

**PERBANDINGAN KETUNTASAN PERAWATAN KLIEN PERILAKU
KEKERASAN ANTARA YANG MENERIMA KOMUNIKASI
TERAPEUTIK PERAWAT DAN PEKERJA SOSIAL
(Sebuah Studi di UPT Rehabilitasi Sosial Eks Psikotik Pasuruan)
(*The Comparison Of the Completeness Care of Violent Behavior Clients
Which Receive Therapeutic Communication Nurse And Social Workers*)
(*A Study in the Social Rehabilitation Unit Ex Psychotic Pasuruan*)**

Tutu April Ariani

Prodi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Univ. Muhammadiyah Malang
email:ariani.april@yahoo.com

Abstract: *Mental health is the emotional and sosial maturity of a person which is accompanied by a compatibility with himself and his surroundings. One of the deviant behavior of clients with mental disorders are violent behavior. The management of violent behavior can be done with therapeutic communication. The right therapeutic communication can be used to reduce the level of violent behavior. This study aimed to determine comparison completeness of client care with violent behavior who receive therapeutic communication between the nurses and sosial workers. Methods: The research design used in this research was the kind of research the comparative analysis with cross sectional approach. The sample in this research consisted of 16 clients violent behavior, 3 nurses, and 7 sosial workers in UPT RSEP Pasuruan. The Sampling technique in this research was purposive sampling. The data analysis used Chi-Square test. Results: Based on the research result client violent behavior who receive therapeutic communication nurses with complete catagory were 3 people (18,8%), and not complete category were 5 people (31,3%). While the violent behavior of respondents who receive therapeutic communication with sosial workers complete catagory were 5 people (31,3%), and not complete catagory were 3 people (18,8%). Chi-Square test result in comparison completeness client care violent behavior who receive therapeutic communication between the nurses and sosial workers, the p value = 0,317 more than the tariff of significance (0,05). Conclusion: It was concluded that there was no difference in complete treatment of violent behavior between nurses and sosial workers in UPT RSEP Pasuruan*

Keywords: *Violent behavior, therapeutic communication, completeness of treatment, nurses, sosial workers*

Abstrak: Kesehatan jiwa adalah kematangan emosi dan sosial seseorang disertai dengan adanya kesesuaian dengan dirinya dan lingkungan sekitar. Salah satu perilaku menyimpang dari klien gangguan jiwa adalah perilaku kekerasan. Penatalaksanaan perilaku kekerasan dapat dilakukan dengan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik yang benar dapat digunakan untuk menurunkan tingkat perilaku kekerasan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbandingan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial. Metode: Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian analisis komparatif dengan pendekatan cross sectional. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari 16 klien perilaku kekerasan, 3 orang perawat, dan 7 orang pekerja sosial di UPT RSEP Pasuruan. Teknik sampling dalam penelitian ini adalah purposive sampling. Analisa data yang digunakan adalah uji Chi-square. Hasil: Berdasarkan hasil penelitian, klien perilaku kekerasan yang menerima komunikasi terapeutik perawat dengan kategori tuntas sebanyak 3 orang (18,8 %), dan kategori tidak tuntas sebanyak 5 orang (31,3 %). Sedangkan, responden klien perilaku kekerasan yang menerima komunikasi

terapeutik pekerja sosial dengan kategori tuntas sebanyak 5 orang (31,3%), dan kategori tidak tuntas sebanyak 3 orang (18,8%). Hasil uji *Chi-square* pada perbandingan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial, diperoleh nilai $p = 0,317$ lebih besar dari taraf signifikansi (0,05). Kesimpulan: Dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang dan pekerja sosial di UPT RSEP Pasuruan.

Kata Kunci: perilaku kekerasan, komunikasi terapeutik, ketuntasan perawatan, perawat, pekerja sosial

Kesehatan jiwa adalah kematangan emosi dan sosial seseorang disertai dengan adanya kesesuaian dengan dirinya dan lingkungan sekitar. Kesehatan jiwa juga diartikan sebagai kemampuan untuk memikul tanggung jawab kehidupan, menghadapi segala permasalahan yang menghadangnya diiringi dengan adanya rasa menerima realitas kehidupan, rasa keridhaan, dan kebahagiaan atas apa yang terjadi (Az-Zahrani, 2005). Menurut Johnson, 1997 (dalam Videbeck, 2008): Kesehatan jiwa adalah suatu kondisi sehat emosional, psikologis, dan sosial yang terlihat dari hubungan interpersonal yang memuaskan, perilaku dan coping yang efektif, konsep diri yang positif, dan kestabilan emosional.

Ketidakmampuan individu dalam menjalankan peran sebagai makhluk sosial, perilaku tidak pantas, dan sikap maladaptif dalam masyarakat dapat disebut sebagai gangguan jiwa (Videbeck, 2008). Gangguan jiwa adalah suatu penyimpangan proses pikir, alam perasaan, dan perilaku seseorang. Penyimpangan atau ketidakmampuan perilaku pada klien gangguan jiwa disebabkan oleh gangguan pada fungsi sosial, psikologis, genetik, fisik/kimiawi, atau biologis (Thong, *et al.*, 2011).

Data riset kesehatan dasar (riskesdas) Departemen Kesehatan tahun 2014 menyebutkan, terdapat 1 juta jiwa pasien gangguan jiwa berat dan 19 juta pasien gangguan jiwa ringan di Indonesia (Berita Jakarta, 2014). Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (riskesdas) pada tahun 2013, menunjukkan bahwa Jawa Timur menduduki urutan ke-6 dari prevalensi gangguan jiwa berat (kompasiana, 2014). Sebanyak 0.9% penduduk di Jawa Timur mengalami gangguan jiwa berat. Jika diasumsikan penduduk Jawa Timur sebanyak 37 juta jiwa maka penderita gangguan jiwa adalah sebanyak 333.000 (Satu Harapan, 2013).

Perilaku menyimpang dari klien gangguan jiwa yang dapat membahayakan klien sendiri, lingkungan termasuk orang lain dan barang-barang disebut perilaku kekerasan (Yosep, 2010). Perilaku kekerasan dianggap sebagai akibat yang ekstrem dari marah atau ketakutan/panik (Kusumawati & Hartono,

2010). Perilaku kekerasan dipandang sebagai tindakan yang bersifat destruktif (Dalami, *et al.*, 2009).

Permasalahan gangguan jiwa perlu mendapatkan perhatian khusus dan penanganan yang tepat. Penanganan yang baik dari gangguan jiwa tidak dapat dipisahkan dari sistem yang berlaku tentang kesehatan jiwa (Wordpress, 2011). Dalam UU No.18 tahun 2014 menjelaskan bahwa upaya kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Rehabilitasi sosial eks psikotik dilakukan oleh UPT milik Dinas Sosial. Khusus di daerah Jawa Timur, terdapat Unit Pelaksana Teknis (UPT) Rehabilitasi Sosial Eks Psikotik di Pasuruan (Untuk selanjutnya di singkat dengan UPT RSEP Pasuruan). Tugas pokok UPT RSEP Pasuruan adalah melaksanakan pelayanan, penyantunan, rehabilitasi sosial, dan penyaluran serta pembinaan lanjut eks psikotik (Sutaat, dkk., 2012).

Hasil wawancara dengan petugas UPT RSEP Pasuruan memaparkan bahwa jumlah klien UPT RSEP Pasuruan adalah 182 orang. Sehubungan dengan itu, berdasarkan karakteristik klien terdiri dari halusinasi 45%, isolasi sosial 20%, harga diri rendah 15%, perilaku kekerasan 12%, dan waham 8%. Petugas juga menjelaskan bahwa klien dengan perilaku kekerasan biasanya diikuti dengan gangguan lainnya, seperti halusinasi dan isolasi sosial yang memiliki jumlah dengan persentasi tinggi di UPT RSEP Pasuruan.

UPT RSEP Pasuruan menjalankan proses rehabilitasi dengan terapi medis dan terapi dengan beberapa kegiatan penunjang. Kegiatan tersebut berupa kegiatan keagamaan, kegiatan olahraga/integrasi-rekreatif, kegiatan kesenian, kegiatan bimbingan sosial kelompok, dan bina diri. Penatalaksanaan yang diberikan perawat pada klien dengan perilaku kekerasan adalah asuhan keperawatan

perilaku kekerasan. Intervensi yang diberikan dapat berupa strategi preventif, strategi antisipatif (komunikasi), dan strategi pengurangan (Kusumawati & Hartono, 2010). Kolaborasi dengan pekerja sosial dalam penerapan penatalaksanaan untuk klien dengan perilaku kekerasan guna mencapai kesembuhan fisik-mental-sosial (Thong, 2011). Dalam pemberian penatalaksanaan, perawat dan pekerja sosial menggunakan komunikasi terapeutik (Nasir, *et al.*, 2011).

Hasil wawancara dengan petugas UPT RSEP Pasuruan menyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan kemampuan yang perlu dimiliki oleh petugas UPT RSEP Pasuruan dalam pelaksanaan rehabilitasi. Petugas menerima pelatihan secara bergantian dan melakukan *sharing* tentang komunikasi terapeutik antar sesama untuk menunjang proses rehabilitasi, dipengaruhi dengan pengetahuan dan keterampilan atau kapasitas petugas. Aplikasi rehabilitasi memiliki keterbatasan waktu, dana, dan pegawai. Pegawai terdiri dari pegawai negeri dan honorer, meliputi petugas administrasi, perawat, pengasuh, juru masak, dan satpol PP. Jumlah petugas tidak sebanding dengan jumlah klien yang mencapai 182. Hal ini membuat petugas bekerja *double job*.

Berdasarkan penelitian pengaruh komunikasi terapeutik terhadap penurunan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia di rumah sakit jiwa daerah surakarta oleh Witojo dan Widodo memaparkan bahwa komunikasi terapeutik yang benar dapat digunakan untuk menurunkan tingkat perilaku kekerasan. Penurunan dapat ditunjukkan dari tingkat perilaku kekerasan berat menjadi perilaku kekerasan sedang, tingkat perilaku kekerasan sedang menjadi perilaku kekerasan ringan, atau menurunkan nilai perilaku kekerasan. Berdasarkan hasil penelitian, kelompok perlakuan memiliki persentase tingkat perilaku kekerasan sedang sebesar 46,0%, dan persentase tingkat perilaku kekerasan ringan sebesar 53,3%.

Komunikasi terapeutik adalah hubungan antara petugas dan klien, dimana petugas mengetahui kondisi klien yang sedang dirawat, mengenali tanda dan gejala yang ditampilkan serta keluhan yang dirasakan klien (Nasir, *et al.*, 2011). Menurut Stuart G.W. 1998 (dalam Nasir, *et al.*, (2011.): Komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara petugas dan klien. Melalui hubungan ini, petugas dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional

klien. Menurut Hamid (2000, dalam Diana, Asrin, & Wahyu, 2006) menyatakan bahwa efek terapeutik, dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan dan kemampuan petugas pemberi komunikasi terapeutik.

Persentase klien pulang UPT RSEP Pasuruan selama bulan september sampai bulan desember 2014 klien perilaku kekerasan sebanyak 72,8%, dan klien tanpa perilaku kekerasan sebanyak 27,2%. Lama waktu minimal perawatan klien perilaku kekerasan di UPT RSEP Pasuruan adalah 53 hari, sedangkan data rumah sakit jiwa pusat Bogor 2001 menunjukkan lama waktu minimal perawatan klien perilaku kekerasan adalah 42 hari (Keliat, *et al.*, 2009). Hal ini menunjukkan, meskipun terdapat keterbatasan petugas lama hari rawat di UPT RSEP Pasuruan tidak memiliki perbedaan signifikan dibandingkan rumah sakit jiwa pusat Bogor.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai perbandingan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial di UPT RSEP Pasuruan. Adapun tujuan penelitian ini adalah: 1) Mengidentifikasi penerapan komunikasi terapeutik oleh perawat dan pekerja sosial. 2) Mengidentifikasi ketuntasan perawatan klien oleh perawat dan non pekerja sosial. 3) Membandingkan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial.

BAHAN DAN METODE

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah jenis penelitian analisis komparatif dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi pada penelitian yang dilakukan adalah seluruh petugas UPT RSEP Pasuruan sebanyak 32 orang dan klien sebanyak 182 orang. Teknik Sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini merupakan klien perilaku kekerasan, perawat, dan pekerja sosial UPT RSEP Pasuruan yang terdiri dari 16 klien perilaku kekerasan, 3 orang perawat dan 7 orang pekerja sosial, yaitu 8 klien dibimbing oleh perawat dan 8 klien dibimbing oleh pekerja sosial. Adapun kriteria inklusi dari klien perilaku kekerasan dalam penelitian ini adalah; (1) Responden merupakan klien perilaku kekerasan; (2) Responden memiliki riwayat perilaku kekerasan; (3) Responden berada di UPT RSEP Pasuruan, sedangkan kriteria inklusi dari perawat dan pekerja sosial dalam penelitian ini adalah; (1) Responden yang bekerja di UPT RSEP

Pasuruan; (2) Responden bersedia untuk diteliti; (3) Responden yang berinteraksi dengan klien perilaku kekerasan; (4) Responden merupakan pembimbing yang bertanggung jawab memonitoring dan mengevaluasi perkembangan klien UPT RSEP Pasuruan.

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan alat ukur berupa lembar observasi. Lembar observasi strategi pelaksanaan (SP) diisi oleh peneliti. Lembar observasi berisi pertanyaan untuk mengetahui perkembangan sikap atau perilaku klien yang harus dicapai dalam proses perawatan. Peneliti mengisi lembar observasi dengan menulis tanggal pencapaian setiap point oleh klien. Lembar observasi yang digunakan merupakan lembar evaluasi kemampuan pasien perilaku kekerasan berdasarkan buku Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa (Keliat & Akemat, 2010).

Pengumpulan data dilakukan dengan observasi dilakukan dengan cara observasi partisipatif. Dalam observasi partisipatif, peneliti mengamati apa yang dikerjakan oleh responden, mendengarkan apa yang mereka ucapkan, dan berpartisipasi dalam aktivitas mereka. (Sugiyono, 2011)

Analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan uji *Chi-square*. Uji *Chi-square* dapat digunakan untuk mengestimasi atau mengevaluasi frekuensi yang diselidiki atau menganalisis hasil observasi, dan menguji hipotesis komparatif dua sampel bila datanya berbentuk nominal. Metode ini digunakan untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial di UPT RSEP Pasuruan. Pelaksanaan penelitian ini tetap berpegang pada etika penelitian yang terdiri dari: 1) pemberian Lembar Persetujuan Penelitian (*Informed Consent*), 2) Tanpa Nama (*Annonimity*), 3) tetap menjaga Kerahasiaan (*Confidentiality*).

HASIL PENELITIAN

Data Umum

Berikut karakteristik responden setelah dilakukan pengelompokan data.

Usia

Tabel 1. Distribusi frekuensi klien perilaku kekerasan sebagai responden berdasarkan usia di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

No	Usia	Frekuensi	Persen (%)
1	12-25 tahun	2	12,5
2	25-35 tahun	6	37,5
3	35-45 tahun	8	50

Berdasarkan tabel 1, hasil penelitian terhadap klien perilaku kekerasan sebagai responden, didapatkan data klien perilaku kekerasan berdasarkan usia dengan frekuensi tertinggi terdapat pada usia 35–45 tahun sebanyak 8 orang (50%).

Tabel 2. Distribusi frekuensi perawat sebagai responden berdasarkan usia di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

Usia	Frekuensi (F)	Persen (%)
25-35 tahun	3	100

Berdasarkan tabel 2, hasil penelitian terhadap perawat sebagai responden, didapatkan data perawat dengan usia 25–35 tahun sebanyak 3 orang (100%).

Tabel 3. Distribusi frekuensi pekerja sosial sebagai responden berdasarkan usia di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

No	Usia	Frekuensi	Persen (%)
1	25-35 tahun	1	14,2
2	35-45 tahun	3	42,9
3	45-60 tahun	3	42,9

Berdasarkan tabel 3, hasil penelitian terhadap pekerja sosial sebagai responden, didapatkan data pekerja sosial berdasarkan usia dengan frekuensi tertinggi terdapat pada usia 35–45 tahun dan usia 45–60 sebanyak 3 orang (42,9%).

Jenis Kelamin

Tabel 4. Distribusi frekuensi klien perilaku kekerasan sebagai responden berdasarkan jenis kelamin di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persen (%)
1	Laki-laki	9	56,25
2	Perempuan	7	43,75

Berdasarkan tabel 4, hasil penelitian terhadap klien perilaku kekerasan sebagai responden, didapatkan data klien perilaku kekerasan berdasarkan jenis kelamin dengan frekuensi tertinggi terdapat pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 9 orang (56,25%).

Tabel 5. Distribusi frekuensi perawat sebagai responden berdasarkan jenis kelamin di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

No	Jenis Kelamin	Frekuensi (%)	Persen (%)
1	Perempuan	3	100

Berdasarkan tabel 5, hasil penelitian terhadap perawat sebagai responden, didapatkan data perawat dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 3 orang (100%).

Tabel 6. Distribusi frekuensi pekerja sosial sebagai responden berdasarkan jenis kelamin di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persen (%)
1	Laki-laki	3	42,9
2	Perempuan	4	57,1

Berdasarkan tabel 6, hasil penelitian terhadap pekerja sosial sebagai responden, didapatkan data pekerja sosial berdasarkan jenis kelamin dengan frekuensi tertinggi terdapat pada jenis kelamin perempuan sebanyak 4 orang (57,1%).

Pendidikan

Tabel 7. Distribusi frekuensi klien perilaku kekerasan sebagai responden berdasarkan pendidikan di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

No	Pendidikan	Frekuensi	Persen (%)
1	SD	8	50
2	SMP	2	12,5
3	SMA	3	18,75
4	S1	1	6,25
5	Tidak diketahui	2	12,5

Berdasarkan tabel 7, hasil penelitian terhadap klien perilaku kekerasan sebagai responden, didapatkan data klien perilaku kekerasan berdasarkan pendidikan dengan frekuensi tertinggi terdapat pada pendidikan SD sebanyak 8 orang (50%).

Tabel 8. Distribusi frekuensi perawat sebagai responden berdasarkan pendidikan di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

Pendidikan	Frekuensi (%)	Persen (%)
D III/ Sederajat	3	100

Berdasarkan tabel 8, hasil penelitian terhadap perawat sebagai responden, didapatkan data perawat dengan pendidikan D III/ sederajat sebanyak 3 orang (100%).

Tabel 9. Distribusi frekuensi perawat sebagai responden berdasarkan pendidikan di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

Pendidikan	Frekuensi (%)	Persen (%)
SMA/ Sederajat	5	71,4
D III/ Sederajat	1	14,2
S1	1	14,2

Berdasarkan tabel 9, hasil penelitian terhadap petugas sebagai responden, didapatkan data petugas berdasarkan pendidikan dengan frekuensi tertinggi terdapat pada pendidikan SMA/ sederajat sebanyak 5 orang (71,4%).

Data Khusus

Komunikasi Terapeutik oleh Perawat dan Pekerja Sosial

Tabel 10. Komunikasi Terapeutik oleh Perawat di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

Komunikasi terapeutik	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	1	33,3
Cukup	2	66,7

Tabel 11. Komunikasi Terapeutik oleh Perawat di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

Komunikasi terapeutik	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	3	42,9
Cukup	4	57,1

Tabel 12. Ketuntasan Perawatan Klien Perilaku Kekerasan oleh Perawat dan Pekerja Sosial di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

Komunikasi Terapeutik	Ketuntasan		Total
	Tidak Tuntas	Tuntas	
Perawat	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (100%)
Pekerja Sosial	3 (37,5%)	5 (62,5%)	8 (100%)
Total	8	8	16

Berdasarkan tabel 12, hasil penelitian terhadap 16 klien perilaku kekerasan yaitu 8 klien dibimbing oleh perawat dan 8 klien dibimbing oleh pekerja sosial, didapatkan data ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan oleh perawat dengan kategori tuntas sebanyak 3 orang (18,8%), dan kategori tidak tuntas sebanyak 5 orang (31,3%). Sedangkan, ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan oleh pekerja sosial dengan kategori tuntas sebanyak 5 orang (31,3%), dan kategori tidak tuntas sebanyak 3 orang (18,8%).

Perbandingan Ketuntasan Perawatan Klien Perilaku Kekerasan Antara yang Menerima Komunikasi Terapeutik Perawat dan Pekerja Sosial

Analisa data perbandingan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial dalam penelitian ini menggunakan uji *Chi-square*. Dimana uji *Chi-square* dapat digunakan untuk mengetahui taraf signifikansi perbandingan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial. Selanjutnya, dilakukan uji *Chi-square* dengan hasil seperti di bawah ini:

Tabel 13. Analisa Data Perbandingan Ketuntasan Perawatan Klien Perilaku Kekerasan Antara yang Menerima Komunikasi Terapeutik Perawat dan Pekerja Sosial di UPT RSEP Pasuruan pada April 2015

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,000 ^b	1	,317		

Berdasarkan tabel 13 uji *Chi-square* pada hasil perbandingan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial, diperoleh nilai $p = 0,317$ perbandingan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial lebih besar dari taraf signifikansi (0,05), sehingga H_1 ditolak. Interpretasi hasil adalah tidak terdapat perbedaan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial di UPT RSEP Pasuruan.

PEMBAHASAN

Komunikasi Terapeutik oleh Perawat dan Pekerja Sosial

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada perawat dan pekerja sosial di UPT RSEP Pasuruan pada bulan April 2015, penerapan komunikasi terapeutik dilakukan berdasarkan tahapan komunikasi terapeutik, teknik komunikasi terapeutik, dan perilaku selama komunikasi terapeutik. Tahapan komunikasi terapeutik berupa fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Hasil penelitian menunjukkan perawat dan pekerja sosial telah menerapkan komunikasi terapeutik berdasarkan tahapan komunikasi terapeutik, teknik komunikasi terapeutik, dan perilaku selama komunikasi terapeutik, akan tetapi perawat dan pekerja sosial belum dapat melakukan komunikasi terapeutik secara tepat berdasarkan indikator yang ada. Hal ini ditunjukkan dengan persentase jumlah per indikator yang bervariasi. Komunikasi terapeutik memiliki nilai yang berbeda pada setiap indikator dan nilai total. Point terendah hasil penelitian terdapat pada fase orientasi dan fase terminasi, yaitu point kontrak topik, tempat, waktu, dan evaluasi subyektif.

Penerapan point kontrak topik, tempat, dan waktu menjadi sangat penting dikarenakan dapat membantu klien merealisasikan kehidupan nyata, dalam hal ini menstimulus kemampuan klien dalam aspek kognitif. Aspek kognitif yaitu hal-hal yang menyangkut kesadaran dan pengetahuan, seperti menjadi sadar atau ingat, dan menjadi tahu (Ritanto, 2015). Selanjutnya, evaluasi subjektif dapat dilakukan untuk melihat hasil pencapaian tujuan komunikasi berupa hal-hal yang dirasakan klien selama proses

komunikasi. Hal-hal yang menyangkut sikap, perasaan, atau emosi termasuk ke dalam aspek afektif komunikasi terapeutik (Ritanto, 2015).

Berdasarkan data dari 3 perawat sebagai responden, didapatkan data perawat dengan komunikasi terapeutik baik sebanyak 1 orang (33,3%), sedangkan perawat dengan komunikasi terapeutik kurang baik sebanyak 2 orang (66,7%). Hal ini dapat disebabkan jumlah perawat di UPT RSEP Pasuruan adalah 3 orang dengan klien sebanyak 182 orang, sedangkan perawat memiliki tanggung jawab merawat klien sama dengan pekerja sosial. Idealnya perawat yang merawat klien jiwa adalah 1 perawat maksimal merawat 2 klien jiwa (Dias, 2014). Keterbatasan petugas di UPT RSEP Pasuruan dapat dilihat pada lampiran 8, keterbatasan petugas mengakibatkan perawat bekerja *double job* seperti membantu proses administrasi sehingga mengakibatkan intensitas bertemu atau berinteraksi dengan klien menjadi minim.

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar dan bertujuan serta kegiatannya difokuskan untuk kesembuhan pasien. Dalam menerapkan komunikasi terapeutik seorang perawat harus mengetahui dasar, tujuan, manfaat, proses atau teknik dan tahapan komunikasi dan melaksanakannya dengan sikap yang benar (Shintana & Siregar, 2012). Pengetahuan tentang komunikasi terapeutik akan membentuk tindakan dan perilaku perawat. Komunikasi terapeutik perawat dapat dilakukan dalam setiap interaksi yang dilakukannya sehingga memberikan dampak terapeutik pada klien yang memungkinkan klien untuk tumbuh dan berkembang (Diana, Asrin, & Wahyu, 2006). Kondisi tersebut dapat tercapai apabila ditunjang oleh sumber daya manusia yang memadai secara kualitas maupun kuantitas (Parta, 2013).

Sehubungan dengan itu, berdasarkan hasil penelitian data dari 7 pekerja sosial sebagai responden, didapatkan data pekerja sosial dengan komunikasi terapeutik baik sebanyak 3 orang (42,9%), sedangkan pekerja sosial dengan komunikasi terapeutik kurang baik sebanyak 4 orang (57,1%). Pelaksanaan komunikasi belum seutuhnya berdasarkan tahapan komunikasi, teknik komunikasi, dan perilaku selama berkomunikasi. Hal ini dapat disebabkan perbedaan kemampuan pekerja sosial berpartisipasi dalam proses pengobatan atau penyembuhan klien. Akan tetapi, hasil penelitian pada gambar 5.2 menunjukkan perbedaan kemampuan komunikasi terapeutik pada pekerja sosial tidak memiliki

perbedaan yang signifikan. Dapat disimpulkan bahwa pekerja sosial masih kurang baik dalam menerapkan komunikasi terapeutik, walaupun memiliki pengetahuan tentang komunikasi terapeutik karena pekerja sosial UPT RSEP Pasuruan mendapatkan pelatihan tentang komunikasi terapeutik.

Pelatihan dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan tentang komunikasi terapeutik. Pengetahuan yang baik tentang komunikasi terapeutik akan berakibat pada tindakan dan perilaku komunikasi terapeutik. Dalam aplikasinya, tidak semua yang memiliki pengetahuan yang baik akan memiliki kemampuan yang baik pula, namun memiliki kecenderungan yang lebih tinggi untuk bersikap positif tentang komunikasi terapeutik (Diana, Asrin, & Wahyu, 2006). Menurut *National Association of SOCIAL Workers* (2004), memaparkan bahwa pekerja sosial di bidang kejiwaan melakukan penilaian psikososial, berpartisipasi dalam proses pengobatan, dan bekerjasama dengan tim multidisiplin dalam menjamin kelangsungan proses perawatan klien. Dalam proses komunikasi terapeutik pekerja sosial memerlukan kompetensi berupa kemampuan dalam komunikasi dan konseling secara terapeutik. Kompetensi tersebut bertujuan agar pekerja sosial dapat mendengarkan, memahami, dan menyampaikan informasi yang dibutuhkan klien dalam proses penyembuhan (*NC Office of State Human Resources*, 2008).

Ketuntasan Perawatan Klien Perilaku Kekeerasan Antara yang Menerima Komunikasi Terapeutik Perawat dan Pekerja Sosial

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada perawat di UPT RSEP Pasuruan pada bulan April 2015 dengan mengambil data dari 16 klien perilaku kekerasan yaitu 8 klien dibimbing oleh perawat dan 8 klien dibimbing oleh non perawat, didapatkan data klien perilaku kekerasan yang menerima komunikasi terapeutik perawat dengan kategori tuntas sebanyak 3 orang (18,8%), dan kategori tidak tuntas sebanyak 5 orang (31,3%). Sedangkan, klien perilaku kekerasan yang menerima komunikasi terapeutik pekerja sosial dengan kategori tuntas sebanyak 5 orang (31,3%), dan kategori tidak tuntas sebanyak 3 orang (18,8%). Dapat disimpulkan bahwa jumlah klien perilaku kekerasan yang menerima komunikasi terapeutik perawat memiliki ketuntasan lebih sedikit dibandingkan klien perilaku kekerasan yang menerima komunikasi terapeutik

pekerja sosial. Akan tetapi, hal ini dapat terjadi karena terdapat perbedaan jumlah perawat dan pekerja sosial sedangkan jumlah klien yang menjadi tanggung jawab adalah sama.

Peran petugas sangat mempengaruhi proses pencapaian tujuan dalam menghasilkan *output*, dalam penelitian ini komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial terhadap ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan. Petugas memiliki kemampuan yang berbeda-beda sehingga perlakuan terhadap klien berbeda antara satu dengan lainnya, sehingga *output* yang dihasilkan berbeda-beda pula (Manik, 2013). Sedangkan, jumlah petugas yang tidak memadai mengakibatkan petugas tidak bisa merawat klien dengan maksimal (Irawulan, 2007).

Ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan dapat pula dipengaruhi oleh karakteristik responden itu sendiri seperti jenis kelamin dan tingkat pendidikan klien. Dalam penelitian ini klien perilaku kekerasan dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak dari klien dengan jenis kelamin perempuan, dan sebanyak 50% klien memiliki tingkat pendidikan SD. Menurut Kaplan, 1997 (dalam Lesmanawati, 2014), menyatakan bahwa laki-laki akan lebih mungkin daripada perempuan untuk mengalami gangguan gejala negative. Sementara itu, pasien dengan tingkat pendidikan rendah cenderung kurang memperhatikan kualitas hidup sehat, sehingga berpengaruh pada terapi. Sebaliknya pasien dengan tingkat pendidikan tinggi cenderung untuk kritis terhadap kualitas kehidupan mereka (Lesmanawati, 2014).

Perbandingan Ketuntasan Perawatan Klien Perilaku Kekerasan Antara yang Menerima Komunikasi Terapeutik Perawat dan Pekerja Sosial

Berdasarkan uji *Chi-square* pada hasil perbandingan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial, diperoleh nilai $p = 0,317$ perbandingan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial lebih besar dari taraf signifikansi (0,05), sehingga H_1 ditolak. Interpretasi hasil adalah tidak terdapat perbedaan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan pekerja sosial di UPT RSEP Pasuruan. Hal ini disebabkan hasil perawatan klien perilaku kekerasan dilihat dari jumlah ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan oleh perawat dan pekerja sosial

tidak memiliki perbedaan yang signifikan. Perawatan klien perilaku kekerasan dipengaruhi jumlah petugas yang terbatas dan bekerja *doubel job*, kurangnya intensitas bertemu atau berinteraksi dengan klien, kapasitas individu sebagai petugas berbeda-beda, serta petugas memiliki pengetahuan tentang komunikasi terapeutik, akan tetapi tahapan komunikasi terapeutik, teknik komunikasi terapeutik, dan perilaku selama komunikasi terapeutik belum dapat dilakukan dengan maksimal. Sehingga dapat dijelaskan bahwa ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan yang menerima komunikasi terapeutik perawat tidak terdapat perbedaan dengan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan yang menerima komunikasi terapeutik pekerja sosial.

Perilaku kekerasan merupakan keadaan dimana seseorang tidak dapat mengontrol perilakunya sehingga diekspresikan dalam bentuk perilaku agresif fisik atau verbal yang dapat mencederai diri sendiri, orang lain, dan merusak lingkungan sehingga membutuhkan perawatan yang efektif dan tepat (Sudiatmika, Keliat, & Wardan). Menurut Stuart & Laraia, 2005 (dalam Kandar dan Prambudi, 2013) memaparkan bahwa perawatan klien perilaku kekerasan dapat berupa strategi preventif, strategi antisipatif, dan strategi pengendalian atau manajemen krisis. Strategi pencegahan meliputi *self awareness* perawat, edukasi, manajemen marah, terapi kognitif, dan terapi kognitif perilaku. Strategi antisipatif meliputi teknik komunikasi, perubahan lingkungan, psikoedukasi keluarga, dan pemberian obat anti-psikotik. Strategi pengendalian meliputi tindakan manajemen krisis, pengikatan, dan pembatasan gerak. Dalam hal ini teknik komunikasi dalam strategi antisipatif berupa komunikasi terapeutik.

Komunikasi terapeutik dapat menjadi penghubung antara petugas sebagai pemberi pelayanan dan klien perilaku kekerasan sebagai pengguna pelayanan. Komunikasi terapeutik mengajarkan cara-cara yang dapat dipakai klien perilaku kekerasan untuk mengekspresikan kemarahan yang dapat diterima oleh semua pihak tanpa harus merusak (asertif) (Witojo & Widodo, 2008). Komponen komunikasi terapeutik dalam perilaku kekerasan meliputi strategi pelaksanaan 1, strategi pelaksanaan 2, strategi pelaksanaan 3, strategi pelaksanaan 4, dan strategi pelaksanaan 5. Tujuan yang diharapkan dari proses perawatan klien perilaku kekerasan menggunakan komunikasi terapeutik adalah klien mampu mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan, mengidentifikasi tanda-tanda perilaku

kekerasan, menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya, menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya, menyebutkan cara mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasannya, serta dapat mencegah atau mengendalikan perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka (Keliat & Akemat, 2010). Ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan dapat dilihat dari kemampuan klien menyelesaikan masalah berdasarkan mekanisme koping berupa perilaku yang dipelajari dan dilatih.

Berdasarkan pemaparan diatas, komunikasi terapeutik merupakan salah satu teknik dalam mengendalikan perilaku kekerasan itu sendiri. Akan tetapi, dalam praktiknya komunikasi terapeutik yang terkesan sederhana tidak selalu mudah untuk dilakukan. Terutama di UPT RSEP Pasuruan yang terdiri dari petugas perawat dan non perawat (pekerja sosial), dengan keterbatasan kualitas maupun kuantitas petugas. Mengingat dampak positif dari komunikasi terapeutik, diperlukan upaya untuk terus memotivasi, mengajarkan, dan menerapkan komunikasi terapeutik kepada klien perilaku kekerasan agar dapat mengendalikan perilaku kekerasan tersebut (Keliat, B.A., et al., 2009).

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

Penerapan komunikasi terapeutik oleh perawat maupun pekerja sosial masih kurang baik dalam penerapannya. Hal ini dapat disebabkan terdapat keterbatasan kuantitas dan kualitas perawat. Sedangkan, perbedaan kemampuan pekerja sosial yang berpartisipasi dalam proses pengobatan atau penyembuhan klien, mengakibatkan belum maksimalnya komunikasi terapeutik yang dilakukan.

Kuantitas petugas mempengaruhi kualitas pelayanan. Berdasarkan hasil analisa *Chi-square* dapat disimpulkan tidak terdapat perbedaan ketuntasan perawatan klien perilaku kekerasan antara yang menerima komunikasi terapeutik perawat dan non perawat di UPT RSEP Pasuruan.

Saran

Bagi Instansi, UPT RSEP Pasuruan dapat melakukan pengembangan sumber daya manusia untuk meningkatkan proses penerapan pelayanan, sehingga dapat lebih meningkatkan *output*. Pengembangan sumber daya manusia dapat berupa pengawasan

kinerja petugas, penambahan petugas, atau dilakukannya pelatihan-pelatihan untuk mereview kembali pengetahuan dan *skill-skill* petugas.

Bagi Peneliti Selanjutnya untuk peneliti selanjutnya, diharapkan penelitian berikutnya dilakukan pada populasi atau sampel yang lebih luas, sehingga dapat memperoleh data yang lebih akurat. Selain itu, berdasarkan hasil penelitian ini diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan tindak lanjut berupa penelitian yang bersifat eksperimen.

DAFTAR RUJUKAN

- Az-Zahrani, Musfir bin Said. 2005. *Konseling Terapi*. Depok: Gema Insani.
- Dalami, E., et al. 2010. *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: TIM.
- Department of Health, SOSIAL Services and Public Safety. 2012. *Improving and Safeguarding SOSIAL Wellbeing A Strategy for SOSIAL Work in Northern Ireland 2012-2022*. <http://www.dhsspsni.gov.uk/index/swstrategy/issw-section1.htm> Diakses pada 9 januari 2015
- Diana, R.S., Sr., Asrin, O.P., dan Wahyu, E. 2006. Hubungan Pengetahuan Komunikasi Terapeutik terhadap Kemampuan Komunikasi Perawat dalam Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Elisabeth Purwokerto. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing) Volume 1, No.2*.
- Dias, M.F.A.A. 2014. *Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa dengan Pendekatan Caring di Ruang Penyakit Akut Wanita Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum Banjarbaru Kalimantan Selatan*. ws.ub.ac.id/selma2010/public/images/UserTemp/2014/05/02/20140502112753_8790.docx. Diakses pada 30 April 2015.
- Irawulan. 2007. Rumah Sakit Jiwa Menur Kekurangan Dokter dan Perawat. <http://news.detik.com/read/2007/07/24/185704/808956/466/rumah-sakit-jiwamenur-kekurangan-dokter-dan-perawat>. Diakses pada 23 April 2015
- Kandar, Prambudi, S.P. 2014. Efektifitas Tindakan Restrain pada Pasien Perilaku Kekerasan yang Menjalani Perawatan di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP) RSJ Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2013. *Prosiding Konferensi Nasional II PPNI Jawa Tengah*
- Keliat, B.A., et al. 2009. Influence of the abilities in controlling violence behavior to the length of stay of schizophrenic clients in Bogor mental hospital, Indonesia. *Med J Indones Vol. 18, No.1, January-March*

- Keliat, B.A., Akemat. 2010. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kusumawati, F., Hartono, Y. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika.
- Lesmanawati, D.A.S. 2014. Analisis Efektivitas Biaya Penggunaan Terapi Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta. <http://grhasia.jogjaprovo.go.id/images/grhasia/pdf/shintadr2.pdf>. Diakses pada 29 Mei 2015.
- Nasir, A., et al. 2011. *Komunikasi dalam Keperawatan: Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- National Association of SOSIAL Workers. 2004. *The Many Facets of SOSIAL Work*. http://www.SOSIALwork.pitt.edu/downloads/Facets_of_Soc.pdf. Diakses pada 22 April 2015.
- Parta, I.G.P.G.B. 2013. Hubungan Beban Kerja dengan Kinerja Perawat di Unit Rawat Inap Kronik Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. *Kumpulan Thesis Program Pascasarjana Universitas Udayana*.
- Pradini. 2011. *Memperbaiki Kesehatan Mental*. <http://puradini.wordpress.com/2011/02/20/memperbaiki-kesehatan-mental/>. Diakses pada 6 Januari 2015
- Ritanto, Luki. 2015. *Proses Komunikasi Terapeutik Perawat dalam Mempersuasi Pasien untuk Beraktivitas (Studi Deskriptif Kualitatif pada Perawat dengan Pasien Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur)*. http://www.academia.edu/11363827/PROSES_KOMUNIKASI_TERAPEUTIK_PERAWAT_DALAM_MEMPERSUASI_PASIEN_UNTUK_BERAKTIVITAS. Diakses pada 26 Mei 2015.
- Shintana, O.S., D., Siregar, C.T. 2012. Pengetahuan Perawat tentang Komunikasi Terapeutik dengan Perilaku Perawat. *Jurnal Keperawatan Klinis Vol 3, No 1*.
- Sudarma, M. 2008. *Sosiologi untuk Kesehatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sudiatmika, I.K., Keliat, B.A., Wardani, I.Y. 2013. Efektifitas Cognitive Behaviour Therapy dan Rational Emotive Behaviour Therapy terhadap Gejala dan Kemampuan Mengontrol Emosi pada Klien Perilaku Kekerasan. *Jurnal Keperawatan Jiwa. Volume 1, No.1, Mei 2013; 1-10*.
- Sugiyono. 2011. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2013. *Statistik untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Sutaat, dkk. 2012. *Lembaga Pelayanan Kesejahteraan Sosial Pemerintah Daerah di Era Otonomi (Studi di Tiga Provinsi)*. Jakarta: P3KS Press.
- Thong, D., et al. 2011. *Memanusiakan Manusia Menata Jiwa Membangun Bangsa*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Videbeck, Sheila, L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Witojo, D., Widodo, A. 2008. Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Penurunan Tingkat Perilaku Kekerasan pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Sakit Jiwa Daerah Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan ISSN 1979-2697, Vol. 1 No.1: 1-6*.
- Wuryaningsih, E.W., Hamid, A.Y.S., Helena, C.D.N. 2013. Studi Fenomenologi: Pengalaman Keluarga Mencegah Kekambuhan Perilaku Kekerasan Pasien Pasca Hospitalisasi RSJ. *Jurnal Keperawatan Jiwa, Volume 1, No.2: 178–185*.
- Yosep, I. 2010. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.