

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT
DENGAN TINGKAT PERILAKU KEKERASAN PADA
PASIEN SKIZOFRENIA PARANOID DI RSJ ISLAM
KLENDER JAKARTA TIMUR TAHUN 2023**

SKRIPSI



**Disusun Oleh :
MULYADI
NPM 20.156.01.11.071**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA
2024**

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT
DENGAN TINGKAT PERILAKU KEKERASAN PADA
PASIEN SKIZOFRENIA PARANOID DI RSJ ISLAM
KLENDER JAKARTA TIMUR TAHUN 2023**

SKRIPSI

Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
STIKes Medistra Indonesia



**Disusun Oleh :
MULYADI
NPM 20.156.01.11.071**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA
INDONESIA
2024**

LEMBAR PERSETUJUAN

**HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWATDENGAN
TINGKAT PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA
PARANOID DI RSJ ISLAM KLENDER JAKARTA TIMUR TAHUN 2023**

SKRIPSI

**DISUSUN OLEH :
MULYADI
NPM 20.156.01.11.071**

**Skripsi ini Telah Disetujui
Tanggal 23 Februari 2024**

Pembimbing

**I Kiki Deniati, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302**

**Mengetahui,
Kepala Program Studi Sarjana Keperawatan (S1)
STIKes Medistra Indonesia**

**Kiki Deniati, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302**

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Mulyadi
NPM : 20.156.01.11.071
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Skripsi : Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia paranoid di rsj islam klender jakarta timur tahun 2023

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan (S1), Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Medistra Indonesia

DEWAN PENGUJI

Ketua Tim Penguji : Kiki Deniati, S.Kep.,Ners.,M.Kep (.....)
NIDN. 0316028302
Pembimbing : Kiki Deniati, S.Kep.,Ners.,M.Kep (.....)
NIDN. 0316028302
Anggota Tim Penguji : Rotua Suryani S, SKM.,M.Kes (.....)
NIDN. 0315018401

Mengetahui

Wakil Ketua I Bidang Akademik
STIKes Medistra Indonesia

Kepala Program Studi Ilmu
Keperawatan (S1)
STIKes Medistra Indonesia

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0309049001

Kiki Deniati, S.Kep,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Disahkan,
Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawaty SST, M.Kes
NIDN. 0319017902

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : MULYADI

NPM : 20.156.01.11.071

Program Studi : SI Ilmu Keperawatan

Judul Skripsi : Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan

Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranoid Di RSJ Islam

Klender Jakarta Timur Tahun 2023

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan alih tulis atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apakah dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan sendiri.

Bekasi, 23 Februari 2024

Penulis

MULYADI

NPM 20.156.01.11.070

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan anugerah-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Resiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranoid Tahun 2023”. Proposal skripsi ini merupakan syarat untuk penelitian dan memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S. Kep) Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia.

Selama Skripsi ini, penulis mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dengan segala hormat dan kerendahan hati penulis menyampaikan penghargaan dan terima kasih kepada :

1. Usman Ompusunggu, S.E selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia.
2. Saver Mangandar Ompusunggu, S.E selaku ketua Yayasan STIKes Medistra Indonesia.
3. Vermona Marbun, MKM, selaku ketua BPH Yayasan Medistra Indonesia.
4. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia.
5. Puri Kresna Wati, SST., MKM selaku Wakil I Bidang Akademik STIKes Medistra Indonesia.
6. Sinda Ompusunggu, S.H selaku Wakil II Bidang Administrasi dan Kepegawaian STIKes Medistra Indonesia.
7. Hainun Nisa, SST., M.Kes selaku Wakil III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni STIKes Medistra Indonesia.
8. Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Ners STIKes Medistra Indonesia.
9. Rotua Suryani S.KM., M.Kes., selaku koordinator Skripsi.
10. Kiki Deniati, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku dosen pembimbing skripsi yang telah ditunjuk untuk memberikan arahan dalam penyusunan skripsi ini.
11. Rotua Suryani S, M.Kes., selaku dosen penguji I yang telah memberikan arahan serta masukan selama pengujian dalam seminar proposal hingga seminar akhir.

12. Arabta Malem P, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku wali kelas atas arahan dan bimbingan yang diberikam selama kuliah.
13. Puji Raharja Santosa, S.kep., Ns., M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik.
14. Seluruh dosen dan Staf STIKes Medistra Indonesia yang turut membantu memberikan banyak ilmu, masukan dan arahan selama proses pendidikan.
15. Khususnya untuk Ayah tersayang dan Ibu yang telah memberikan banyak bantuan dan dorongan dalam bentuk moril maupun materi serta doa dan semangat yang selalu menyertai penulis dalam menulis skripsi ini. Terimakasih banyak karena selalu menjadi penguat dan kekuatan bagi penulis untuk tetap kuat dan semangat hingga bisa sampai di tahap ini.
16. Teman-teman seperjuangan Prodi S1 Ilmu Keperawatan angkatan 18 yang telah banyak memberikan kenangan dan pengalaman yang begitu berharga.

Dalam hal itu penulis menyadari, bahwa penyusunan proposal skripsi ini masih jauh dari sempurna, maka kepada para pembaca khususnya Mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan jika ada kesalahan dalam penulisan skripsi ini penulis mohon kesediannya untuk kritik dan saran, serta motivasi yang membangun. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi peneliti khususnya dan umumnya kepada para pembaca.

Bekasi,07 Agustus 2023

MULYADI
NPM : 20.156.01.11.071

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENULISAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
ABSTRAK.....	xii
ABSTRACT	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
D. Manfaat Penelitian	8
1. Manfaat Teoritis	8
2. Manfaat Praktis	9
E. Keaslian Penelitian.....	10
BAB II	11
TINAJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Pengertian Komunikasi Terapeutik	11
1. Definisi Komunikasi Terapeutik.....	11
2. Tujuan Komunikasi Terapeutik	11

3.	Karakteristik Komunikasi Terapeutik.....	12
4.	Tahapan Komunikasi Terapeutik.....	14
5.	Jenis Komunikasi Yang Dimanifestasikan Secara Terapeutik.....	15
6.	Faktor-FaktorYang Mempengaruhi Efektivitas Komunikasi Terapeutik.....	18
7.	Teknik Komunikasi Terapeutik.....	19
B.	Pengertian Skizofrenia.....	24
1.	Pengertian Skizofrenia Paranoid	24
2.	Gejala Skizofrenia	25
3.	Etiologi Skizofrenia	26
4.	Jenis-Jenis Skizofrenia.....	27
5.	Tatalaksana Skizofrenia Paranoid.....	29
C.	Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan	31
1.	Definisi Resiko Perilaku Kekerasan	31
2.	Etiologi	32
3.	Rentang Respon.....	34
4.	Tingkat Perilaku Kekerasan	35
5.	Tanda-tanda Perilaku Kekerasan.....	36
D.	Kerangka Teori	37
E.	Kerangka Konsep.....	38
F.	Hipotesis	39
BAB III.....	40
METODOLOGI PENELITIAN.....	40
A.	Jenis dan Rancangan Penelitian	40
B.	Populasi dan Sampel	40
1.	Populasi Penelitian	40
2.	Sampel Penelitian	40
C.	Teknik Sampling	42
D.	Ruang Lingkup Penelitian.....	42

E.	Variabel Penelitian	44
F.	Definisi Operasional	44
G.	Jenis Data	45
	1. Data Primer	45
	2. Data Sekunder	45
H.	Teknik Pengumpulan Data	46
I.	Instrumen Penelitian.....	46
J.	Pengolahan Data	48
K.	Analisis Data	51
	1. Analisis Univariat.....	51
	2. Analisis Bivariat	51
L.	Uji Validitas dan Reabilitas.....	52
	1. Uji Validitas	52
	2. Uji Reliabilitas	52
J.	Etika Penelitian	52
BAB IV		55
HASIL DAN PEMBAHASAN		55
A.	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	55
B.	Hasil Penelitian.....	57
	1. Analisis Univariat.....	57
	2. Analisis Bivariat	58
C.	Pembahasan	59
D.	Keterbatasan Penelitian.....	69
BAB V.....		77
KESIMPULAN DAN SARAN		77
	A. Keimpulan.....	77

B. Saran.....	77
DAFTAR PUSTAKA	79
LAMPIRAN.....	82

DAFTAR TABEL

1.1 Keaslian Penelitian.....	10
2.1 Gejala Positif dan Negatif Skizofrenia.....	25
3.1 Waktu Penelitian	43
3.2 Defini Oprasional.....	45
3.3 Coding data Demografi usia	49
3.4 Coding data Pendidikan	49
3.5 Coding Hasil Ukur	50
3.6 Coding Kuesioner	50
4.1 Distrbusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Perawat di RSJ Islam Klender Jakarta Timur 2023	57
4.2 Distrbusi Frekuensi Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur 2023	57
4.3 Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia paranoid di RSJ islam klender 2023	58

DAFTAR BAGAN

2.1 Kerangka Teori.....	37
2.2 Kerangka Konsep.....	38

ABSTRAK
HUBUNGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN TINGKAT PERILAKU KEKERASAN PADA PASIEN SKIZOFRENIA PARANOID DI RSJ ISLAM KLENDER JAKARTA TIMUR TAHUN 2023

Mulyadi¹, Kiki Deniati², Rotua Suryani³

Latar Belakang : Hasil survei *World Health Organisation* (WHO) diperkirakan sebanyak 121 juta orang di seluruh dunia mengalami adanya gangguan mental khususnya skizofrenia paranoid, terdapat sekitar 15% orang dewasa yang mengalami gangguan kejiwaan pada saat ini 25% penduduk di perkiraan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama kehidupan. Gangguan jiwa mencapai 18% dari penyakit secara menyeluruh dan mungkin akan berkembang menjadi 30% di tahun 2030.

Tujuan : Mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia paranoid di RSJ islam klender jakarta timur tahun 2023.

Metode : Jenis Penelitian ini ialah kuantitatif yaitu penelitian yang menghubungkan variable yang satu dengan variable yang lainnya, kemudian ditentukan dengan uji statistik. Peneliti ini untuk mengetahui apakah variable independent terdapat hubungan dengan variable dependen. Populasi dalam penelitian ialah pasien jiwa di RSJ islam klender jakarta timur yang berjumlah 80 Analisa yang digunakan uji statistik chi square untuk mengetahui adanya hubungan dari kedua variabel.

Hasil Penelitian : Analisa uji chi Square dengan tingkat kepercayaan 95% diperoleh P-Value dengan hasil $(0,000) < \text{nilai } \alpha (0,05)$. Hasil penelitian diperoleh P-Value dengan hasil $(0,000) < \text{nilai } \alpha (0,05)$. Maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak, artinya ada Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranois Di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023.

Kesimpulan : Ada Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranois Di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023.

Kata Kunci : Komunikasi Terapeutik, Perilaku kekerasan, Skizofrenia

Daftar Acuan : 2013 - 2023

Jumlah Hal : xii – 77

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF NURSES' THERAPEUTIC COMMUNICATION WITH THE LEVEL OF VIOLENT BEHAVIOR IN PARANOID SCHIZOPHRENIC PATIENTS AT THE ISLAM RSJ KLENDER, EAST JAKARTA, 2023

Mulyadi¹, Kiki Deniati², Rotua Suryani³

Background: The results of a World Health Organization (WHO) survey estimated that 121 million people worldwide experience mental disorders, especially paranoid schizophrenia. There are around 15% of adults who experience mental disorders. Currently, 25% of the population is estimated to experience mental disorders in certain ages during life. Mental disorders account for 18% of overall illnesses and will probably grow to 30% by 2030.

Objective: To determine the relationship between nurses' therapeutic communication and the level of violent behavior in paranoid schizophrenic patients at the Klender Islamic Hospital, East Jakarta in 2023.

Method: This type of research is quantitative, namely research that connects one variable with another variable, then determined using statistical tests. This researcher is to find out whether the independent variable has a relationship with the dependent variable. The population in the study were 80 mental patients at the Klender Islamic Hospital, East Jakarta. The analysis used the chi square statistical test to determine whether there was a relationship between the two variables.

Research Results: Chi Square test analysis with a 95% confidence level obtained P-Value with results $(0.000) < \alpha$ value (0.05) . Research results obtained P-Value with results $(0.000) < \alpha$ value (0.05) . So it can be concluded that H_0 is rejected, meaning that there is a relationship between nurse therapeutic communication and the level of violent behavior in paranoid schizophrenia patients at Klender Islamic Hospital, East Jakarta in 2023.

Conclusion: There is a relationship between nurse therapeutic communication and the level of violent behavior in paranoid schizophrenia patients at Klender Islamic Hospital, East Jakarta in 2023.

Keywords: Therapeutic Communication, Violent Behavior, Schizophrenia

Reference List: 2013 - 2023

Number of Items: xii - 77

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Masalah kesehatan jiwa di tahun 2019, menurut hasil survei *World Heath Organisation* (WHO) diperkirakan sebanyak 121 juta orang di seluruh dunia mengalami adanya gangguan mental khususnya skizofrenia paranoid, terdapat sekitar 15% orang dewasa yang mengalami gangguan kejiwaan pada saat ini 25% penduduk di perkirakan akan mengalami gangguan jiwa pada usia tertentu selama kehidupan. Gangguan jiwa mencapai 18% dari penyakit secara menyeluruh dan mungkin akan berkembang menjadi 30% di tahun 2030. Gangguan jiwa selalu berhubungan dengan tindakan bunuh diri, lebih dari 90% dari satu juta kasus bunuh diri setiap tahunnya akibat gangguan kejiwaan, hal ini termasuk pada dampak dari gangguan jiwa yang mana dapat melukai dirinya sendiri, orang lain begitupun terhadap lingkungan (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Prevalensi jumlah gangguan jiwa di Indonesia pada zaman digital dan era globalisasi seperti sekarang ini orang dengan gangguan kesehatan jiwa jumlahnya cenderung mengalami peningkatan didapat dari data Riskesdas pada tahun 2018, mengungkapkan bahwa data sebanyak 9,8 juta orang di katakan mengidap depresi, dan 60 juta lainnya terkena Bipolar, Skizofrenia paranoid sebanyak 21 juta orang. Di Indonesia, kondisi pasien dengan skizofrenia mencapai 1,7 permil yang berarti terdapat dua

penduduk yang menderita skizofrenia dari 1000 penduduk Indonesia (Riset Kesehatan Dasar,2018).

Hasil dari data yang di peroleh Tim Penanggulangan Kesehatan Jiwa Masyarakat (TPKJM) Provinsi Jawa Barat dan Jakarta, menyatakan bahwa penderita gangguan jiwa di wilayah Jawa Barat masih tergolong cukup tinggi. Yaitu sekitar 20% dari jumlah penduduk Indonesia. Sebanyak 18,2% penderita gangguan jiwa berat dan pernah mengalami dipasung, banyak dilakukan oleh warga di daerah pedesaan pada proporsi Rumah Tangga (RT)dengan Anggota Rumah Tangga (ART). Sedangkan di daerah kota didapatkan hasil sebanyak 10,7% berdasarkan data (Riskesdas, 2018).

Menurut (Sukamto, 2018), skizofrenia paranoid adalah keadaan sulit yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain, kesulitan karena persepsinya tentang kehidupan dan sikap terhadap dirinya sendiri. Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*). Respon yang terjadi pada gangguan jiwa seperti perilaku kekerasan, halusinasi, defisit perawatan diri, harga diri rendah, waham, resiko bunuh diri dan isolasisosial.

Perilaku kekerasan merupakan suatu respon maladaptif dari kemarahan, hasil darikemarahan yang ekstrim atau panik. Perilaku kekerasanyang dapat timbul pada pasien diawali dengan adanya perasaan tidak berharga takut, merasa ditolak oleh lingkungan dan orang-orang

disekitar mereka sehingga individu akan menyingkir dari hubungan interpersonal dengan orang lain (Volavka, 2019). Perilaku kekerasan pada pasien dipengaruhi oleh adanya ancaman yang berasal dari internal ataupun eksternal, contoh stresor eksternal adalah ancaman fisik, kehilangan hubungan dengan orang yang berarti, atau kondisi krisis orang lain. Stresor internal dapat berupa merasa gagal dalam pekerjaan, merasa kehilangancinta dan ketakutan terhadap sakit fisik dan konsep diri seseorang (Stuart, 2020).

Pasien skizofrenia paranoid yang mengalami perilaku kekerasan dapat ditangani dengan cara terapi medis dan non medis. Terapi medis yang dapat diberikan seperti obat antipsikotik adalah Chlorpoazine (CPZ), Risperidon (RSP), Haloperidol (HLP), Clozafin dan Trifluoerazine (TFP), adapun terapi non medis yang merupakan pengobatan skizofrenia yang lebih aman digunakan karna tidak menimbulkan efek samping seperti obat-obatan, karna terapi non medis menggunakan fisiologis dan untuk terapi non medis terhadap pasien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan diantaranya Terapi Generalis untuk mengenal perilaku kekerasan serta mengendalikan amarah kekerasan secara fisik, Terapi Nafas dalam dan Pukul bantal, Terapi Murotal Al-Qur'an, Terapi Okupasi, Terapi Keperawatan.

Terhadap Koping Keluarga, Terapi Aktivitas Kelompok, Terapi Musik, Terapi Mendengarkan Asmaul Husna, Terapi Komunikasi Terapeutik, Berkomunikasi verbal dengan baik- baik, Spiritual mengajarkan

beribadah (Wulansari & Sholihah, 2021). Pada penelitian Sri Watrunojoyo (2019) Hasil dari penelitian yakni terdapat Kiai dan 3 (tiga) kader jiwa yang membantu proses penyembuhan, terapi yang digunakan dalam proses penyembuhan pasien ODGJ dengan cara medis dan non medis (psikoreligius), terapi medis yang digunakan yakni terapi obat dimana pasien diberi obat pada sore hari saja dan terapi non medis (psikoreligius) yang digunakan seperti berdzikir, sholawat serta tinjauan untuk melakukan sholat, terapi mandi malam dengan membacakan doa-doa seperti ruqiah, surat jin, ayat kursi, sholawat, dan surat-surat pendek yang ada pada asmaul husna. Serta terapi kerja seperti menyapu dan menyiram tanaman. Adanya terapi tersebut sebagai proses untuk penyembuhan para Pasien ODGJ yang mengalami gangguan jiwa supaya tidak semakin parah dan supaya kesehatan jiwa di berbagai daerah berkurang.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wahyudi, Ambarwati dan Suwandi (2021) di Puskesmas Rejoso Kabupaten Nganjuk menyatakan bahwa dalam mengatasi pasien dengan resiko perilaku kekerasan atau amuk tidak lagi harus menggunakan restrain, tetapi lebih diprioritaskan pemberian komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik dapat menjadi jembatan penghubung antara perawat sebagai pemberi pelayanan dan pasien sebagai pengguna pelayanan, karena komunikasi terapeutik dapat mengakomodasi pertimbangan status kesehatan yang dialami pasien. Komunikasi terapeutik dapat mengajarkan cara-cara yang dapat dipakai untuk mengekspresikan kemarahan yang dapat diterima oleh semua pihak

tanpa harus merusak (asertif). Perawat yang memiliki ketrampilan komunikasi terapeutik akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, sehingga lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan dan memberikan kepuasan dalam pelayanannya.

Komunikasi terapeutik ialah alat utama bagi proses penyembuhan pasien perilaku kekerasan baik sedang maupun akut. Komunikasi yang dibangun dengan pasien sangat menentukan cepat lambatnya proses kesembuhan. Komunikasi terapeutik yang dilakukan kepada pasien tidak bisa dilakukan begitu saja. Karena setiap komunikasinya akan berdampak pada pasien baik itu dampak positif maupun negatif. Untuk itu sangat penting seorang perawat harus membangun hubungan yang dekat dengan pasien. Hubungan yang terbentuk antara perawat dengan pasien merupakan hubungan saling membutuhkan. Dimana perawat bertugas memberikan bantuan dan pasien sebagai penerima bantuan. Khususnya pada penanganan terhadap pasien skizofrenia yang mengalami perilaku kekerasan, peran perawat bukan hanya memberikan asuhan keperawatan saja namun perawat juga bertugas menjadi pendamping bagi pasien selama pasien mendapat perawatan di Rumah Sakit atau di Rumah. Untuk melakukan asuhan keperawatan, perawat mengacu pada teknik komunikasi terapeutik (Arif Jumadi, 2019).

Hasil dari penelitian Djoko & Arif (2018) dalam Jurnal Berita Ilmu Keperawatan Dengan Judul Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Penurunan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranoid

Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, tergambar komunikasi terapeutik yang benar dapat dipakai untuk menurunkan tingkat perilaku kekerasan tingkat berat menjadi perilaku kekerasan sedang dan dapat menurunkan tingkat perilaku kekerasan pada perilaku kekerasan sedang menjadi ringan dan menurunkan nilai perilaku kekerasan sedang walaupun kebanyakan masih dalam range perilaku kekerasan sedang. Angka *independen test* sebesar 0.032 ini membuktikan pengaruh yang diberikan oleh penerapan komunikasi terapeutik terhadap perilaku kekerasan ini signifikan karena bernilai kurang dari 0,05% dan uji ini diusahakan membebaskan dari faktor lain yang dapat mempengaruhi hasil jalanya pengaplikasian. Faktor- faktor lain yang dapat mempengaruhi hasil dari penelitian ini adalah pemberian pengobatan, pengikatan, isolasi ruangan, pelaksanaan terapi ECT.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 8 Juni 2023 di RSJ Islam Klender Jakarta Timur di didapatkan hasil masih terdapat banyak orang yang mengalami gangguan jiwa khususnya skizofrenia paranoid yang di biarkan berkeliaran, mengamuk di lingkungan masyarakat maupun yang tinggal bersama keluarganya dan yang sedang di rawat jalan. Kasus gangguan jiwa yang sering terlihat yaitu pasien sering berbicara sendiri, marah- marah, tertawa sendiri, kemudian penampilan yang kotor dan tidak rapih. Salah satu penyebabnya yaitu akibat kehilangan orang terdekat, adanya keinginan yang belum terpenuhi karena masalah perekonomian, pernah mengalami perilaku kekerasan di masa lalu. Kemudian masyarakat banyak menganggap bahwa orang yang mengidap

gangguan jiwa hanyalah orang gila. Melihat masih adanya kasus gangguan jiwa khususnya masalah perilaku kekerasan yang belum terkontrol di daerah sekitar RSJ dan masih banyak masyarakat ataupun keluarga yang belum mengetahui teknik untuk mengontrol perilaku kekerasan pada penyandang gangguan jiwa penulis tertarik untuk mengaplikasikan penerapan komunikasiterapeutik di RSJ Islam Klender Jakarta Timur.

Berdasarkan pemaparan di atas maka penulis tertarik untuk mengambil judul “Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas terdapat banyak orang yang mengalami gangguan jiwa khususnya skizofrenia paranoid yang di biarkan berkeliaran, mengamuk di lingkungan masyarakat maupun yang tinggal bersama keluarganya dan yang sedang di rawat jalan. Kasus gangguan jiwa yang sering terlihat yaitu pasien sering berbicara sendiri, marah-marah, tertawa sendiri, kemudian penampilan yang kotor dan tidak rapih, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah ”Apakah ada hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia paranoid di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia paranoid di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui distribusi frekuensi komunikasi terapeutik perawat di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023
- b. Mengetahui distribusi frekuensi tingkat perilaku kekerasan pasien skizofrenia paranoid di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023
- c. Menganalisis hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia paranoid di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai wawasan baru terhadap teori baru di keperawatan komunitas, terutama mengenai kemampuan komunikasi terapeutik nakes dengan tingkat perilaku kekerasan pada pasien Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu peneliti untuk lebih mengaplikasikan komunikasi terapeutik yang baik untuk mengurangi tingkat perilaku kekerasan pasien skizofrenia.

b. Bagi Responden

Untuk meminimalisir terjadinya perilaku kekerasan yang dilakukan dan terjalin hubungan yang harmonis antar pasien dan lingkungan sekitar dan terciptanya komunikasi terapeutik yang efisien antar peawat, pasien, dan masyarakat.

c. Bagi Institusi

Penelitian ini dapat memberikan informasi untuk mahasiswa/i STIKes Medistra Indonesia agar dapat mengetahui dan memperkaya khasanah ilmu pengetahuan kesehatan khususnya ilmu keperawatan jiwa yang berkaitan dengan Skizofrenia Paranoid.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1
Keaslian Penelitian

1.	Dewa Putra Jatmika, Nikomang Putraningsih	Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di RSUD Bengkulu	2019	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 35 orang pasien (51,5%) menerima komunikasi cukup baik dari perawat, dan sebagian sebanyak 37 orang (54,4%) menunjukkan resiko perilaku kekerasan kategori sedang. Hasil analisis dengan uji ordinal by ordinal Gamma mendapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan $p = 0,001$ (nilai $p < 0,05$).
2.	Yogi Triana	Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan RPK pada Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ Provinsi Bali	2019	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 56 orang pasien (61,5%) menerima komunikasi cukup baik dari perawat, dan sebagian sebanyak 21 orang (39,5%) menunjukkan resiko perilaku kekerasan kategori sedang. Hasil analisis dengan uji statistik SPSS mendapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan $p = 0,002$ (nilai $p < 0,05$).
3.	Hannika Fasya	Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Perilaku Kekerasan pada Pasien Gangguan Jiwa di RSJ Dayeh Kolot, Bandung	2018	Hasil penelitian menunjukkan bahwa 21 orang pasien (58,5%) menerima komunikasi baik dari perawat, dan sebagian sebanyak 37 orang (52,5%) menunjukkan resiko perilaku kekerasan kategori sedang. Hasil analisis dengan uji statistik SPSS mendapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan $p = 0,02$ (nilai $p < 0,05$).
4.	Dewa Gd Putra Jatmika, Komang Yogi Triana, Ni Komang Purwaningsih	Hubungan Komunikasi Terapeutik dan Risiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali	2020	Berdasarkan pembahasan tersebut, maka dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa komunikasi terapeutik memiliki hubungan yang sangat kuat dengan menurunnya risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di IPCU RSJ Provinsi Bali (nilai $p = 0,001$ dan $r = -0,936$), dimana semakin baik komunikasi yang diterapkan oleh perawat maka semakin rendah juga risiko munculnya perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.
5.	Larasuci Arini, Resi Novia, Setiadi Syarli	Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Penurunan Tingkat Perilaku Kekerasan Di Rumah Sakit Jiwa Tampan	2021	Berdasarkan hasil uji T-independent yang dilakukan untuk membandingkan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pada variabel perilaku kekerasan sebelum komunikasi terapeutik nilai probabilitas sebesar 0,654 sedangkan pada variabel perilaku kekerasan sesudah komunikasi terapeutik nilai probabilitas sebesar 0,002 atau $p < 0,05$ maka Ha diterima atau ada perbedaan tingkat perilaku kekerasan antara kelompok kontrol dan kelompok Perilaku.

BAB II

TINAJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Komunikasi Terapeutik

1. Definisi Komunikasi Terapeutik

Menurut Stuart G.W (2018), komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara konselor dan klien melalui hubungan ini, konselor dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien.

Menurut Suryani di kutip oleh Etik Anjar Fitriarti Komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan konselor untuk membantu klien beradaptasi terhadap stress, mengatasi gangguan psikologis, serta belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain.

Dapat saya simpulkan bahwa komunikasi terapeutik adalah hubungan antara konselor dan klien untuk membantu klien mengatasigangguan psikologis dan memperoleh pengalaman belajar bersama untuk memperbaiki emosional klien.

2. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut Suryani yang dikutip oleh Etik Anjar Fitriarti (2020) Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien kearah yang lebih positif atau adaktif. Adapun tujuan lain dari komunikasi terapeutik itu yaitu:

- a. Realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan komunikasi terapeutik diharapkan dapat mengubah sikap dan perilaku klien. Klien yang merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan konselor akan mampu menerima dirinya.
- b. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superficial dan saling bergantung dengan orang lain melalui komunikasi terapeutik, klien belajar cara menerima dan diterima orang lain.
- c. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis klien terkadang menetapkan standar diri terlalu tinggi tanpa mengukur kemampuannya sehingga ketika tujuannya tidak tercapai klien akan merasa rendah diri dan kondisinya memburuk.
- d. Peningkatan identitas dan integritas diri keadaan sakit terlalu lama cenderung menyebabkan klien mengalami gangguan identitas dan integritas dirinya sehingga tidak memiliki rasa percaya diri dan merasa rendah diri.

3. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Tiga hal mendasar dari ciri-ciri komunikasi terapeutik menurut Carl Rogers (2019) yaitu keikhlasan, empati dan kehangatan.

a. Keikhlasan

Dalam hal keikhlasan perawat diharapkan untuk tetap bersikap secara baik sehingga perawat dapat mengeluarkan segala perasaan yang dimiliki secara tepat dalam menyikapi

segala sikap dan perilaku pasien tanpa menyalahkan atau menghukum pasien. Dengan demikian hubungan saling menguntungkan akan meningkat secara bermakna.

b. Empati

Empati merupakan suatu perasaan yang jujur, sensitif, dan tidak dibuat-buat (objektif). Dalam proses keperawatan tentu saja ada suka maupun duka, hal tersebut yang ditekankan kepada perawat agar bisa mengendalikan emosinya secara baik, sehingga tidak terlihat oleh pasien. Perasaan yang timbul akibat mengetahui keadaan pasien dalam kondisi yang buruk pun diharapkan perawat bisa mengontrolnya dengan baik. Perawat yang empati dengan orang lain dapat menghindari perasaan diri kata hati tentang seseorang pada umumnya, dengan empati perawat akan lebih sensitif dan ikhlas. Sikap empati memperbolehkan perawat untuk berpartisipasi terhadap sesuatu yang terkait dengan emosi pasien.

c. Kehangatan

Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan membuat rasa keterbukaan terhadap pasien. Suasana yang hangat dalam

komunikasi antara perawat dengan pasien akan menunjukkan rasa penerimaan perawat terhadap pasien. Sehingga pasien akan mengeksplor perasaannya secara mendalam. Pada saat ini perawat lebih mudah mengetahui segala kebutuhan pasien. Kehangatan juga dapat dikomunikasikan secara nonverbal. Dengan penampilan yang tenang, suara yang menenangkan, dan pegangan tangan yang halus menunjukkan rasa kasih sayang terhadap pasien.

4. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Dilansir dari buku *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* karya Stuart dan Sundeen (2018), memaparkan bahwa komunikasi terapeutik terdiri dari empat tahap. Tahap- tahap tersebut yaitu:

a. Tahap pra-interaksi

ini merupakan tahap persiapan perawat sebelum bertemu dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat perlu menilai dirinya seberapa kemampuan yang dimiliki dalam menjalankan komunikasi terapeutik.

b. Tahap orientasi atau pengenalan

Tahap ini dimulai saat perawat dan pasien bertemu untuk pertama kalinya. Perawat berkenalan dengan pasien. Tugas perawat pada tahap ini untuk membangun hubungan saling percaya dengan pasien.

c. Tahap kerja

Tahap ini merupakan inti dari proses komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat kepada pasien. Perawat dituntut mampu memberikan dukungan dan bantuan kepada pasien.

d. Tahap Terminasi

Tahap ini merupakan tahap akhir dari proses komunikasi terapeutik. Perawat dan pasien diharapkan meninjau kembali proses yang telah dilalui dan dicapai.

5. Jenis Komunikasi Yang Dimanifestasikan Secara Terapeutik

Menurut Cangara Hafied (2019) ada dua jenis komunikasi yaitu verbal dan nonverbal yang dimanifestasikan secara terapeutik, yaitu :

a. Komunikasi Verbal

Jenis komunikasi verbal yang paling lazim digunakan dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit adalah pertukaran informasi secara verbal terutama pada saat berbicara tatap muka. Komunikasi verbal biasanya lebih akurat dan tepat waktu. Kata-kata yang digunakan adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide atau perasaan, membangkitkan respon emosional. Keuntungan dalam komunikasi verbal tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk berespon secara langsung. Komunikasi verbal yang efektif :

1) Jelas dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara lambat dan mengucapkannya dengan jelas. Ulangi bagian penting dari pesanyang di sampaikan.

2) Perbendaharaan Kata (Mudah dipahami)

Komunikasi tidak akan berhasil, jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan. Istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran tidak dapat dimengerti pasien, hal ini membuat perawat perlu menggunakan istilah yang dimengerti pasien.

3) Denotatif dan Konotatif

Arti denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif adalah pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata. Ketika berkomunikasi dengan pasien harus hati-hati memilih kata-kata sehingga tidak mudah untuk disalah tafsirkan, terutama penting ketika menjelaskan tujuan terapi dan kondisi pasien.

4) Selaan dan kesempatan dalam berbicara

Kecepatan serta tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Selaan yang lama dan pengalihan yang cepat pada suatu pembicaraan lain mungkin akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap pasien. Perawat sebaliknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata-kata yang diucapkan menjadi jelas.

5) Waktu dan Relevansi

Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap pesan. Bila klien sedang menangis kesakitan, tidak waktunya untuk menjelaskan.

Pesan diucapkan secara jelas dan singkat, tetapi jika waktu yang tidak tepat dapat menghalangi penerimaan pesan secara akurat. Oleh sebab itu perawat harus peka terhadap waktu untuk berkomunikasi.

b. Komunikasi Non verbal

Komunikasi non verbal adalah pemindahan pesan tanpa menggunakan kata-kata. Komunikasi non verbal merupakan cara yang meyakinkan untuk menyampaikan pesan kepada orang lain. Perawat perlu menyadari pesan verbal dan non verbal yang di sampaikan pasien mulai dan saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan karna isyarat non verbal menambah arti terhadap pesan verbal. Perawat yang mendeteksi suatu kondisi dan menentukan kebutuhan asuhan keperawatan. Menurut Liliweri, komunikasi non verbal dibagi menjadi tiga yakni :

1) Kinesik

Kinesik adalah pesan non verbal yang diimplementasikan dalam bentuk bahasa isyarat tubuh atau anggota tubuh. Perhatikan bahwa dalam pengalihan informasi mengenai kesehatan, para penyuluh tidak saja menggunakan kata-kata secara verbal tetapi juga memperkuat pesan- pesan itu dengan bahasa isyarat seperti, cara mengaduk obat, dll.

2) Haptik

Haptik artinya tidak ada lagi jarak diantara dua orang waktu berkomunikasi. Atas dasar itu maka ahli komunikasi non verbal yang mengatakan haptik itu sama dengan menepuk-nepuk, meraba-raba,

memegang, mengelus dan mencubit. Haptik mengkomunikasikan relasi anda dengan seseorang.

3) Paralingustik

Paralinguistik meliputi setiap penggunaan suara sehingga dia bermanfaat jika hendak menginterpretasikan simbol verbal. Sebagai contoh orang Jawa yang tidak mengungkapkan kemarahan dengan suara yang keras, berbeda dengan orang Batak dan Timor yang mengungkapkan sesuatu dengan menggunakan suara keras.

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Efektivitas Komunikasi

Terapeutik

Adapun langkah-langkah yang dapat ditempuh oleh konselor dalam membina hubungan yang baik dengan klien, antara lain:

a. Menerima klien secara ikhlas

Dalam hal ini, konselor harus mewujudkan sikap-sikap yang ramah dan bersahabat dimata klien. Ia harus menerima klien apa adanya, tanpa prasangka, curiga, apalagi *underestimate* (meremehkan) yang dapat menyebabkan hubungan jauh dari akrab, ketulusan ataupun keiklasan ini adalah sebuah komitmen dalam upaya menyembuhkan pasien dari penyakitnya.

b. Menumbuhkan kepercayaan klien

Dalam diri klien harus ada rasa percaya bahwa konselor akan mampu menyelesaikan permasalahan yang dialami klien. Klien juga harus

percaya bahwa rahasianya dijamin oleh konselor, sehingga tak satu orang pun yang mengetahui hal ini. Apa yang dilakukan konselor diyakinkan sebagai perbuatan yang tujuannya untuk kebaikan klien.

c. Mewujudkan Keterbukaan diri

Dalam sebuah proses komunikasi terapeutik, kadang- kadang klien tidak terbuka dengan konselor dan cenderung untuk menutupi masalahnya. Hal ini memunculkan klien merasa malu, jika hal ini terjadi, maka proses komunikasi akan menjadi sulit sehingga *treatment* yang dilakukan mungkin harus bisa menolong klien untuk berbicara banyak, tidak hanya mengangguk dan menggeleng. Intinya semakin banyak klien terbuka untuk berbicara, semakin mudah konselor untuk membantu menyelesaikan masalah.

7. Teknik Komunikasi Terapeutik

Stuar dan Sundeen (2018), menyatakan dalam sebuah komunikasi terapeutik dapat menerapkan beberapa teknik tertentu. Teknik- teknik tersebut antara lain :

a. Mendengarkan dengan penuh perhatian

Mendengarkan merupakan hal yang utama dalam komunikasi terapeutik. Dalam teknik ini, seseorang akan terlibat dalam proses aktif dalam penerimaan informasi serta penelaahan reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima. Seseorang ahli terapi harus memberikan kesempatan seluas-luasnya kepada klien untuk berbicara dan

memposisikan dirinya sebagai pendengar yang aktif yang penuh perhatian. Beberapa hal yang merupakan keterampilan mendengarkan penuh perhatian :

- 1) Tataplah klien ketika mereka berbicara
- 2) Pertahankan kontak mata dengan klien yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan
- 3) Tidak menyilangkan kaki atau tangan
- 4) Hindarkan gerakan yang tidak perlu
- 5) Angukkan kepala jika klien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik
- 6) Condongkan tubuh ke arah lawan bicara, bila perlu duduk atauminimal sejajar dengan klien.

b. Bertanya

Bertanya adalah teknik untuk merangsang klien agar mengungkapkan perasaan dan pikirannya. Beberapa model pertanyaan yang mungkin diterapkan dalam situasi komunikasi terapeutik :

1) Pertanyaan fasilitatif

Pertanyaan fasilitatif terjadi jika ahli terapi sensitif terhadap pikiran dan perasaan serta secara langsung berhubungan dengan masalah klien. Adapun pertanyaan non fasilitatif adalah pertanyaan yang tidak efektif karna membericarakan pertanyaan yang tidak fokus pada masalah atau pembicaraan. Pertanyaan ini

bersifat mengancam dan mencerminkan situasi ketidak pengertian terhadap klien.

- 2) Pertanyaan terbuka (*Open Question*) atau pertanyaan tertutup (*Closed question*).

Pertanyaan terbuka digunakan untuk menggali informasi yang banyak dari klien. Dengan pertanyaan ini, semua ekspresi klien akan terlihat dihadapan ahli terapi. Adapun pertanyaan tertutup digunakan untuk mendapatkan jawaban yang singkat.

c. Penerimaan

Penerimaan adalah kondisi dimana muncul situasi mendukung dan menerima informasi serta tingkah laku dari klien. Dalam situasi ini, penerapi tidak melakukan penilaian. Namun demikian penerimaan bukan berarti persetujuan. Penerimaan berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau tidak setuju.

- 1) Gerakan tubuh dan ekspresi wajah yang tidak menunjukkan kesetujuan sebaiknya dihindari dalam situasi ini, seperti mengerutkan kening atau menggelengkan kepala seakan tidak percaya
- 2) Mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan
- 3) Memberikan umpan balik

d. Mengulangi (*Restating*)

Mengulangi artinya mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien dengan menggunakan ungkapan klien sehingga menunjukkan

bahwa ahli terapi mengikuti proses komunikasi, memberikan perhatian dan mengharapkan komunikasi bisa lanjut.

1) Klarifikasi (*Clarification*)

Klarifikasi adalah menjelaskan kembali ide-ide yang diungkapkan klien klien yang tidak jelas atau meminta klien untuk menjelaskan arti dari ungkapannya. Hal ini dilakukan ketika penerapi ragu, tidak jelas, atau tidak mendengar. Mungkin juga bisa terjadi klien merasa malu mengemukakan informasi, sehingga informasi yang diungkapkan cenderung meloncat-loncat ataupun tidak lengkap. Pada situasi ini, penerapi tidak boleh menambah, mengurangi, atau menginterpretasi apa yang dikatakan klien. Fokus utama hanyalah pada perasaan sehingga terjadi pemahaman yang optima.

2) Memfokuskan (*Focusing*)

Memfokuskan bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada klien untuk membahas masalah inti dan mengarahkan komunikasi klien pada pencapaian tujuan. Untuk bisa melakukan fokus maka pembicaraan harus dispesifikasi dan diarahkan, agar tidak melebar kemana-mana.

3) Diam (*Silence*)

Diam digunakan untuk memberikan kesempatan kepada klien dan penerapi untuk memikirkan pertanyaan dan jawaban selama proses komunikasi berlangsung.

4) Memberikan Informasi (*Informing*)

Memberikan informasi yang dimaksudkan adalah informasi tambahan kepada klien dalam rangka mengajarkan kesehatan atau pendidikan tentang aspek-aspek yang relevan dalam rangka penyembuhan klien. Klien harus benar-benar mendapatkan alternatif bagi solusi terhadap masalahnya.

5) Menyimpulkan (*summerizing*)

Menyimpulkan merupakan teknik untuk membantu klien dalam mengeksplorasi poin penting dari interaksi dengan penerapi. Hasil teknik ini adalah melakukan penyamaan persepsi terhadap ide dan perasaan pada saat mengakhiri pertemuan.

6) Mengubah cara pandang (*reframing*)

Teknik ini memberikan pandangan pada klien untuk tidak saja melihat permasalahannya sebagai sesuatu hal yang negatif semata. Sehingga klien cenderung menyalahkan dirinya tetapi juga melihat persoalan dari aspek lainnya. Teknik ini memungkinkan klien untuk melakukan perencanaan lebih baik untuk mengatasi masalahnya.

7) Humor

Dalam penelitian dalam bidang kesehatan, sebuah humor dapat merangsang produksi *catecholamine* dan humor dapat menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa

sakit, mengurangi ansietas, dan memfasilitasi relaksasi pernafasan. Dengan demikian humor dalam teknik terapeutik akan mampu mengatasi rasa takut dan tidak enak dan mengatasi ketidakmampuan penerapi untuk berkomunikasi dengan klien.

8) Memberikan pujian (*reinforcement*)

Pemberian pujian akan berguna meningkatkan harga diri dan menguatkan perilaku klien. Teknik ini bisa diungkapkan dengan kata-kata maupun dengan komunikasi non verbal, misalnya acungan jempol.

B. Pengertian Skizofrenia

1. Pengertian Skizofrenia Paranoid

Menurut Stuart (2019), skizofrenia paranoid adalah kombinasi dari dua kata Yunani *schizein*, "untuk membagi", dan *phren*, "pikiran". Skizofrenia tidak mengacu pada "kepribadian ganda". Seperti dalam gangguan kepribadian ganda identitas hadir secara terpisah, tapi dengan keyakinan bahwa telah terjadi perpecahan antara aspek kepribadian yaitu kognitif emosional. Skizofrenia paranoid adalah penyakit otak neurobiologis yang berat dan terus menerus.

Akibatnya berupa respon yang dapat sangat mengganggu kehidupan individu, keluarga dan masyarakat, atau dengan kata lain skizofrenia penyakit serius yang mengakibatkan perilaku psikotik, gangguan dalam memproses informasi, dan berhubungan interpersonal, skizofrenia paranoid

merupakan sindroma kompleks yang menimbulkan gangguan persepsi, pikiran, pembicaraan dan gerakan seseorang. Skizofrenia adalah salah satu dari gangguan jiwa. Gangguan jiwa lainnya termasuk gangguan skizofreniform, gangguan skizoefektif, gangguan waham, gangguan psikotik induksi zat (American Psychiatric Association, 2018) Gangguan jiwa kadang – kadang hadir dalam gangguan jiwa lain, seperti depresi dengan ciri psikotik, episode manik dari gangguan bipolar, gangguan stress pasca trauma, delirium, dan gangguan mental organik (Schmidt et al, 2019).

2. Gejala Skizofrenia

Menurut Stuart (2019), gejala pasien skizofrenia dibagi menjadi dua yaitu gejala positif dan gejala negatif.

Tabel 2. 1 Gejala Positif dan Negatif Skizofrenia

<i>Gejala Positif</i>	<i>Gejala Negatif</i>
Fungsi tak berlebihan atau distorsi otak yang normal; biasanya responsive terhadap semua kategori obat antipsikotik	Sebuah penurunan atau hilangnya fungsi otak yang normal, biasanya tidak responsive terhadap antipsikotik tradisional dan lebih responsive terhadap antipsikotik atipikal
Gangguan jiwa terkait berpikir: Waham (paranoid, somatic, kebesaran, agama, nihilistic atau persekutori, siar piker, sisip piker atau control pikir) Halusinasi (pendengaran, penglihatan, sentuhan, pnengecapan, penciuman)	Masalah emosi terbatas jangkauan dan intensitas ekspresi emosional Anhedonia/asociality: keidakmampuan untuk mengalami kesenangan atau mempertahankan kontak social
Disorganisasi Bicara dan perilaku Gangguan berpikir positif formal (inkoheren, word salad, derailment, tidak logis, loose associations, tangentiality, circumstantiality, miskin bicara) Perilaku aneh (katatonia, gangguan gerak, kerusakan perilaku social)	Gangguan Pengambilan keputusan Alogia : pembatasan berpikir dan berbicara Avolition/ Apatis: kurangnya inisiasi perilaku yang diarahkan pada tujuan Gangguanperhatian: ketidakmampuan mental untuk focus dan mempertahankan perhatian

3. Etiologi Skizofrenia

Videbeck (2019), menjelaskan bahwa teori biologi skizofrenia berfokus pada faktor genetik, faktor neuroanatomi dan neurokimia (struktur dan fungsi otak), serta imunovirologi (respon tubuh terhadap pajanan suatu virus). Sadock & Kaplan (2020) menjelaskan lebih lanjut etiologi skizofrenia sebagai berikut :

a. Model Diatesis-Stress

Model ini mendalilkan bahwa seseorang mungkin memiliki suatu kerentanan spesifik (diatesis) yang jika diketahui oleh suatu lingkungan yang menimbulkan stress memungkinkan timbulnya gejala skizofrenia. Pada model ini yang paling umum adalah diatesis atau stres dapat juga biologis atau lingkungan atau mungkin keduanya. Komponen lingkungan dapat biologis atau psikologis, dasar biologis untuk suatu diatesis dibentuk lebih lanjut oleh pengaruh epigenetik, seperti penyalahgunaan zat, stress psikologis, dan trauma.

b. Faktor Biologis

Penyebab skizofrenia telah melibatkan peranan patofisiologis untuk daerah tertentu di otak termasuk sistem limbik, korteks frontalis, dan ganglia basalis. Ketiga daerah tersebut saling berhubungan sehingga disfungsi pada salah satu daerah mungkin melibatkan patologi primer di daerah lainnya.

c. Genetika Faktor

Genetik telah dibuktikan secara kuat oleh berbagai macam penelitian bahwa suatu komponen genetika terhadap diturunkannya skizofrenia. Seseorang berisiko menderita skizofrenia jika anggota keluarganya menderita skizofrenia dan kemungkinan berhubungan persaudaraan dekat dengan penderita.

d. Faktor Psikososial

Kurangnya perhatian yang hangat dan penuh kasih sayang ditahun-tahun awal kehidupan berperan dalam menyebabkan kurangnya identitas diri, dan menarik diri dari hubungan sosial pada penderita skizofrenia. Hubungan interpersonal yang buruk dari penderita skizofrenia akan berkembang jika dalam masa anak-anak tidak dapat mempelajari interpersonal dengan baik.

4. Jenis-Jenis Skizofrenia

Krapelin membagi skizofrenia menjadi beberapa jenis. Penderita digolongkan menjadi salah satu jenis gejala utama. Jenis-jenis skizofrenia menurut Krapelin dalam Maramis (2018) dan Maslim (2018) yaitu :

a. Skizofrenia Paranoid

Gejala yang mencolok dalam skizofrenia jenis ini adalah waham primer disertai dengan waham-waham sekunder dan halusinasi. Skizofrenia jenis ini sering mulai sesudah umur 30 tahun. Permulaannya mungkin subakut, tetapi mungkin juga akut. Kepribadian penderita sebelum sakit sering dapat

digolongan skizoid, mereka mudah tersinggung, suka menyendiri, agak congkak, dan kurang percaya pada orang lain.

b. Skizofrenia Hebefrenik

Permulaannya perlahan-lahan atau subakut dan sering timbul pada masa remaja atau antara 15-25 tahun. Gejala yang mencolok adalah gangguan proses berpikir, gangguan kemauan, dan adanya depersonalisasi atau *double personality*. Gangguan psikomotor seperti mannerism, neologisme, atau perilaku kekanak-kanakan sering terdapat pada skizofrenia jenis hebefrenik ini.

c. Skizofrenia Katatonik

Timbulnya pertama kali antara umur 15-30 tahun, dan biasanya akut serta sering didahului oleh stres emosional. Mungkin terjadi gaduh, gelisah, katatonik atau stupor katatonik.

d. Skizofrenia Simplex

Sering timbul pertama kali pada masa pubertas. Gejala utama pada jenis skizofrenia simplex ini adalah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Pada permulaan penderita mungkin kurang memperhatikan keluarganya atau mulai menarik diri dari pergaulan.

e. Skizofrenia Tak Terinci (*Undifferentiated*)

Skizofrenia ini memperlihatkan gejala lebih dari satu sub tipe tanpa gambaran pedominisasi yang jelas untuk suatu kelompok diagnosis yang khas.

f. Skizofrenia Residual

Jenis ini adalah keadaan kronis dari skizofrenia dengan riwayat dengan sedikitnya satu episode psikotik yang jelas dan gejala-gejala berkembang ke arah gejala negatif yang lebih menonjol. Gejala negatif terdiri dari kelambatan psikomotor, penurunan aktivitas, penumpukan afek, pasif, dan tidak ada inisiatif, kemiskinan pembicaraan, ekspresi non verbal yang menurun, serta buruknya perawatan diri dan fungsi sosial.

5. Tatalaksana Skizofrenia Paranoid

a. Farmakologis

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia paranoid adalah untuk mengendalikan gejala aktif dan mencegah kekambuhan. Hasil pengobatan akan lebih baik bila antipsikotik mulai diberi dalam dua tahun pertama dari penyakit (Maramis, 2019). Antipsikotik yang juga dikenal sebagai neuroleptik digunakan karena keefektifannya dalam mengurangi gejala psikotik. Antipsikotik tipikal atau yang lebih dulu digunakan adalah antagonis dopamine. Antipsikotik terbaru atau antipsikotik atipikal yang digunakan adalah antagonis serotonin dan antagonis dopamine. Antipsikotik tipikal mengatasi tanda-tanda positif skizofrenia seperti waham, halusinasi, gangguan pikiran dan gangguan psikotik lainnya tetapi tidak memiliki efek yang tampak pada tanda-tanda negatif.

Antipsikotik atipikal tidak hanya mengurangi gejala psikotik, tetapi untuk banyak klien obat ini juga mengurangi tanda-tanda negatif seperti

tidak memiliki kemauan dan motivasi, menarik diri dari masyarakat, dan anhedonia. Dua antipsikotik ini tersedia dalam bentuk injeksi depot untuk terapi rumatan, flufenazin atau proxilin, dalam sediaan dekanat dan enantat, dan haloperidol dekanat. Efek obat-obatan ini berlangsung dua sampai empat minggu sehingga antipsikotik tidak perlu diberikan setiap hari. Durasi kerja obat ialah 7 sampai 28 hari untuk flufenazin dan 4 minggu untuk haloperidol (Videback, 2018).

Efek samping antipsikotik dapat berkisar dari ketidaknyamanan ringan sampai gangguan gerakan permanen (Videback, 2018). Banyaknya efek samping yang timbul dari obat antipsikotik ini sehingga sering menjadi alasan utama klien menghentikan atau mengurangi dosis obat ini. Efek samping neurologis yang timbul yaitu efek samping ekstrapiramidal (reaksi distonia akut, akatisa, dan parkinsonisme). Efek samping non neurologis meliputi sedasi, fotosensitivitas, dan gejala anti kolinergik seperti mulut kering, pandangan kabur, konstipasi, retensi urin, dan hipotensi ortostatik (Videback, 2018).

b. Terapi Kejang Listrik

Terapi Kejang Listrik dapat memperpendek serangan skizofrenia dan mempermudah kontak dengan penderita, serta mencegah serangan yang akan datang. Kelebihan Terapi Kejang Listrik yaitu lebih mudah diberikan, dapat dilakukan secara ambulant, bahaya lebih sedikit, lebih murah dan tidak memerlukan tenaga yang khusus (Maslim, 2019).

c. Psikoterapi dan Rehabilitasi

Terapi kerja untuk mendorong penderita bergaul lagi dengan orang lain, perawat, dan dokter, supaya penderita skizofrenia tidak mengasingkan diri lagi, karena bila ia menarik diri ia dapat membentuk kebiasaan yang kurang baik. Dianjurkan untuk mengadakan permainan atau latihan bersama (Maramis, 2019).

d. Lobotomi Prefrontal

Dilakukan bila terapi lain yang diberikan secara intensif selama kira-kira 5 tahun tidak berhasil dan bila penderita sangat mengganggu lingkungannya (Maramis, 2018).

C. Konsep Dasar Resiko Perilaku Kekerasan

1. Definisi Resiko Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah nyata melakukan kekerasan ditujukan pada diri sendiri/orang lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan.

Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilakuyang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun

psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Depkes RI, 2016, Berkowitz, 2018 dalam Dermawan dan Rusdi, 2019).

2. Etiologi

Beberapa faktor-faktor yang mempengaruhi risiko perilaku kekerasan Menurut Rusdi (2019) adalah sebagai berikut :

a. Faktor Predisposisi meliputi :

1) Psikologis

Menjadi salah satu faktor penyebab karena kegagalan yang dialami dapat menimbulkan seseorang. Menjadi frustrasi yang kemudian dapat timbul agresif atau perilaku kekerasan.

2) Perilaku

Juga mempengaruhi salah satunya adalah perilaku kekerasan, kekerasan yang didapat pada saat setiap melakukan sesuatu maka perilaku tersebut diterima sehingga secara tidak langsung hal tersebut akan diadopsi dan dijadikan perilaku yang wajar.

3) Sosial budaya

Dapat mempengaruhi karena budaya yang pasif-agresif dan kontrol sosial yang tidak pasti terhadap pelaku kekerasan akan menciptakan seolah-olah kekerasan adalah hal yang wajar.

4) Bioneurologis

Beberapa pendapat bahwa kerusakan pada sistem limbik, lobus frontal, lobus temporal, dan ketidakseimbangan neurotransmitter ikut menyumbang terjadi perilaku kekerasan. Selain faktor predisposisi adapula faktor presipitasi, meliputi :

- a) Ekspresi diri dimana ingin menunjukkan eksistensi diri atau symbol solidaritas seperti dalam sebuah konser, penonton sepak bola, geng sekolah, perkelahian masal dan sebagainya.
- b) Ekspresi dari tidak terpenuhinya kebutuhan dasar dan kondisi sosial ekonomi.
- c) Kesulitan dalam mengkomunikasikan sesuatu dalam keluarga serta tidak membiasakan dialog untuk memecahkan masalah cenderung melakukan kekerasan dalam menyelesaikan konflik.
- d) Ketidaksiapan seorang ibu dalam merawat anaknya dan ketidakmampuan dirinya sebagai seorang yang dewasa.
- e) Adanya riwayat perilaku anti sosial meliputi penyalahgunaan obat dan alkoholisme dan tidak mampu mengontrol emosinya pada saat menghadapi rasa frustrasi.
- f) Kematiaan anggota keluarga yang terpenting, kehilangan pekerjaan, perubahan tahap perkembangan, atau perubahan tahap perkembangan keluarga.

3. Rentang Respon

Respon marah berfluktasi sepanjang respon adaptif dan maladaptif. Reson Mal Adatif rentang Respon Mal Adatif Dalam setiap orang terdapat kapasitas untuk berperilaku pasif, asertif, dan agresif/ perilaku kekerasan (Stuart dan Laraia, 2015 dalam Dermawandan Rusdi 2019).

- a. Perilaku asertif merupakan perilaku individu yang mampu menyatakan atau mengungkapkan rasa marah atau tidak setuju tanpa menyalahkan atau menyakiti orang lain sehingga perilaku ini dapat menimbulkan kelegaan pada individu. Perilaku pasif merupakan perilaku individu yang tidak mampu untuk mengungkapkan perasaan marah yang sedang dialami, dilakukan dengan tujuan menghindari suatu ancaman nyata.
- b. Agresif/perilaku kekerasan merupakan hasil dari kemarahan yang sangat tinggi atau ketakutan (panik), stres, cemas, harga diri rendah dan rasa bersalah dapat menimbulkan kemarahan yang dapat mengarah pada perilaku kekerasan. Respon rasa marah bisa diekspresikan secara eksternal (perilaku kekerasan) maupun internal (depresi dan penyakit fisik).

Mengekspresikan marah dengan perilaku konstruktif, menggunakan kata-kata yang dapat di mengerti dan diterima tanpa menyakiti hati orang lain, akan memberikan perasaan lega, menurunkan ketegangan sehingga perasaan marah dapat teratasi. Apabila perasaan marah diekspresikan dengan perilaku kekerasan biasanya dilakukan karena ia merasa kuat.

Cara demikian tidak menyelesaikan masalah, bahkan dapat menimbulkan kemarahan yang berkepanjangan dan perilaku destruktif. Perilaku yang tidak asertif seperti menekan rasa marah dilakukan individu seperti pura-pura tidak marah atau melarikan diri dari perasaan marahnya sehingga rasa marah tidak terungkap. Kemarahan demikian akan menimbulkan rasa bermusuhan yang lama dan suatu saat akan menimbulkan perasaan destruktif yang ditunjukkan kepada diri sendiri. (Dermawan dan Rusdi 2019).

4. Tingkat Perilaku Kekerasan

Tingkat perilaku kekerasan tingkat perilaku kekerasan menurut Jeffrey dkk (2006):

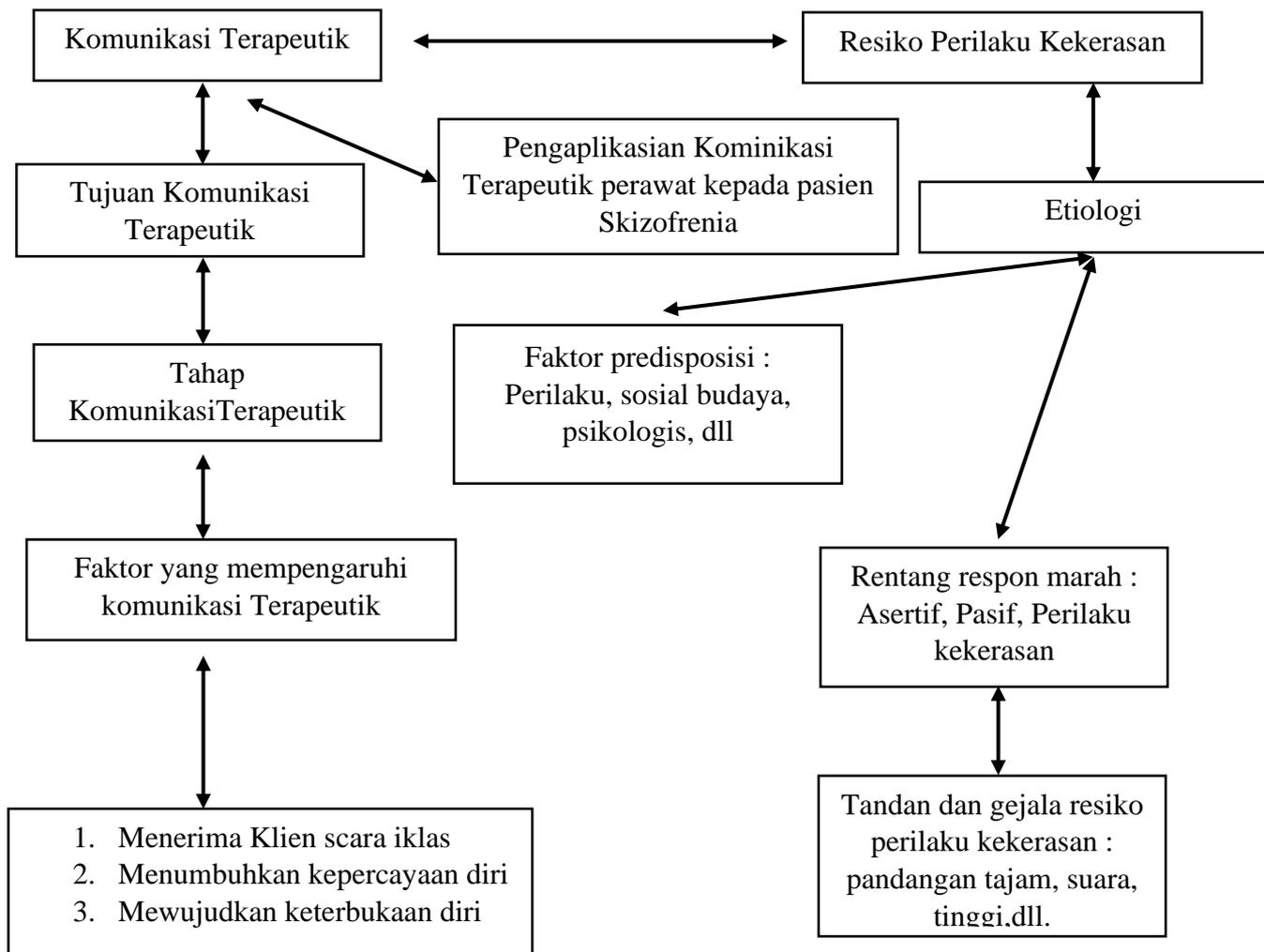
- a. Ringan, merupakan perilaku kekerasan yang diperlihatkan pasien dengan gangguan jiwa hanya sebatas intimidasi terhadap orang-orang disekitarnya. Pasien belum melakukan kekerasan verbal tetapi sudah menunjukkan kekerasan emosional, Bentuknya merupakan emosional verbal seperti mata melotot, melihat dengan tajam atau mengepalkan tangan.
- b. Menengah (sedang), merupakan perilaku kekerasan yang sudah dilakukan pasien tetapi tidak mengakibatkan cedera yang berarti. Pasien dengan gangguan jiwa sudah menyerang dengan intensitas yang rendah, misalnya memukul tapi dengan jenis pukulan yang tidak terlalu keras
- c. Berat, merupakan perilaku kekerasan yang benar-benar dilakukan pasien dengan gangguan jiwa dalam intensitas yang berat. Biasanya akan mengakibatkan cedera serius pada orang yang diserang.

5. Tanda-tanda Perilaku Kekerasan

Menurut (Damaiyanti 2019), tanda dan gejala yang ditemui pada klien melalui observasi atau wawancara tentang perilaku kekerasan adalah sebagai berikut :

- a. Muka merah dan tegang
- b. Pandangan tajam
- c. Mengatupkan rahang dengan kuat
- d. Mengepalkan tangan
- e. Jalan mondar-mandir
- f. Bicara kasar
- g. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
- h. Mengancam secara verbal atau fisik
- i. Melempar atau memukul benda/orang lain
- j. Merusak benda atau barang
- k. Tidak memiliki kemampuan mencegah/mengendalikan perilaku kekerasan.

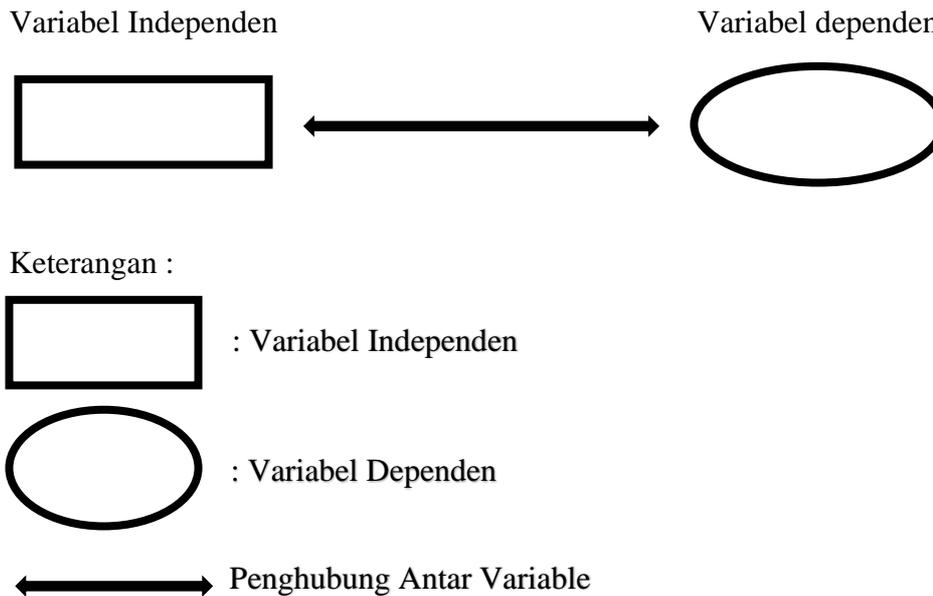
D. Kerangka Teori



Bagan 2. 1 Kerangka Teori

Sumber; Depkes RI (2019), Darmawan dan Rusdi (2019), Marmis (2019)

E. Kerangka Konsep



Bagan 2. 2 Kerangka Konsep

Variabel penelitian adalah urutan atau karakter atau nilai orang, objek atau kegiatan yang menunjukkan variasi tertentu yang ditetapkan peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2019:68). Menurut Sugiyono (2016), variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel terikat. Dalam penelitian ini menggunakan dua variabel yaitu:

1. Variabel Independen

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau menjadi penyebab berubahnya atau munculnya suatu variabel terikat (terkait) (Sugiyono, 2019:69). Variabel independen dalam penelitian ini adalah Komunikasi Terapeutik.

2. Variabel Dependen

Variabel dependen sering disebut sebagai variabel output, kriteria, konsekuensi. Dalam bahasa Indonesia sering disebut sebagai variabel terikat. Variabel dependen adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel independen atau menjadi suatu akibat (Sugiyono, 2019: 69). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah Resiko Perilaku Kekerasan.

F. Hipotesis

Hipotesis yaitu jawaban sementara yang selanjutnya dibuktikan dalam penelitian yang dilakukan, berikut merupakan hipotesis yang digunakan :

Ho: Tidak terdapat Hubungan antara Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranoid Di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif deskriptif yang bertujuan untuk menguraikan suatu fenomena berdasarkan data-data yang didapatkan. Desain dalam penelitian ini menggunakan *Observasional Analitik* dengan rancangan penelitian *Cross Sectional*. *Cross Sectional* adalah desain penelitian analitik yang bertujuan untuk mengetahui hubungan antar variabel dimana variabel independen dan variabel dependen. Metode kuantitatif yang digunakan dengan melakukan penyebaran kuesioner kepada responden sesuai dengan populasi yang ada di RSJ Klender Jakarta Timur.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi penelitian berdasarkan (Sugiyono, 2017) adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya. Berdasarkan data yang didapatkan peneliti, populasi pada penelitian ini yaitu 100 pasien skizofrenia di RSJ Klender Jakarta Timur.

2. Sampel Penelitian

Sampel menurut Sugiyono (2017), sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Untuk menentukan sampel harus di ketahui populasi.

Dalam menentukan jumlah sampel pada penelitian ini di gunakan rumus slovin

Keterangan :

- n = Jumlah untuk sampel
- N = Jumlah untuk populasi
- e = Tingkat kesalahan pada penelitian “yang ditoleransi 5% (0,05)”

Perhitungan :

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

$$n = \frac{100}{1+119(0,05)^2}$$

$$n = \frac{100}{1+100(0,0025)}$$

$$n = \frac{100}{1+0,25}$$

$$n = \frac{100}{1,25} = 80$$

Artinya hasil dari perhitungan yang telah didapat maka diperoleh jumlah sampel yang akan diteliti pada penelitian ini sebanyak 80 responden. Dengan kriteria khusus pada sampel ini dipenelitian ini yaitu sebagai berikut :

a. Kriteria Inklusi

- 1) Bersedia menjadi responden
- 2) Pasien Skizofrenia di RSJ Klender Jakarta Timur.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Pasien skizofrenia yang tidak mengalami RPK
- 2) Responden tidak kooperatif

C. Teknik Sampling

Teknik sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2020). Metode yang diterapkan pada penelitian ini adalah pengambilan teknik *Simple Random Sampling*. *Simple Random Sampling* adalah yaitu teknik simple random sampling atau yang biasa disebut dengan istilah teknik sampling acak sederhana (Sugiyono, 2018). Metode dalam pengambilan sampel ini merupakan pengumpulan data pasien yang berjumlah 80 orang di RSJ Klender Jakarta Timur Tahun 2023.

D. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah RSJ Klender Jakarta Timur.

1. Lokasi penelitian

Tempat penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah RSJ Klender Jakarta Timur, tepatnya di Jl. Bunga Rampai X P.Klender Jakarta Timur, Kode Pos 13460.

2. Waktu penelitian

Waktu yang digunakan peneliti untuk penelitian ini dimulai dari bulan April 2023 hingga selesai.

E. Variabel Penelitian

Variable yang diukur dalam penelitian ini dibedakan menjadi dua, yaitu:

1. Variabel Bebas (*Variable Independent*)

Menurut Sugiyono (2013), variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variabel terikat. Variabel bebas biasanya disebut dengan istilah variabel

X. Dalam penelitian ini variabel bebas yaitu Komunikasi Terapeutik Perawat.

2. Variabel Terikat (*Variable Dependent*)

Variabel terikat menurut Sugiyono (2013) adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat adanya variabel bebas. Variabel terikat biasanya disebut dengan istilah Y. Dalam penelitian ini, Resiko Perilaku Kekerasan adalah variabel terikat.

F. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah pendefinisian konstruk atau karakteristik yang dipelajari sehingga menjadi variabel yang akan diukur. Definisi operasional menjelaskan bagaimana metode, dimana konstruk dipelajari dan dioperasionalkan sehingga peneliti lain dapat mengulangi pengukuran dengan cara yang sama atau mengembangkan metode pengukuran yang lebih baik (Sugiyono 2018). Definisi operasional dan skala pengukuran yang akan digunakan dalam penelitian ini diuraikan dalam tabel berikut.

Tabel 3. 2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Komunikasi terapeutik	Komunikasi yang bersifat terapis dengan tujuan kesembuhan	Kuesioner	1. Kurang (15-30) 2. Cukup (31-45) 3. Baik (46-50)	Ordinal
2	Tingkat Perilaku Kekerasan	Respon perilaku yang mengarah pada tindakan yang merugikan diri sendiri dan orang disekitarnya	Kuesioner	1. Riang (13-26) 2. Sedang (27-39) 3. Berat (40-52)	Ordinal

G. Jenis Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang didapatkan peneliti dari responden secara langsung. Data primer dalam penelitian ini adalah remaja akhir yang mengalami tingkat stres diperoleh dengan menggunakan kuesioner yang diberikan kepada responden secara online menggunakan *Google Form*.

2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang didapatkan peneliti dari pihak-pihak terkait. Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh melalui berbagai jurnal ilmiah, buku, dan data statistik yang sesuai dengan rumusan masalah yang akan dikaji dan diteliti. Jurnal ilmiah, buku dan data statistik diperoleh dari berbagai sumber yaitu, *Google Scholar*, *Elseiver*, *Mendeley Research Papers*, *We Are Social*, *E-Journal* dan berbagai penyedia informasi ilmiah lainnya. Data yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah jumlah perawat di RSJ Klender Jakarta Timur sebanyak 80 orang.

H. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah cara yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data penelitian. Metode pengumpulan data sangat ditentukan oleh jenis penelitian. Pada penelitian kuantitatif secara umum menggunakan tiga pilihan metode pengumpulan data yaitu metode kuesioner, wawancara terstruktur dan observasi (Dr. Kelana Kusuma Dharma, S.Kp., 2017, p. 179).

Dalam penelitian ini peneliti mengumpulkan data utama dengan menggunakan kuesioner yang akan diberikan kepada responden. Langkah-langkah pengumpulan data adalah sebagai berikut :

1. Peneliti melakukan proses perizinan, peneliti mengajukan surat rujukan penelitian dari pihak STIKes Medistra Indonesia, setelah lulus uji proposal.
2. Menyerahkan atau mengajukan surat permohonan izin kepada pihak STIKes Medistra Indonesia.
3. Setelah mendapatkan izin, peneliti menyebarkan *link* kuesioner kepada responden berisikan seperangkat pertanyaan kepada responden untuk dijawab dimana kuesioner tersebut menggunakan *Google Form*.
4. Peneliti memberikan arahan mengenai cara mengisi kuesioner serta memberikan *informed consent* untuk diisi oleh responden sebagai persetujuan kesediaan menjadi responden.
5. Setelah data terkumpul selanjutnya peneliti memilih data sampel sebanyak 80 sampel kemudian data diolah dan dianalisis oleh penelitian.

I. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian bertujuan untuk mengukur suatu gejala dalam sebuah penelitian (Sugiyono, 2018). Jumlah instrumen yang akan digunakan tergantung pada variabel yang diteliti. Dalam penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuisisioner. Kuisisioner adalah suatu bentuk atau dokumen yang berisi beberapa item pertanyaan atau pernyataan yang dibuat berdasarkan indikator-indikator suatu variabel (Dr. Kelana Kusuma Dharma, S.Kp., 2017). Kuisisioner ini menggunakan skala komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat perilaku kekerasan pasien skizofrenia paranoid tahun 2023.

1. Skala Komunikasi Terapeutik Perawat

Komunikasi merupakan hal-hal yang penting dilakukan saat berinteraksi dengan pasien. Komunikasi juga bertujuan untuk memberikan kesembuhan ada pasien. Dari komunikasi juga bisa menimbulkan rasakepercayaan antara perawat dan pasien (Ulfa, 2017).

Untuk menentukan komunikasi terapeutik dapat disesuaikan baik dalam kategori kurang, cukup, baik dengan interpretasi skoring berikut:

- Kurang (15–3)
- Cukup (31–45)
- Baik (46-60)

2. Skala Tingkat Perilaku Kekerasan

Perilaku kekerasan adalah salah satu respons marah yang diespresikan dengan melakukan ancaman, mencederai orang lain, dan merusak lingkungan. Respons ini dapat menimbulkan kerugian

baik bagi diri sendiri, orang lain, dan lingkungan (Keliat, dkk., 2019). Perilaku kekerasan merupakan suatu rentang emosi dan ungkapan kemarahan yang dimanifestasikan dalam bentuk fisik.

Kemarahan merupakan suatu komunikasi atau proses penyampaian pesan individu. Orang yang mengalami kemarahan sebenarnya ingin menyampaikan pesan bahwa ia “tidak setuju, merasa tersinggung, merasa tidak dianggap, merasa tidak dituntut atau diremehkan” (Yosep, 2018). Untuk menentukan seberapa tinggi perilaku kekerasan pasien dapat disesuaikan baik dalam kategori tingkat perilaku kekerasan rendah, sedang dan tinggi dengan interpretasi scoring berikut:

- Ringan (13-26)
- Sedang (27-39)
- Berat (40-52)

J. Pengolahan Data

Pengolahan data adalah suatu proses dalam memperoleh data ringkasan atau angka ringkasan dengan menggunakan cara-cara atau rumus-rumus tertentu. Pengolahan data bertujuan mengubah data mentah dari hasil pengukuran menjadi data yang lebih halus sehingga memberikan arah untuk pengkajian lebih lanjut. Teknik pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan penghitungan komutasi program SPSS (*Statistical Product and Service Solution*) karena memiliki kemampuan statistik yang cukup tinggi.

Selain itu, juga memiliki sistem manajemen data pada lingkungan grafis menggunakan menu-menu dekriptif dan kotak dialog sederhana, sehingga mudah dipahami cara pengoperasiannya.

Pengolahan data dapat dilakukan dengan cara *editing*, pengkodean(*coding*), proses (*processing*), dan pembersihan data (*cleaning*).

1. *Editing*

Proses *editing* diawali mengecek jumlah lembar instrumen dalam penelitian sudah sesuai dengan besar sampel yang diteliti (Muhid, 2019).

2. *Coding*

Pemberian kode pada data dimaksudkan untuk menerjemahkan data ke dalam kode-kode pada data dalam bentuk angka (Muhid, 2019).

Tabel 3. 3 Coding Data Demografi Usia

Kode	Usia
1	20-23 Tahun
2	23-26 Tahun

Tabel 3. 4 Coding Data Pendidikan

Kode	Pendidikan
1	S
2	D3

Tabel 3.5 coding Hasil Ukur

Kode	Komunikasi Terapeutik
1	Kurang
2	Cukup
3	Baik

Kode	Resiko Perilaku Kekerasan
1	Riangan
2	Sedang
3	Berat

Tabel 3. 6 Coding Kuesioner

Kode	Komunikasi Terapeutik
1	Kurang
2	Cukup
3	Baik

Kode	Resiko Perilaku Kekerasan
1	Riangan
2	Sedang
3	Berat

Setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah melewati pengkodean, maka langkah selanjutnya adalah memproses data agar data yang sudah di-*entry* dapat dianalisis. Pemrosesan data dilakukan dengan menggunakan IBM SPSS (*Statistical Program for Social Science*) versi 16.0 untuk Windows

Mengecek kembali data yang sudah di-*entry* dan dianalisis, dengan mendeteksi missing data melalui distribusi frekuensi masing-masing variabel, mendeteksi variasi data dengan mengeluarkan distribusi frekuensi masing-masing variabel,

mendeteksi konsistensi data dengan menghubungkan dua variabel, dan membuat tabel silang pada variabel.

K. Analisis Data

1. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah serangkaian bentuk penghitungan paling dasar dari teknik analisis data statistik (Suprajitno, 2016, p. 147). Jika data hanya berisi satu variabel dan tidak berhubungan dengan sebab atau akibat hubungan, teknik analisis univariat digunakan (Suprajitno, 2016, p. 147). Analisis univariat dalam penelitian ini adalah mengidentifikasi Distribusi Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Resiko Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ Klender Jakarta Timur Tahun 2023.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah salah satu jenis teknik analisis data statistik yang paling sederhana yang biasanya dipergunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan antara dua kumpulan nilai. Hal ini tentu saja melibatkan variabel X dan Y (Suprajitno, 2016, p. 147).

Analisis bivariat dalam penelitian ini digunakan untuk melihat hubungan antara Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ.

Klender Jakarta Timur. Teknik analisa data bivariat dilakukan dengan menggunakan Uji Chi-Square. Proses analisa data dilakukan dengan menggunakan aplikasi Software Statistik berbasis computer.

L. Uji Validitas dan Reabilitas

1. Uji Validitas

Menurut Sugiyono (2013), uji validitas digunakan untuk mengukur apa yang perlu diukur. Kriteria pengambilan keputusan adalah : Jika nilai rhitung $>$ rtabel maka instrumen penelitian dinyatakan valid Jika nilai rhitung $>$ rtabel maka instrumen penelitian dinyatakan tidak valid

2. Uji Reliabilitas

Menurut Sugiyono (2013), uji reliabilitas adalah instrumen yang jika digunakan di obyek yang sama akan menghasilkan data yang sama. Kriteria pengambilan adalah : Jika nilai *cronbach alpha* $>$ 0,9 maka instrumen penelitian dinyatakan reliabel (terpercaya) Jika nilai *cornbach alpha* $<$ 0,9 maka instrumen penelitian dinyatakan tidak reliabel (tidak terpercaya).

J. Etika Penelitian

Penelitian dalam melaksanakan seluruh kegiatan penelitian harus menerapkan sikap ilmiah (*scientific attitude*) serta menggunakan prinsip-prinsip yang terkandung dalam etika penelitian. Tidak semua penelitian

memiliki risiko yang dapat merugikan atau membahayakan subjek penelitian, tetapi peneliti tetap berkewajiban untuk mempertimbangkan aspek moralitas dan kemanusiaan subjek penelitian (Masturoh & Anggita, 2018).

Etika membantu peneliti untuk melihat secara kritis moralitas dari sisi subjek penelitian. Etika juga membantu untuk merumuskan pedoman etis yang lebih kuat dan norma-norma baru yang dibutuhkan karena adanya perubahan yang dinamis dalam suatu penelitian (Masturoh & Anggita, 2018). Secara umum ada empat prinsip utama dalam etika penelitian keperawatan menurut Profetto-mcgrath, Polit & Beck. (Dharma, 2017).

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for human dignity*)

Selama melakukan penelitian, peneliti sangat menghormati harkat dan martabat responden, sebelum melakukan penelitian, peneliti meminta izin kepada penanggungjawab tempat dan mensosialisasikan maksud dan tujuan penelitian serta prosedur dan manfaat yang didapatkan. Peneliti hanya melakukan penelitian kepada individu yang bersedia menjadi responden, dan menghormati ketentuan dari pihak rumah sakit untuk tidak melakukan penelitian secara langsung melainkan melalui kuesioner via *Google Form*.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan (*Respect for privacy and confidentiality*)

Peneliti menjamin kerahasiaan data dari responden dengan tidak membagi data dan hanya digunakan untuk keperluan akademik. Untuk merahasiakan data tersebut peneliti juga mengganti identitas responden dengan nama inisial dan kode numerik agar hanya dapat dimengerti oleh peneliti dan pihak tertentu.

3. Menghormati keadilan dan terbuka (*Respect for justice inclusiveness*)

Peneliti bersikap terbuka dengan mengedepankan nilai kejujuran mengenai data yang telah terkumpul dan menyimpan data tersebut sebaik mungkin, dan mengedepankan keadilan dengan tidak membeda-bedakan sikap ataupun keuntungan kepada setiap responden.

4. Memperhitungkan manfaat (*Balancing harm and benefits*)

Manfaat yang didapatkan oleh tempat penelitian khususnya responden adalah mengetahui mengenai pentingnya Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023. Yang mana hal ini dapat mengurangi angka kejadian Pasien Skizofrenia ketika komunikasi terapeutik yang dimiliki perawat sudah baik.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RS Jiwa Islam Klender adalah amal usaha persyarikatan Muhamadiyah (Piagam tahun 1975 antara YRSIJ (dr. Kusnadi) dengan PP Muhamadiyah (KH A.R. Fahrudin). Berdiri tahun 1987, tanah dan bangunan sumbangan dari BAZIS DKI JAKARTA diresmikan oleh Gubernur R.SOEPRAPTO. aktu itu RS Ibu Anak, tahun 1989 – 1990 dirubah fungsi oleh Yayasan RSIJ & dr HM Muadz menjadi RSJ Islam Klender dengan kapasitas 5 tt ,tahun 1993 diurus perizinnya dengan nama RS Jiwa Islam Klender (Depkes RI). Tahun 1994 berkembang menjadi 10 tt ,tahun 1996 berkembang menjadi 25 tt , tahun 1987 s.d 1996 berada dibawah RSIJ Putih dan RSIJ Pondok Kopi. Tahun 1996 – 1998 mendapat bantuan WIC dan pribadi ruangan/kamar pasien.Tahun 1997 berkembang menjadi 36 tt dan mendapat kemandirian dari Yayasan RSIJ dan mempunyai pimpinan RS ,Tahun 1998 sampai saat ini menjadi 50 tt. Tahun 2001 terjadi pergantian pimpinan RS dari dr Muad dan dr Al Bahri kepada dr H Rusdi dan dr Alinur. Tahun 2003 – 2004 mendapat bantuan BAMUIS BNI 1946 untuk renovasi ruang kelas I. Tahun 2006 mendapat bantuan BPH RSIJ d/h Yayasan RSIJ renovasi tampak depan dan mulai melakukan rintisan progam ISO. Tahun 2008 mendapat bantuan dari Bpk.suhadi gd. Ruang Perawatan kelas I laki 2 , Tahun 2009 sudah disertifikasi ISO 9001:2000. Tahun 2010 terjadi pergantian pejabat dari dr Rusdi Effendi

kepada Dr Metta Desvini Primadona S, SpKJ dan dr Prasila Darwin. Tahun 2012 sampai saat ini sudah terakreditasi 5 jenis pelayanan.

1. Visi dan Misi

a. Visi

Pada tahun 2025 Rumah Sakit Jiwa islam Klender menjadi rumah sakit pilihan dalam pelayanan dan pendidikan kesehatan jiwa serta sebagai tempat pengkaderan persyarikatan muhammadiyah

b. Misi

- 1) Memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang islami, profesional serta peduli kaum dhuafa yang didukung olehsarana dan prasarana yang berkualitas.
- 2) Menjadikan rumah sakit sebagai wahana pendidikan bagi tenaga kesehatan yang berkualitas dan berakhlak mulia.
- 3) Menjadikan rumah sakit sebagai tempat dakwah persyarikatan Muhammadiyah.

B. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Perawat di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023

Table 4.1

Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik Perawat di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023

Komunikasi Terapeutik	Frekuensi (n)	Presentase(%)
Kurang	26	32,5
Cukup	30	37,5
Baik	24	30,0
Total	80	100

(Sumber: Hasil Pengolahan Data Komputerisasi Oleh Mulyadi, Januari 2024)

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diketahui bahwa dari 80 responden (100%), dengan frekuensi komunikasi terapeutik perawat terbanyak dengan kategori cukup, yaitu sebanyak 30 responden (37,5%).

b. Distribusi Frekuensi Tingkat Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023

Table 4.2

Distribusi Frekuensi Tingkat Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023

Tingkat Perilaku Kekerasan	Frekuensi(n)	Presentase(%)
Ringan	17	21,3
Sedang	43	53,8
Berat	20	25,0
Total	80	100

(Sumber: Hasil Pengolahan Data Komputerisasi Oleh Mulyadi, Januari 2024)

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diketahui bahwa 80 responden (100%), dengan frekuensi tingkat perilaku kekerasan terbanyak dengan kategori sedang, yaitu sebanyak 43 responden (53,8%).

2. Analisis Bivariat

Tabel 4.3

Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023

Tingkat Pengetahuan	Tingkat Perilaku Kekerasan								P Value
	Ringan		Sedang		Berat		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Kurang	5	6,8	20	25,0	1	1,3	26	32,5	0,02
Cukup	8	10,0	12	15,0	10	12,5	30	37,5	
Baik	4	5,0	11	13,8	9	11,3	24	30,0	
Total	17	21,3	43	53,8	20	25,0	80	100	

(Sumber: Hasil Pengelolaan Data Komputerisasi oleh Mulyadi, Januari 2024)

Berdasarkan table 4.3 diatas dapat diketahui dari 80 responden (100%), komunikasi terapeutik kategori kurang sebanyak 26 responden (32,5%) dengan tingkat perilaku kekerasan kategori ringan sebanyak 5 responden (6,8%), dengan kategori sedang sebanyak 20 responden (25,0%), dengan kategori berat sebanyak 1 responden (1,3%). Sedangkan komunikasi terapeutik kategori cukup

30 responden (37,5%) dengan tingkat perilaku kekerasan kategori ringan sebanyak 8 responden (10,0%), dengan kategori sedang 12 responden (15,0%), dengan kategori berat sebanyak 10 responden (12,5%). Kemudian komunikasi terapeutik kategori baik sebanyak 24 responden (30,0) dengan tingkat perilaku kekerasan ringan sebanyak 4 responden (5,0%), dengan kategori sedang sebanyak 11 responden (13,8%), dengan kategori berat sebanyak 9 responden (11,3%).

Hasil uji statistic Chi Square didapatkan nilai data p value = 0,02 lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa H0 ditolak, artinya terdapat hubungan komunikasi teraepeutik perawat dengan tingkat

resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di RSJ Islam Klender
Jakarta Timur 20

C. Pembahasan

1. Analisa Univariat

a. Distribusi Frekuensi Komunikasi Terapeutik di RSJ Islam Klender

Jakarta Timur 2023

Berdasarkan tabel 4.1 diatas diketahui hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti distribusi frekuensi komunikasi terapeutik perawat di RSJ Islam Klender tahun 2023 menunjukkan bahwa dari 80 (100,0%) responden interaksi sosial dengan kategori cukup sebanyak 30 responden (37,5%).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti tentang distribusi frekuensi komunikasi terapeutik perawat di RSJ Islam Klender tahun 2023 menunjukkan bahwa dari 80 (100,0%) responden interaksi sosial dengan mayoritas kategori cukup sebanyak 30 responden (37,5%) dengan pelayanan yang diberikan bahwa mutu yang diberikan oleh perawat sesuai yang di harapkan, perawat memberikan perhatian terhadap keluhan yang dirasakan, perawat selalu memberi salam dan senyum ketika bertemu, perawat juga sering menanyakan kabar pasien, menyebutkan prosedur tindakan yang akan dilakukan, kemudian perawat juga sering memberikan kesempatan kepada klien untuk bercerita. komunikasi yang cukup

dikarenakan perawat selalu memberikan dukungan dan perhatian terhadap keadaan pasien di Rumah Sakit jiwa Islam klender.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Dewa Putra Jatmika, 2019) menunjukkan bahwa Hasil penelitian menunjukkan bahwa 35 orang pasien (51,5%) menerima komunikasi cukup baik dari perawat, dan sebagian sebanyak 37 orang (54,4%) menunjukkan resiko perilaku kekerasan kategori sedang. Hasil analisis dengan uji ordinal by ordinal Gamma mendapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan p value 0,001 yang artinya terdapat hubungan pada penelitian nya.

Menurut analisa peneliti pada 30 responden (37,5%) dengan kategori “cukup” itu berarti perawat di lokasi penelitian sudah berupaya menerapkan komunikasi terapeutik dengan cukup baik terhadap sebagian besar klien dengan skizofrenia. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi penerapan komunikasi terapeutik oleh perawat, antara lain faktor emosi, faktor lingkungan, faktor jarak, khususnya pada saat mereka berinteraksi dengan pasien secara langsung. Dan juga, komunikasi pada tahap orientasi yang masih sering dilupakan untuk dilakukan sehingga pasien masih merasa asing dengan perawat, akan tetapi perawat sudah memberikan tindakan terhadap responden yang sekaligus sebagai pasien dalam penelitian ini. Keterampilan dari perawat untuk mengolah kata-kata dalam menghadapi pasien dengan perilaku kekerasan berbeda-beda.

Perawat dalam penelitian ini dinilai cukup mampu menerapkan komunikasi terapeutik sesuai dengan teori.

Berdasarkan analisa peneliti pada 24 responden (30%) dengan kategori komunikasi yang “baik” karena komunikasi terapeutik yang dilakukan dengan baik dalam menghadapi kondisi pasien perilaku kekerasan dapat membantu pasien untuk membantu mengontrol perilakunya, dan juga dapat menerapkan komunikasi yang baik dalam menerapkan asuhan keperawatan jiwa terhadap pasien yang menunjukkan perilaku kekerasan yaitu pada penerapan SP (strategi pelaksanaan) 1 sampai dengan 4 sehingga kualitas pelayanan dapat ditingkatkan sehingga dapat terkalin hubungan yang baik antar

Sedangkan menurut analisa peneliti pada 26 responden (32,5%) dengan kategori “kurang” dikarenakan minimnya pengalaman yang mereka miliki karena sebagian dari mereka baru pertama kali bekerja sehingga saat berinteraksi dengan pasien skizofrenia masih kurang mengaplikasi komunikasi terapeutik dengan baik.

b. Distribusi Tingkat Perilaku Kekerasan Pasien Skizofrenia di RSJ

Islam Klender Jakarta Timur 2023

Berdasarkan tabel 4.1 diatas diketahui hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti distribusi tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di RSJ Islam Klender tahun 2023 menunjukkan bahwa dari 80

(100,0%) responden interaksi sosial dengan kategori sedang sebanyak sebanyak 43 responden (53,8%).

Hasil analisa yang dilakukan peneliti tentang tingkat perilaku kekerasan di RSJ Islam Klender tahun 2023 menunjukkan bahwa dari 80 (100,0%) responden interaksi sosial dengan kategori sedang sebanyak 43 responden (53,8%), Perilaku kekerasan dengan kategori sedang merupakan perilaku kekerasan yang sudah dilakukan pasien tetapi tidak mengakibatkan cedera yang berarti. Misalnya memukul tapi dengan jenis pukulan yang tidak terlalu keras, Dikarenakan pasien belum mampu mengungkapkan perasaan marah dan kesal. Hal tersebut dapat ditunjukan respon fisik dengan mata melotot dan tangan mengepal, dan secara verbal responden masih bicara dengan nada keras dan respon tidak nyaman dan merasa terganggu, sehingga perilaku responden melukai diri sendiri maupun orang lain.

Adapun tingkatannya ringan, merupakan perilaku kekerasan yang diperlihatkan pasien dengan gangguan jiwa hanya sebatas intimidasi terhadap orang-orang disekitarnya. Pasien belum melakukan kekerasan verbal tetapi sudah menunjukkan kekerasan emosional, Bentuknya merupakan emosional verbal seperti mata melotot, melihat dengan tajam atau mengepalkan tangan, tingkatan sedang merupakan perilaku kekerasan yang sudah dilakukan pasien tetapi tidak mengakibatkan cedera yang berarti. Pasien dengan gangguan jiwa sudah menyerang dengan intensitas yang rendah, misalnya memukul tapi dengan jenis pukulan yang tidak

terlalu keras. Dan Berat, merupakan perilaku kekerasan yang benar-benar dilakukan pasien dengan gangguan jiwa dalam intensitas yang berat. Biasanya akan mengakibatkan cedera serius pada orang yang diserang.

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan. Perilaku kekerasan adalah nyata melakukan kekerasan ditujukan pada diri sendiri/orang lain secara verbal maupun non verbal dan pada lingkungan. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Marah tidak memiliki tujuan khusus, tapi lebih merujuk pada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Depkes RI, 2016, Berkowitz, 2018 dalam Dermawan dan Rusdi, 2019).

Hal ini sejalan dengan penelitian (Yogi Triana, 2019) menunjukkan hasil bahwa 56 pasien (61,5%) menerima komunikasi dalam kategori cukup baik dari perawat dan sebanyak 21 orang (39,5%) menunjukkan resiko perilaku kekerasan kategori sedang. Hasil uji statistik mendapatkan hasil terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik perawat dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan p value 0,05.

Berdasarkan hasil analisa peneliti hal itu dikarenakan kurangnya sedikit penerimaan oleh pasien tersebut kepada perawat lainnya dan orang-orang disekitar, meskipun perawat sudah cukup baik dalam menerapkannya komunikasi nya. Sehingga masih terlihat nya beberapa bentuk ekspresi emosional yang ditimbulkan seperti masih berkata-kata kotor dan melotot apabila diajak berinteraksi.

Sedangkan menurut analisa peneliti pada 20 responden (25,0%) yang mengalami resiko perilaku kekerasan dalam kategori buruk disebabkan karena kondisi pasien yang masih labil dengan tingkat emosional yang cukup tinggi akan sangat sulit untuk diajak berinteraksi secara verbal. Selain itu tingkat pendidikan responden yang cukup rendah juga mempengaruhi keberhasilan komunikasi terapeutik yang diterapkan oleh perawat.

Selanjutnya menurut analisa peneliti pada 17 responden (21,3%) yang mengalami resiko perilaku kekerasan dalam kategori “ringan”, hal ini dikarenakan faktor pendidikan pasien dalam kategori tinggi sehingga penerimaan mereka terhadap intruksi dari perawat sangat baik, selain itu keluarga pasien yang sangat amat mendukung membantu pasien merasa dimiliki dan didengarkan sehingga kontrol emosi pasien sangat baik.

2. Analisa Bivariat

Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Tingkat Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023

Hasil uji statistic Chi Square didapatkan nilai data p value = 0,02 lebih kecil dari nilai $\alpha = 0,05$ maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak, artinya terdapat hubungan komunikasi teraepeutik perawat dengan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur 2023.

Istilah komunikasi berasal dari bahasa Latin *communicare* – *communicatio* dan *communicatus* yang berarti suatu alat yang berhubungan dengan sistem penyampaian dan penerimaan berita, seperti telepon, telegraf, radio, dan sebagainya. Secara sederhana komunikasi dapat diartikan sebagai suatu proses pertukaran, penyampaian, dan penerimaan berita, ide, atau informasi dari seseorang ke orang lain. Dalam berkomunikasi, diperlukan ketulusan hati antara pihak yang terlibat agar komunikasi yang dilakukan efektif Vecchio (1995, dalam Anjaswarni, 2016)

Hal ini sejalan dengan Penelitian Dewa Putra Jatmika (2019) Hasil penelitian menunjukkan bahwa 35 orang pasien (51,5%) menerima komunkasi cukup baik dari perawat, dan sebagian sebanyak 37 orang (54,4%) menunjukkan resiko perilaku kekerasan kategori sedang. Hasil

analisis dengan uji ordinal *by ordinal* Gamma mendapatkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komunikasi terapeutik dengan resiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia dengan value 0,00 artinya terdapat hubungan di pada penelitian tersebut.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Dewa Gede Putra Jatmika (2020) bahwa komunikasi terapeutik memiliki hubungan yang sangat kuat dengan menurunnya risiko perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di IPCU RSJ Provinsi Bali (nilai $p = 0,001$ dan $r = -0,936$), dimana semakin baik komunikasi yang diterapkan oleh perawat maka semakin rendah juga risiko munculnya perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

Perilaku kekerasan merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi tersebut maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan . 4 Perilaku kekerasan pada orang lain adalah tindakan agresif yang ditujukan untuk melukai atau membunuh orang lain. Perilaku kekerasan pada lingkungan dapat berupa perilaku merusak lingkungan, melempar kaca, genting dan semua yang ada di lingkungan. Menurut Afnuhazi (2019), faktor predisposisi yang menyebabkan perilaku kekerasan antara lain, psikologis, perilaku, sosial budaya, dan bioneurologis. Sedangkan untuk faktor presipitasi itu sendiri dapat bersumber dari klien, lingkungan dan interaksi dengan orang lain. Penyebab dari perilaku kekerasan yaitu seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusan, ketidakberdayaan, dan

kurang percaya diri. Untuk faktor penyebab dari perilaku kekerasan yang lain seperti situasi lingkungan yang terbiasa dengan kebisingan, padat, interaksi sosial yang proaktif, kritikan yang mengarah pada penghinaan, dan kehilangan orang yang di cintai (pekerjaan). Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan (kebutuhan yang tidak terpenuhi) yang dirasakan sebagai ancaman. Rentang respon kemarahan dari perilaku kekerasan dapat di gambarkan sebagai berikut, asertif, frustrasi, pasif, agresif, dan mengamuk.

Hal ini juga sejalan dengan penelitian Larasuci Arini (2021) didapatkan hasil uji T-independent yang dilakukan untuk membandingkan kelompok kontrol dan kelompok perlakuan pada variabel perilaku kekerasan sebelum komunikasi terapeutik nilai probabilitas sebesar 0,654 sedangkan pada variabel perilaku kekerasan sesudah komunikasi terapeutik nilai probabilitas sebesar 0,002 atau $p < 0,05$ maka H_a diterima artinya terdapat hubungan.

Menurut analisa peneliti sebagian besar perawat di lokasi penelitian sudah berupaya menerapkan komunikasi terapeutik dengan cukup baik terhadap sebagian besar klien dengan skizofrenia. Tetapi terdapat beberapa faktor seperti pada table 4.3 diatas dapat diketahui dari 80 responden (100%), komunikasi terapeutik kategori kurang sebanyak 26 responden (32,5%) dengan tingkat perilaku kekerasan kategori ringan sebanyak 5 responden (6,8%), dengan kategori sedang sebanyak 20 responden (25,0%), dengan kategori berat sebanyak 1 responden (1,3%). Sedangkan

komunikasi terapeutik kategori cukup 30 responden (37,5%) dengan tingkat perilaku kekerasan kategori ringan sebanyak 8 responden (10,0%), dengan kategori sedang 12 responden (15,0%), dengan kategori berat sebanyak 10 responden (12,5%). Kemudian komunikasi terapeutik kategori baik sebanyak 24 responden (30,0) dengan tingkat perilaku kekerasan ringan sebanyak 4 responden (5,0%), dengan kategori sedang sebanyak 11 responden (13,8%), dengan kategori berat sebanyak 9 responden (11,3%) yang mempengaruhi penerapan komunikasi terapeutik oleh perawat, antara lain faktor emosi, faktor lingkungan, dan sebagainya.

Dan mengenai komunikasi terapeutik yang dikatakan sebagai hubungan interpersonal antara perawat sebagai caregiver terhadap kliennya, sehingga perawat maupun klien memperoleh pengalaman belajar bersama untuk memperbaiki pengalaman emosional yang dirasakan klien sehingga tercipta, hubungan terapeutik. Kondisi pasien sangat mempengaruhi keberhasilan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam hal ini perawat. Kondisi pasien yang masih labil dengan tingkat emosional yang cukup tinggi akan sangat sulit untuk diajak berinteraksi secara verbal. Selain itu tingkat pendidikan responden yang cukup rendah juga mempengaruhi keberhasilan komunikasi terapeutik yang diterapkan oleh perawat.

D. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam melakukan penelitian ini, hal ini disebabkan karena adanya beberapa keterbatasan dalam pelaksanaan penelitian ini, diantaranya adalah sebagai berikut :

1. Peneliti membutuhkan waktu yang cukup lama dalam mengumpulkan data karena jadwal perkuliahan dan jadwal haria dinas responden berbeda-beda serta jarak tempuh yang lumayan jauh.
2. Responden kurang memahami jawaban alternatif pertanyaan dari kuesioner yang sebelumnya telah dijelaskan terlebih dahulu oleh peneliti melalui sosialisasi secara langsung atau melalui jawab
3. Peneliti tidak selalu mendampingi responden dalam pengisian kuesioner yang tergantung dari kejujuran respond

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah diuraikan sebelumnya, maka hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai “Hubungan Komunikasi Teraeutik Perawat dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023”, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Distribusi Komunikasi Teraeutik Perawat di RSJ Islam Klender Jakarta Timur, jumlah tertinggi dengan kategori cukup (37,5%).
2. Distribusi Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur, jumlah tertinggi dengan kategori sedang (53,8).
3. Ada hubungan antara Hubungan Komunikasi Teraeutik Perawat dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di RSJ Islam Klender Jakarta Timur Tahun 2023 dengan P Value 0,02.

B. Saran

1. Bagi RSJ islam klender Jakarta timur

Diharapkan dari pihak rumah sakit agar lebih memperhatikan dan memberikan edukasi kepada keluarga pasien mengenai kekambuhan

2. pasien skizofrenia

Bagi Perawat di RSJ Islam Klender Jakarta Timur

Peneliti menyarankan bagi perawat agar sering berinteraksi dengan

pasien supaya pasien lebih merasa diperhatikan sehingga ia tidak merasa sendiri, dan perawat lebih banyak lagi melatih diri agar tingkat kesabaran dan Teknik menghadapi pasien lebih cakap sehingga apa yang diberikan kepada pasien selalu tepat sasaran.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Kajian mengenai komunikasi terapeutik dan tingkat perilaku kekerasan ini menarik untuk diteliti karena erat kaitannya dengan bidang keperawatan komunitas dan keperawatan jiwa. Bagi peneliti selanjutnya disarankan agar meneliti dengan skala yang lebih luas dan meneliti faktor-faktor lain dari variabel yang di teliti.

DAFTAR PUSTAKA

Anindita, B. (2019). Pengaruh Teknik Relaksasi Progresif Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJD Surakarta. Surakarta

Berhimpong, E., Rompas, S., & Karundeng., M. (2019).

Buku Saku Keperawatan Jiwa. Edisi 5. Jakarta:EGC 8. Keliat, B. A., & Akemat. (2020).

Diagnosis Keperawatn Dfinisi dan Klasifikasi 2017-2019 Edisi 10. Jakarta: EGC.

7. Stuart (2020).

Essentials of psychiatric mental health nursing. (3th Ed.) Philadelphia: F.A DavisCompany 10.

Hidayati,E., Mustikasari & Pujasari., H. (2018).

Keperawatan Jiwa. Refika Aditama. Bandung. 19. Putri, D. E. (2017).

Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course). Jakarta:

Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Keperawatan Lanjut Usia. Yogyakarta: Graha Ilmu. 13. Wakhid A, Hamid AYS,dan Helena N. (2019).

Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Salemba Medika 17. Townsend, M. C. (2018).

Kusumawati F dan Hartono Y. 2019. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: Salemba Medika 2. WHO. (2020).

Model Praktek Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta: Penerbit Buku KedokteranEGC 9. Townsend. C.M. (2019).

Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa. Jakarta: EGC. 6. Herman, T. H., &Kamitsuru, S. (2019).

Penderita Sakit Jiwa di Jawa Tengah Masih Tinggi. Retrieved from <http://krjogja.com/read/258461/penderita-jiwa--di-jawatengah-masih-tinggi-kr-5.com> Keliat dan Akemat. (2019).

Penerapan Terapi Latihan Keterampilan Sosial Pada Klien Isolasi Sosial Dan Harga Diri Rendah Dengan Pendekatan Model Hubungan Interpersonal PEPLAU di RS DR Marzoeki Mahdi Bogor. Jakarta 14. Diorarta, R., & Pasaribu, J. (2018).

Pengalaman Keluarga Merawat Penderita Skizofrenia Dengan Masalah Utama Perilaku Kekerasan. Jurnal Keperawatan, 10(2), 106-113. 15.

Pengaruh Assertiveness Training Terhadap Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizoprenia di RSUD Banyumas, Tesis. Jakarta. FIK UI. Tidak dipublikasikan 11. Fauzah, Hamid, A., Y., & Nuraini. (2019).

Pengaruh Cognitive Behavior Therapy (CBT) dan Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) Terhadap Pasien Perilaku Kekerasan dan Harga Diri Rendah di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. FIK UI : Depok.

Pengaruh Emotional Emotive Behaifior Terapy Terhadap Pasien Perilaku Kekerasan di Ruang Rawat Inap RSSM Bogor. 20. Keliat, B. A., Akemat., Helena C. D., Nurhaeni, H. (2017).

Pengaruh Latihan Keterampilan Sosialisasi Terhadap Kemampuan Berinteraksi Klien Isolasi Sosial. E-Journal Keperawatan (EKP), 4(1), 1-7. 16.

Nurusalam. (2019).

Pengaruh Terapi Kelompok Suportif Terhadap Kemampuan Mengatasi Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizoprenia di Rumah Sakit Dr. Amino Gondohutomo kota semarang. FIK UI : Depok 22. Hidayat,E., Keliat., B., A., & Wardani, I., Y (2020).

Pengaruh Terapi Perilaku Kognitif pada Pasien Skizoprenia dengan Perilaku Kekerasan di Rumah Sakit Marzoeki Mahdi Bogor. FIK UI : Depok 12. Azizah.

Psychiatric Mental Perawatan Kesehatan: Konsep Perawatan di Bukti-Based Practic. 6Ed.,FA Davis Perusahaan. 18. Yosep, I. 2019.

Riskesdas. (2018). Laporan Nasional 2013. Retrived from <http://www.depkes.go.i>Widiyanto, Danar. (2020).

The world health report: 2019: mental health: new understanding, new hope.

Retrieved from www.who.int/whr/2012/en 3.

Wahyuningsih, D. Keliat, B , Hastono SP. (2019).

LAMPIRAN

Lampiran 1 Pengajuan Judul Skripsi

FORMULIR PENGAJUAN JUDUL SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Mulyadi

NPM : 20.156.01.11.071

Judul yang Diusulkan :

1. Hubungan komunikasi terapeutik dengan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia paranoid di RSJ islam klender jakarta timur 2023
2. Hubungan pola asuh orang tua yang bekerja dengan kemandirian personal hygiene pada usia pra sekolah di kampung
3. Hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan minum obat pada pasien hipertensi di desa keramat jaya

Lampirkan latar belakang masalah, rumusan masalah, dan tujuan penelitian untuk judul prioritas utama.

Bekasi, 11 Maret 2023

Mulyadi
20.156.01.11.071

Mengetahui,
Kordinator Skripsi

Mengetahui,
Pembimbing Skripsi

Rotua Suriyany S, M.Kes

Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep

NIDN. 0315018401

NIDN. 0316028302

Kepala Program Studi Ilmu
Keperawatan (S1) STIKes
Medistra Indonesia

(Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep)

NIDN. 0316028302

Tembusan :

1. Ketua Program Studi IlmuKeperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners
2. Kordinator Skripsi
3. Dosen Pembimbing
4. Mahasiswa

Lampiran 2 Surat Izin Studi Pendahuluan

	<p style="text-align: center;">SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA</p> <p style="text-align: center;">PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)</p> <p style="text-align: center;">Jl. Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374 Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id</p>
Bekasi, 13 April 2023	
Nomor	: 243/STIKes MI/Kep/B1/IV/2023
Lampiran	: -
Perihal	: Surat Permohonan Studi Pendahuluan
Kepada Yth. Direktur Rumah Sakit Jiwa Islam Klender Di Tempat	
Sehubungan dengan adanya pelaksanaan Skripsi pada tingkat akhir yang merupakan syarat kelulusan Program Akademik (Sarjana) mahasiswa/i Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) STIKes Medistra Indonesia, maka dengan ini kami mengajukan permohonan Studi Pendahuluan di Rumah Sakit Jiwa Islam Klender untuk mahasiswa atas nama :	
Nama Mahasiswa	: Mulyadi
NPM	: 201560111059
Judul	: Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Tingkat Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ Islam Klender
kami mohon kepada Bapak/Ibu Pimpinan untuk dapat kiranya memberikan izin kepada mahasiswa kami melakukan Studi Pendahuluan	
Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.	
<p>Ka. Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia</p>  <p>Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep NIDN 0316028302</p>	
Tembusan :	
1. Ketua STIKes Medistra Indonesia	
2. WK I Bid. Akademik	
3. Pertinggal	

Lampiran 3 Surat Balasan Izin Studi Pendahuluan



RS ISLAM JAKARTA

Inisan Dalam Pelayanan



Nomor : 134/RSJIK-Extr/XIII/06/2023
Lam : -
Hal : Jawaban Surat

Jakarta, 8 Juni 2023

Kepada Yth
Ka. Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia
Di-
Tempat

Assalamua 'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, semoga kita semua dalam menjalankan aktifitas sehari-hari selalu mendapat Rahmat, Hidayah dan Inayah-Nya. Aamiin

Menindaklanjuti surat dari STIKes Medistra Indonesia Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan Pendidikan Profesi Ners nomor 243/STIKes MI/Kep/B1/IV/2023 perihal Permohonan Studi Pendahuluan pada prinsipnya kami menyetujui kegiatan tersebut. Untuk lebih lanjut dapat menghubungi bagian diklat RS. Jiwa Islam Klender Sdr. Amir Syarifudin (087885840566).

Demikian yang dapat kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.

Direksi,
RUMAH SAKIT
JIWA ISLAM KLENDER

dr. Hj. Prasila Darwin, SpKJ
Direktur

RS ISLAM JAKARTA CEMPAKA PUTIH
Rumah Sakit Umum Tipe B
Rumah Sakit Pendidikan Utama
Fasilitas Keperawatan dan Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Jakarta

★★★★★

Jl. Cempaka Putih Tengah II
Jakarta Pusat 10131
Telp : (021) 425 5415, 425 8152
Fax : (021) 425 5883
Website : www.risid.co.id
Email : info@risid.co.id

RS ISLAM JAKARTA PONDOK KOPI
Rumah Sakit Umum Tipe B

★★★★★

Jl. Raya Pondok Kopi
Jakarta Timur 13061
Telp : (021) 260 3000, 8830064
Fax : (021) 861101
Website : www.rspondokkopi.com
Email : info@rspondokkopi.co.id

RS ISLAM JAKARTA SUKAPURA
Rumah Sakit Umum Tipe C

★★★★

Jl. Pagar Cikarang No. 5 Sukapura
Jakarta Utara 14122
Telp : (021) 440 2778, 440 2773
Fax : (021) 440 2712
Website : www.rsislamjakarta.id
Email : info@rsislamjakarta.id

RS JIWA ISLAM KLENDER
Rumah Sakit Khusus Tipe C

★★★★

Jl. Raya Kemplak, Negeri Jaya
Duren Sawah, Jakarta Timur 13620
Telp : (021) 8008 2425, 812 2421
Fax : (021) 8021 8224
Website : www.rsjk.com
Email : info@rsjk.com

- RS ISLAM JAKARTA CEMPAKA PUTIH
- RS ISLAM JAKARTA PONDOK KOPI
- RS ISLAM JAKARTA SUKAPURA
- RS JIWA ISLAM KLENDER



Lampiran 4 Lembar Bimbingan

lampiran 4

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA PROGRAM STUDI PROFESI NERS PROGRAM STUDI SAINS PERHAJATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN - PROGRAM STUDI KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1) PROGRAM STUDI KEPERAWATAN (S1) JALAN KH. HUSAN SAHIB NO. 1004 KEMUNGKUN - KEMUNGKUN KABUPATEN SUKSES 17165 SUKSES Web: stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_m@stikesmedistra-indonesia.ac.id			
FORM REKAMAN PROSES BIMBINGAN SKRIPSI MAHASISWA			
Nomor Dokumen	PM_025/A.00/LHM/STIKes/UM/2022	Tanggal Pembuatan	07 November 2022
Revisi	0	Tgl efektif	11 November 2022

Bawah rekaman proses bimbingan ini setiap kali pertemuan dengan DPS. Tuliskan secara lengkap dan runtut kejadian, kegiatan saras/masukan yang dikerjakan atau diberikan (oleh mahasiswa dan DPS) selama proses bimbingan, dari pertemuan pertama sampai akhir periode bimbingan. Diakhiri pertemuan, DPS harus memberi paraf pada kolom yang tersedia sebagai bukti dan persetujuan bahwa kegiatan pada pertemuan benar-benar terjadi.

Nama Mahasiswa : Muhammad Prodi : SI Keperawatan
 PM : 20156011671 Nama DPS : Kiki Daniati, S.Kep.M.Kep

PERTEMUAN CETANGGAL	TOPIK YANG DIRAHAS	KOMENTAR/SARAN DPS	TTD DPS
16/03 2023	Pengajuan Judul		
09/03 2023	Pengajuan BAB 1		
17/05 2023	Pengajuan BAB 2 dan Revisi BAB 1		
04/06 2023	Revisi BAB 1 dan BAB 2		

16/02/24	Revisi Terakhir		
02/02/24	Acc sambas		
27/02 24	Revisi Ibu Suriang		
27/02 24	Acc		

Diketahui oleh
 Ketua Program Studi : SI Keperawatan

Kiki Daniati, S.Kep.M.Kep
 NIDN. 0316020302

Bekasi, 25 Feb 2024
 Dosen Pembimbing Skripsi,

Kiki Daniati, S.Kep.M.Kep
 NIDN. 0316020302

- Perhatian:
1. Rekaman bimbingan ini harus diisi setiap kali bimbingan dilakukan
 2. Rekaman tidak boleh sekaligus dalam satu kesempatan.
 3. Mahasiswa dan DPS harus sama-sama bertanggung jawab dalam penggunaan buku rekaman bimbingan ini

29/07 2023	Pengajuan BAB 3 dan penga- jan Revisi		
0	Revisi BAB 3		
03/02 2023	Revisi keastoran		
05/02 2024	konsul bab 4		
08/02 2024	Revisi bab 4 dan konsul bab 5		
15/02 2024	Revisi bab 4 dan 5		

BUKU KENDALI BAHASAN SKRIPSI

19

Revisi dengan Catatan

Lampiran 5 Inform Consent

Saya telah melakukan uji validitas dan didapatkan hasil Cronbatch Alpha 0,71.

PERNYATAAN PERSETUJUAN
(INFORMATED CONCENT)

Setelah membaca penjelasan mengenai tujuan penelitian diatas, maka saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan oleh saudara Andre Dwi Noviana, dengan judul “Hubungan Komunikasi Terepeutik Perawat dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ Klender Jakarta Timur Tahun 2023”.

Demikianlah persetujuan ini, saya tandatangani dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Jakarta, 2023

(Responden)

Lampiran 6 Kuesioner Variabel Independen dan Dependen

KUESIONER PENELITIAN

“Hubungan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Resiko Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ Klender Jakarta Timur Tahun 2023”

A. PETUNJUK PENGISIAN

1. Sebelum mengisi kuesioner bacalah setiap pertanyaan dengan teliti sehingga dapat benar-benar dimengerti
2. Pada karakteristik responden pilih salah satu pernyataan dengan jawaban yang menurut anda tepat dengan cara memberi tanda centang (√)
3. Terdapat dua pernyataan kuesioner penelitian yaitu Kuesioner Penelitian tentang Komunikasi Terapeutik Perawat dan Resiko Perilaku Kekerasan.

B. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Pendidikan :

Kuesioner Komunikasi Terapeutik

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Perawat mengucapkan salam setiap berinteraksi dengan klien				
2	Perawat menyapa klien dengan menyebut nama klien				
3	Perawat memperkenalkan diri pada awal interaksi				
4	Perawat menanyakan tentang keluhan yang masih dirasakan oleh anda				
5	Perawat menjelaskan tujuannya kepada anda				
6	Perawat menjelaskan tindakan kepada anda				
7	Perawat menjelaskan lamanya prosedur atau tindakan yang akan diberikan kepada anda				
8	Perawat menjelaskan tempat dan tindakan atau prosedur kepada anda				
9	Perawat meminta persetujuan anda ketika akan melakukan tindakan prosedur keperawatan				
10	Perawat menjelaskan tujuan dari tindakan yang akan diberikan kepada anda				
11	Perawat menggunakan komunikasi verbal yang sesuai dalam menjelaskan proses tindakan kepada anda				
12	Perawat menggunakan komunikasi verbal yang sesuai dengan jelas dan sederhana saat berinteraksi dengan anda				
13	Perawat secara rutin menanyakan perkembangan penyakit yang anda alami				
14	Perawat selalu memberikan kesempatan untuk bercerita tentang penyakit yang anda alami				
15	Sebelum berkomunikasi dengan anda, apakah perawat menunjukkan sikap ingin membantu				

Kuesioner Resiko Perilaku Kekerasan

No	Pertanyaan	Tidak Pernah	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya merasa tidak berguna				
2	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya merasa kesepian atau ditolak oleh orang lain				
3	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya merasa tidak mampu berkonsentrasi				
4	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya merasa kehilangan rasa ketertarikan dalam kegiatan sosial				
5	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya tidak mampu menerima nilai dari masyarakat				
6	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya sulit mengambil keputusan				
7	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya merasa tidak dipedulikan orang lain				
8	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya merasa tidak aman dan nyaman dengan orang lain				
9	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya selalu ingin berdiam diri di kamar				
10	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya merasa marah secara verbal seperti berbicara kasar dan keras				
11	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya banyak melamun atau asik dengan pikirannya sendiri				
12	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya merasa curiga ada yang ingin jahat pada dirinya				
13	Pasien mengatakan kepada perawat bahwa dirinya sulit berinteraksi/tidak mau komunikasi				

Lampiran 7 Surat Pernyataan Telah Melakukan Penelitian



RS ISLAM JAKARTA

Insan Dalam Pelayanan

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

SURAT KETERANGAN
Nomor : 73/DIR-RSJK/12/2023

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Hj.Prasila Darwin, SpKJ

Jabatan : Direktur

Menerangkan Bahwa

Nama : Mulyadi
NPM : 201560111071
Program Studi : Ilmu Keperawatan (S1)
STIKes Medistra Indonesia

Telah selesai melaksanakan Penelitian di RS Jiwa Islam Klender pada tanggal 1 sampai dengan 30 November 2023 sesuai dengan surat permohonan No. 625/STIKes MI/Kep/BI/IX/2023 tentang permohonan penelitian. Dengan judul penelitian "Hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan tingkat kekerasan pada pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ Islam Klender 2023".

Demikian surat keterangan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamua'alaikum Wr. Wb.

Jakarta, 7 Desember 2023

RUMAH SAKIT
JIWA ISLAM KLENDER


dr. Hj. Prasila Darwin, SpKJ
Direktur

RS ISLAM JAKARTA CEMPAKA PUTIH
Rumah Sakit Umum Tipe B
Rumah Sakit Pendidikan Utama
Fakultas Kedokteran dan Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Jakarta

Jl. Cempaka Putih Tengah I/1
Jakarta Pusat 10510
Telp. : (021) - 429 8071 - 429 91387
Fax : (021) - 429 9881
Website : www.rsislam.id
E-mail : rsj@rsislam.id

RS ISLAM JAKARTA PONDOK KOPI
Rumah Sakit Umum Tipe B

Jl. Raya Pondok Kopi
Jakarta Timur 13022
Telp. : (021) - 2988 9881, 8230854
Fax : (021) - 887191
Website : www.rsislampondokkopi.com
E-mail : rsj@rsislampondokkopi.com

RS ISLAM JAKARTA SUKAPURA
Rumah Sakit Umum Tipe C

Jl. Tipe Cahang No.5 Sukapura
Jakarta Utara 14140
Telp. : (021) - 448 8771, 448 8779
Fax : (021) - 448 8782
Website : www.rsislamjkt.com
E-mail : rsj@rsislamjkt.com

RS JIWA ISLAM KLENDER
Rumah Sakit Khusus Tipe C

Jl. Bunga Rampai 1, Melike Jaya
Duren Kaya, Jakarta Timur 13660
Telp. : (021) - 8888 8888, 882 2881
Fax : (021) - 8881 8234
Website : www.rsjiwajkt.com
E-mail : rsjiwajkt@rsjiwajkt.com

- RS ISLAM JAKARTA CEMPAKA PUTIH
- RS ISLAM JAKARTA PONDOK KOPI
- RS ISLAM JAKARTA SUKAPURA
- RS JIWA ISLAM KLENDER

Lampiran 8 Surat Izin Uji Validitas dan Reliabilitas



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes)
MEDISTRA INDONESIA**
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1)
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1)
PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3)
Jl. Cut Mutia Raya No. 88A-Kel.Sepanjang Jaya – Bekasi Telp.(021) 82431375-77 Fax (021) 82431374
Web:stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id

Bekasi, 04 Agustus 2023

Nomor : 413 /STIKes MI/Kep/B1/VIII/2023
Lampiran : -
Perihal : Surat Permohonan Uji Validitas

Kepada Yth.
Kepala Panti Yayasan Galuh Bekasi
Di
Tempat

Sehubungan dengan adanya pelaksanaan Skripsi pada tingkat akhir yang merupakan syarat kelulusan Program Akademik (Sarjana) mahasiswa/i Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) STIKes Medistra Indonesia, maka dengan ini kami mengajukan permohonan Uji Validitas di Panti Yayasan Galuh Bekasi untuk mahasiswa atas nama :

Nama Mahasiswa : Mulyadi
NPM : 201560111071
Judul : Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Tingkat Perilaku
Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia Paranoid di RSJ Islam Klender

kami mohon kepada Bapak/Ibu Pimpinan untuk dapat kiranya memberikan izin kepada mahasiswa kami melakukan Studi Pendahuluan

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Ka. Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan Pendidikan Profesi Ners
STIKes Medistra Indonesia


Kiki Penitri, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN 0316028302

Tembusan :
1. Ketua STIKes Medistra Indonesia
2. WK I Bid. Akademik
3. Peringgal

Lampiran 9 Master Tabel

Nama	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	Total	Kode
R1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	2
R2	3	3	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	51	2
R3	3	3	3	3	4	3	3	4	3	2	3	3	3	3	3	46	2
R4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59	2
R5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	59	1
R6	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	52	1
R7	1	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	1	50	1
R8	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	3	55	2
R9	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	39	2
R10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	2
R11	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	2	53	2
R12	4	4	4	3	3	4	1	3	3	3	3	4	4	4	4	51	2
R13	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	39	3
R14	3	2	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	45	3
R15	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	3
R16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	3
R17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	45	3
R18	1	2	3	1	2	3	3	4	1	2	1	2	3	3	4	35	3
R19	1	4	3	1	3	4	1	2	1	4	4	2	1	4	2	37	2
R20	4	4	1	4	1	2	1	4	2	3	3	4	1	1	4	39	2
R21	4	4	2	2	1	4	2	4	2	2	1	1	4	4	2	39	2
R22	3	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	1	2	3	40	1
R23	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	40	2
R24	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	2	3	3	4	3	45	1
R25	3	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	38	1
R26	3	2	4	4	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	48	2
R27	3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	2	3	3	3	3	48	3
R28	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	49	2
R29	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	48	3
R30	3	3	2	4	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	51	2
R31	4	3	2	2	2	3	2	2	2	4	4	3	2	2	2	39	2
R32	2	3	4	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	42	2
R33	4	3	4	4	3	3	3	4	3	3	4	2	2	2	3	47	2
R34	3	4	3	3	3	3	4	1	3	2	2	3	2	2	2	40	3
R35	3	4	1	3	3	3	1	4	3	4	1	4	2	3	3	42	3
R36	3	4	3	2	3	3	2	3	1	2	3	3	3	2	3	40	3
R37	3	2	2	3	3	4	1	4	2	2	1	4	2	1	1	35	1
R38	3	4	3	1	4	2	3	2	4	1	3	3	4	2	4	43	1
R39	2	1	2	4	1	2	2	3	1	4	3	3	3	4	3	38	1
R40	4	2	4	2	3	1	3	3	4	3	3	3	4	1	3	43	1
R41	3	4	3	4	4	3	4	2	3	3	4	4	4	3	4	52	2
R42	3	2	3	4	2	4	4	3	2	3	2	3	4	2	2	43	1
R43	3	1	3	1	4	3	1	2	3	2	2	2	4	1	2	34	2

R44	3	3	3	3	1	4	1	2	1	4	1	3	1	4	1	35	2
R45	2	3	4	3	4	1	3	2	4	3	4	1	2	3	4	43	2
R46	4	4	4	2	3	2	2	2	3	3	3	3	4	3	1	43	2
R47	2	2	2	3	1	3	2	3	3	3	2	3	4	3	2	38	2
R48	4	4	4	2	3	1	2	2	2	3	3	1	2	3	3	39	2
R49	2	4	2	2	2	4	3	4	3	2	3	4	3	3	2	43	2
R50	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	3	3	3	3	1	32	1
R51	3	4	1	4	1	4	1	3	1	3	4	4	3	4	1	41	1
R52	3	2	3	2	2	3	4	4	4	1	2	3	2	2	4	41	1
R53	2	3	3	2	4	3	4	3	4	3	1	2	3	4	2	43	1
R54	3	2	2	2	3	4	3	4	1	1	3	1	3	4	4	40	1
R55	2	3	4	2	3	3	4	3	4	2	4	1	2	2	4	43	1
R56	4	2	3	2	2	3	3	2	1	2	4	3	4	3	3	41	3
R57	3	3	1	1	4	1	2	3	1	4	2	4	3	1	2	35	3
R58	2	4	3	2	4	4	3	3	2	4	1	1	1	2	2	38	3
R59	3	3	1	2	4	1	4	2	4	2	2	1	2	4	4	39	3
R60	4	4	3	3	3	4	4	1	1	4	1	4	2	3	2	43	3
R61	4	4	2	2	3	4	3	4	4	4	1	2	1	3	1	42	3
R62	4	4	1	2	2	4	1	4	1	3	1	4	2	4	4	41	3
R63	4	3	4	4	3	2	1	2	3	2	2	2	1	2	3	38	3
R64	3	4	3	4	3	4	3	2	1	2	4	4	3	1	4	45	3
R65	4	3	4	3	4	3	2	3	1	4	2	4	3	3	3	46	2
R66	4	4	2	3	2	1	1	2	4	1	4	4	1	3	3	39	2
R67	4	4	3	2	3	4	4	3	1	2	1	3	1	2	1	38	2
R68	4	2	4	1	3	3	1	3	2	4	1	4	1	3	1	37	2
R69	4	3	1	4	4	3	3	4	2	3	3	4	1	1	4	44	2
R70	2	3	1	3	1	3	2	4	3	4	1	3	2	4	4	40	2
R71	4	4	4	4	4	3	3	3	1	2	3	3	2	3	1	44	1
R72	4	3	1	1	3	3	4	1	4	1	4	1	4	3	2	39	1
R73	4	4	2	2	3	1	1	2	3	3	2	4	1	3	2	37	1
R74	4	1	4	4	3	3	4	3	4	2	4	1	4	3	4	48	1
R75	2	4	4	4	3	3	2	3	3	1	1	4	4	4	3	45	1
R76	3	3	4	2	4	4	4	4	2	2	1	2	2	3	4	44	1
R77	4	3	2	1	2	1	2	4	2	3	3	3	1	2	2	35	3
R78	4	3	1	3	4	2	2	1	2	2	3	4	3	4	4	42	3
R79	3	2	3	3	3	1	4	1	3	1	4	3	4	1	3	39	3
R80	2	3	3	3	3	3	2	1	2	3	1	3	3	2	2	36	3

Nama	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Total	Kode
R1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	1
R2	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	48	3
R3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	29	2
R4	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	2	19	1
R5	2	2	2	3	3	3	3	2	1	2	2	3	3	31	2
R6	4	3	3	4	3	3	1	1	3	1	3	3	3	35	2
R7	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	1	1	30	2
R8	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	37	2
R9	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39	2
R10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39	2
R11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39	2
R12	4	1	4	2	2	1	1	3	2	4	2	1	4	31	2
R13	2	4	1	1	3	4	4	1	1	3	4	2	4	34	2
R14	4	3	4	1	3	1	1	2	2	4	1	3	4	33	2
R15	2	1	3	4	1	1	3	4	1	1	4	1	1	27	1
R16	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	25	1
R17	3	2	3	3	3	3	2	2	1	1	1	2	2	28	1
R18	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	38	2
R19	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	23	1
R20	3	3	1	1	3	3	2	3	2	2	3	3	2	31	2
R21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	39	2
R22	4	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	37	2
R23	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	31	2
R24	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	2	2	3	45	2
R25	2	2	1	4	3	1	2	2	4	1	2	3	3	30	1
R26	3	4	3	2	3	3	3	1	3	2	4	3	3	37	2
R27	3	1	2	4	4	2	3	3	3	2	4	1	3	35	2
R28	2	4	3	4	3	3	2	2	4	2	3	1	4	37	2
R29	3	4	1	2	2	4	1	4	2	3	4	3	3	36	2
R30	3	1	3	2	4	1	3	3	3	1	1	1	3	29	1
R31	1	4	3	4	1	3	1	4	1	4	3	3	1	33	2
R32	4	1	4	1	4	2	4	2	4	2	3	4	4	39	2
R33	3	3	3	4	3	4	1	3	3	2	4	1	4	38	2
R34	3	3	4	4	4	2	4	4	4	3	1	3	4	43	2
R35	4	3	3	4	4	3	3	2	2	2	3	3	2	38	2
R36	2	1	2	1	4	1	4	2	4	4	3	2	3	33	2
R37	2	2	1	1	1	2	3	4	1	2	3	3	4	29	2
R38	1	2	1	4	4	4	1	4	3	1	4	4	1	34	2
R39	4	2	4	1	3	1	3	3	3	1	3	2	3	33	2
R40	1	2	1	2	2	1	2	3	4	3	3	2	3	29	2
R41	2	3	2	3	3	3	3	4	4	4	1	3	4	39	2
R42	3	3	1	2	1	3	1	3	2	3	4	3	4	33	2
R43	2	3	3	1	1	3	1	3	1	2	1	1	3	25	3
R44	1	4	1	3	2	4	1	2	1	4	1	1	3	28	3
R45	1	1	2	3	3	4	1	1	4	3	3	2	2	30	3
R46	4	3	3	3	2	2	3	3	2	4	1	2	3	35	3
R47	2	4	2	1	4	3	4	2	3	1	3	1	2	32	3
R48	4	2	3	1	1	2	1	2	4	2	1	3	4	30	3
R49	4	3	4	1	2	2	3	4	4	4	1	1	4	37	3
R50	3	4	3	1	2	3	4	4	3	1	2	3	3	36	1
R51	2	4	4	4	1	3	1	2	4	2	1	2	3	33	1
R52	2	4	4	1	2	4	1	1	1	1	4	2	2	29	1
R53	4	2	2	3	4	3	4	3	4	3	2	1	4	39	1

R54	2	3	2	2	4	2	4	1	2	4	4	2	3	35	2
R55	1	2	4	2	3	2	2	3	3	4	3	4	4	37	2
R56	4	2	2	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	45	2
R57	3	3	1	2	1	2	2	3	3	1	2	3	4	30	2
R58	4	3	3	1	1	4	1	4	3	4	3	4	3	38	2
R59	3	4	1	4	1	1	2	3	4	3	2	1	4	33	3
R60	3	4	2	3	1	4	4	4	1	3	1	3	4	37	3
R61	1	3	1	1	1	1	2	3	2	3	1	3	4	26	3
R62	1	3	2	3	1	4	3	4	1	3	3	4	1	33	3
R63	4	3	3	4	3	4	4	3	1	4	1	4	4	42	3
R64	4	1	1	3	2	4	1	2	3	1	2	1	4	29	1
R65	1	4	1	3	4	3	4	3	4	3	3	1	3	37	1
R66	2	2	2	4	4	2	4	3	3	1	4	2	3	36	1
R67	2	3	2	4	1	4	2	3	1	3	3	4	3	35	1
R68	4	2	3	1	2	4	3	2	4	4	1	4	4	38	1
R69	3	3	4	4	2	1	4	1	2	1	1	1	2	29	3
R70	4	2	2	3	3	1	4	2	1	1	4	2	4	33	3
R71	2	3	2	4	1	2	4	4	3	2	3	3	4	37	3
R72	4	4	1	4	3	3	4	3	1	3	3	4	2	39	2
R73	3	1	3	1	1	3	4	1	4	1	3	2	4	34	2
R74	2	3	3	4	3	2	3	1	3	2	2	1	2	29	1
R75	3	3	4	4	2	1	2	1	2	1	1	1	2	27	1
R76	4	2	2	3	3	1	4	2	1	1	4	2	2	29	1
R77	2	3	2	4	1	2	4	4	3	2	3	3	4	37	3
R78	4	4	1	4	3	3	4	3	1	3	3	4	2	39	3
R79	3	1	3	1	1	3	4	1	4	1	3	2	4	31	3
R80	2	3	3	4	3	2	3	1	3	2	2	1	2	31	3

Lampiran 10 uji statistik

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Komunikasi_Terapeutik * Resiko_Perilaku_Kekerasan	80	100.0%	0	0.0%	80	100.0%

Komunikasi_Terapeutik * Resiko_Perilaku_Kekerasan Crosstabulation

			Resiko_Perilaku_Kekerasan			Total
			1	2	3	
Komunikasi_Terapeutik	1	Count	5	20	1	26
		% within Komunikasi_Terapeutik	19.2%	76.9%	3.8%	100.0%
		% within Resiko_Perilaku_Kekerasan	29.4%	46.5%	5.0%	32.5%
		% of Total	6.3%	25.0%	1.3%	32.5%
	2	Count	8	12	10	30
		% within Komunikasi_Terapeutik	26.7%	40.0%	33.3%	100.0%
		% within Resiko_Perilaku_Kekerasan	47.1%	27.9%	50.0%	37.5%
		% of Total	10.0%	15.0%	12.5%	37.5%
	3	Count	4	11	9	24
		% within Komunikasi_Terapeutik	16.7%	45.8%	37.5%	100.0%
		% within Resiko_Perilaku_Kekerasan	23.5%	25.6%	45.0%	30.0%
		% of Total	5.0%	13.8%	11.3%	30.0%
Total	Count	17	43	20	80	
	% within Komunikasi_Terapeutik	21.3%	53.8%	25.0%	100.0%	
	% within Resiko_Perilaku_Kekerasan	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	21.3%	53.8%	25.0%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.621 ^a	4	.020
Likelihood Ratio	13.741	4	.008
Linear-by-Linear Association	3.531	1	.060
N of Valid Cases	80		

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.10.

Statistics

		Komunikasi_Therapeutik	Resiko_Perilaku_Kekerasan
N	Valid	80	80
	Missing	0	0
Percentiles	25	1.00	2.00
	50	2.00	2.00
	75	3.00	2.75
	100	3.00	3.00

Komunikasi_Therapeutik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	26	32.5	32.5	32.5
	2	30	37.5	37.5	70.0
	3	24	30.0	30.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Resiko_Perilaku_Kekerasan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	17	21.3	21.3	21.3
	2	43	53.8	53.8	75.0
	3	20	25.0	25.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

Lampiran 11 Biodata Peneliti



1. Data Pribadi

Nama Lengkap : Mulyadi
TTL : pandeglang, 28 Mei 2002
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat : kp. Sompok, kramatjaya, cimanggu, pandeglang, banten

No. Handphone : 085697324758

Email : mulyadieacm@gmail.com

Moto : jadilah seperti padi dan janganlah seperti lidi, semakin berilmu semakin menunduk seperti padi dan jangan semakin tegak seperti lidi, tetap menyala abangku 🕯️

2. Riwayat Pendidikan

SD : mangkualam 1

SMP : MTS malnu pusat menes

SMA/SMK : SMAIT as-shof

Perguruan Tinggi : STIKes medistra Indonesia

Lampiran 12 Dokumentasi Penelitian

