

**GAMBARAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT JiWA**

**PROPOSAL SKRIPSI**

**Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi**



**Oleh**

**DEWI CATUR MEI NINGRUM**

**NIM 22020113130097**

**DEPARTEMEN ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEDOKTERAN**

**UNIVERSITAS DIPONEGORO**

**SEMARANG, JANUARI 2018**

## SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Dewi Catur Mei Ningrum  
NIM : 22020113130097  
Fakultas/Jurusan : Kedokteran / Keperawatan  
Jenis : Skripsi  
Judul : Gambaran Komunikasi Terapeutik Perawat Jiwa.

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), mendistribusikannya, serta menampilkan dalam bentuk soft copy untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, Januari 2018

Yang Menyatakan



Dewi Catur Mei Ningrum

**PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Nama : Dewi Catur Mei Ningrum  
Tempat/tanggal lahir : Semarang, 16 Mei 1995  
Alamat Rumah : Jl. Tanggul Mas Barat X No. 446 Semarang  
No Telp : 085727304828  
Email : ddecak@yahoo.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: "Gambaran Komunikasi Terapeutik Perawat Jiwa" bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain.

Apabila di kemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsure paksaan dari siapapun.

Semarang, Januari 2018

Yang Menyatakan



Dewi Catur Mei Ningrum

## LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

### **GAMBARAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT JIWA**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Dewi Catur Mei Ningrum

NIM : 22020113130097

Telah disetujui sebagai usulan penelitian dan dinyatakan

**telah memenuhi syarat untuk di review**

Pembimbing,



Sarah Ulliya, S.Kp., M.Kes  
NIP.19770126 200112 2 001

**LEMBAR PENGESAHAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

**GAMBARAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT JIWA**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

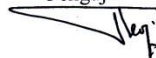
Nama : Dewi Catur Mei Ningrum

NIM : 22020113130097

Telah diuji pada Januari 2018 dan telah memenuhi syarat untuk mendapatkan gelar

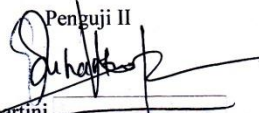
Sarjana Keperawatan

Penguji I




Ns. Devi Nurmalia, S.Kep.,M.Kep  
NIP. 19840422 201404 2 001

Penguji II



Suhartini  
NIP. 19750706 200112 2 001

Penguji III



Sarah Ulliya, S.Kn, M.Kes  
NIP.19770126 200112 2 001

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran komunikasi terapeutik perawat jiwa”.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menempuh gelar Sarjana Keperawatan di Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang serta untuk memberikan informasi kepada pembaca mengenai penelitian yang dilaksanakan.

Dalam penyusunan skripsi ini, peneliti mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti ingin mengucapkan rasa terima kasih atas kerjasama dan dukungan yang telah diberikan kepada :

1. Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayah Nya dalam proses penyusunan skripsi ini.
2. Dr. Untung Sujianto, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang beserta staf dan jajarannya.
3. Ibu Sarah Ulliya, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang sekaligus dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, masukan, dan semangat dalam penyusunan skripsi ini.
4. Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang beserta staf dan jajarannya yang telah memberikan ijin penelitian.

5. Perawat Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang atas bantuan dan kesediannya menjadi partisipan penelitian.
6. Ibu Nanik Lestari dan bapak Djaino beserta kakak-kakak penulis Ika, Doni dan Ita yang senantiasa mendoakan dan tak hentinya memberikan semangat kepada penulis
7. Teman teman penulis Ardian, Munib, Sidha, Putri, Linda, Fio, Agstri, Laura, Celly, Mitha, Husnia, Ristra, Dita, Sisil yang selalu memberi motivasi dan bersedia untuk menjadi tempat berbagi keluh kesah.
8. Civitas akademika jurusan keperawatan fakultas kedokteran Universitas Diponegoro Semarang.

Peneliti menyadari dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik serta saran demi kesempurnaan penelitian ini. semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi setiap pembaca dan pengembangan ilmu keperawatan.

Semarang, Januari 2018

Peneliti

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
ABSTRAK.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Tinjauan Teori.....	10
1. Komunikasi Terapeutik.....	10
2. Kompetensi Komunikasi Terapeutik.....	28
B. Kerangka Teori.....	34



BAB III METODE PENELITIAN.....	35
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	35
B. Populasi dan Sampel Penelitian.....	36
C. Tempat dan Waktu.....	39
D. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran.....	40
E. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	43
F. Teknik Pengolahan dan Analisa Data.....	50
G. Etika Penelitian.....	52
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	55
A. Pelaksanaan Penelitian.....	55
B. Penyajian Hasil Penelitian .....	55
BAB V PEMBAHASAN.....	72
A. Karakteristik Perawat Jiwa .....	72
B. Gambaran Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat Jiwa.....	75
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	90
A. Kesimpulan.....	90
B. Saran.....	91
DAFTAR PUSTAKA.....	93

Lampiran

## DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
3.1	Jumlah Sampel perawat jiwa RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang	37
3.2	Definisi Operasional, skala ukur dan hasil ukur	40
3.3	Kisi - kisi kuesioner komunikasi terapeutik perawat jiwa	43
4.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang	53
4.2	Distribusi Frekuensi Gambaran Responden berdasarkan Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat Jiwa RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang	55
4.3	Distribusi Frekuensi Gambaran Responden berdasarkan Penerapan Komunikasi Terapeutik Non-Verbal dan Verbal Perawat Jiwa RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang	56
4.4	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat Jiwa	57
4.5	Tabulasi Silang Karakteristik Responden dengan Penerapan Komunikasi Terapeutik Verbal dan Non-Verbal Perawat Jiwa	59
4.6	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terhadap Variabel Komunikasi Terapeutik Non-Verbal	61
4.7	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden Terhadap Variabel Komunikasi Terapeutik Verbal	62

## DAFTAR GAMBAR

Nomor Tabel	Judul Gambar	Halaman
2.1	Kerangka Teori	34

## DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Keterangan
1	Kuesioner Penelitian
2	Surat permohonan menjadi partisipan
3	Surat pernyataan persetujuan menjadi partisipan
4	Uji Validitas Instrumen pengukuran komunikasi terapeutik
5	<i>Ethical Clearance</i>
6	Surat permohonan pengambilan data awal dari akademik
7	Surat balasan pengambilan data awal Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo
8	Surat permohonan alih bahasa
9	Surat permohonan back translation
10	Surat permohonan melakukan uji validitas instrument di RSJD Surakarta
11	Surat permohonan pembuatan ethical clearance dari akademik
12	Surat permohonan ijin penelitian dari akademik
13	Surat balasan permohonan ijin penelitian Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo
14	Surat keterangan selesai melakukan penelitian dari Diklat RSJD Dr. Amino Gondohutomo
15	Perijinan kuesioner dari pemilik kuesioner
16	Kuesioner Asli
17	Kuesioner Alih Bahasa
18	Kuesioner Back Translation
19	Jadwal Konsultasi

20	Catatan hasil konsultasi
21	Hasil Uji Normalitas Data
22	Hasil Uji Statistik Analisa Data
23	Jadwal Penelitian

## ABSTRAK

Dewi Catur Mei Ningrum

Gambaran Komunikasi Terapeutik Perawat Jiwa

xiv + 96 Halaman + 10 Tabel + 1 Gambar + 23 Lampiran

Komunikasi kesehatan merupakan bagian dari *human communication* yang wajar terjadi antara tenaga kesehatan, pasien maupun keluarga pasien. Dalam bidang keperawatan jiwa komunikasi ini disebut dengan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien, dimana perawat dan pasien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional pasien. Komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien merupakan hal yang penting dilakukan oleh perawat yang bekerja di Rumah Sakit Jiwa. Proses interaktif antara pasien dan perawat dapat membantu pasien mengatasi stress sementara. Kurang optimalnya komunikasi terapeutik dikhawatirkan dapat berdampak pada kurang efektifnya proses asuhan keperawatan pada pasien jiwa. Tujuan dalam penelitian ini adalah mengetahui gambaran keterampilan komunikasi terapeutik perawat jiwa pada aspek verbal dan non-verbal. Penelitian kuantitatif ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif survey. Teknik pengbilan sampel menggunakan *simple random sampling* dengan jumlah 109 sampel. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 1,8% responden (2 orang) berpengetahuan cukup, 19,3% responden (21 orang) berpengetahuan sedang, 62,4% responden (68 orang) berpengetahuan baik dan 16,5% responden (18 orang) berpengetahuan sangat baik. Berdasarkan hasil penelitian tersebut sebagian perawat sudah melakukan komunikasi terapeutik dengan baik. Membiasakan perawat berkomunikasi terapeutik sesuai dengan acuan guna pengoptimalisasian proses asuhan keperawatan dengan pasien.

Kata Kunci : komunikasi terapeutik, perawat jiwa, komunikasi verbal dan nonverbal

Daftar Pustaka : 63 (1998 – 2017)

Department of Nursing  
Medical Faculty  
Diponegoro University  
January, 2018

## **ABSTRACT**

Dewi Catur Mei Ningrum

Descriptive Study of Therapeutic Communication in Psychiatric Nurse

xiv + 96 Page + 10 Table + 1 Images + 23 Attachments

Health communication is a part of human communication that is reasonable between health workers, patients and families of patients. In the field of psychiatric nursing, this communication called with therapeutic communication. Therapeutic communication is an interpersonal relationship between nurses and patients, where nurses and patients have shared learning experiences in order to improve the patient's emotional experience. Therapeutic communication between nurses and patients are important in mental hospital. The interactive process between patients and nurses can help patients cope with temporary stress. Less optimal of therapeutic communication can feared impact on the ineffective nursing care process in psychiatric patients. The purpose of this research is to know the description of therapeutic communication skills in psychiatric nurse on verbal and non-verbal aspects. This quantitative research used descriptive survey design. The sampling technique used simple random sampling with total of 109 samples. The results showed that as many as 1.8% of respondents (2 people) are knowledgeable enough, 19.3% of respondents (21 people) are knowledgeable, 62.4% of respondents (68 people) are well knowledgeable and 16.5% of respondents (18 persons) very knowledgeable. Based on the results of the research, some nurses have well therapeutic communication. Recommendation for psychiatric nurses is the optimization of therapeutic communication according with the references.

Keywords: therapeutic communication, psychiatric nurse, verbal and nonverbal communication

References: 63 (1998 - 2017)

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Komunikasi merupakan hal yang penting dalam kehidupan ini, terutama dalam bidang kesehatan. Komunikasi kesehatan merupakan bagian dari *human communication* yang wajar terjadi antara tenaga kesehatan, pasien maupun keluarga pasien (1). Aplikasi dari komunikasi kesehatan ini adalah komunikasi yang terjadi antara perawat dengan pasien ataupun dengan keluarga pasien tentang bagaimana kesehatan pasien, prosedur tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan, pendidikan ataupun penyuluhan kesehatan, tata tertib maupun prosedur rawat inap.

Salah satu faktor penunjang keberhasilan dalam pelaksanaan proses keperawatan seperti pelaksanaan tahap pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan maupun evaluasi adalah kemampuan perawat dalam berkomunikasi dengan baik (1). Dalam bidang keperawatan jiwa komunikasi ini disebut dengan komunikasi terapeutik.

Menurut Stuart komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien, dimana perawat dan pasien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional pasien (2). Komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien merupakan hal yang penting dilakukan oleh perawat yang



bekerja di Rumah Sakit Jiwa. Proses interaktif antara pasien dan perawat dapat membantu pasien mengatasi stress sementara (3).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Aji dkk di Rumah Sakit Dr. Kariadi (RSDK) menangani pasien dengan gangguan jiwa membutuhkan kesabaran yang lebih serta ketelatenan yang cukup tinggi karena pasien penyakit jiwa memiliki karakteristik yang unik. Karakteristik tersebut diantaranya pasien jiwa cenderung menarik diri, sulit diajak berkomunikasi, bahkan cenderung agresif. Kesulitan utama dalam proses perawatan adalah melakukan bina hubungan saling percaya antara pasien jiwa dengan perawat. Kunci keberhasilan dalam proses perawatan adalah dilakukannya bina hubungan saling percaya antara pasien dan perawat, karena dari sinilah proses perawatan dapat dilaksanakan secara terprogram (4). Bina hubungan saling percaya ini dapat dibangun ketika perawat melaksanakan proses komunikasi terapeutik dengan pasien.

Komunikasi terapeutik ini termasuk dalam komunikasi interpersonal yang memiliki tujuan akhir saling memberikan pengertian antara perawat dengan pasien. Ketika perawat sedang melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien, perawat harus menghadirkan dirinya secara fisik maupun secara psikologis (5). Kehadiran atau sikap yang terpusat pada pasien adalah bagian dari komunikasi terapeutik. Pasien harus merasa bahwa dirinya merupakan fokus utama perawat selama berinteraksi. Hal ini dilakukan agar pasien merasa nyaman dan terciptalah hubungan saling percaya antara

perawat dengan pasien. Agar perawat dapat berperan aktif dan terapeutik perawat harus menganalisa dirinya meliputi kesadaran diri, klarifikasi nilai, perasaan dan mampu menjadi model yang bertanggung jawab (6). Serta perawat harus melaksanakan kemampuan kognitif, afektif serta psikomotornya dengan baik. Salah satunya dengan memperhatikan komunikasi verbal serta non verbalnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD Kab. Kudus mengenai komunikasi terapeutik verbal dan non verbal perawat sebanyak 33 (89,2%) responden mengatakan bahwa perawat tidak menjelaskan berapa lama waktu yang diperlukan untuk melakukan interaksi antara perawat dengan keluarga pasien. Sebanyak 29 (78,3%) responden mengatakan bahwa perawat tidak menyimpulkan proses serta hasil interaksi berdasarkan tujuan awal dengan keluarga, dan sebanyak 19 (51,3%) responden mengatakan bahwa perawat tidak sedikit membungkuk kearah responden pada saat berkomunikasi (7). Karena pada dasarnya bahasa tubuh sangat diperlukan ketika melakukan komunikasi dengan pasien maupun keluarga pasien.

Menurut Rini bahasa tubuh dari perawat dalam proses penyembuhan pasien juga perlu diperhatikan (8). Menurut Egan terdapat 5 sikap atau cara menghadirkan diri secara fisik, diantaranya adalah berhadapan, mempertahankan kontak mata, membungkuk ke arah pasien, mempertahankan sikap terbuka, serta tetap rileks (1). Sikap-sikap tersebut merupakan pengaplikasian dari 3 kemampuan perawat dalam berkomunikasi.

Kemampuan tersebut diantaranya adalah kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor. (9)

Kemampuan kognitif adalah kemampuan yang berkaitan dengan konsep keilmuan keperawatan (9)(10). Kemampuan kognitif mencakup perilaku objektif seorang perawat yang sesuai dengan ingatan atau pengenalan tentang pengetahuan dan perkembangan kemampuan serta keterampilan intelektual (11). Dengan kata lain kemampuan kognitif adalah cara perawat dalam mengaplikasikan komunikasi terapeutik dilihat dari segi pengetahuannya.

Kemampuan afektif adalah kemampuan yang berhubungan dengan sikap perawat saat berinteraksi dengan pasien(10). Kemampuan afektif memenuhi objek yang menekankan pada perasaan dan emosi seperti nilai serta karakteristik (11) . Dapat dikatakan bahwa kemampuan afektif ini adalah kemampuan perawat dalam bersikap ketika sedang melakukan komunikasi dengan pasien, sikap tersebut dapat berupa duduk berhadapan, mempertahankan kontak mata serta tetap rileks.

Kemampuan psikomotor adalah kemampuan atau keterampilan yang bersifat teknis prosedur didalam melakukan aktivitas keperawatan(9). Kemampuan psikomotor memenuhi objektif yang menekankan pada keterampilan motorik seperti melakukan, mempraktikkan serta mendemonstrasikan (11). Dengan kata lain kemampuan psikomotor ini adalah tindakan yang dilakukan perawat selama melaksanakan komunikasi

terapeutik. Melalui pengaplikasian ketiga kemampuan tersebut diharapkan perawat dapat menghadapi, mempersepsikan, bereaksi, dan menghargai setiap keunikan pasien. Karena pada dasarnya setiap pasien berhak untuk mendapatkan pelayanan yang sesuai untuk mempercepat penyembuhannya. Meskipun terkadang jumlah tenaga kesehatan yang ada tidak sebanding dengan jumlah pasien.

Berdasarkan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013 dikatakan bahwa jumlah penderita penyakit jiwa di Tanah Air masih cukup besar, prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala depresi dan kecemasan sekitar 6% atau sekitar 14 juta orang. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat seperti skizofrenia adalah 1,7 per 1000 penduduk atau sekitar 400.000 orang (12). Sedangkan Prevalensi gangguan jiwa di Semarang yang di rawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo jumlahnya mencapai 3914 jiwa (13).

Data tersebut menggambarkan bahwa banyaknya penderita gangguan jiwa di tanah air bukanlah masalah yang sepele. Oleh karena itu peran perawat dalam proses penyembuhan sangatlah dibutuhkan. Berdasarkan penelitian Lily komunikasi terapeutik mampu mengarahkan terjadinya komunikasi interpersonal yang lebih akrab (14). Selain itu karakteristik perawat dalam hal komunikasi terapeutik juga perlu diperhatikan. Hasil penelitian tentang hubungan karakteristik, pengetahuan dan sikap komunikasi perawat didapatkan 23 orang (46%) dengan pengetahuan kurang dan 27 perawat

(54%) dengan pengetahuan baik. Hasil tersebut menunjukkan semakin tinggi tingkat pengetahuan maka semakin baik pula sikap dan pelaksanaan komunikasi terapeutik perawat tersebut (15).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan dengan metode wawancara dengan 2 orang kepala ruang dan 3 orang perawat pelaksana di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, seorang perawat pelaksana di ruang Endrotenoyo mengatakan bahwa untuk menjalin hubungan saling percaya dengan pasien diperlukan sebuah pendekatan yang mampu menciptakan kenyamanan bagi pasien diantaranya dengan melakukan komunikasi terapeutik dengan cara mempertahankan kontak mata saat melakukan proses asuhan keperawatan, duduk berhadapan serta membuat pasien tetap nyaman. Hal tersebut akan membuat pasien mampu mengungkapkan perasaannya.

Menurut perawat pelaksana di ruang Dewaruci komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang bagus (bina hubungan saling percaya) antara perawat dengan pasien. Sedangkan menurut perawat pelaksana di ruang Citroanggodo cara melakukan komunikasi terapeutik yaitu dengan menggali masalah pasien, berkomunikasi, menanyakan solusi yang dilakukan dirumah bila sedang ada masalah.

Menurut kepala ruang di ruang Dewaruci 6 dari 10 perawat saja yang sudah menerapkan komunikasi terapeutik. Sedangkan menurut hasil wawancara dengan salah seorang perawat pelaksana di ruang Citroanggodo

perawat tersebut mengatakan bahwa dalam penerapan komunikasi terapeutik di lapangan masih banyak perawat yang belum memahami tentang apa itu komunikasi terapeutik sebenarnya. Para perawat pelaksana mengetahui apa itu komunikasi terapeutik secara umum, namun ketika penulis mewawancarai satu persatu, perawat masih sulit untuk mendefinisikan apa itu komunikasi terapeutik.

Sebagian perawat RSJD Dr. Amino Gondohutomo ketika melaksanakan proses asuhan keperawatan dengan pasien telah menerapkan sebagian konsep komunikasi terapeutik seperti berpenampilan baik dan sikap tubuh yang dilakukan pada saat melakukan proses asuhan keperawatan. Namun untuk konsep lainnya seperti jelas dan ringkas, arti denotative dan konotatif serta item lainnya belum begitu nampak pada saat pelaksanaan proses asuhan keperawatan.

## **B. Perumusan Masalah**

Komunikasi terapeutik merupakan interaksi antara perawat dengan pasien dalam sebuah komunikasi yang bertujuan untuk membantu menyelesaikan masalah yang dimiliki oleh pasien. Komunikasi terapeutik dilakukan agar tercipta hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat. Namun dari beberapa penelitian di dapatkan bahwa pengetahuan perawat mengenai komunikasi terapeutik di rasa masih kurang. Hal tersebut berdampak pada kurang optimalnya komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat. Kurang optimalnya komunikasi terapeutik dikhawatirkan dapat

berdampak pada kurang efektifnya proses asuhan keperawatan pada pasien jiwa. Melihat fenomena yang terjadi di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang tentang kemampuan perawat dalam melaksanakan komunikasi terapeutik peneliti ingin mengetahui lebih lanjut mengenai kemampuan perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik. Berdasarkan hal tersebut, peneliti merumuskan masalah penelitian yaitu “Gambaran komunikasi terapeutik perawat jiwa”.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran komunikasi terapeutik perawat jiwa di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran keterampilan komunikasi terapeutik perawat jiwa RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang pada aspek komunikasi terapeutik non-verbal
- b. Mengetahui gambaran keterampilan komunikasi terapeutik perawat jiwa RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang pada aspek komunikasi terapeutik verbal

## **D. Manfaat Penelitian**

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

Manfaat penelitian ini bagi institusi rumah sakit yaitu sebagai sumber informasi tentang kemampuan komunikasi terapeutik pada perawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan**

Manfaat penelitian ini bagi institusi pendidikan adalah diharapkan penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai gambaran komunikasi terapeutik perawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

### **3. Bagi Profesi Keperawatan**

Manfaat penelitian ini bagi bagi profesi keperawatan adalah diharapkan dapat memberikan informasi tambahan pada pelayanan kesehatan jiwa baik yang berada di rumah sakit jiwa maupun di pelayanan masyarakat mengenai komunikasi terapeutik perawat dan pasien.

### **4. Bagi Peneliti**

Manfaat penelitian ini bagi peneliti yaitu peneliti dapat menggali lebih dalam tentang komunikasi terapeutik, khususnya pada perawat jiwa. Selain itu, peneliti juga dapat mengaplikasikan teori riset keperawatan sederhana sebagai peneliti pemula.



## **5. Bagi peneliti Selanjutnya**

Manfaat penelitian ini bagi peneliti selanjutnya yaitu dapat menjadi acuan untuk melakukan penelitian selanjutnya seputar gambaran komunikasi terapeutik perawat, maupun faktor-faktor lainnya yang mungkin berhubungan dengan komunikasi.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Komunikasi Terapeutik**

###### **a. Definisi**

Komunikasi terapeutik adalah hubungan yang diciptakan antara perawat – klien agar terciptanya suatu hubungan timbal balik serta untuk memelihara hubungan yang harmonis dan bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien (1)(16). Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, dan memiliki tujuan dan kegiatan yang dipusatkan untuk membantu kesembuhan pasien (2). Perawat dapat membantu pasien dalam memecahkan ataupun mengambil sebuah keputusan apabila diperlukan. Pasien diharapkan menjadi lebih terbuka dengan adanya komunikasi terapeutik ini. Komunikasi antara perawat dan pasien ini termasuk dalam komunikasi interpersonal dengan output saling memberikan pengertian antara perawat dengan pasien (17).

###### **b. Prinsip Komunikasi terapeutik**

Menurut Purwanto prinsip komunikasi terapeutik meliputi (18):

- 1) Pasien adalah fokus utama dari interaksi
- 2) Profesionalisme ketika melakukan hubungan terapeutik

- 3) Perawat harus mampu menguasai diri sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih maupun marah
- 4) Hubungan social dengan pasien harus dihindari
- 5) Kerahasiaan pasien harus dijaga
- 6) Kompetensi intelektual harus dikaji untuk menentukan pemahaman
- 7) Implementasi intervensi berdasarkan teori
- 8) Memelihara interaksi yang tidak menilai serta menghindari membuat penilaian tentang perilaku pasien dan memberi nasihat
- 9) Memberikan petunjuk kepada pasien untuk menginterpretasikan kembali pengalamannya secara rasional
- 10) Mengklarifikasi ungkapan verbal pasien
- 11) Menghindari perubahan subjek atau topik jika isi topik tidak merupakan sesuatu yang menarik untuk pasien.

c. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Mundakir menjabarkan tujuan dilaksanakannya komunikasi terapeutik, diantaranya adalah (1) :

- 1) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk

mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan.

- 2) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- 3) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri dalam hal peningkatan derajat kesehatan.
- 4) Mempererat hubungan atau interaksi antara klien dengan terapis (tenaga kesehatan) secara professional dan proporsional dalam rangka membantu penyelesaian masalah klien.

d. Faktor Komunikasi

Terdapat tujuh faktor yang dapat mempengaruhi berlangsungnya proses komunikasi menurut Potter & Perry (1987) dalam. Ketujuh faktor tersebut diantaranya adalah(19):

1) Persepsi

Merupakan suatu pantulan atau perasaan jiwa seseorang terhadap suatu stimulus tertentu yang terjadi di lingkungannya, baik yang terdapat dalam diri individu yang bersangkutan maupun yang terdapat di luar dirinya atau dihadapannya. Setiap individu akan merasakan, menginterpretasikan, bahkan memahami lingkungannya secara berbeda-beda. Perbedaan dalam persepsi dapat menjadi sebuah kerancuan untuk mencapai komunikasi yang efektif. Persepsi seseorang sangat dipengaruhi oleh latar belakang pendidikan yang di

miliki, budaya, sosial ekonomi, ras, jenis kelamin, dan serta pengalaman yang mereka alami sebelumnya.

## 2) Nilai

Nilai adalah suatu keyakinan seseorang tentang nilai suatu ide atau tingkah laku. Seseorang akan mencerminkan kebutuhan atau keinginan yang dimilikinya, budaya dan refleksi sosial yang disandangnya, termasuk di dalamnya adalah pola hubungan atau interaksi dengan orang lain berdasarkan nilai yang ia miliki. Setiap orang memiliki nilai yang sangat bervariasi dan dapat berubah dan berkembang setiap saat. Apabila seseorang tersebut memiliki sistem nilai yang berkembang baik maka hal tersebut akan mempermudah individu tersebut dalam menentukan sebuah keputusan untuk suatu tindakan tertentu.

## 3) Emosi

Jalannya komunikasi dipengaruhi oleh suatu emosi, hal tersebut dimaknai sebagai perasaan subjektif seseorang tentang kejadian dan mempengaruhi bagaimana individu menggunakan kapasitas yang dimiliki dan bagaimana dia berhubungan dengan orang lain. Dalam hal ini, perawat harus mampu memfasilitasi proses komunikasi sehingga emosi tidak akan bercampur dengan optimalisasi tindakan keperawatan yang sedang diberikan. Perawat harus mampu menunjukkan empatinya.

#### 4) Latar Belakang Sosialbudaya

Budaya yang dimiliki oleh seseorang akan membentuk pandangan umum dan persepsi yang dimilikinya tentang dunia tempat mereka tinggal. Seseorang akan mencerminkan budaya yang dimilikinya (*cultural origins*) berdasarkan bahasa, gerak-isyarat (*gesture*) dan sikap seseorang. Perawat harus mampu menerima perbedaan latar belakang budaya pasien dan perawat harus mampu bertukar kebudayaan yang dimilikinya dengan bentuk budaya yang melekat pada pasien.

#### 5) Pengetahuan

Pengetahuan juga sangat menentukan berhasil atau tidaknya suatu proses komunikasi. Perbedaan dalam tingkat pengetahuan dapat membuat proses komunikasi semakin sulit. Semakin tinggi perkembangan dan pendidikan seseorang tersebut akan semakin kompleks pula bahasa yang digunakan dalam proses komunikasi. Pemakaian bahasa yang lazim dapat digunakan untuk membantu dalam mengomunikasikan atau menjembatani perbedaan yang terjadi.

#### 6) Peran dan Pola Hubungan

Seseorang yang berkomunikasi dengan orang lain menggunakan pola peran dan hubungan yang tepat sesuai dengan peran dan pola hubungan yang dimiliki lawan bicaranya. Perawat

harus mampu menentukan secara tepat kapan menggunakan komunikasi secara formal dan kapan secara informal.

#### 7) Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan dapat berupa lingkungan fisik dan non fisik atau mental-psikologi. Proses komunikasi akan menjadi lebih efektif jika dilakukan pada kondisi yang nyaman dan kondusif.

#### e. Jenis Komunikasi Terapeutik

Menurut Potter dan Perry (1993), Swansburg (1990), Szilagyi (1984), dan Tappen (1995) terdapat tiga jenis komunikasi yaitu verbal, tertulis dan non-verbal yang dimanifestasikan secara terapeutik. Dalam hal ini jenis komunikasi yang akan dijabarkan adalah(19)(20):

##### 1) Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal adalah komunikasi yang paling umum digunakan ketika melakukan sebuah pelayanan keperawatan di rumah sakit. Hal ini dilakukan untuk memperoleh sebuah pertukaran informasi secara verbal terutama saat pembicaraan yang dilakukan dengan tatap muka. Dipilihnya komunikasi verbal karena biasanya lebih akurat dan tepat waktu. Komunikasi verbal yang dilakukan dengan tatap muka memiliki keuntungan yaitu memungkinkan tiap individu untuk berespon secara langsung. Komunikasi verbal yang efektif harus:

a) Jelas dan ringkas

Komunikasi harus sederhana, pendek dan langsung. Makin sedikit kata-kata yang digunakan makin kecil kemungkinan terjadinya kerancuan.

b) Perbendaharaan kata

Bila pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan dengan baik maka komunikasi tidak akan berhasil. Gunakannlah istilah yang mudah di mahami oleh pasien agar pasien mampu memahami instruksi perawat.

c) Arti denotative dan konotatif

Arti denotative memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata. Ketika berkomunikasi dengan pasien, perawat sebaiknya berhati-hati dalam pemilihan kata-kata sehingga tidak mudah untuk disalah tafsirkan, terutama hal ini sangat penting ketika perawat menjelaskan tujuan terapi dan kondisi pasien tersebut.

d) Selaan dan kesempatan berbicara

Untuk menentukan keberhasilan komunikasi verbal perlu di perhatikan kecepatan dan tempo bicara yang tepat. Selaan yang cukup lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain mungkin dapat menimbulkan kesan bila perawat sedang



menyembunyikan sesuatu terhadap pasien tersebut. Sebaiknya perawat tidak berbicara dengan cepat agar tidak menimbulkan sebuah kata-kata yang tidak jelas. Selain yang perlu digunakan adalah untuk menekankan pada hal-hal tertentu, memberi waktu kepada pasien untuk mendengarkan dan memahami arti kata. Perawat dapat menanyakan kepada pasien apakah ia berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan perlu untuk di ulang.

e) Waktu dan relevansi

Dalam menangkap sebuah pesan diperlukan waktu yang sangat tepat. Bila pasien sedang kesakitan, hal itu bukanlah waktu yang tepat untuk menjelaskan resiko operasi. Oleh karena itu, perawat harus peka terhadap ketepatan waktu untuk berkomunikasi dengan pasien.

f) Humor

Dugan (1989) mengatakan bahwa tertawa dapat membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stress dan mampu meningkatkan keberhasilan implementasi.

2) Komunikasi Non-Verbal

Adalah suatu pemindahan pesan tanpa menggunakan kata-kata. Perawat wajib menyadari setiap pesan yang disampaikan pasien mulai saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan, karena isyarat

non-verbal menambah arti terhadap pesan verbal. Komunikasi non verbal teramati pada:

a) Metakomunikasi

Sebuah komunikasi tidak hanya tergantung pada pesan tetapi juga pada hubungan antara pembicara dengan lawan bicaranya. Metakomunikasi adalah suatu komentar terhadap isi pembicaraan dan sifat hubungan antara seseorang yang sedang berkomunikasi.

b) Penampilan personal

Salah satu hal pertama yang diperhatikan selama proses komunikasi adalah penampilan seseorang. Perawat yang dapat memperhatikan penampilan dirinya dapat menimbulkan citra diri dan profesional yang positif. Penampilan fisik seorang perawat dapat mempengaruhi persepsi pasien terhadap pelayanan yang diterimanya. Walaupun penampilan tidak sepenuhnya mencerminkan kemampuan perawat.

c) Intonasi (Nada Suara)

Nada suara seorang pembicara memiliki dampak yang sangat besar terhadap arti pesan yang dikirimkan, karena emosi seseorang dapat secara langsung mempengaruhi nada suaranya. Perawat harus mampu menyadari emosinya ketika sedang berinteraksi dengan pasien, maksudnya adalah untuk menciptakan kenyamanan antara perawat dan pasien.

d) Ekspresi wajah

Hasil suatu penelitian menunjukkan enam keadaan emosi utama yang nampak melalui ekspresi wajah diantaranya: terkejut, takut, marah, jijik, bahagia dan sedih. Dalam menentukan sebuah pendapat ekspresi wajah digunakan sebagai dasar yang penting. Orang yang dapat dipercaya adalah orang mampu mempertahankan kontak matanya selama pembicaraan. Usahakan selama sedang melakukan pembicaraan dilakukam dengan cara duduk sehingga perawat tidak nampak dominan jika kontak mata dengan pasien dilakukan dalam keadaan sejajar.

e) Sikap tubuh dan langkah

Sikap tubuh dan langkah menggambarkan sikap seperti emosi, konsep diri dan keadaan fisik. Dalam mengumpulkan berbagai macam informasi yang bermanfaat perawat dapat mengamati dengan melihat sikap tubuh dan langkah pasien. Langkah dapat dipengaruhi oleh faktor fisik seperti rasa sakit, obat atau fraktur.

f) Sentuhan

Berbagai macam sentuhan dapat diungkapkan dengan cara memberi kasih sayang, dukungan emosional, dan perhatian. Sentuhan merupakan bagian yang terpenting dalam hubungan perawat – pasien, namun tetap memperhatikan norma sosial. Bradley & Edinburg (1982) dan Wilson & Kneisi (1992)

menyatakan bahwa walaupun sentuhan banyak bermanfaat ketika membantu pasien, akan tetapi perlu diperhatikan apakah penggunaan sentuhan dapat dimengerti dan diterima oleh pasien, sehingga harus dilakukan dengan kepekaan dan hati-hati.

f. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Terdapat empat tahapan dalam melakukan komunikasi terapeutik menurut Potter & Perry (19) :

1) Tahap Pra-interaksi

Saat perawat akan menemui klien untuk pertama kalinya, perawat idealnya mengulangi informasi mengenai pasien. Informasi tersebut meliputi riwayat medis dan entri dalam catatan perawat mengenai catatan medis. Fase ini adalah waktu yang tepat untuk merencanakan sebuah pendekatan.

2) Tahap Orientasi

Tahap ini dimulai ketika perawat dan pasien bertemu untuk pertama kalinya. Fase inilah yang akan menentukan bagaimana hubungan perawat-klien selanjutnya. Perawat dan pasien bertemu dan saling mengenal nama. Tujuan dalam tahap ini adalah memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat sesuai dengan keadaan pasien saat ini, serta perawat mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan sebelumnya. Dalam tahap ini perawat memiliki tugas yaitu:

- a) Membina hubungan saling percaya, menunjukkan penerimaan dan komunikasi terbuka
- b) Merumuskan kontrak seperti kontrak waktu, tempat pertemuan, dan topik pembicaraan. Setelah disepakati perawat dan pasien mengklarifikasi kembali kontrak yang telah disepakati
- c) Menggali pikiran serta perasaan dan mengidentifikasi masalah pasien yang umumnya dilakukan dengan teknik komunikasi pertanyaan terbuka
- d) Merumuskan tujuan interaksi dengan pasien

### 3) Tahap kerja

Tahap kerja adalah inti dari semua proses komunikasi terapeutik. Tahap ini merupakan tahap terpanjang dalam komunikasi terapeutik. Dalam tahap ini perawat mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu untuk membantu pasien dalam mendefinisikan masalah yang sedang di alami, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya. Di akhir tahap ini diharapkan perawat mampu menyimpulkan percakapannya dengan pasien.

#### 4) Tahap Terminasi

Tahap terminasi adalah tahap akhir dari pertemuan antara perawat dengan pasien. Dalam tahap ini perawat memiliki tugas diantaranya adalah:

- a) Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan
- b) Melakukan evaluasi secara subjektif dengan cara menanyakan perasaan pasien setelah berinteraksi dengan perawat
- c) Menepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan

#### g. Teknik Komunikasi Terapeutik

Sifat serta tingkah laku setiap pasien berbeda-beda oleh karena itu dalam setiap proses perawatan pasien diperlukan penerapan teknik komunikasi yang berbeda pula. Menurut Shives, Stuart & Sundeen teknik komunikasi terapeutik(21)(22) :

##### 1) *Listening*

Mendengarkan pasien dengan penuh perhatian. Memahami pesan verbal serta non verbal yang diungkapkan oleh pasien

##### 2) *Broad Opening*

Memberikan pasien kesempatan untuk memulai pembicaraan.  
Memberikan kesempatan kepada pasien untuk memilih topic pembicaraan

3) *Restating*

Mengulang kembali ungkapan pasien, dengan mengulang kembali perawat memberikan umpan balik sehingga pasien mengetahui bahwa pesan yang disampaikan dimengerti oleh perawat

4) *Clarifying*

Agar menghindari kesalahpahaman, perawat perlu melakukan klarifikasi dengan menyamakan pengertian.

5) *Focusing*

Memfokuskan kembali arah pembicaraan, metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti.

6) *Giving information*

Memberikan informasi tambahan bagi pasien. Hal ini dilakukan untuk memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien(23).

7) *Silence*

Perawat berdiam sejenak, memiliki arti bahwa perawat menunjukkan sikap reflektif atau merenung, sikap mendengar, menerima, mengerti serta menanti (23).

8) *Reinforcement*

Perawat perlu menghargai pasien sebagai manusia seutunya yang memiliki hak serta tanggung jawab atas dirinya sendiri sebagai individu.

9) *Offering self*

Perawat menawarkan kehadirannya, hal ini dilakukan saat pasien belum mau berkomunikasi secara verbal dengan orang lain atau pasien tidak mampu membuat dirinya dimengerti.

10) *Presenting reality*

Menghadirkan realita untuk meluruskan kesalahan persepsi pasien.

11) *Suggesting collaboration*

Menawarkan diri untuk *sharing* dan bekerjasama untuk keuntungan pasien.

12) *Exploring*

Menggali lebih dalam mengenai pernyataan yang di ungkapkan pasien(23).

13) *Reflecting*

Perawat menganjurkan agar pasien dapat mengemukakan dan menerima ide serta perasaannya adalah bagian dari dirinya sendiri. Dengan demikian perawat meyakinkan pasien bahwa pendapatnya adalah berharga dan pasien memiliki hak untuk mampu melakukan hal tersebut.



#### 14) *Summarizing*

Meringkas percakapan antara perawat dan pasien sebelum meneruskan ke pembahasan selanjutnya. Meringkas pembicaraan membantu perawat mengulang aspek penting dalam interaksinya.

#### 15) *Humor*

Humor perlu dilakukan dalam komunikasi verbal agar menurunkan ketegangan pada pasien.

#### 16) *Assertive*

Mengekspresikan pikiran serta perasaan perawat dengan tetap menghargai dan tidak menyakiti perasaan pasien.

Disamping komunikasi terapeutik, perawat perlu menghindari teknik komunikasi non terapeutik. Menurut Shives, Stuart & Sundeen teknik komunikasi non terapeutik adalah (21)(22) :

##### 1) *Advising*

Menasehati atau menggurui pasien, sebaiknya perawat menghindari percakapan demikian, seolah-olah hanya perawat yang tahu apa yang terbaik bagi pasien.

##### 2) *Challenging*

Menentang pasien atau meminta bukti realistis dari pasien.

3) *Defending*

Menghambat pasien menyatakan kesan, pendapat serta perasaan yang dirasakannya.

4) *Probing*

Mengintrogasi pasien secara berlebihan, sebaiknya hindari perilaku tersebut karena hal tersebut akan membuat pasien tidak nyaman.

5) *Reassuring*

Meyakinkan pasien tanpa fakta yang ada.

6) *Rejecting*

Menolak ide atau perasaan yang dimiliki pasien.

7) *Testing*

Memberikan pernyataan seolah-olah perawat sedang menguji pasien.

2. Kompetensi komunikasi terapeutik

Kompetensi yang harus dimiliki oleh setiap perawat mencakup tiga aspek, yaitu aspek kognitif, psikomotor serta afektif (10). Dalam fase kerja perawat harus berusaha untuk memenuhi tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya atau pada tahap orientasi. Hubungan antara perawat dengan pasien akan menjadi lebih fleksibel bila perawat dan pasien menjadi lebih merasa saling memiliki satu sama lain untuk selanjutnya saling mencurahkan perasaan masing-masing serta

mendiskusikan masalah yang dihadapi pasien(5). Untuk terwujudnya hubungan yang lebih akrab dengan pasien dibutuhkan beberapa kemampuan berikut :

a. Kemampuan kognitif

Kompetensi kognitif mencakup kemampuan yang berkaitan dengan konsep keilmuan keperawatan(9)(10). Indikator yang diukur untuk mengetahui kemampuan kognitif adalah :

- 1) Menjelaskan pengertian komunikasi terapeutik
- 2) Menjelaskan prinsip komunikasi terapeutik
- 3) Menjelaskan tujuan komunikasi terapeutik
- 4) Menjelaskan tahapan komunikasi terapeutik
- 5) Menjelaskan teknik komunikasi terapeutik

b. Kemampuan afektif

Perawat yang baik adalah perawat yang mempunyai kemampuan melihat masalah yang dihadapi oleh pasien. Perawat tersebut dikategorikan sebagai perawat yang terampil (*anadept practitioner nurse*). Tindakan psikologis perawat biasanya ditujukan secara non verbal. Tindakan tersebut ditujukan untuk memenuhi kebutuhan emosi pasien. Tindakan psikologik ini membutuhkan pengetahuan dan keterampilan afektif yang cukup dari perawat(5). Kompetensi afektif ini menyangkut sikap perawat saat berinteraksi dengan pasien (9)(10).

Seorang perawat tidak hanya cukup mengetahui teknik maupun isi komunikasi saja akan tetapi hal terpenting adalah sikap ataupun penampilan dalam berkomunikasi. Setiap proses perawatan pasien diharapkan mampu membuat pasien nyaman, salah satu hal yang perlu diperhatikan adalah kehadiran perawat secara utuh baik fisik maupun psikologis saat melakukan sebuah komunikasi dengan pasien.

a. Kehadiran diri secara fisik

Menurut Egan (1975, dikutip oleh Kozier dan Erb, 1983; 372) dan Haber J (1982) mengidentifikasikan 5 sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik, yaitu (24) :

- 1) Berhadapan (*Squarely*). Menghadapkan diri pada pasien dengan jujur dan terbuka yaitu dengan duduk berhadapan dengan pasien serta wajah menghadap pada pasien. Arti dari posisi berhadapan adalah perawat menyatakan bahwa dirinya siap untuk membantu dan mengatasi masalah pasien.
- 2) Mempertahankan kontak mata (*Eye Contact*). Dengan mempertahankan kontak mata hal tersebut menunjukkan bahwa perawat menghargai pasien dan ingin tetap berkomunikasi. Sikap ini juga dapat menciptakan perasaan nyaman bagi pasien.

- 3) Membungkuk ke arah pasien (*Lean*). Posisi ini menunjukkan bahwa perawat peduli dan ingin untuk mengatakan atau mendengarkan sesuatu yang dialami oleh pasien.
- 4) Mempertahankan sikap terbuka (*Open Posture*). Sikap terbuka ini dilakukan dengan tidak melipat kaki atau tangan di depan pasien saat sedang berkomunikasi. Sikap terbuka perawat ini meningkatkan kepercayaan pasien kepada perawat atau petugas kesehatan lainnya.
- 5) Tetap relaks (*Relaxed*). Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon terhadap pasien. Sikap ini sangat bermanfaat bila pasien dalam kondisi stress ataupun emosi yang labil dalam merespon kondisi sakitnya.

b. Kehadiran diri secara psikologis

Dikutip oleh Stuart dan Sundeen (1987; 126) kehadiran diri secara psikologis terbagi menjadi 2 dimensi yaitu :

1) Dimensi Respon

Dimensi respon merupakan sikap perawat secara psikologis dalam berkomunikasi dengan pasien. Dimensi respon digunakan untuk membina hubungan saling percaya

dan komunikasi terbuka. Respon perawat seperti ikhlas, menghargai, empati dan konkrit. Respon tersebut harus tetap dipertahankan sampai hubungan tersebut berakhir.

## 2) Dimensi Tindakan

Dimensi tindakan ini erat hubungannya dengan dimensi respon. Tindakan yang dilaksanakan dalam dimensi tindakan harus dalam konteks kehangatan serta pengertian. Dimensi respon membawa pasien pada tingkat penilaian diri yang tinggi selanjutnya dilanjutkan ke dimensi tindakan (1). Dimensi tindakan ini terdiri dari beberapa macam diantaranya adalah konfrontasi, kesegeraan, keterbukaan, *emotional chatarsis*, bermain peran (25).

Indikator yang diukur untuk mengetahui kemampuan afektif adalah :

### 1) Menunjukkan perhatian, meliputi :

- a) Memandang pasien
- b) Kontak mata
- c) Sikap terbuka
- d) Rileks
- e) Mengangguk
- f) Mencondongkan tubuh ke arah pasien

2) Menunjukkan penerimaan, meliputi :

- a) Mendengarkan
- b) Memberikan umpan balik
- c) Komunikasi non-verbal dan verbal sesuai
- d) Tidak mendebat atau mengekspresikan keraguan

c. Kemampuan psikomotor

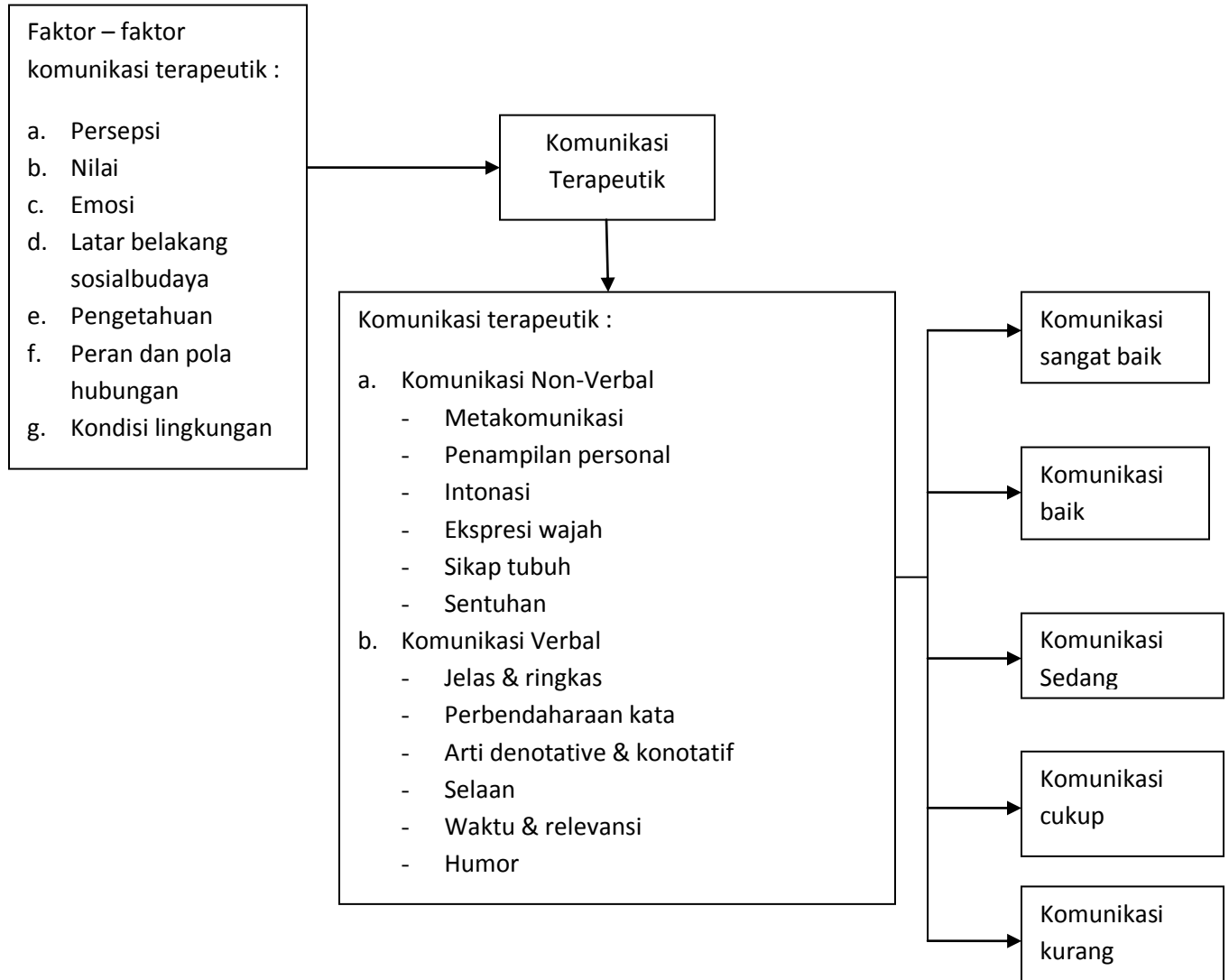
Kompetensi psikomotor atau kemampuan psikomotor mencakup kemampuan atau keterampilan yang bersifat teknis prosedur di dalam melakukan aktivitas keperawatan. Dalam hal ini keperawatan mempunyai keterampilan khusus yang tidak sembarang orang bisa melakukannya (9)(10). Indikator yang diukur untuk mengetahui kemampuan psikomotor adalah :

- 1) Mengumpulkan data tentang pasien
- 2) Merencanakan interaksi dengan pasien
- 3) Memberikan salam terapeutik
- 4) Memvalidasi perasaan pasien
- 5) Memvalidasi masalah pasien dan latihan sebelumnya
- 6) Melakukan kontrak topic diskusi atau latihan
- 7) Melakukan kontrak waktu
- 8) Melakukan kontrak tempat
- 9) Melakukan kegiatan sesuai kontrak (latihan/diskusi)
- 10) Menggunakan teknik komunikasi terapeutik

- 11) Menerapkan sikap terbuka
- 12) Memvalidasi perasaan pasien setelah interaksi
- 13) Meminta pasien redemonstrasi latihan / menyebutkan kembali poin-poin diskusi
- 14) Melakukan rencana tindak lanjut (RTL)
- 15) Melakukan kontrak topik interaksi berikutnya
- 16) Melakukan kontrak waktu interaksi berikutnya
- 17) Melakukan kontrak tempat interaksi berikutnya



## B. Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka teori (1)(5)(10)(9)(18)(19)(21)(22)**

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis dan Rancangan Penelitian**

##### 1. Jenis penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Penelitian kuantitatif adalah penelitian yang menekankan pada data-data numerical (angka) yang diolah dengan metode statistika (26). Penelitian kuantitatif dilihat dari segi tujuan, penelitian tersebut dapat dipakai untuk menguji suatu teori, menyajikan suatu fakta atau mendeskripsikan statistika, serta untuk menunjukkan hubungan antar variabel dan adapula yang digunakan untuk mengembangkan suatu konsep, mengembangkan sebuah pemahaman atau mendeskripsikan banyak hal (27).

##### 2. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *deskriptif survey*. *Deskriptif survey* pada dasarnya bertujuan untuk memberikan deskripsi dengan maksud untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian. Penelitian deskriptif ini dilakukan terhadap sekumpulan obyek yang terbilang cukup banyak dalam jangka waktu tertentu (28)

## **B. Populasi dan Sampel Penelitian**

### 1. Populasi

Populasi adalah kumpulan semua individu dalam suatu batas tertentu, atau kumpulan individu yang akan diukur atau diamati ciri-cirinya (29). Populasi dalam penelitian ini adalah semua jumlah perawat RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang, baik yang lulusan D3 maupun S1 Keperawatan. Populasi dalam penelitian ini adalah sebanyak 149 orang.

### 2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti yang mewakili secara keseluruhan sifat dan karakter populasi (29)(30).

### 3. Teknik Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (16). Sehingga teknik sampling tersebut adalah sebuah metode atau cara yang dilakukan untuk menentukan jumlah dan anggota sampel (30). Pemilihan sampel pada penelitian menggunakan teknik *probability sampling* jenis *proportional random sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel anggota populasi yang dilakukan dengan memperhatikan proporsi yang ada dalam populasi tersebut (31). Teknik penarikan sampel yang digunakan dalam penelitian ini didasarkan pada jumlah perawat dari masing-masing ruang.

Setelah diketahui jumlah perawat di masing-masing ruang, maka perhitungan besar sampel dilakukan dengan menggunakan rumus Slovin (32):

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

$n$  = jumlah sampel

$N$  = jumlah populasi

$e$  = batas toleransi kesalahan (*error tolerance*). Penelitian ini menggunakan batas toleransi kesalahan yang ditolerir sebesar 5, sehingga besar sampel dirumuskan sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(e^2)}$$

$$n = \frac{149}{1 + 149(0,05^2)}$$

$$n = \frac{149}{1 + 149(0,0025)}$$

$$n = \frac{149}{1 + 149(0,0025)}$$

$$n = \frac{149}{1 + 0,3725}$$

$$n = 108,56$$

$$n = 109$$

Kemudian juga ditentukan jumlah sampel disetiap kelas dengan menggunakan rumus *proportional random sampling* sebagai berikut (33)

:

$$n_i = \frac{N_i \times n}{N}$$

Keterangan :

$N_i$  = ukuran tiap strata populasi

$n_i$  = ukuran tiap strata *sampel*

$n$  = ukuran (total) *sampel*

$N$  = ukuran (total) populasi

**Tabel 3.1 Jumlah Sampel Perawat di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang**

No.	Nama Ruang	Jumlah Perawat per ruang	Hasil
1.	Arimbi	10	10/149 x 109 = 7
2.	Brotojoyo	10	10/149 x 109 = 7
3.	Citroanggodo	12	12/149 x 109 = 9
4.	Dewaruci	10	10/149 x 109 = 7
5.	Endrotenoyo	10	10/149 x 109 = 7
6.	Gatatkaca	10	10/149 x 109 = 7
7.	Hudawa	10	10/149 x 109 = 7
8.	Irawan	10	10/149 x 109 = 7
9.	Kresna/ Ongkowitzoyoy	18	18/149 x 109 = 14
10.	Larasati	11	11/149 x 109 = 8
11.	Madrim	11	11/149 x 109 = 8
12.	Srikandi	13	13/149 x 109 = 10
13.	UPIP	14	14/149 x 109 = 11
	<b>Jumlah</b>	<b>149</b>	<b>109</b>

Pada penelitian ini sampel yang ditentukan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi juga. Kriteria inklusi dan eksklusi sampel penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi yang sesuai dengan keterjangkauan dan tujuan penelitian (34). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Perawat pelaksana yang sudah bekerja minimal 1 tahun

2. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria dimana subyek penelitian tidak dapat dimasukkan atau tidak layak untuk diteliti (35). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

- a) Perawat yang sedang tugas atau ijin belajar
- b) Perawat yang sedang mengambil cuti

### **C. Tempat dan Waktu Penelitian**

1. Tempat

Tempat pengambilan data penelitian di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

2. Waktu

Waktu dilakukan penelitian adalah bulan Maret – November 2017.

## **D. Variabel Penelitian, Definisi Operasional dan Skala Pengukuran**

### 1. Variabel penelitian

Variabel penelitian adalah sesuatu atau bagian dari individu atau objek yang dapat diukur. Variabel tersebut dapat berupa fisik, dapat pula berupa pikiran ataupun *feeling* ataupun kejadian dalam kehidupan individu. Menurut Polit dan Hungler (1999) setiap variabel tersebut memberikan nilai yang berbeda dari individu satu ke individu lainnya (36). Variabel dalam penelitian ini adalah variabel tunggal yaitu gambaran komunikasi terapeutik perawat jiwa RSJ Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

### 2. Definisi Operasional

Definisi operasional yaitu definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari suatu hal yang di definisikan tersebut (16). Definisi operasional dalam hal ini ditampilkan sebagai berikut :

**Tabel 3.2 Definisi Operasional, Alat Ukur dan Skala**

<b>Variabel Penelitian</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Alat Ukur dan Cara Ukur</b>	<b>Hasil Ukur</b>	<b>Skala Ukur</b>
Komunikasi terapeutik	Hubungan yang diciptakan antara perawat – klien agar terciptanya suatu hubungan timbal balik serta untuk memelihara hubungan yang harmonis dan bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien(1)(37)	Diukur menggunakan tes objektif, kuesioner komunikasi terapeutik.	Klasifikasi dan skoring dikategorikan dengan nilai mean karena data terdistribusi normal. Kategori komunikasi terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor <math>\leq 22</math> komunikasi kurang</li> <li>2. Skor berkisar antara 23-32 komunikasi cukup</li> <li>3. Skor berkisar antara 33-42 komunikasi sedang</li> <li>4. Skor berkisar anatar 43-52 komunikasi baik</li> <li>5. Skor berkisar antara 53-62 komunikasi sangat baik</li> </ol>	Ordinal
Subvariabel Komunikasi Non-Verbal	Komunikasi yang disampaikan tanpa kata-kata. Komunikasi yang di ungkapkan secara spontan(38)	Kuesioner dibuat oleh Ihsan, jumlah item terdiri dari 21 pernyataan menggunakan skala Guttman Setuju dan Tidak Setuju	Hasil pengukuran dari 21 pernyataan komunikasi terapeutik non- verbal didapatkan mean. Kategori komunikasi terapeutik : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor <math>&lt; 12,84</math> komunikasi kurang baik</li> <li>2. Skor <math>\geq 12,84</math> komunikasi baik</li> </ol>	Ordinal



Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Komunikasi Verbal	Komunikasi yang menggunakan kata-kata, lisan maupun tertulis(38)	Kuesioner dibuat oleh Ihsan, jumlah item terdiri dari 43 pernyataan menggunakan skala Guttman Setuju dan Tidak Setuju	Hasil pengukuran dari 43 pernyataan komunikasi terapeutik verbal didapatkan mean. Kategori komunikasi terapeutik : 1. Skor < 33,7 komunikasi kurang baik 2. Skor $\geq$ 33,7 komunikasi baik	Ordinal
Data Demografi	Ilmu yang mempelajari dinamika kependudukan manusia	Berisi tentang informasi mengenai jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, lama bekerja di keperawatan, lama waktu bekerja di rumah sakit jiwa	Karakteristik responden yang diteliti : 1. Jenis Kelamin : a. Laki-laki b. Perempuan 2. Usia : a. 17-25 th b. 26-35 th c. 36-45 th d. 46-55 th e. 56-55 th 3. Pendidikan terakhir : a. D3 b. Ners c. S2 4. Lama bekerja di keperawatan: ➤ D3 a. < 5 th b. 5-8 th c. $\geq$ 9 th ➤ S1 Ners a. < 3 th b. 3-5 th c. 6-8 th d. $\geq$ 9 th 5. Lama bekerja di keperawatan jiwa : ➤ D3 a. < 5 th b. 5-8 th c. $\geq$ 9 th ➤ S1 Ners d. < 3 th e. 3-5 th f. 6-8 th d. $\geq$ 9 th	Ordinal dan Nominal

## **E. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data**

### **1. Alat Penelitian**

Alat penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah Kuesioner, alat tulis dan alat-alat pengolahan data seperti komputer dan kalkulator. Kuesioner ini terdiri dari tiga bagian

#### **a. Lembar data sosial – demografis**

Lembar pertama berisi tentang informasi mengenai jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, lama bekerja di keperawatan, lama waktu bekerja di rumah sakit jiwa.

#### **b. Komponen kuesioner komunikasi nonverbal**

Bagian ini terdiri dari 21 item pernyataan yang mengukur tingkat pengetahuan nonverbal komunikasi terapeutik perawat yang diukur dengan menggunakan skala Guttman dengan jawaban Setuju atau Tidak Setuju.

#### **c. Komponen kuesioner komunikasi verbal**

Bagian ini terdiri dari 43 item pernyataan yang mengukur tingkat pengetahuan verbal komunikasi terapeutik perawat yang diukur dengan menggunakan skala Guttman dengan jawaban Ya atau Tidak.

Total keseluruhan item sebanyak 64 pernyataan. Skoring dilakukan dengan membagi menjadi lima tingkatan. Tingkat pertama untuk nilai kurang poin yang didapatkan adalah  $\leq 22$ .

Tingkat kedua untuk nilai cukup poin yang didapatkan adalah 23 – 32. Tingkat ke tiga untuk nilai rata-rata poin yang didapatkan adalah 33 – 42. Tingkat ke empat untuk nilai baik poin yang didapatkan adalah 43 – 52. Tingkat ke lima untuk nilai sangat baik poin yang didapatkan adalah 53 – 62. Pernyataan positif mendapatkan skor 1 sedangkan pernyataan negative mendapatkan skor 0.

**Tabel 3.3**  
**Kisi – kisi kuesioner kemampuan komunikasi terapeutik perawat jiwa**

No	Variabel	No.Item		Jumlah
		Pernyataan positive	Pernyataan negative	
1.	Non-Verbal	1,2,4, 5, 6, 7,8, 10,11,12,13,14,15,16,17,18,20, 21	3,9, 19	21
		22,23,24,25,26,27,28,29,30,31, 32,33,34,35,36,37,38,39,40,41, 42,44,46,48,49,50,51,54,56,57, 58,59,60,61,62,63,64	43,45,47,52,5 3,55	43
2.	Verbal			

## 2. Uji Kuesioner

Kuesioner dapat dikatakan valid jika kuesioner yang digunakan adalah alat ukur yang benar-benar mengukur apa yang di ukur. Kuesioner dapat dikatakan reliabel jika kuesioner yang digunakan merupakan alat ukur yang hasilnya dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Untuk mendapatkan kuesioner yang diharapkan

sebelumnya perlu dilakukan uji validitas dan uji reliabilitas terlebih dahulu (39).

a. Uji Validitas

Validitas adalah kemampuan sebuah tes untuk mengukur apa yang seharusnya diukur. Uji validitas adalah skala dimana kesimpulan yang dibuat dengan berdasarkan skor menurut angka menjadi sesuai, bermakna dan berguna (40). Uji validitas yang dilakukan dalam penelitian ini dilakukan dengan melakukan uji *construct validity* (validitas konstruksi). Uji validitas ini dilakukan dengan mengujikan kuesioner di tempat yang memiliki karakteristik sama dengan tempat melakukan penelitian. Sebanyak 40 orang perawat di RSJD Surakarta dijadikan sampel dalam uji ini.

Tahap selanjutnya yaitu dengan melakukan tabulasi data kuesioner, setelah data tersebut ditabulasikan maka pengujian validitas konstruk dilakukan dengan analisa faktor, yaitu dengan mengkorelasikan antar skor item instrument. Teknik korelasi yang digunakan yaitu korelasi *product moment pearson*. Korelasi ini digunakan untuk mencari kuatnya hubungan antar variabel yang dinyatakan dengan koefisien. Koefisien korelasi yang diperoleh  $r$  harus diuji signifikansinya dengan uji  $t_{hitung}$ . Jika  $t_{hitung} > t_{tabel}$  atau  $r_{hitung} > r_{tabel}$  maka pernyataan tersebut valid, sedangkan bila  $t_{hitung} < t_{tabel}$  maka pernyataan tersebut tidak valid.

Rumus korelasi *product moment pearson* :

$$r = \frac{n\Sigma xy - (\Sigma x)(\Sigma y)}{\sqrt{\{n\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2\}\{n\Sigma y^2 - (\Sigma y)^2\}}}$$

Keterangan:

r = koefisien korelasi

n = jumlah responden

$\Sigma$  = jumlah variabel

X = skor masing – masing item

Y = skor total

Rumus  $t_{hitung}$ :

$$r_{hitung} = \frac{r\sqrt{(n-2)}}{\sqrt{(1-r^2)}}$$

Keterangan :

r = koefisien korelasi hasil r hitung

n = jumlah responden

Hasil perhitungan tiap item dibandingkan dengan tabel nilai *product moment*. Bila r hitung sama atau lebih besar dibandingkan r tabel ( $r_{hitung} \geq r_{tabel}$ ) dengan taraf signifikan 5%, maka kuesioner dapat dikatakan valid. Penelitian ini menggunakan 64 pernyataan yang memenuhi syarat valid  $r_{hitung} > 0,361$  yaitu dengan rentang r hitung 0,495 – 1 . Hal tersebut menunjukkan bahwa semua pernyataan dapat digunakan dalam penelitian.

b. Uji Reliabilitas

Uji reliabilitas ditujukan untuk menjamin tingkat konsistensi instrument tersebut bila digunakan pada waktu yang berbeda. Uji reliabilitas terhadap keseluruhan item yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan uji statistic *Alpha Cronbach* dimana uji dilakukan untuk mengukur rata-rata.

Rumus *Alpha Cronbach*:

$$r_{11} = \frac{k}{k-1} \times \left\{ 1 - \frac{\sum S_i}{S_t} \right\}$$

Keterangan :

$r_{11}$  : Nilai reliabilitas

$\sum S_i$  : Jumlah varian skor tiap-tiap item

$S_i$  : Varian total

$k$  : Jumlah item

Reliabilitas suatu konstruk variabel dikatakan baik jika *Alpha Cronbach* > 0,60. Sebagai patokan dalam suatu kuesioer dapat ditentukan ukuran indeks reliabilitas, yaitu tidak reliabel (0,00 – 0,20), kurang reliabel (0,20 – 0,40), reliabel (0,40 – 0,60), cukup reliabel (0,60 – 0,80), dan sangat reliabel (0,80 – 1,00) (54). Hasil uji reabilitas pada kuesioner ini adalah 0,986 berdasarkan kriteria Guilford item pernyataan memiliki reliabilitas sangat tinggi.

c. Alih Bahasa

Kuesioner ini dilakukan proses alih Bahasa oleh seorang tentor dari lembaga LIA

d. Back Translation

Back Translation kuesioner ini dilakukan oleh Ibu Ns. Fatikhu Yatuni, S.Kep., MSc. yang merupakan salah seorang dosen Program Studi Ilmu Keperawatan.

3. Pengumpulan Data

Pengumpulan data akan dilakukan dengan melalui berbagai tahap proses birokrasi. Hal ini dilakukan agar memudahkan proses penelitian. Pengumpulan data akan dilakukan pada bulan Mei 2017. Cara pengumpulan data yaitu :

- a. Pengajuan *ethical clearance* di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- b. Setelah proposal penelitian dan *ethical clearance* disetujui, peneliti membuat surat permohonan ijin penelitian ke pihak akademik.
- c. Mengajukan surat ijin penelitian ke bagian akademik Jurusan Keperawatan, kemudian dari jurusan keperawatan memberikan surat ijin penelitian yang telah ditandatangani oleh dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
- d. Peneliti memberikan surat ijin penelitian kepada direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- e. Menunggu surat ijin penelitian dari direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.
- f. Peneliti meminta ijin kepada Kepala Ruang untuk melakukan penelitian dengan cara menunjukkan surat ijin penelitian yang telah di

setujui oleh Kepala Bidang Keperawatan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Semarang.

- g. Peneliti melakukan pengambilan data responden menggunakan kuesioner sesuai dengan kriteria inklusi dalam penelitian.
- h. Peneliti menjelaskan kepada responden mengenai tujuan, manfaat dan peran responden dan hak responden untuk menolak menjadi responden dengan memberikan lembar *informed consent*.
- i. Peneliti menjelaskan kepada responden mengenai cara pengisian kuesioner. Apabila responden kurang paham dapat meminta bantuan kepada peneliti dalam tata cara pengisian kuesioner. Selanjutnya peneliti akan mengumpulkan kuesioner yang telah terisi dan memeriksa kembali kelengkapan kuesioner. Bila terdapat kuesioner yang tidak lengkap atau terdapat pertanyaan yang tidak dijawab, maka peneliti dapat menanyakan langsung kepada responden.
- j. Setelah semua data terkumpul kemudian data dapat diolah dan dianalisa.

## **F. Teknik Pengolahan dan Analisa Data**

### **1. Pengolahan Data**

Pengolahan data merupakan proses yang sangat penting dalam penelitian. Oleh karena itu harus dilakukan dengan baik dan benar. Langkah yang harus ditempuh adalah(29):



a. *Editing* (Memeriksa)

Proses *editing* adalah memeriksa kembali daftar pertanyaan yang diserahkan oleh responden. Setelah semua data terkumpul maka peneliti dapat memeriksa kembali kebenaran data tersebut, bila masih terdapat data atau informasi yang belum lengkap maka peneliti dapat meminta responden untuk melengkapinya. Kegiatan yang dilakukan pada proses *editing* ini adalah menjumlah dan melakukan koreksi(29). Menjumlah adalah proses menghitung banyaknya lembaran daftar pertanyaan yang telah di isi untuk mengetahui apakah sesuai dengan jumlah yang ditentukan. Sedangkan koreksi adalah proses membenarkan atau menyelesaikan hal-hal yang salah atau kurang jelas. Pemeriksaan daftar pertanyaan yang dilakukan adalah :

b. *Coding* (Pengkodean)

*Coding* dilakukan untuk mempermudah pengolahan, sebaiknya semua variabel diberi kode terutama data klasifikasi. Misalnya untuk jenis kelamin laki-laki dapat diberi kode 1 dan jenis kelamin wanita diberi kode 2. Pemberian kode dapat dilakukan sebelum atau sesudah pengumpulan data dilaksanakan(29).

c. *Entry Data* (Memasukkan data)

Peneliti melakukan entry data dengan cara memasukkan jawaban-jawaban yang telah diberikan kode kategori ke dalam tabel dengan cara menghitung frekuensi data. Data dimasukkan menggunakan sistem computer berupa *software* statistik.

d. *Tabulasi* (Penyajian data)

*Tabulasi* merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa agar dengan mudah dapat dijumlah, disusun, dan didata untuk kemudian disajikan dan dianalisis(29). Peneliti memasukkan data hasil penelitian ke dalam tabel sesuai dengan criteria penelitian. Data diklasifikasikan terlebih dahulu selanjutnya data ditabulasikan sehingga diperoleh frekuensi dari masing-masing kelompok pernyataan dan setiap jawaban yang tersedia.

2. Analisa Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisa univariat berfungsi untuk meringkas kumpulan data hasil pengukuran sedemikian rupa sehingga kumpulan data tersebut berubah menjadi informasi yang berguna. Analisis univariat adalah cara analisis untuk variabel tunggal, dengan cara distribusi frekuensi dan tabel yang di interpretasikan untuk menjawab

tujuan penelitian. Data komunikasi terapeutik perawat jiwa diukur dalam uji normalitas data menggunakan uji normalitas *Kolmogorov Smirnov*. Uji normalitas digunakan untuk menentukan distribusi data, data yang baik adalah data yang terdistribusi normal dengan nilai  $p > 0,05$  (41). Masing-masing kategori seperti komunikasi terapeutik secara umum, komunikasi terapeutik verbal dan komunikasi terapeutik non-verbal dihitung serta dijumlah dari jawaban setiap responden.

#### **G. Etika Penelitian**

Etika penelitian perlu diterapkan karena dalam penelitian ilmu keperawatan, hampir 90% subjek yang dipergunakan adalah manusia, maka peneliti harus memahami prinsip-prinsip etika penelitian. Hal ini dilakukan Berikut adalah beberapa etika yang harus diperhatikan selama penelitian(42):

##### **a. Otonomi**

Peneliti menjelaskan secara jelas mengenai kuesioner dan penelitiannya, selanjutnya peneliti menanyakan ketersediaan responden untuk diteliti. Responden memiliki hak untuk bebas memilih kebersediaan dirinya untuk diteliti. Setelah responden menyetujui, responden dapat menandatangani *informed consent* yang telah disediakan oleh peneliti. Lembar tersebut diberikan kepada responden sebelum dilakukannya pengambilan data.

b. Bermanfaat bagi responden

Penelitian ini diharapkan akan memberikan manfaat bagi responden pula. Dengan membaca setiap pernyataan yang disajikan di dalam kuesioner responden akan mengingat kembali apakah selama ini responden telah melakukan prosedur komunikasi terapeutik dengan baik.

c. Tidak merugikan responden

Penelitian diharapkan tidak memberikan dampak yang merugikan bagi responden.

d. Kerahasiaan informasi

Peneliti akan menjaga privasi responden dengan merahasiakan identitas responden. Setiap data yang diberikan oleh responden semuanya hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian. Pada lembar kuesioner akan diberikan kode dimana kode tersebut hanya peneliti yang mengetahuinya.

e. Jujur

Peneliti sebaiknya menjelaskan secara jujur tentang manfaat penelitian. Ketika mengisi kuesioner peneliti menghimbau responden untuk mengisi sesuai dengan keadaan sesungguhnya.

f. Adil

Peneliti harus bersikap adil kepada seluruh responden dengan tidak membedakan responden selama penelitian berlangsung. Baik saat proses pengambilan data ataupun kegiatan penelitian lainnya.



## DAFTAR PUSTAKA

1. Mundakir. Komunikasi keperawatan : aplikasi dalam pelayanan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2006.
2. Uripni CL, Sujianto U, Indrawati T. Komunikasi Kebidanan. Jakarta: EGC; 2003.
3. Faturachman F. Komunikasi terapeutik perawat dan pasien gangguan jiwa. Universitas Sebelas Maret; 2014.
4. Sukarno A, Mubin MF, Hidayati E. Kemampuan Perawat dalam Merawat Pasien dengan Gangguan Jiwa di Ruang Psikiatri Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi Semarang. 2016;1.
5. Arwani. Komunikasi Dalam Keperawatan. Jakarta: EGC; 2003.
6. Shintana D, Siregar CT. Pengetahuan perawat tentang komunikasi terapeutik dengan perilaku perawat. Medan;
7. Gunawan, Hidayah N, Yulisetyaningrum. Hubungan Komunikasi Terapeutik Verbal dan Non Verbal Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien di Instalasi Perawatan Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Kudus. 2015;6(3).
8. Rinawati R. Pola komunikasi terapeutik perawat dan pasien hemodialisis. Mediator. 2008;9(1):13–28.
9. Asmadi. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: EGC; 2008.
10. Muhith A. Pendidikan keperawatan jiwa. Yogyakarta: Andi Offset; 2015.
11. Agung IM. Karakteristik perawat ideal : perspektif mahasiswa keperawatan [Internet]. Universitas Islam Negeri Suska Riau; 2012. Available from: <http://www.infodiknas.com/wp-content/uploads/2014/11/Karakteristik-Perawat-Ideal-Perspektif-Mahasiswa-Keperawatan1.pdf>
12. Peran Keluarga Dukung Kesehatan Jiwa Masyarakat [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Available from: <http://www.depkes.go.id/article/print/16100700005/peran-keluarga-dukung-kesehatan-jiwa-masyarakat.html>
13. Lukitasari P, Hidayati NE. Perbedaan Pengetahuan Keluarga Tentang Cara Merawat Pasien Sebelum dan Sesudah Kegiatan Family Gathering pada Halusinasi dengan Klien Skizofrenia di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang. 2013;1(1):18–24.
14. Tasliyah LN. Komunikasi interpersonal perawat dalam penyembuhan pasien di rumah sakit jiwa daerah atma husada mahakam. eJournal Ilmu Komun. 2015;3(3):226–37.

15. Widiawati S, Yan LS, Endah. Relationship characteristics, knowledge and attitude of communication with nurses in the therapeutic inpatient. *J Endur*. 2016;1(3):107–12.
16. Nursalam. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. 2nd ed. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
17. Indrawati. Komunikasi Untuk Perawat. Jakarta: EGC; 2003.
18. Giyanto. Pengaruh Metode Pembelajaran dan Motivasi Belajar Terhadap Kompetensi Komunikasi Terapeutik Mahasiswa Program Profesi Ners. Universitas Sebelas Maret; 2010.
19. Potter , A.P, Perry A. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik. Jakarta: EGC; 2005.
20. Gultom IDAN. Komunikasi Dalam Keperawatan. 2003;1–33.
21. Shives L. Basic Concept of Mental Health Nurshing. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 1994.
22. GW S, Sundeen SJ. Buku Saku Keperawatan Psikiatri (Edisi Terjemahan). Jakarta: EGC; 1998.
23. Nugroho W. Komunikasi dalam keperawatan Gerontik. Jakarta: EGC; 2009.
24. Suryani. Komunikasi terapeutik : teori dan praktek. 2nd ed. Jakarta: EGC; 2015.
25. Nugroho W. Komunikasi dalam keperawatan gerontik. Jakarta: EGC; 2009.
26. Saifuddin A. Metode Penelitian. Yogyakarta: Pustaka Pelajar; 2011.
27. Subana M, Sudrajat. Dasar-Dasar Penelitian Ilmiah. Bandung: Pustaka Setia; 2005.
28. Syah H. Pengantast Umum Metodologi Penelitian Pendidikan Pendekatan Verivikatif. Suska Pres. Pekanbaru; 2010.
29. Budiarto E. Biostatistika. Jakarta: EGC; 2002.
30. Dahlan A. Definisi Sampling Serta Jenis Metode dan Teknik Sampling [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 12]. Available from: <http://www.eurekapedidikan.com/2015/09/defenisi-sampling-dan-teknik-sampling.html>
31. Prasetyo B, Jannah LM. Metode penelitian kuantitatif. 9th ed. Jakarta: Rajagrafindo Persada; 2014.
32. Sugiyono. Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D. Baandung: Alfabeta; 2012.
33. Oktavia N. Sistematika penulisan karya ilmiah. Yogyakarta: Deepublish; 2015.
34. Ruslan R. Metode penelitian. 6th ed. Jakarta: Rajagrafindo Persada; 2013.
35. Setiadi. Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu;



- 2007.
36. Swarjana IK. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset; 2012.
  37. Nursalam, Efendi F. *Pendidikan dalam Keperawatan*. Salemba Medika;
  38. Hardjana AM. *Komunikasi Intrapersonal dan Interpersonal*. Yogyakarta: Kanisius; 2007.
  39. Praptomo AJ, Anam K, Raudah S. *Metodologi riset kesehatan*. Yogyakarta: Deepublish; 2016.
  40. Swarjana IK. *Statistik kesehatan*. Yogyakarta: Andi Offset; 2016.
  41. Singgih S. *Statistik Multivariat*. Jakarta: Elex Media Komputindo; 2010.
  42. Wasis. *Pedoman riset praktis untuk profesi keperawatan*. Jakarta: EGC; 2008.
  43. Mulyani S, Paramastri I, Priyanto MA. *Komunikasi dan Hubungan Terapeutik Perawat-Klien Terhadap Kecemasan Prabedah Mayor*. *Ber Kedokt Masy*. 2008;24(3):151–5.
  44. Permatasari A. *Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat dalam Meningkatkan Kepuasan Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Kardinah Kota Tegal Tahun 2016*. 2016;1–7.
  45. Roatib A, Suhartini, Supriyadi. *Hubungan Antara Karakteristik Perawat dengan Motivasi Perawat Pelaksana dalam Menerapkan Komunikasi Terapeutik Pada Fase Kerja Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang*. 2007;1(1):1–8.
  46. Kumajas FW, Warouw H, Bawotong J. *Hubungan Karakteristik Individu dengan Kinerja Perawat di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam RSUD Datoe Binangkang Kabupaten Bolaang Mongondow*. *J Keperawatan*. 2014;2(2):1–8.
  47. Christy V. *Hubungan Karakteristik Perawat dengan Penerapan Komunikasi Terapeutik pada Pasien di Ruang Rawat Inap RSUD Sultan Syarif Mohamad Al Kadrie Kota Pontianak*. 2015;1–8.
  48. Yanti RI, Warsito BE. *Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi, dan Supervisi dengan Kualitas Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan*. *J Manaj Keperawatan*. 2013;1(2):107–14.
  49. Silaban RY, Bidjuni H, Hamel R. *Hubungan Motivasi Mahasiswa Program Sarjana Keperawatan dengan Minat Melanjutkan Studi Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sam Ratulangi Manado*. *E J Keperawatan*. 2016;4(1):1–5.
  50. Darmini AY, Susanti ND, Kamaryati NP. *Gambaran Kecerdasan Emosional dan Perilaku Caring Perawat di Rumah Sakit Daerah Badung Bali*. *J Keperawatan Komprehensif*. 2017;3(2):94–100.

51. Kambuaya HG, Rompas S, Hamel RS. Hubungan Tingkat Pendidikan dan Lamanya Kerja dengan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Kabupaten Sorong. *E J Keperawatan*. 2016;4(1):1–6.
52. Ladesvita F, Khoerunnisa N. Dampak Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Kepuasan Pasien di Puskesmas Warakas Jakarta Utara. *J Akad Keperawatan Husada Karya Jaya*. 2017;3(1):5–10.
53. Leite EG, Kusuma FHD, Widiani E. Hubungan Antara Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Kecemasan Keluarga pada Pasien yang di Rawat di Unit Perawatan Kritis Rumah Sakit Unisma. *Nurs News (Meriden)*. 2017;2(2):286–94.
54. Farida. Kepemimpinan Efektif dan Motivasi Kerja dalam Penerapan Komunikasi Terapeutik Perawat. *J Ners*. 2011;6(1):31–41.
55. Alini. Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Komunikasi Terapeutik dengan Penerapan Komunikasi Terapeutik pada Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun 2014. *J Keperawatan Stikes Tuanku Tambusai Riau*. 2014;5(2):1–9.
56. Maftukhah A, Widoningrum T. Pengetahuan Perawat Tentang Komunikasi Terapeutik. *J AKP*. 2015;6(11):1–4.
57. Syagitta M, Sriati A, Fitria N. Persepsi Perawat Terhadap Pelaksanaan Komunikasi Efektif di IRJ Al- Islam Bandung. *J Keperawatan BSI*. 2017;5(2):140–7.
58. Dewi NLDAS, Ahsan, Haedar A. Analisis Hubungan Karakteristik Perawat Terhadap Kemampuan Non Teknis dalam Pelaksanaan Kegawatan Neonatal. *J Kesehat*. 2017;3(1):6–15.
59. Prasanti D, Sjafirah NA. Komunikasi Non Verbal dalam Komunitas Tanah Aksara. 2017;4(1):24–35.
60. An-Nafi AF. Pengaruh Kenyamanan Lingkungan Fisik Ruang Rawat Inap Kelas III Terhadap Kepuasan Pasien di RSUI Kustati Surakarta. Universitas Sebelas Maret; 2009.
61. Muhith A, Nursalam. Mutu Asuhan Keperawatan Berdasarkan Analisis Kinerja Perawat dan Kepuasan Perawat dan Pasien. *J Ners*. 2012;7(1):47–55.
62. Nurhayati. Analisis Hubungan Perilaku Caring dengan Kinerja Perawat Pelaksana Menerapkan Prinsip Etik Keperawatan dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Mappa Oudang Makasar. *J Keperawatan*. 2016;7(2):217–23.
63. Wijayanti DY, Sari SP, Dwidiyanti M. Modul Manajemen Asuhan Keperawatan Jiwa. Semarang: UNDIP Press; 2017. 1-84 p.