapai kesuksesan adalah mengembangkan dan meningkatkan kecerdasan emosional. Pengembangan kecerdasan emosional merupakan hal yang baik karena pemimpin akan lebih efektif dalam hal *skill*. Pengembangan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional secara bermakna dapat meningkatkan faktor karatif *caring* menanamkan dan mempertahankan keyakinan dan harapan perawat pelaksana. Hal ini sejalan dengan pendapat Sutikno (2010) yang mengatakan bahwa pemimpin dengan kecerdasan emosional akan mampu membangkitkan inspirasi yang membuat seseorang bergairah terhadap misi bersama dan berusaha agar bawahan tetap fokus terhadap tujuan ditengah-tengah kesibukan sehari-hari yang mungkin dapat mengaburkan visi yang sesungguhnya.

Pemimpin yang memiliki kecerdasan emosional mempunyai kesadaran diri yang mendalam sehingga mempunyai pemahaman mendalam dalam menilai emosi diri, kekuatan, kelemahan diri, nilai dan motif Goleman (2007) Seorang manager perawat dituntut mampu meningkatkan sensitivitas terhadap dirinya dan orang lain Tomey & Allgood (2006). Namun hasil penelitian ini bertolak belakang dengan hasil penelitian Mulyadi (2005) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara komunikasi dengan kinerja perawat pelaksana dalam mengendalikan mutu

pelayanan keperawatan di ruang rawat inap. Hal ini dapat terjadi ketika kepala ruang masih beranggapan bahwa masukan yang diberikan oleh orang lain adalah untuk mencari kesalahan pada dirinya. Kepala ruang yang terkadang masih belum dapat menjadi pendengaryang baik, dan terkadang menyinggung perasaan bawahan ketika mengungkapkan pendapatnya.

Zees (2011), menyatakan bahwa perilaku *caring* perawat pelaksana yang kurang disebabkan oleh kurangnya komunikasi antara atasan dengan bawahan, juga antara perawat dengan sesama perawat. Kepala ruang yang menerapkan K3 Etentun juga menerapkan perilaku *caring*. Perilaku *caring* yang ditunjukkan oleh kepala ruang dengan menjadi *role model* bagi perawat pelaksana agar termotivasi untuk mengaplikasikan perilaku *caring* pada klien.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Stein (2011) yang mengatakan seseorang yang memiliki kesadaran diri emosional adalah seseorang yang mampu untuk memahami bagaimana seseorang merasa dan mengapa sesuatu ada. Penelitian juga membuktikan bahwa kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional juga berpengaruh secara bermakna terhadap hubungan saling percaya perawat pelaksana. Hubungan saling percaya perawat pelaksana ada peningkatan antara sesudah dengan sebelum perlakuan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional dengan P value = 0,002. Ciri-ciri adanya hubungan saling percaya adalah harmonis, empati dan hangat, perawat menunjukkan sikap empati dengan berusaha merasakan apa yang dirasakan klien dan sikap hangat dengan menerima orang lain secara positif Asmadi,(2008). Hasil penelitian ini menguatkan penelitian sebelumnya bahwa penerapan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional berdampak langsung pada hubungan saling percaya perawat. Penerapan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan

emosional juga dapat meningkatkan kepuasan perawat Cumming (2008).

Implikasi terhadap Pelayanan Keperawatan

Kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional (K3E) mempunyai implikasi besar terhadap pelayanan keperawatan. Penelitian membuktikan kepala ruang yang menerapkan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional (K3E) dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat pelaksana. Seorang pemimpin keperawatan yang menerapkan (K3E), tentunya memiliki kemampuan sistem personal yang bagus sehingga mampu melaksanakan tugas dengan baik karena didahului dengan perencanaan yang matang dan melaksanakan tugas sesuai dengan perencanaan dan tanggung jawab yang ada, mampu mengatur waktu, mengendalikan stress baik yang dialaminya maupun orang lain (bawahan), dan juga mengatasi konflik yang terjadi baik internal maupun eksternal, baik individual, maupun kelompok. Hal tersebut sangat membantu dalam pencapaian visi dan misi, juga terbukti dapat meningkatkan perilaku *caring* perawat pelaksana. Peningkatan perilaku *caring* setelah penerapan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional akan meningkatkan kepuasan klien terhadap pelayanan keperawatan yang diberikan. Kepuasan klien merupakan salah satu indikator peningkatan kualitas pelayanan keperawatan

5. SIMPULAN

- 1) Ada pengaruh yang bermakna “penerapan kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional terhadap perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai ($P=0,003$)
- 2) Kepemimpinan keperawatan berdasarkan kecerdasan emosional kepala ruang efektif meningkatkan perilaku *caring* perawat pelaksana dengan nilai $P=0,020$.

6. REFERENSI

- Agustian, A.G. (2006). *ESQ: Rahasia Sukses Membangun Kecerdasan Emosional dan Spiritual*. Cetakan Kesepuluh. Arga. Jakarta
- Asmadi, 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC. Jakarta
- Bar-On, R. (2005). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Rationale, Description and Psychometric Properties*. In G. Geher (Ed.) *Measuring Emotional Intelligence: Common Ground and Controversy* (pp. 115-145). Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers, Inc
- Cumming, T (2008). *Organization, development & change*. USA. South-western engage learning
- Duffy. (2007). *Dimensions of Caring: Psychometric Evaluation of the Caring Assessment Tool*. *Advance in Nursing Science*. Volume 30 Number 3 Pages 235 - 245
- Dwiyanti, M. (2007). *Caring-Menurut-Watson* (Di akses tanggal 20 November 2011) <http://staff.undip.ac.id/psikfk/meidian/a/2010/06/04/konsep-cari>
- Feather, R. (2008). *Emotional Intelligence in Relation to Nursing Leadership: does it Matter*. *Journal of Nursing Management*, 2009 17, 376–382
- Gantzer, A.M (2011). *The Impact of Emotional Intellegence in Nursing Leadership on the Nursing Practice Environment*. UMI. Disertation Publishing. by ProQuest LLC. diunduh tanggal 23 Pebruari 2013
- Gatot & Adisasmito. 2004. *Hubungan Karakteristik Perawat. Isi pekerjaan dan Lingkungan Kerja terhadap Motivasi Kerja Perawat di Instalasi rawat Inap, RSUD Gunung Jati Cirebon*. *Jurnal Makara Kesehatan*, Vol 9, No 1, Juni. 1-8. Jakarta
- Goleman, D. (2007). *Kecerdasan Emosi: Mengapa Emotional Intelligence Tinggi daripada IQ*. Alih Bahasa : T. Hermay. PT. Gramedia Putra

- Utama.Jakarta(1995). *Emotional intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. Bantam Books. New York
- perilaku caring perawat pelaksana di ruangrawat inap RSUD Gorontalo.Tesis. FIK UI.Depok
- Mulyadi.(2005).*Hubungan Kepemimpinan Efektif Kepala Ruang dengan Kinerja Perawat Pelaksanadalam Pengendalian Mutu Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSKM Cilegon.Tesis .FIK UI.Depok*
- Mulyaningsih (2011). *Hubungan berpikir kritis dengan perilaku caring perawat pelaksana di RSUD dr Muwardi Surakarta.Tesis. FIK UI. Depok*
- Mulyono. M.H, Hamzah.A & Abdullah.A, (2013). *Faktor yang Berpengaruh terhadap Kinerja Perawat di Rumah Sakit Tingkat III 16.06.01*. Jurnal AKK, Vol 2 No 1, hal 18-26.Ambon
- Roatib,A,2007.*Hubungan Antara KarakteristikPerawat dengan Motivasi Perawat Pelaksana dalam Menerapkan Komunikasi Terapeutik pada Fase Kerja di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang.Jurnal Keperawatan Media Ners, Vol 1,nomor 1,43-47.Semarang*
- Sutikno .RB.(2010). *The Power of 4 Q forHR and company development.PT.Gramedia Utama. Jakarta*
- Stein, S. J. & Book, H. E. (2011).*Ledakan EQ: 15 Prinsip DasarKecerdasanEmosional Meraih Sukses*. Kaifa Gramedia Utama . Bandung
- Tomey,M& Alligood (2006). *Nursing Theorysts and Their Work: Edisi 6. St. Louis: Mosby Elsevier*
- Wiman E & Wikblad K (2004).*Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department*.Journal of Clinical Nursing 13, diunggah dari www.Proquist.Umi.com. Tanggal 2 april 2012.
- Wirawan (2013).*Kepemimpinan: teori,psikologi,perilakuorganisasi, aplikasi danpenelitian*.PT. Raja Grafindo Persada,Jakarta
- Zees,R.F.(2011). *Analisis faktor budaya organisasi yang berhubungan dengan*