

SKRIPSI

EFEKTIFITAS KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP KEMAMPUAN SOSIALISASI PASIEN SKIZOFRENIA HEBEFRENIA

PENELITIAN QUASY-EXPERIMENT DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA

Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga



Oleh :

MIADI

NIM : 010230466-B

PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2004

SURAT PERNYATAAN

**Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah
dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang
pendidikan di Perguruan Tinggi manapun**

Surabaya, 20 Januari 2004

Yang menyatakan

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Miadi', written over a horizontal line.

Miadi

NIM. 010230466 B

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah disetujui
Pada tanggal 23 Januari 2004

Oleh

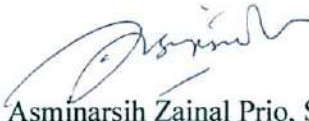
Pembimbing Ketua



Ahmad Yusuf, SKp.M.Kes.

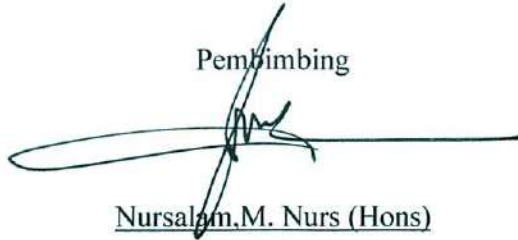
NIP. 132 255 152

Pembimbing



Asminarsih Zainal Prio, SKp.

Pembimbing



Nursalam, M. Nurs (Hons)

NIP. 140 238 226

Mengetahui

a.n. Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran UNAIR

Pembantu Ketua I



Nursalam M. Nurs (Hons)

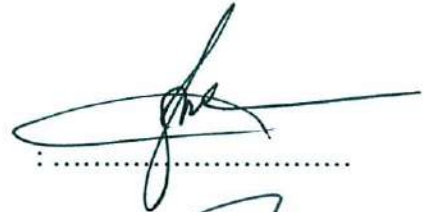
NIP. 140 238 226

LEMBAR PENETAPAN PANITIA PENGUJI

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Sidang Skripsi
Pada Program Studi S-1 Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga
Pada tanggal 28 Januari 2004

PANITIA PENGUJI

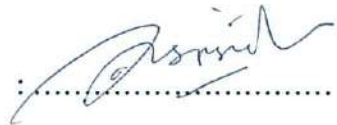
Ketua : Nursalam, M. Nurs (Hons)


:

Anggota : 1. Ahmad Yusuf, SKp.M.Kes.


:

2 Asminarsih Zainal Prio, S. Kp


:

Mengetahui

a.n. Ketua Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran UNAIR

Pembantu Ketua I




Nursalam M. Nurs (Hons)

NIP. 140 238 226

MOTTO

"SAPA SING TEMEN BAKAL TINEMU"

**(Siapa bersungguh-sungguh dalam melakukan sesuatu, maka akan menuai
keberhasilan)**

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. karena atas berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul "EFEKTIFITAS KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP KEMAMPUAN SOSIALISASI PASIEN SKIZOFRENIA HEBEFRENIA DI RUMAH SAKIT JIWA MENUR SURABAYA".

Terlaksananya penelitian dan selesainya penulisan skripsi ini adalah berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih yang tulus kepada :

1. Prof. Dr. dr. Med. Puruhito, DSB/T, selaku Rektor Universitas Airlangga, Prof. Dr. H. M. S. Wiyadi, dr. Sp.THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Dr. Eddy Soewandjojo, dr. Sp. PD. KTI, selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan FK-UNAIR
3. Moh. Muchson, MSc., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Surabaya, Sadjabibi Indriani, SKp.M.Kes. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Surabaya, Dwi Adji Norontoko, S.Kep.Ns. selaku Plt. Ketua Program Studi Keperawatan Soetomo Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti pendidikan di PSIK-FK- UNAIR.

4. Dr. Nugroho Edisono B., SpKJ. , selaku Direktur RSJ Menur Surabaya, Dr. Darmadji Angkawidjaja, SpKJ. sebagai Kepala Bidang Keperawatan RSJ Menur Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas dalam melaksanakan penelitian ini.
5. Ahmad Yusuf, SKp.M.Kes., selaku pembimbing ketua yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan penyusunan skripsi ini.
6. Nursalam , M.Nurs (Honours) dan Asminarsih ZP, SKp, selaku pembimbing yang telah dengan sabar membimbing dan memberikan banyak masukan mulai dari persiapan proposal sampai akhir penulisan skripsi ini.
7. Kepala Ruangan dan perawat RSJ Menur Surabaya yang telah bersedia membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
8. Kedua orang tuaku, mertua, serta adik iparku Wahyu Wasito Adi yang telah memberikan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan studi di PSIK-FK UNAIR
9. Istri tersayang Rina Suhartini yang telah dengan sabar memberikan dukungan moril serta memberikan dorongan semangat sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
10. Staf dosen Prodi keperawatan Soetomo Surabaya, rekan-rekan mahasiswa PSIK angkatan VB serta semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Allah membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam penyelesaian skripsi ini. Penulis menyadari penyusunan skripsi ini jauh dari sempurna dan banyak kekurangan

karena keterbatasan pengetahuan dan kemampuan. Akhirnya penulis berharap agar penulisan skripsi ini bermanfaat bagi semua pihak.

Surabaya, Januari 2004

Penulis

ABSTRACT

THE EFFECTIVENESS OF THERAPEUTIC COMMUNICATION ON SOCIALIZATION ABILITY OF SCHIZOPHRENIA HEBEPHRENIC PATIENTS

A Quasy-Experiment Study at Menur Psychiatric Hospital, Surabaya

By: Miadi

Socialization is a very important thing for schizophrenia hebephrenic patients. By well socializing, patients will not feel isolated, will be able to interact with their environment, and increase the cooperation between patients and therapeutic activities. One effort to achieve a good socialization is by therapeutic communication.

This study aims is to explain the effectiveness of therapeutic communication on socialization ability of schizophrenia hebephrenic patients at Menur Psychiatric Hospital, Surabaya.

This study employs *quasy-experiment* research design. Population respondents in this study are all schizophrenia hebephrenic patients at A, B, C, D, E, F, G, and H wards, at Menur Psychiatric Hospital, Surabaya who suffer from socialization problem. The respondents studied are 13 respondents who meet inclusion criteria. The dependent variable of this study is socialization. This study employs a *check -list* data collection technique with significance level $p < 0.05$ and tested with *Mann Whitney* test.

The results of this study show that there are differences in the results of *mean* from socialization ability between schizophrenia hebephrenic patients treated with therapeutic communication with schizophrenia hebephrenic patients who are not treated with therapeutic communication. Schizophrenia hebephrenic patients treated with therapeutic communication who show better socialization changes are 6 people (85.7%). On the other hand, patients who are not given therapeutic treatment who show better socialization changes are 2 people (33.3%) with $p = 0.025$.

From the results above, it can be concluded that schizophrenia hebephrenic patients treated with therapeutic communication treatment show better socialization ability than schizophrenia hebephrenic patients who are not given therapeutic communication. This means that therapeutic communication effectively affects the ability of schizophrenia hebephrenic patients to socialize.

Key Words : Therapeutic Communication, Socialization, Schizophrenia Hebephrenic.

ABSTRAK

EFEKTIFITAS KOMUNIKASI TERAPEUTIK TERHADAP KEMAMPUAN SOSIALISASI PASIEN SKIZOFRENIA HEBEFRENIK

Penelitian Quasy-Experiment di RSJ Menur Surabaya

Oleh :
M i a d i

Sosialisasi merupakan hal yang sangat penting bagi pasien skizofrenia hebefrenik. Dengan sosialisasi yang baik, pasien tidak merasa terisolasi, mampu berinteraksi dengan lingkungan, dan dapat meningkatkan kerjasama pasien dalam kegiatan terapi. Salah satu upaya untuk mencapai sosialisasi yang baik adalah dengan komunikasi terapeutik.

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan efektifitas komunikasi terapeutik terhadap kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik di RSJ Menur Surabaya.

Desain penelitian menggunakan desain *quasy-experiment*. Populasi responden adalah seluruh pasien skizofrenia hebefrenik di Ruang A,B,C,D,E,F,G dan H RSJ Menur Surabaya dengan gangguan sosialisasi. Jumlah responden yang diteliti 13 responden yang memenuhi kriteria inklusi. Variabel dependen penelitian ini adalah sosialisasi. Data dikumpulkan menggunakan *check list* dengan tingkat kemaknaan $p < 0,05$ dan diuji dengan uji *Mann Whitney*.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan hasil *mean* kemampuan sosialisasi antara pasien skizofrenia hebefrenik yang diberi perlakuan komunikasi terapeutik dengan pasien skizofrenia hebefrenik yang tidak diberi perlakuan komunikasi terapeutik. Pasien skizofrenia hebefrenik yang mendapat perlakuan komunikasi terapeutik menunjukkan perubahan sosialisasi yang lebih baik sebanyak 6 orang (85,7%) sedangkan pada pasien yang tidak mendapat perlakuan sebanyak 2 orang (33,3%), dengan nilai $p = 0,026$.

Dapat disimpulkan bahwa pasien skizofrenia hebefrenik yang mendapat perlakuan komunikasi terapeutik menunjukkan kemampuan sosialisasi yang lebih baik dari pada pasien skizofrenia hebefrenik yang tidak mendapat perlakuan komunikasi terapeutik. Hal ini berarti komunikasi terapeutik berpengaruh efektif terhadap kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik.

Kata kunci : *komunikasi terapeutik, sosialisasi, skizofrenia hebefrenik.*

DAFTAR ISI

	Halaman
J u d u l	i
Surat pernyataan.....	ii
Lembar pengesahan.....	iii
Lembar penetapan panitia penguji.....	iv
Motto.....	v
Kata Pengantar.....	vi
Abstrak.....	viii
Daftar isi.....	ix
Daftar table.....	xii
Daftar gambar.....	xiii
Daftar Bagan.....	xiv
Daftar lampiran.....	xv
 BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Relevansi	4
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Skizofrenia Hebefrenik.....	5
2.2 Sosialisasi.....	9
2.2.1 Pengertian sosialisasi.....	9

2.2.2 Proses sosialisasi.....	9
2.2.3 Kesulitan sosialisasi.....	10
2.2.4 Efek gangguan sosialisasi.....	10
2.3 Komunikasi.....	11
2.3.1 Pengertian komunikasi.....	11
2.3.2 Tujuan dan fungsi komunikasi.....	13
2.3.3 Efek komunikasi.....	14
2.4 Komunikasi Terapeutik.....	15
2.4.1 Pengertian komunikasi terapeutik.....	15
2.4.2 Fungsi komunikasi terapeutik.....	15
2.4.3 Tujuan komunikasi terapeutik.....	16
2.4.4 Perbedaan komunikasi terapeutik dan komunikasi sosial.....	16
2.4.5 Unsur komunikasi terapeutik.....	17
2.4.6 Prinsip-prinsip komunikasi terapeutik.....	18
2.4.7 Fase Komunikasi Terapeutik.....	19
2.4.8 Sikap perawat dalam komunikasi.....	20
2.4.9 Kehadiran psikologis dalam komunikasi.....	22
2.4.10 Tehnik komunikasi terapeutik.....	23
 BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	25
3.2 Hipotesis Penelitian.....	26
 BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	27
4.2 Kerangka Kerja Penelitian.....	28
4.3 Populasi, Sample dan Sampling.....	28

4.4 Identifikasi Variabel	31
4.5 Pengumpulan data.....	34
4.6 Masalah Etike.....	35
4.7 Keterbatasan.....	36
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	37
5.2 Pembahasan	44
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	50
6.2 Saran.....	50
DAFTAR PUSTAKA.....	52
LAMPIRAN.....	54

DAFTAR TABEL

	Halaman
4.4.3 Tabel Variabel, definisi operasional, parameter, pengukuran.....	32
5.1 Tabel tabulasi kemampuan sosialisasi responden pre post kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.....	43

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 5.1	Distribusi responden berdasarkan umur di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya..... 38
Gambar 5.2	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya..... 38
Gambar 5.3	Distribusi responden berdasarkan pendidikan di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya..... 39
Gambar 5.4	Distribusi responden berdasarkan lama sakit di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya..... 39
Gambar 5.5	Diagram kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik aspek mengenal diri di ruang A,C,D,G dan H RSJ Menur Surabaya..... 40
Gambar 5.6	Diagram kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik aspek mengenal orang lain di ruang A,C,D,G dan H RSJ Menur Surabaya..... 40
Gambar 5.7	Diagram kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik aspek bercakap-cakap di ruang A,C,D,G dan H RSJ Menur Surabaya..... 41
Gambar 5.8	Diagram kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik aspek mengikuti peraturan di ruang A,C,D,G dan H RSJ Menur Surabaya..... 41
Gambar 5.9	Diagram kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik aspek bekerjasama di ruang A,C,D,G dan H RSJ Menur Surabaya..... 42
Gambar 5.10	Diagram perbandingan kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik pre-post intervensi dengan kelompok kontrol di ruang A,C,D,G dan H RSJ Menur Surabaya..... 42

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 3.1 Kerangka konsep penelitian.....	25
Bagan 4.1 Kerangka kerja penelitian quasy-experiment.....	28

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan sosialisasi merupakan salah satu gejala yang muncul pada pasien skizofrenia hebefrenik (D. Hawari, 2001). Gejala yang nampak pada gangguan sosialisasi meliputi gangguan dalam memperkenalkan diri, gangguan dalam mengenal orang lain, gangguan dalam bercakap-cakap, gangguan dalam mengikuti peraturan yang ada, serta gangguan dalam bekerjasama dengan orang lain. Gangguan tersebut menyebabkan pasien skizofrenia hebefrenik kurang mampu dalam bersosialisasi selama menjalani perawatan, sehingga pasien merasa terisolasi dan tidak mampu mengadakan hubungan baik dengan lingkungannya (Stuart dan Laraia, 1997). Berdasarkan pengamatan peneliti di Ruang Jiwa C RSUD Dr. Soetomo Surabaya, gangguan sosialisasi banyak dialami oleh pasien skizofrenia hebefrenik yang menjalani rawat inap. Peran aktif perawat melalui komunikasi terapeutik dalam membantu meningkatkan interaksi pasien dengan lingkungannya sangat diperlukan. Namun sampai saat ini perawat belum melaksanakan perannya secara efektif, sehingga gangguan sosialisasi pada pasien skizofrenia hebefrenik belum terselesaikan dengan baik.

Di Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya skizofrenia hebefrenik merupakan kasus terbanyak yang dijumpai setiap tahun dan berdasarkan laporan tahunan tahun 2002, 66,7% pasien yang menjalani rawat inap adalah skizofrenia hebefrenik. Menurut Hatfield A (1994) dikutip oleh Stuart dan Laraia (1997) bahwa sebagian

besar pasien skizofrenia hebefrenik mengalami gangguan sosialisasi. Kurang perhatian terhadap gangguan sosialisasi menyebabkan masalah pasien tidak teridentifikasi, masalah semakin menumpuk, sehingga perawatan yang diberikan kurang optimal. Hal ini akan berakibat semakin lama pasien menjalani perawatan, hambatan pemulihan kesehatan mental dan tingkat kekambuhan pasien.

Menurut Nasution (1983) sosialisasi dipengaruhi oleh beberapa faktor yang dapat menimbulkan hambatan dalam proses pembentukannya, antara lain :

- 1) kesulitan komunikasi, 2) norma-norma yang berbeda dalam satu lingkungan, 3) perubahan-perubahan lingkungan. Jika terjadi kesulitan komunikasi, individu tidak mampu memahami pesan yang diterima sehingga tidak mengetahui apa yang harus dilakukan. Norma yang berbeda antara tempat tinggal pasien sebelumnya dengan lingkungan rumah sakit menyebabkan konflik, sehingga pasien kurang mampu menyesuaikan diri dengan lingkungannya. Perubahan-perubahan lingkungan memberi nuansa baru dan mempersulit proses adaptasi pasien dan menghambat sosialisasi.

Sosialisasi terjadi melalui *conditioning* oleh lingkungan yang menyebabkan individu mempelajari bagaimana cara bergaul, bertingkah laku, dan melakukan kegiatan sosial. Salah satu tehnik yang digunakan untuk meningkatkan sosialisasi adalah dengan komunikasi (Nasution,1983). Menurut King (1971) dikutip oleh Zaidin (2002) bahwa dalam komunikasi akan terjadi transaksi pesan (*message*) sebagai suatu stimulus yang ditangkap oleh panca indera, dipersepsikan, dan diberikan umpan balik. Proses tersebut menyebabkan terjadinya interaksi antara individu dengan lingkungannya secara berkesinambungan dan dapat menimbulkan konsekuensi

terhadap pemahaman, perubahan psikologis, perubahan perilaku pada individu sehingga mampu meningkatkan sosialisasinya.

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Pernyataan Masalah

Pengaruh komunikasi terapeutik terhadap sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik masih belum terungkap dan penelitian-penelitian tentang efektifitas komunikasi terapeutik terhadap kemampuan sosialisasi masih belum jelas.

1.2.2 Pertanyaan Penelitian

Apakah komunikasi terapeutik efektif untuk meningkatkan kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menjelaskan pengaruh efektifitas komunikasi terapeutik terhadap kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik sebelum dilakukan komunikasi terapeutik.
- 2) Mengidentifikasi kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik setelah dilakukan komunikasi terapeutik
- 3) Menjelaskan pengaruh efektifitas komunikasi terapeutik terhadap kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik

1.4 Manfaat Penelitian

- 1) Dapat digunakan sebagai masukan bagi tempat pelayanan kesehatan jiwa guna meningkatkan pelayanan.
- 2) Dapat meningkatkan pemahaman perawat tentang pentingnya komunikasi terapeutik terhadap kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik
- 3) Dapat digunakan sebagai data dasar untuk melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik.

1.5 Relevansi

Komunikasi dalam bidang keperawatan merupakan proses untuk menciptakan hubungan antara perawat dengan pasien, serta untuk mengenal kebutuhan pasien sehingga dapat digunakan untuk merencanakan tindakan dalam memberikan asuhan keperawatan. Komunikasi terapeutik memegang peranan penting untuk membantu penyembuhan pasien, begitu pula bagi pasien gangguan jiwa. Pentingnya komunikasi terapeutik dapat memberikan motivasi pada profesi perawat untuk lebih meningkatkan pelayanannya secara profesional.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan disajikan tinjauan teoritis yang meliputi skizofrenia hebefrenik, sosialisasi, komunikasi, dan komunikasi terapeutik.

2.1. Skizofrenia Hebefrenik

Menurut Bleuler (1911) dikutip oleh Maramis (1995) skizofrenia merupakan salah satu bentuk gangguan jiwa dengan gejala yaitu jiwa yang terpecah-pecah, adanya keretakan atau disharmoni antara proses berfikir, perasaan, perbuatan (*schizos* = pecah-belah atau bercabang, *phren* = jiwa) dan ketidakmampuan melakukan hubungan dengan dunia luar (*inability to relate to external world*). Skizofrenia adalah sekelompok gangguan psikotik dengan gangguan dasar pada kepribadian, *distorsi* khas proses pikir, kadang-kadang mempunyai perasaan bahwa dirinya sedang dikendalikan oleh kekuatan di luar dirinya, waham kadang-kadang aneh, gangguan persepsi, afek abnormal yang terpadu dengan situasi nyata atau sebenarnya, dan autisme (Mansjoer, dkk., 1999). Skizofrenia bukan merupakan kesatuan penyakit tunggal tetapi merupakan suatu kelompok gangguan dari berbagai etiologi dengan ciri-ciri umum adanya psikotik tertentu, awitan awal sebelum umur 45 tahun, gangguan psikologik, tidak adanya gangguan organik, gangguan mental afektif (Daniel, dkk., 1997). Carpenter (1985) dikutip oleh Nurmiati Amir (1997) menyebutkan gejala negatif skizofrenia antara lain afek mendatar, *anhedonia*, pembicaraan miskin, minat berkurang, isolasi sosial, pasien tidak mampu mengaktifkan perhatian sehingga terjadi gangguan

organisasi persepsi yang mengakibatkan penurunan kemampuan memproses informasi visual.

Rusdi Maslim (1998) mendefinisikan skizofrenia sebagai suatu deskripsi sindroma dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tidak selalu bersifat kronis atau *deteriorating*) yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik dan sosial budaya. Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi serta oleh afek yang tidak wajar (*inappropriate*) atau tumpul (*blunted*). Kesadaran yang jernih (*clear consciousness*) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian. Sedangkan diagnosis skizofrenia tipe hebefrenik untuk pertama kali ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya mulai 15-25 tahun). Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas pemalu dan senang menyendiri (*solitary*).

Untuk diagnosis hebefrenik yang meyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinyu selama 2-3 bulan, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan :

- 1) Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, serta *mannerisme* ; ada kecenderungan untuk selalu menyendiri (*solitary*), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan.
- 2) Afek pasien dangkal (*shallow*) dan tidak wajar (*inappropriate*), sering disertai oleh cekikikan (*giggling*) atau perasaan puas diri (*self-satisfied*), senyum sendiri (*self-absorbed smiling*), atau sikap tinggi hati (*lofty manner*), tertawa

menyeringai (*grimaces*), *mannerisme*, mengibuli secara bersenda gurau (*pranks*), keluhan *hipokondriakal*, dan ungkapan kata yang diulang-ulang (*reiterated phrases*).

- 3) Proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu (*rambling*) serta *inkoheren*.

Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Halusinasi dan waham mungkin ada tetapi tidak menonjol (*fleeting and fragmentary delusions and hallucinations*). Dorongan kehendak (*drive*) dan yang bertujuan (*determination*) hilang serta sasaran ditinggalkan, sehingga perilaku penderita memperlihatkan ciri khas, yaitu perilaku tanpa tujuan (*aimless*) dan tanpa maksud (*empty of purpose*). Adanya suatu preokupasi yang dangkal dan bersifat dibuat-buat terhadap agama, filsafat dan tema abstrak lainnya, makin mempersukar orang memahami jalan pikiran pasien.

Menurut Dadang Hawari (2001) seseorang yang menderita skizofrenia hebefrenik disebut juga *disorganized type* atau kacau balau yang ditandai dengan gejala sebagai berikut :

- 1) Inkoherensi yaitu jalan pikiran yang kacau, tidak dapat dimengerti apa maksudnya. Hal ini dapat dilihat dari kata-kata yang diucapkan tidak ada hubungannya satu dengan yang lain.
- 2) Alam perasaan (*mood, affect*) yang datar tanpa ekspresi serta tidak serasi (*incongruous*) atau ketolol-tololan (*silly*).
- 3) Perilaku dan tertawa kenak-kanakan (*giggling*), senyum yang menunjukkan rasa puas diri atau senyum yang hanya dihayati sendiri.

- 4) Waham (*delusion*) tidak jelas dan tidak sistematis (terpecah-pecah) tidak terorganisir sebagai suatu kesatuan.
- 5) Halusinasi yang terpecah-pecah yang isi temanya tidak terorganisir sebagai suatu kesatuan.
- 6) Perilaku aneh, misalnya menyeringai sendiri, menunjukkan gerakan-gerakan aneh, berkelakar, mengucapkan kalimat yang diulang-ulang, kecenderungan untuk menarik diri secara ekstrem dari hubungan sosial (*withdrawn*), enggan bersosialisasi dan enggan bergaul.

Pengobatan pasien skizofrenia bersifat komprehensif dan holistik atau terpadu. Terapi yang dimaksudkan meliputi terapi dengan obat-obatan anti skizofrenia (psikofarmaka), psikoterapi, terapi psikososial dan terapi psikoreligius. Terapi kejiwaan atau psikoterapi pada pasien skizofrenia hebefrenik baru dapat diberikan apabila pasien dengan terapi psikofarmaka sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas (*Reality Testing Ability*) sudah pulih dan pemahaman diri (*insight*) sudah baik. Menurut Ruesch (1973) dikutip oleh Jalaluddin Rakhmad (2000) menyatakan bahwa akhir-akhir ini dunia psikoterapi, teknik penyembuhan jiwa, mengenal metode baru yaitu komunikasi terapeutik (*therapeutic communication*). Dengan metode ini, seorang terapis mengarahkan komunikasi sedemikian rupa sehingga pasien dihadapkan pada situasi dan pertukaran pesan yang dapat menimbulkan hubungan social yang bermanfaat. Komunikasi terapeutik memandang gangguan jiwa bersumber pada gangguan komunikasi, pada ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan dirinya.

Pendeknya meluruskan jiwa orang diperoleh dengan meluruskan caranya berkomunikasi.

2.2. Sosialisasi

2.2.1. Pengertian Sosialisasi

Proses membimbing individu ke dalam dunia sosial disebut sosialisasi. Sosialisasi dilakukan dengan mendidik individu tentang yang harus diikuti (Nasution, 1999). Sosialisasi merupakan suatu bentuk belajar sosial (Knoers, 2001).

2.2.2. Proses Sosialisasi

Sosialisasi tercapai melalui komunikasi dengan anggota masyarakat lainnya. Dalam proses sosialisasi individu belajar tingkah laku, kebiasaan serta pola kebudayaan lain, ketrampilan sosial seperti berbahasa, bergaul, berpakaian, cara makan. Dalam interaksi antara individu dengan lingkungan, ia belajar mengenali dirinya atau kesadaran akan dirinya dalam lingkungan sosialnya, mengenal lingkungannya, dapat menyesuaikan tingkah lakunya sesuai harapan masyarakat, menyesuaikan diri sesuai dengan norma yang ada. (Nasution, 1999). Dalam interaksi seseorang akan belajar dari pengalaman yang akan mendorong proses pertumbuhan psikologis, mempengaruhi sikap dan tingkah laku (Hildegard and Maria, 2003). Bila individu-individu berinteraksi dan saling mempengaruhi, maka terjadilah, 1) proses belajar yang meliputi aspek kognitif dan afektif, 2) proses penyampaian dan penerimaan lambing-lambang, dan 3) mekanisme

penyesuaian diri seperti sosialisasi, permainan peranan, identifikasi, proyeksi dan agresi (Jalaluddin Rakhmad, 2000).

Sedangkan menurut Budi Anna Keliat (2003) kemampuan individu dalam sosialisasi dapat diamati dari kemampuannya dalam hal menyebutkan jati diri, mengenali jati diri orang lain, bercakap-cakap dengan orang lain, menyampaikan dan membicarakan topik percakapan, menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi kepada orang lain, bekerjasama dengan orang lain, menyampaikan pendapat kepada orang lain.

2.2.3. Kesulitan Sosialisasi

Menurut Nasution (1999), hambatan dalam proses sosialisasi disebabkan oleh beberapa faktor antara lain : 1) kesulitan komunikasi, 2) perubahan lingkungan, 3) norma yang bertentangan.

2.2.4. Efek gangguan sosialisasi

Menurut Stuart dan Laraia (1997) pengaruh gangguan sosialisasi baik langsung maupun tidak langsung adalah sebagai berikut :

- 1) Menarik diri dari lingkungan sosial
- 2) Isolasi terhadap aktivitas sehari-hari
- 3) Kehilangan minat
- 4) Kemunduran *personal hygiene*
- 5) Curiga
- 6) Harga diri rendah
- 7) Gelisah
- 8) Isolasi sosial

9) Tidak berminat terhadap kegiatan yang menyenangkan

10) Kebingungan identitas/peran

11) Menarik diri dari keluarga, teman sebaya

Gangguan sosialisasi akan berdampak terhadap kondisi psikologis pasien. Penyebab gangguan sosialisasi dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor yang penting adalah kurangnya interaksi (komunikasi) antara individu dengan lingkungannya (Nasution, 1983).

2.3. Komunikasi

2.3.1 Pengertian Komunikasi

Komunikasi adalah kegiatan mengajukan pengertian yang diinginkan dari pengirim informasi kepada penerima informasi dan menimbulkan tingkah laku yang diinginkan dari penerima informasi (Yuwono, 1985). Komunikasi adalah peristiwa social, peristiwa yang terjadi ketika manusia berinteraksi dengan manusia yang lain (Jalaluddin Rakhmat, 2000). Menurut Burgess (1988), komunikasi adalah proses penyampaian informasi, makna dan pemahaman dari pengirim pesan kepada penerima pesan. Komunikasi merupakan cara seseorang mengutarakan pikiran dan perasaan kepada orang lain (Maramis, 1994). Menurut Drs. Onong (1978) dikutip oleh Kariyoso (1994), komunikasi mencakup ekspresi wajah, sikap dan gerak-gerik suara, kata-kata tertulis, percetakan, kereta api, telegraf, telepon dan lain-lain. Mc Cubbin dan Dahl (1985) mendefinisikan komunikasi sebagai suatu proses tukar menukar perasaan, keinginan, kebutuhan, dan pendapat (Arwani,2003). Menurut Widjaja (2000) komunikasi adalah proses

timbang balik antara sumber pesan atau informasi dengan penerima pesan. Komunikasi bukan sekedar tukar menukar pikiran serta pendapat saja akan tetapi kegiatan yang dilakukan untuk berusaha mengubah pendapat dan tingkah laku orang lain. Bila seseorang menyampaikan pesan kepada orang lain dan orang itu memberikan respon, maka proses komunikasi dapat dikatakan berlangsung.

Menurut Raymond S. Ross (1974) dikutip oleh Jalaluddin Rakhmat (2002) komunikasi adalah proses transaksional yang meliputi pemisahan, dan pemilihan bersama lambing secara kognitif, begitu rupa sehingga membantu orang lain untuk mengeluarkan dari pengalamannya sendiri arti atau respon yang sama dengan yang dimaksud oleh sumber.

Nancy (1996) mendefinisikan komunikasi sebagai aktifitas yang bersifat individual yang disampaikan secara verbal dan nonverbal. Menurut King (1981) dikutip oleh Zaidin Ali (2002) komunikasi merupakan proses penyampaian informasi dari individu kepada individu lain, baik secara verbal maupun non verbal. Menurut Defleur (1970) dikutip oleh Jalaluddin Rakhmat (2002) dengan komunikasi akan terjadi perubahan kognitif, afektif, behaviour. Menurut Carl I. Hovland dikutip oleh Widjaja (2000) komunikasi adalah suatu proses dimana seseorang memindahkan perangsang yang biasanya berupa lambang kata-kata untuk mengubah tingkah laku orang lain. Edward Depari memberikan pengertian komunikasi yaitu proses penyampaian gagasan, harapan, dan pesan yang disampaikan melalui lambang tertentu yang mengandung arti dilakukan oleh penyampai pesan (*source, komunikator sender*) ditujukan kepada penerima pesan atau *receiver* (Widjaja, 1986).

2.3.2 Tujuan dan fungsi komunikasi

Menurut Wilbur Schramm (1974) dikutip oleh Widjaja (2000), tujuan komunikasi dapat dilihat dari dua perspektif kepentingan yaitu kepentingan sumber dan kepentingan penerima. Tujuan komunikasi dari kepentingan sumber antara lain : 1) memberi informasi, 2) mendidik, 3) menyenangkan/menghibur, 4) menganjurkan suatu tindakan. Sedangkan tujuan komunikasi dari kepentingan penerima antara lain : 1) memahami informasi, 2) mempelajari, 3) menikmati, 4) menerima atau menolak anjuran.

Berdasarkan pandangan Lasswell, maka tujuan komunikasi dapat dijabarkan sebagai berikut (Widjaja,2000):

1) Tujuan komunikasi dipandang dari kepentingan sosial

- Berbagi pengetahuan umum tentang lingkungan di sekitarnya.
- Sosialisasi peran, nilai, dan kebiasaan terhadap anggota-anggota baru.
- Memberikan hiburan kepada warga masyarakat, menciptakan bentuk kesenian baru.
- Pencapaian consensus dan mengontrol tingkah laku.

2) Tujuan komunikasi dipandang dari kepentingan individu

- Menguju, mempelajari, dan memperoleh gambaran tentang realitas, kesempatan, dan bahaya.
- Memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk hidup bermasyarakat.
- Menikmati hiburan, rilek melarikan diri dari kesulitan hidup sehari-hari.
- Menentukan keputusan atau pilihan bertindak sesuai aturan social.

Sedangkan fungsi sosial komunikasi adalah :

- Pengawasan lingkungan
- Korelasi diantara bagian-bagian dalam masyarakat untuk pencapaian consensus mengenai lingkungan
- Sosialisasi (transmisi nilai-nilai social dari satu generasi ke generasi selanjutnya).

2.3.3 Efek komunikasi

Bagaimanapun juga setiap komunikasi yang dilakukan senantiasa menambahkan efek yang positif atau efektifitas komunikasi. Komunikasi yang tidak menginginkan efektifitas, sesungguhnya adalah komunikasi yang tidak bertujuan. Efek dalam komunikasi adalah perubahan yang terjadi pada diri penerima, sebagai akibat pesan yang diterima baik langsung maupun tidak langsung. Jika perubahan sesuai dengan keinginan komunikator, maka komunikasi itu disebut efektif (Anwar Arifin, 1984). Menurut Maramis (1994) komunikasi dikatakan efektif bila sumber dan penerima saling memahami dan menghayati maksud masing-masing. Menurut Stewart L. Tubbs dan Sylvia Moss (1974) dikutip oleh Jalaluddin Rakhmat (2002) komunikasi yang efektif menimbulkan lima hal antara lain pengertian, kesenangan, pengaruh pada sikap, hubungan yang makin baik, dan tindakan .

Menurut Widjaja (2000) kegiatan komunikasi yang dilakukan diharapkan menimbulkan akibat yang terjadi pada diri penerima yang sesuai dengan keinginan pihak sumber. Secara umum akibat dari komunikasi mencakup tiga aspek :

- 1) Aspek kognitif, yaitu yang menyangkut kesadaran dan pengetahuan.
- 2) Aspek afektif, yaitu menyangkut sikap atau perasaan (emosi).
- 3) Aspek Psikomotor, yaitu menyangkut perilaku atau tindakan.

2.4. Komunikasi Terapeutik

2.4.1. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah alat untuk membangun hubungan terapeutik, mempengaruhi tingkah laku pasien dan mendapatkan keberhasilan dalam intervensi keperawatan (Stuart and Sundeen, 1987). Komunikasi berupa proses dua arah antara perawat dengan pasien, masing-masing menggunakan sistem sensoriknya sendiri untuk merasakan, melihat, mendengar dan membau (Nancy, 1994).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien (Purwanto, 1994). Menurut Rogers (1961), komunikasi terapeutik bukan merupakan apa yang dilakukan seseorang, tetapi bagaimana seseorang melakukan komunikasi itu dalam berhubungan dengan orang lain.

2.4.2. Fungsi Komunikasi Terapeutik

Menurut Heru Purwanto (1997), fungsi komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerjasama antara perawat dan pasien melalui hubungan antara perawat dan pasien. Perawat berusaha mengungkap perasaan,

mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan.

Proses komunikasi yang baik dapat memberikan pengertian tingkah laku pasien dan membantu pasien dalam rangka mengatasi persoalan yang dihadapi pada tahap perawatan. Sedangkan pada tahap preventif kegunaannya adalah mencegah adanya tindakan yang negatif terhadap pertahanan diri pasien.

2.4.3. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Tujuan komunikasi terapeutik menurut Heru Purwanto adalah :

- 1) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada jika pasien percaya pada hal yang diperlukan.
- 2) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- 3) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

2.4.4. Perbedaan Komunikasi Terapeutik dan Komunikasi Sosial

Perbedaan komunikasi terapeutik dan komunikasi sosial menurut Longo, D.C., dan William, R.A., (1986) dikutip oleh Keliat (1992) :

- 1) Komunikasi Terapeutik
 - Perawat dan pasien saling membuka diri, pasien membuka diri dan perawat membuka diri dalam rangka menanggapi saja.
 - Fokus percakapan dikenal oleh perawat dan pasien.
 - Topik yang dibicarakan pribadi dan berhubungan dengan perawat dan pasien.

- Ada hubungan antara pengalaman dengan topik percakapan dan menggunakan pengetahuan yang berkaitan.
- Orientasi waktu pembicaraan adalah masa sekarang.
- Perawat mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan.
- Harkat individu sangat diakui.

2) Komunikasi Sosial

- Bervariasi dalam hal membuka diri.
- Fokus percakapan tidak dikenal oleh lawan bicara.
- Topik yang dibicarakan tentang sosial, bisnis, umum, dan tidak pribadi.
- Menggunakan pengetahuan yang tidak berhubungan dengan topik percakapan.
- Orientasi waktu pembicaraan adalah masa lalu dan masa mendatang.
- Ungkapan perasaan dihindari.
- Harkat individu tidak diakui.

2.4.5. Unsur Komunikasi Terapeutik

Menurut Heru Purwanto (1997), unsur-unsur dalam komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut :

- 1) Sumber proses komunikasi yaitu pengirim dan penerima pesan.
- 2) Pesan-pesan yang disampaikan dengan menggunakan penyandian baik verbal maupun non verbal.

- 3) Penerima yaitu orang yang menerima pesan dan membalas pesan yang disampaikan oleh sumber, sehingga dapat diketahui mengerti tidaknya suatu pesan.
- 4) Lingkungan waktu komunikasi berlangsung, yang dalam hal ini meliputi saluran penyampaian dan penerimaan pesan serta lingkungan alamiah saat pesan disampaikan

2.4.6. Prinsip-prinsip Komunikasi Terapeutik

Menurut Carl Rogers prinsip komunikasi terapeutik adalah :

- 1) Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
- 2) Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
- 3) Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut oleh pasien.
- 4) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
- 5) Perawat harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.
- 6) Perawat harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi.

- 7) Perawat harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi.
- 8) Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistennya.
- 9) Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati bukan tindakan yang terapeutik.
- 10) Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
- 11) Mampu berperan sebagai *role model* agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu perawat perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik mental, spiritual dan gaya hidup.
- 12) Disarankan untuk mengekspresikan perasaan bila dianggap mengganggu.
- 13) *Altruisme*, mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
- 14) Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- 15) Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggungjawab terhadap diri sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

2.4.7. Fase Komunikasi Terapeutik

Proses komunikasi terapeutik antara perawat-pasien dapat dibagi dalam empat fase, yaitu pra interaksi, fase pengenalan atau orientasi, fase kerja dan fase terminasi (Stuart dan Sundeen, 1987). Setiap fase ditandai dengan serangkaian tugas yang perlu diselesaikan.

Fase	Tugas
Prainteraksi	Eksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan sendiri. Analisa kekuatan kelemahan profesional diri. Dapatkan data tentang pasien jika mungkin Rencanakan pertemuan pertama
Perkenalan atau Orientasi	Tentukan alasan pasien minta pertolongan Bina rasa percaya, penerimaan dan komunikasi terbuka Rumuskan kontak bersama Rumuskan kontrak bersama Eksplorasi pikiran, perasaan dan perbuatan pasien Rumuskan tujuan dengan pasien
Kerja	Eksplorasi stressor yang tepat Dorongan perkembangan kesadaran diri pasien dan pemakaian mekanisme koping yang konstruktif Atasi penolakan perilaku adaptif
Terminasi	Ciptakan realitas perpisahan Bicarakan proses terapi dan pencapaian tujuan. Saling mengeksplorasi perasaan penolakan dan kehilangan sedih, marah dari perilaku lain.

*) sumber : stuart, G.W., dan Sundeen, S.J., 1987, h. 104

2.4.8. Sikap Perawat Dalam Komunikasi

Egan (1975) dikutip oleh Kozier dan Erb (1981) mengidentifikasi lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik, yaitu :

1) Berhadapan

Arti dari posisi ini adalah “saya siap untuk anda”.

2) Mempertahankan kontak mata

Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai pasien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.

3) Membungkuk ke arah pasien

Posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu.

4) Mempertahankan sikap terbuka

Tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi.

5) Tetap rileks

Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon pada pasien.

Sikap fisik pasien dapat pula disebut sebagai perilaku non verbal, yang perlu dipelajari pada setiap tindakan keperawatan. Menurut Clunn (1991) dikutip oleh Budi Anna (1996), perilaku non verbal pasien yang perlu diperhatikan adalah

1) Gerakan mata

Gerakan mata dipakai untuk memberikan perhatian. Kontak mata merupakan cara interaksi atau kontak sosial.

2) Ekspresi muka

Umumnya dipakai sebagai bahasa non verbal, namun banyak dipengaruhi oleh budaya. Orang yang tidak percaya pasti akan tampak dari ekspresi muka tanpa ia sadari. Kontak mata dan ekspresi muka alat pertama yang dipakai untuk pendidikan dan sosialisasi.

3) Sentuhan

Merupakan interaksi yang mendasar, sebagai alat komunikasi sentuhan dapat memperlihatkan kehangatan dan kasih sayang.

2.4.9. Kehadiran Psikologis Dalam Komunikasi

Kehadiran psikologis dapat dibagi dalam dua dimensi, yaitu dimensi respon dan dimensi tindakan (Truax, Carkhoff dan Benerson dikutip oleh Stuart dan Sundeen, 1987 : 126)

1) Dimensi Respon

- Keikhlasan

Perawat menyatakan melalui keterbukaan, kejujuran, ketulusan dan berperan aktif dalam berhubungan dengan pasien. Perawat berespon dengan tulus, tidak berpura-pura, mengekspresikan perasaan yang sebenarnya dan spontan.

- Menghargai

Perawat menerima pasien apa adanya. Sikap perawat harus tidak menghakimi, tidak mengkritik, tidak mengejek, atau tidak menghina.

- Empati

Merupakan kemampuan masuk dalam kehidupan pasien agar dapat merasakan pikiran dan perasaannya. Perawat memandang melalui pandangan pasien, merasakan melalui perasaan pasien dan kemudian mengidentifikasi masalah pasien serta membantu pasien mengatasi masalah tersebut.

- Konkrit

Perawat menggunakan terminologi yang spesifik, bukan abstrak perlu untuk menghindarkan keraguan dan ketidakjelasan.

2) Dimensi Tindakan

- Konfrontasi

Konfrontasi berguna untuk meningkatkan kesadaran pasien akan kesesuaian perasaan, sikap, kepercayaan dan perilaku. Konfrontasi dilakukan secara asertif, bukan merah atau agresif.

- Kesegeraan

Perawat sensitif terhadap perasaan pasien dan keinginan membantu dengan segera.

- Keterbukaan perawat

Perawat memberikan informasi tentang dirinya, idealnya perasaannya, sikapnya, nilainya. Perawat membuka diri tentang pengalaman yang berguna untuk terapi pasien.

- *Emotional catharsis*

Emotional catharsis jika pasien diminta bicara tentang hal sangat mengganggu dirinya. Ketakutan, perasaan dan pengalaman dibuka dan menjadi topik diskusi antara perawat-pasien.

- Bermain peran

Bermain peran adalah melakukan peran pada situasi tertentu. Hal ini berguna untuk meningkatkan kesadaran dalam berhubungan dan kemampuan melihat situasi dari pandangan orang lain

2.4.10. Tehnik Komunikasi Terapeutik

Menurut Edinberg dan Bradley (1982) tehnik komunikasi dalam konteks keperawatan adalah :

- 1) Mendengar dengan aktif (*Active listening*). Berikan kesempatan lebih banyak pada pasien untuk bicara. Perawat harus menjadi pendengar yang baik.
- 2) Empati
- 3) Membagi perasaan (*sharing feeling*)
- 4) Menggunakan bahasa verbal (*The use of touch*)
- 5) Memberikan umpan balik (*giving feedback*)

Menurut Kariyoso (1994) untuk menjadi pendengar yang aktif atau baik menggunakan cara-cara sebagai berikut :

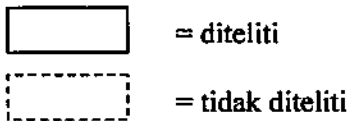
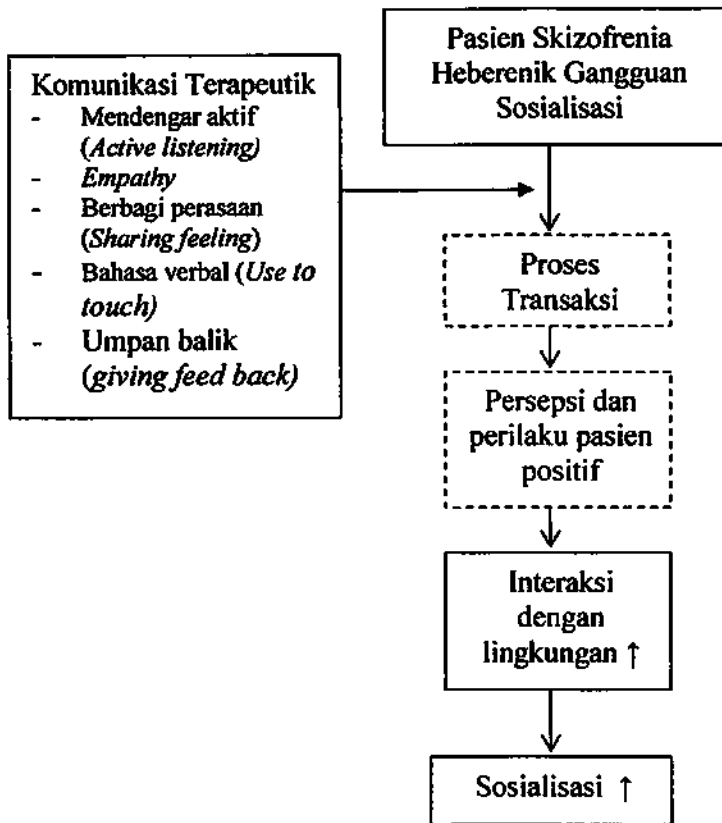
- 1) Kesiapan mendengarkan
- 2) Partisipasi dalam proses mendengarkan
- 3) Menekankan pemahaman bukan mengkritik
- 4) Mengendalikan emosi
- 5) Menangkap ide pokok pembicaraan
- 6) Tunjukkan sikap terbuka
- 7) Kontak mata yang baik
- 8) Posisi sejajar dengan pasien
- 9) Berusahalah seperti di rumah
- 10) Gunakan sentuhan
- 11) Periharalah rasa humor
- 12) Gunakan pertanyaan terbuka
- 13) Gunakan teknik terarah

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL DAN
HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Komunikasi terapeutik dalam praktek keperawatan dilaksanakan dengan teknik mendengarkan dengan aktif, empati, berbagi perasaan, menggunakan bahasa verbal, dan memberikan umpan balik (Eidenberg, 1982). Menurut King (1971) dikutip oleh Zaidin Ali (2002) bahwa dalam proses komunikasi terjadi suatu proses penyampaian informasi (traksaksi) dari individu kepada individu lain. Individu yang menerima informasi akan memberikan tanggapan (persepsi) terhadap makna dari pesan yang diterimanya. Bila persepsi positif, akan terjadi interaksi yang harmonis antara pasien dengan perawat atau pasien dengan lingkungannya. Jika interaksi antara pasien dengan lingkungannya berjalan dengan baik akan menyebabkan perubahan psikologis pada pasien dan mendorong pasien untuk bersosialisasi

3.2 Hipotesis Penelitian

Komunikasi terapeutik berpengaruh efektif terhadap kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik.

BAB 4

METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

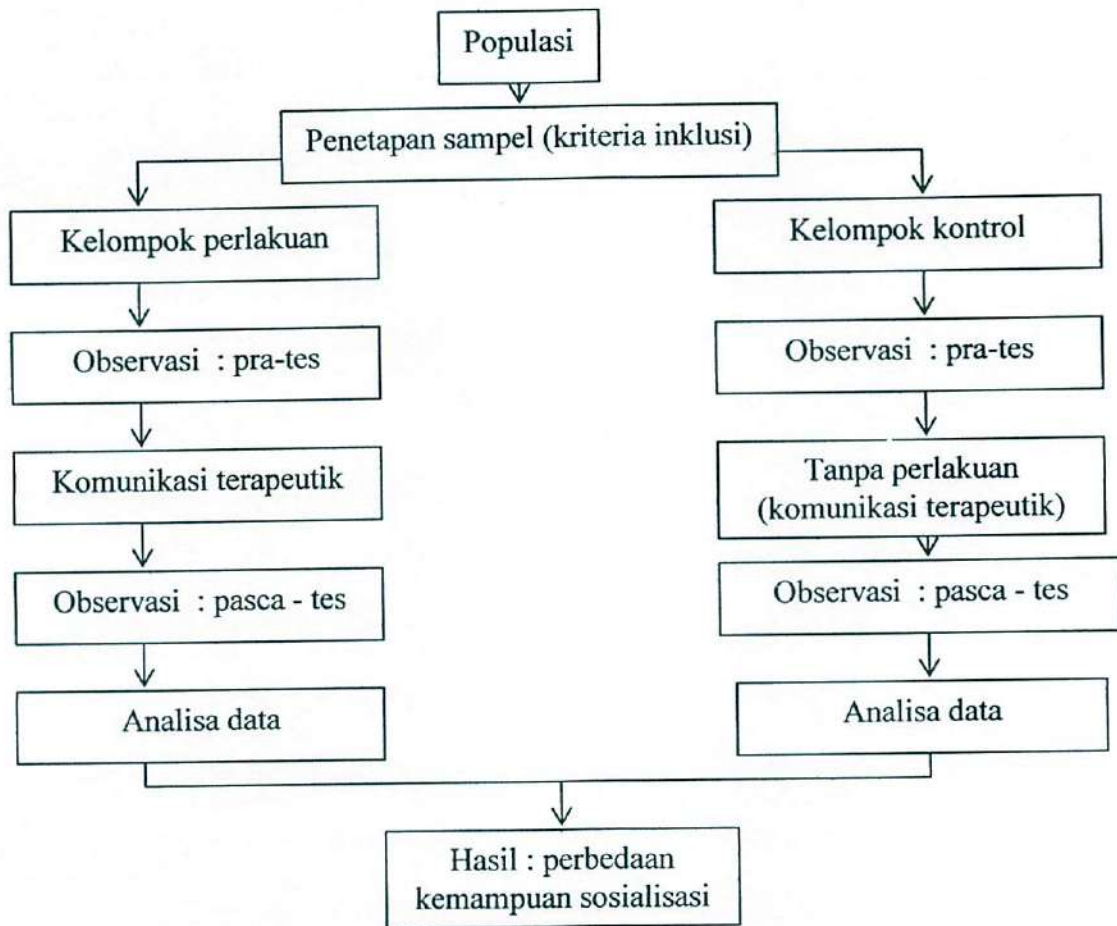
Pada bab ini akan diuraikan desain penelitian, kerangka kerja, definisi operasional, desain sampling, pengumpulan data, etika penelitian dan keterbatasan

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama penelitian (Burn dan Groove, 1991).

Penelitian ini merupakan penelitian *Quasy – Experiment*, dimana peneliti berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimental (Nursalam,2003). Pada kelompok eksperimental diberikan perlakuan (komunikasi terapeutik) oleh peneliti sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kedua kelompok diawali dengan pra-tes, dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali (pasca-tes).

4.2 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian Quasy-Experiment

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

Populasi adalah keseluruhan dari variabel yang menyangkut masalah diteliti (Nursalam dan Siti Pariani, 2001). Pada penelitian ini populasinya seluruh pasien skizofrenia hebefrenik dengan gangguan sosialisasi di ruang A, B, C, D, E, F,G,H RSJ Menur Surabaya.

4.3.1 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang dipilih dengan sampling tertentu untuk bisa memenuhi atau mewakili populasi (Nursalam dan Pariani, 2001).

Pada penelitian ini sampel diambil dari sebagian pasien skizofrenia hebefrenik yang mengalami gangguan sosialisasi di ruang A, B, C, D, E, F,G,H RSJ Menur Surabaya yang masih dirawat selama penelitian berlangsung dan memenuhi kriteria inklusi.

1) Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti (Nursalam 2001). Pada penelitian ini kriteria inklusinya adalah sebagai berikut:

- (1) Tidak dalam keadaan gaduh gelisah
- (2) Tidak ada gejala waham.
- (3) Pasien dewasa (umur ≥ 15 tahun)
- (4) Tidak dalam fase akut
- (5) Pasien komunikatif

2) Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik sampel yang tidak dapat dimasukan atau tidak layak untuk diteliti yaitu:

- (1) Pasien skizofrenia hebefrenik di poliklinik, UGD.
- (2) Pasien gangguan sosialisasi selain skizofrenia hebefrenik
- (3) Pasien dalam fase akut
- (4) Pasien psikomotor meningkat

(5) Umur < 15 tahun

4.3.2 Besar Sampel

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang akan dijadikan sampel (Notoatmodjo, 1993). Rumus yang digunakan untuk menghitung besar sampel adalah

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

Keterangan :

n = Perkiraan jumlah sampel

N = Perkiraan besar populasi

d = Tingkat kesalahan yang dipilih (d = 00,5)

Pada penelitian ini besarnya populasi sejumlah 36 orang dan yang memenuhi kriteria inklusi pada saat penelitian sebanyak 15 orang, sehingga dengan menggunakan persamaan di atas diperoleh besarnya sampel sebanyak 12,27 dibulatkan menjadi 13 responden. Sampel tersebut kemudian dibagi menjadi dua dan ditempatkan pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam dan Siti Pariani, 2001). Pada penelitian ini digunakan *probability sampling (simple random sampling)*. Secara acak 13 sampel dipilih dari populasi yang tersedia (15 orang) dengan menggunakan undian. Selanjutnya dari sampel yang terpilih ditetapkan 7 orang sebagai kelompok perlakuan dan 6 orang sebagai kelompok kontrol.

4.4 Identifikasi Variabel

4.4.1. Variabel Independen

Variabel independen adalah suatu stimulus aktivitas yang dimanipulasi oleh penelitian untuk menciptakan suatu dampak pada dependen variabel (Nursalam dan Siti Pariani, 2001). Variabel independen yaitu komunikasi terapeutik.

4.4.2. Variabel Dependen

Variabel dependen ini merupakan sejumlah faktor atau unsur yang dipengaruhi oleh variabel independen, dengan kata lain variabel ini tergantung muncul atau tidaknya variabel independen tertentu (Suryabrata, 1998). Variabel dependen penelitian ini adalah kemampuan sosialisasi.

4.4.3 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skore
1	2	3	4	5	6
Efektifitas Komunikasi Terapeutik	Interaksi antara perawat dan pasien untuk memecahkan masalah dan mempengaruhi perilaku pasien dengan menggunakan teknik 1. Mendengar aktif 2. Empati 3. Menggunakan bahasa verbal 4. Berbagi perasaan 5. Memberikan umpan balik	1. Frekuensi = 16 kali interaksi (4 kali/ hari) 2. Pelaksana = peneliti 3. Intensitas (lamanya) = 20 menit/interaksi 4. Metode (cara) : - Mencari informasi tentang pasien dari lembar observasi pre tes - Merencanakan pertemuan dengan pasien. - Ucapkan salam - Berkenalan dengan pasien - Menciptakan kontrak dengan pasien (topik, waktu, tempat) sesuai hasil pada observasi pre tes - Memulai interaksi dengan pasien dengan teknik : ♦ Mendengarkan dengan aktif ♦ Empati ♦ Berbagi perasaan ♦ Gunakan bahasa verbal ♦ Memberi umpan balik - Menyimpulkan hasil wawancara; evaluasi proses dan hasil - Memberikan reinforcement positif - Merencanakan tindak lanjut dengan klien - Melakukan kontrak waktu, tempat, topik untuk pertemuan berikutnya. - Mengakhiri wawancara dengan cara yang baik			
Kemampuan sosialisasi	Meningkatnya kemampuan dalam hal mengenal diri, orang lain, bercakap-cakap, mengikuti aturan main, kerjasama	Mengenal diri sendiri 1. Menyebut nama lengkap dengan benar 2. Menyebut nama panggilan dengan benar 3. Menyebut alamat dengan benar 4. Menyebut statusnya dengan benar (sebagai pasien) Mengenal orang lain 1. Memanggil perawat dengan nama yang benar 2. Memanggil pasien lain dengan nama yang benar 3. Memanggil dokter dengan nama yang benar	Observasi berstruktur (Check list)	Interval	Selalu = 4 Sering = 3 Kadang-kadang = 2 Tdk pernah = 1 1 Mampu Mengenal Diri : Skore ≥ 9 2 Mampu Mengenal Orang Lain : Skore ≥ 6 3 Mampu Bercakap-cakap : Skore ≥ 11 4 Mampu Mengikuti

		<p>Bercakap-cakap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajukan pertanyaan dengan jelas 2. Menjawab pertanyaan dengan benar 3. Menjawab pertanyaan dengan ringkas 4. Menjawab pertanyaan secara relevan 5. Menjawab pertanyaan dengan spontan <p>Mengikuti peraturan yang ada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengikuti kegiatan terapi sampai selesai 2. Minum obat sesuai jadual 3. Berpakaian dengan benar 4. Minta ijin jika meninggalkan ruangan 5. Makan ditempat yang sudah tersedia <p>Kerjasama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu pasien lain yang membutuhkan 2. Melaksanakan tugas sesuai perintah 3. Membantu kegiatan ruangan 		<p>Peraturan :Score≥11</p> <p>5 Mampu Bekerjasama : Score≥6</p> <p>Tingkat kemampuan sosialisasi Klien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baik => 60 2. Cukup = 41-59 3. Kurang = 20-40 <p>(Sudjarwo,2001)</p>
--	--	--	--	---

4.5 Pengumpulan Data

4.5.1. Instrumen

Instrumen yang digunakan berupa observasi terstruktur (*check list*). *Check list* yang digunakan diambil dari teori sosialisasi Nasution (1999) dan Budi Anna Keliat (2003). Pada penelitian ini peneliti melakukan komunikasi terapeutik dengan kelompok perlakuan menggunakan format panduan. Panduan komunikasi terapeutik dikembangkan dari teori komunikasi Edinberg dan Bradley (1982). Komunikasi dilakukan 16 kali (selama 4 hari) dengan alokasi waktu 20 menit sekali interaksi. Kemudian dilakukan observasi kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik setelah komunikasi.

4.5.2. Tempat dan waktu

Tempat penelitian di Ruang A,B,C,D,E,F,G,H RSJ Menur Surabaya. Pengambilan data dilaksanakan selama satu bulan (mulai 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003).

4.5.3. Prosedur pengumpulan data

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat ijin dari Direktur, Kepala Bidang Perawatan, dan Kepala Ruang A,B,C,D,E,F,G,H RSJ Menur Surabaya. Pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik oleh peneliti. Observasi dilakukan dua kali yaitu *pre* dan *post* intervensi baik pada kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol. Pasien yang dijadikan responden pada penelitian ini adalah pasien skizofrenia hebefrenik yang menunjukkan kemampuan sosialisasi yang kurang (skore=20-40). Setelah data hasil observasi *pre* diperoleh, penulis melakukan sendiri intervensi (komunikasi terapeutik)

kepada responden kelompok perlakuan secara individu atau kelompok. Kemudian setelah intervensi penulis melakukan observasi kembali kemampuan sosialisasi responden (*post*).

4.5.4. Analisa Data

Setelah data terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut : (1) *Editing* yaitu untuk melihat adanya data yang diperoleh sudah terisi lengkap atau masih kurang lengkap. (2) *Koding* yaitu mengklasifikasikan respon sosialisasi dari responden menurut macamnya dengan memberi kode pada masing-masing aspek menurut item pada *check list*. Data kemudian dianalisis dengan menggunakan uji *Mann Whitney Test* dengan derajat kemaknaan $P \leq 0,05$ yang berarti jika hasil uji statistik probabilitasnya $\leq 0,05$, maka terdapat pengaruh yang signifikan dari variabel independent.

4.6 Masalah Etika

Setelah mendapatkan persetujuan barulah penelitian ini dilakukan dengan menekankan pada masalah etika yang meliputi :

4.6.1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar persetujuan diberikan kepada keluarga responden yang akan diteliti sebagai pengambil keputusan terhadap pasien. Peneliti terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada keluarga, menjelaskan maksud dan tujuan penelitian dan meminta persetujuan untuk dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Bila keluarga menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

4.6.2. *Anonimity*

Untuk menjaga kerahasiaan dan *privacy* dari masing-masing subyek dalam lembar pengumpulan data tidak dicantumkan nama dan cukup dengan memberikan nomor kode.

4.6.3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diperoleh dari responden dijamin oleh peneliti. Hanya sekelompok data tertentu saja yang akan disajikan dan dilaporkan sebagai riset.

4.7 **Keterbatasan**

Pada penelitian yang dilakukan terdapat beberapa keterbatasan, yaitu :

- 1) Sampel yang digunakan hanya terbatas pada pasien skizofrenia hebefrenik yang ada di ruang A,B,C,D,E,F,G,H RSJ Menur Surabaya pada waktu dilakukan penelitian sehingga hasilnya kurang representatif sebagai generalisasi secara keseluruhan di Surabaya.
- 2) Data diolah dan dianalisa secara kuantitatif sehingga hasilnya mungkin kurang mewakili terhadap efektifitas komunikasi terapeutik secara menyeluruh.
- 3) Alat ukur belum diuji coba sebelumnya
- 4) Waktu penelitian terbatas sehingga sampel yang didapatkan terbatas jumlahnya, dan terdapat beberapa populasi yang memenuhi kriteria inklusi tetapi tidak dapat digunakan sebagai sampel penelitian karena pasien sudah keluar dari rumah sakit sebelum penelitian selesai sehingga hasilnya kurang sempurna dan kurang memuaskan.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini diuraikan tentang hasil penelitian yang meliputi data umum, data khusus serta pembahasan. Pengambilan data dilakukan tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003. Pengambilan data ini menggunakan lembar observasi untuk mengetahui kemampuan sosialisasi responden sebelum dan sesudah tindakan.

Setelah data terkumpul, selanjutnya diberi kode dan ditabulasi untuk mengetahui pengaruh sebelum dan sesudah dilakukan komunikasi terapeutik, dilakukan uji statistik dengan menggunakan metode *Mann Whitney Test* dengan tingkat kemaknaan $p \leq 0,05$.

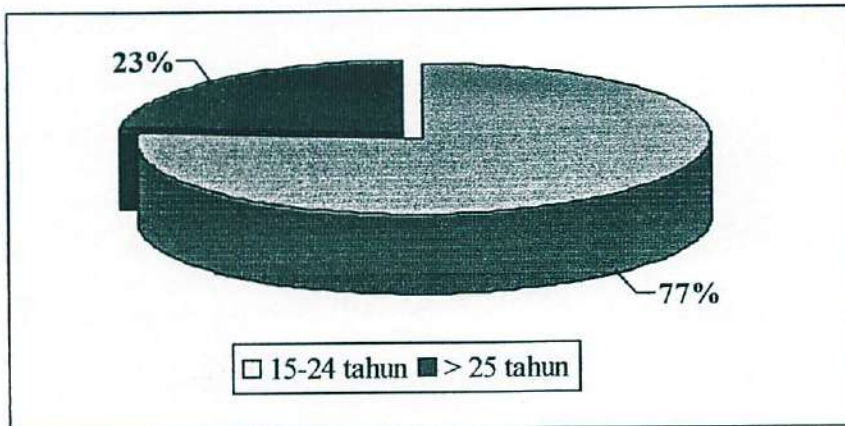
5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang A, C, D, G, dan H RSJ Menur Surabaya yang merupakan Rumah Sakit jiwa kelas A dengan kapasitas tempat tidur 249, jumlah tenaga perawat D III 45 orang SPKJ 6 orang dan SPRB 12 orang. Pada tahun 2002 BOR RSJ Menur Surabaya mencapai 63%. Kasus terbanyak di ruang rawat inap selama tahun 2002 adalah skizofrenia hebefrenik (66,64%). Demikian pula di instalasi rawat jalan skizofrenia juga merupakan kasus terbanyak dengan prosentase 77,54%. Selama bulan Oktober 2003 jumlah kasus skizofrenia hebefrenik yang menjalani rawat inap sebanyak 36 orang. Dari populasi tersebut terdapat 15 pasien yang sesuai dengan kriteria inklusi yang kemudian dipilih secara acak 13 pasien sebagai sampel penelitian, dimana 7 responden dilakukan intervensi dengan dilakukan komunikasi terapeutik sedangkan 6 sebagai kontrol dengan karakteristik sebagai berikut : 1) Umur, 2) Jenis Kelamin, 3) Pendidikan, 4) Lama sakit.

5.1.2 Karakteristik Responden

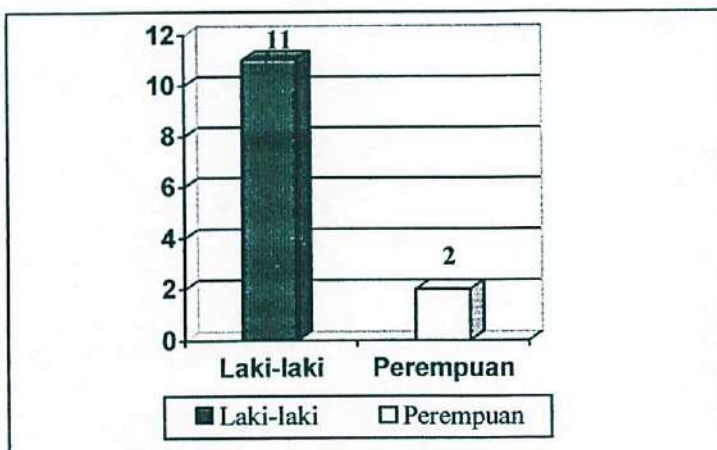
1. Distribusi responden berdasarkan umur



Gambar 5.1 : Distribusi umur responden di ruang A, C, D, G, dan H RSJ Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Berdasarkan gambar 5.1 bahwa umur terbanyak adalah kelompok umur 15-24 tahun sebanyak 10 orang (77%).

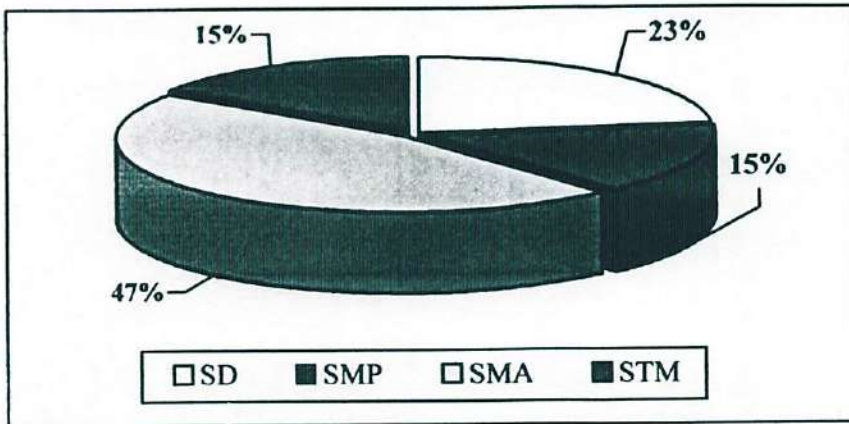
2. Distribusi responden berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 5.2 : Distribusi jenis kelamin responden di ruang A, C, D, G, dan H RSJ Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Berdasarkan gambar 5.2 menunjukkan bahwa dari 13 responden jenis kelamin terbanyak adalah laki-laki sebanyak 11 orang (84,6%).

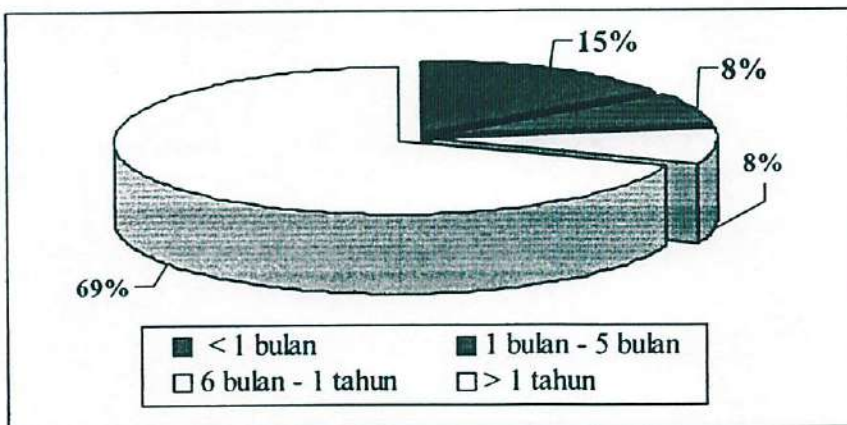
3. Distribusi responden berdasarkan pendidikan



Gambar 5.3 : Distribusi pendidikan responden di ruang A, C, D, G, dan H RSJ Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Berdasarkan gambar 5.3 bahwa pendidikan responden terbanyak adalah SMA sebanyak 6 orang (47%).

4. Distribusi responden berdasarkan lama sakit



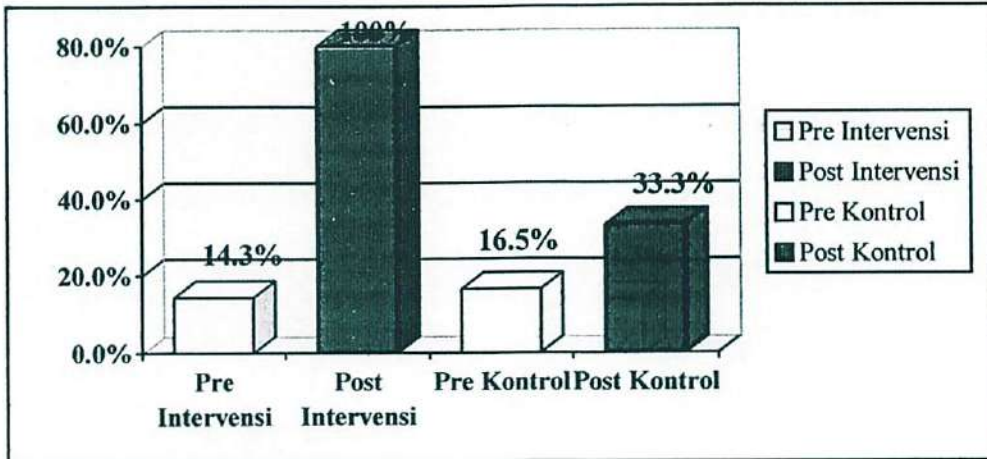
Gambar 5.4 : Distribusi lama sakit responden di ruang A, C, D, G, dan H RSJ Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Berdasarkan gambar 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar lama sakit responden > 1 tahun (69%).

5.1.2 Data Khusus

1. Kemampuan sosialisasi klien skizofrenia hebefrenik pre intervensi-post intervensi dan kelompok kontrol.

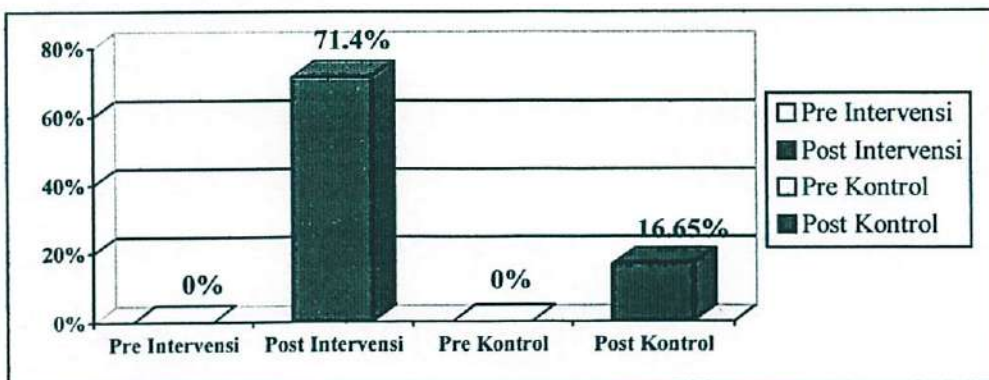
1) Aspek mengenali diri sendiri



Gambar 5.5 Diagram batang kemampuan sosialisasi klien skizofrenia hebefrenik aspek mengenal diri sendiri di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Dari gambar 5.3 menunjukkan sebagian besar responden memiliki kemampuan sosialisasi pada aspek mengenal diri sendiri sebesar 100 % pada kelompok post intervensi. Sedangkan kelompok post kontrol 33,3%.

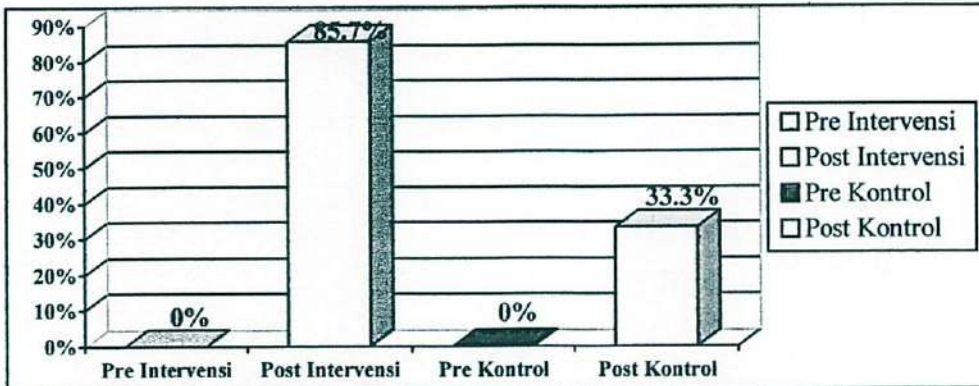
2) Aspek mengenal orang lain



Gambar 5.6 Diagram batang kemampuan sosialisasi klien skizofrenia hebefrenik aspek mengenal orang lain di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya. Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Dari gambar 5.4 menunjukkan sebagian besar responden memiliki kemampuan sosialisasi pada aspek mengenal orang lain sebesar 71,4 % pada kelompok post intervensi. Sedangkan kelompok post kontrol mempunyai kemampuan sosialisasi pada aspek mengenal orang lain sebesar 16,65 %.

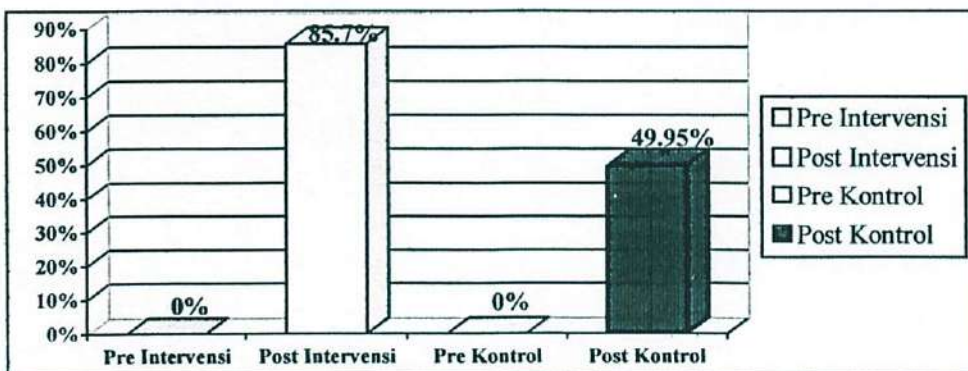
3) Aspek bercakap-cakap



Gambar 5.7 Diagram batang kemampuan sosialisasi klien skizofrenia hebefrenik aspek bercakap-cakap di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Dari gambar 5.5 menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kemampuan sosialisasi aspek bercakap-cakap sebesar 85,7 % pada kelompok post intervensi. Sedangkan 33,3 % pada kelompok post kontrol.

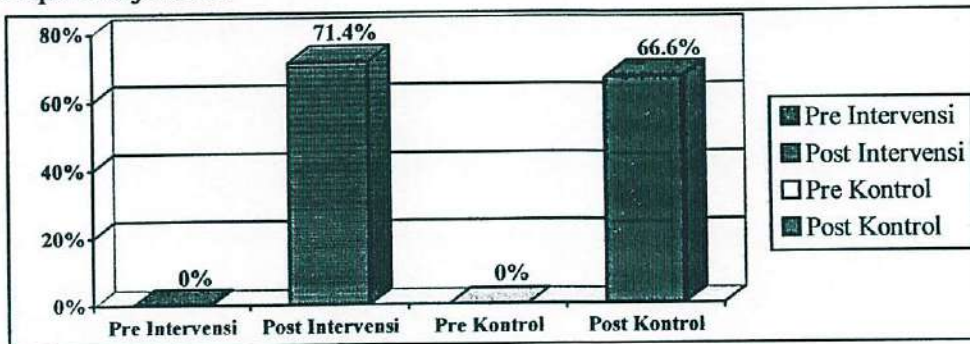
4) Aspek mengikuti peraturan



Gambar 5.8 Diagram batang kemampuan sosialisasi klien skizofrenia hebefrenik aspek mengikuti peraturan di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Dari gambar 5.6 menunjukkan sebagian besar responden memiliki kemampuan sosialisasi pada aspek mengikuti peraturan sebesar 85,7 % pada kelompok post intervensi. Sedangkan 49,95% pada kelompok post kontrol.

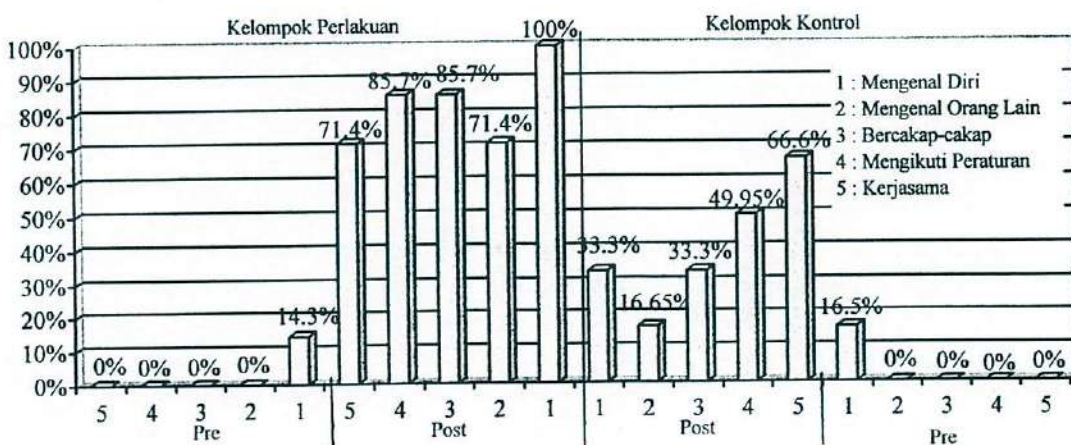
5) Aspek kerja sama



Gambar 5.9 Diagram batang kemampuan sosialisasi klien skizofrenia hebefrenik pada aspek kerja sama di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Dari gambar 5.9 menunjukkan sebagian besar responden memiliki kemampuan sosialisasi pada aspek kerja sama sebesar 71,4 % pada kelompok post intervensi. Sedangkan 66,6 % pada kelompok post kontrol.

2. Perbedaan kemampuan sosialisasi klien skizofrenia hebefrenik pre-post intervensi dengan kelompok kontrol.



Gambar 5.10 Diagram batang perbandingan kemampuan sosialisasi klien skizofrenia hebefrenik pre post intervensi dengan kelompok kontrol di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Dari gambar 5.10 menunjukkan bahwa kelompok intervensi perubahan kemampuan sosialisasinya lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Tabel 5.1 Tabel tabulasi kemampuan sosialisasi responden pre post kelompok intervensi dengan kelompok kontrol diruang A, C, D, G dan H RSJ. Menur Surabaya Tanggal 10 Oktober sampai dengan 8 November 2003.

Sosialisasi	Responden							
	Intervensi				Kontrol			
	Pre		Post		Pre		Post	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Kurang	7	100%	1	14,3%	6	100%	4	66,7%
Cukup			4	57,1%			2	33,3%
Baik			2	28,6%				
Total	7	100%	7	100%	6	100%	6	100%
Mean (rata-rata)	30,57		51,57		32,50		41,33	
Standart Deviasi	2,225		7,547		1,378		7,250	
Pre = 0,093								
Post = 0,026								

Berdasarkan Tabel 5.1 dapat dilihat bahwa responden pre intervensi nilai rata-rata (*mean*) 30,57 sedangkan kelompok kontrol 32,50. *Standart deviasi* pre intervensi sebesar 2,225 sedangkan kelompok kontrol sebesar 1,378.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Mann Whitney test* pada responden pre intervensi didapatkan nilai Z (hitung) = 1,678 dengan nilai kemaknaan $p = 0,093$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan kemampuan sosialisasi antara pasien yang dilakukan komunikasi terapeutik dan kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi. Pada responden post intervensi nilai rata-rata (*mean*) 51,57 dan post kontrol 41,33. *Standart deviasi* post intervensi sebesar 7,547 sedangkan post kontrol 7,250.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *Mann Whitney test* pada responden post intervensi didapatkan nilai Z (hitung) = 2,230 dengan nilai signifikansi $\alpha = 0,026$ lebih kecil dari $p = 0,05$ menunjukkan adanya

perbedaan kemampuan sosialisasi kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah diberikan intervensi, maka hipotesis penelitian diterima.

5.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini akan diuraikan mengenai kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik sebelum komunikasi terapeutik, kemampuan sosialisasi setelah komunikasi terapeutik, dan pengaruh efektivitas komunikasi terapeutik terhadap kemampuan sosialisasi.

5.2.1 Kemampuan Sosialisasi Pasien Skizofrenia Hebefrenik Sebelum Komunikasi Terapeutik

Dari hasil penelitian penulis terhadap 13 responden pasien skizofrenia hebefrenik di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya sebelum komunikasi terapeutik didapatkan hasil semua responden baik kelompok perlakuan maupun kelompok kontrol menunjukkan kemampuan sosialisasi yang kurang (Tabel 5.1). Hal ini dapat dilihat dari kurangnya kemampuan dalam hal mengenal orang lain, bercakap-cakap, mengikuti peraturan, dan kemampuan kerjasama. Hanya sebagian kecil saja responden yang menunjukkan kemampuan dalam hal mengenal diri yaitu 14,3% pada kelompok intervensi dan 16,5% pada kelompok kontrol (Gambar 5.3).

Sosialisasi tercapai melalui komunikasi dengan anggota masyarakat lainnya. Dalam proses sosialisasi individu belajar tingkah laku, kebiasaan serta pola kebudayaan lain, ketrampilan sosial seperti berbahasa, bergaul, berpakaian, cara makan. Dalam interaksi antara individu dengan lingkungan, ia belajar mengenal dirinya atau kesadaran akan dirinya dalam lingkungan sosialnya,

mengenal lingkungannya, dapat menyesuaikan tingkat lakunya sesuai harapan masyarakat, menyesuaikan diri sesuai dengan norma yang ada (Nasution, 1999).

Menurut Dadang Hawari (2001) pasien skizofrenia hebefrenik mengalami kekacauan pikiran, perilaku aneh, berkelakar, pengucapan kalimat yang diulang-ulang dan kecenderungan untuk menarik diri secara ekstrim dari hubungan sosial (*Withdrawn*), enggan bersosialisasi dan enggan bergaul.

Dengan demikian kemampuan sosialisasi yang kurang dari seluruh responden pasien skizofrenia hebefrenik sebelum pelaksanaan komunikasi terapeutik kemungkinan dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain adanya kekacauan pikiran, kesulitan komunikasi, enggan bergaul, dan kecenderungan menarik diri dari lingkungan. Faktor lain yang mungkin menyebabkan kurangnya kemampuan sosialisasi adalah dari pihak tenaga kesehatan yang kurang berperan dalam mendorong interaksi antara pasien dengan lingkungannya.

5.2.2 Kemampuan Sosialisasi Pasien Skizofrenia Hebefrenik Setelah Komunikasi Terapeutik

Dari hasil penelitian penulis, sebagian besar pasien skizofrenia hebefrenik yaitu 85,7% dari total kelompok perlakuan di ruang A, C, D, G dan H RSJ Menur Surabaya menunjukkan kemampuan sosialisasi yang baik setelah dilakukan komunikasi terapeutik, sedangkan kelompok kontrol hanya 33,3%.

Menurut Ruesch (1973) dikutip oleh Jalaluddin Rakhmad (2000) bahwa dalam pengobatan gangguan jiwa digunakan komunikasi terapeutik. Dengan metode ini, seorang terapis mengarahkan komunikasi sedemikian rupa sehingga pasien dihadapkan pada situasi dan pertukaran pesan yang dapat menimbulkan hubungan sosial yang bermanfaat. Komunikasi terapeutik memandang gangguan

jiwa bersumber pada gangguan komunikasi, pada ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan dirinya. Harold D Lasswell (1948) dikutip oleh Widjaja (2000) mengatakan bahwa komunikasi mempunyai tiga fungsi sosial yaitu, 1) Pengawasan lingkungan, 2) Korelasi diantara bagian-bagian dalam masyarakat untuk pencapaian konsensus mengenai lingkungan, 3) Sosialisasi atau transmisi nilai-nilai sosial dari satu generasi ke generasi selanjutnya.

Seperti yang dijelaskan oleh Widjaja (2000), kegiatan komunikasi yang dilakukan pihak sumber tentunya diharapkan menimbulkan suatu akibat atau hasil yang terjadi pada diri penerima yang sesuai keinginan pihak sumber. Secara umum akibat komunikasi ini dapat mencakup tiga aspek yaitu 1) Aspek kognitif, yang menyangkut kesadaran dan pengetahuan. Komunikasi menjadi sadar atau ingat, menjadi tahu atau kenal, 2) Afektif, menyangkut sikap atau perasaan. 3) Aspek psikomotor, menyangkut perbuatan seperti yang disarankan.

Namun terapi gangguan jiwa seperti yang dijelaskan oleh Ruesch, baru dapat diberikan apabila penderita dengan terapi psikofar maka diatas sudah mencapai tahapan dimana kemampuan menilai realitas (*Reality Testing Ability*) sudah kembali pulih dan pemahaman diri (*Insight*) sudah baik.

Hasil penelitian yang menunjukkan peningkatan kemampuan sosialisasi pada kelompok perlakuan kemungkinan disebabkan oleh kondisi pasien yang sudah stabil, tidak ada makan, pasien kooperatif, kemampuan menilai realitas yang sudah baik. Sehingga dengan komunikasi yang bersifat informatif dan supportif pasien skizofrenia hebefrenik sudah menunjukkan perubahan dalam aspek kognitif, afektif dan psikomotor. Perubahan tersebut mendorong pasien untuk berinteraksi dengan lingkungan (proses sosialisasi).

5.2.3 Efektifitas Komunikasi Terapeutik Terhadap Kemampuan Sosialisasi Pasien Skizofrenia Hebefrenik

Dalam penelitian ini terdapat 13 responden dimana diklasifikasikan menjadi 2 bagian yaitu 7 responden sebagai kelompok intervensi dan 6 responden sebagai kelompok kontrol. Dari 7 responden yang dilakukan komunikasi terapeutik didapatkan *mean* (rata-rata) 30,57 dan setelah dilakukan komunikasi terapeutik didapatkan *mean* (nilai rata-rata) 51,57. Nilai *standart deviation* sebelum dilakukan komunikasi terapeutik 2,225 dan setelah dilakukan komunikasi terapeutik 7,547. Terjadi perbaikan kemampuan sosialisasi antara pre dan post intervensi sebanyak 6 orang. Untuk kelompok kontrol *mean* (rata-rata pre kontrol 32,50 dan post kontrol 41,33. Nilai *standart deviasi* pre kontrol 1,378 dan post kontrol 7,250. Perbaikan kemampuan sosialisasi antara pre dan post kontrol sebanyak 2 orang.

Hasil uji statistik pre kelompok intervensi dengan kelompok kontrol menggunakan *Mann Whitney test* didapatkan $\alpha = 0,093$ lebih besar dari $p = 0,05$ menunjukkan tidak terdapat perbedaan kemampuan sosialisasi antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol. Sedangkan hasil uji statistik post kelompok intervensi dengan kelompok kontrol didapatkan $\alpha = 0,026$ lebih kecil dari $p = 0,05$ menguatkan kesimpulan bahwa terdapat perbedaan nilai kemampuan sosialisasi antara kelompok sampel yang dilakukan perlakuan dan kelompok kontrol.

Kemampuan sosialisasi hasil observasi sesuai dengan sosialisasi yang dikemukakan oleh Nasution didapatkan, 1) Mengenal diri sendiri sebesar 100% pada kelompok post intervensi dan 33,3% pada kelompok post kontrol. Menunjukkan bahwa kemampuan sosialisasi responden post intervensi lebih baik

dibandingkan kelompok kontrol. Hasil observasi pada kelompok intervensi menunjukkan bahwa mereka mampu menyebutkan nama lengkap, nama panggilan, alamat dan statusnya dengan benar. 2) Mengenal orang lain sebesar 71,4% pada kelompok post intervensi dan 16,65% pada kelompok post kontrol. Menunjukkan responden post intervensi mempunyai kemampuan mengenal orang lain lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. 3) Bercakap-cakap sebesar 85,7% pada kelompok post intervensi dan 33,3% pada kelompok post kontrol. Menunjukkan bahwa responden post intervensi memiliki kemampuan lebih baik dalam hal mengajukan pertanyaan dengan jelas, menjawab pertanyaan dengan spontan, benar, ringkas dan relevan. 4) Mengikuti peraturan sebesar 85,7% pada kelompok post intervensi dan 49,95% pada kelompok post kontrol. Menunjukkan kemampuan menyesuaikan diri terhadap peraturan kelompok post intervensi lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. 5) Kerjasama sebesar 71,4% pada kelompok post intervensi dan 66,6% pada kelompok post kontrol. Menunjukkan kemampuan kerjasama kelompok post intervensi lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini dapat dilihat pada kemampuan membantu pasien lain yang membutuhkan, kemampuan melaksanakan perintah, dan membantu kegiatan ruangan. Kelima aspek sosialisasi tersebut menunjukkan kemampuan sosialisasi kelompok post intervensi jauh lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Hasil wawancara dan pengamatan didapatkan bahwa selama ini pelaksanaan komunikasi terapeutik terhadap pasien gangguan sosialisasi masih kurang, sehingga kemampuan sosialisasi sebelum dilakukan komunikasi terapeutik relatif lebih rendah, sebaliknya sesudah dilakukan komunikasi terapeutik kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik meningkat. Terdapatnya pengaruh

komunikasi terapeutik terhadap sosialisasi pasien bisa juga dipengaruhi oleh kondisi lingkungan rumah sakit, pengalaman dan kemampuan komunikasi pasien yang semakin baik. Menurut Edinberg dan Bradley (1982) tehnik yang digunakan dalam komunikasi keperawatan meliputi, 1) Mendengar dengan aktif (*active listening*), 2) Empati, 3) Membagi perasaan (*sharing feeling*), 4) Menggunakan bahasa verbal (*the use of touch*), 5) Memberikan umpan balik (*giving feedback*). Menurut Widjaja (1998), bahwa untuk mengetahui efektifitas dari komunikasi kita harus melihat respon yang diberikan oleh pasien, baik kognitif, efektif maupun psikomotor. Seperti yang diungkapkan oleh Nasution (1983), sosialisasi terjadi melalui komunikasi dan *conditioning* oleh lingkungan yang menyebabkan individu mempelajari bagaimana cara bergaul, bertingkah laku, dan melakukan kegiatan sosial. Menurut Budi Anna Keliat (2003), kemampuan individu dalam sosialisasi dapat diamati dari kemampuannya dalam hal menyebutkan jati diri, mengenali jati diri orang lain, bercakap-cakap, menyampaikan dan membicarakan masalah pribadi kepada orang lain, bekerjasama dengan orang lain dan menyampaikan pendapat kepada orang lain. Dari hasil pendataan didapatkan bahwa kemampuan sosialisasi pasien setelah dilakukan komunikasi terapeutik mengalami peningkatan pada semua aspek. Berdasarkan paparan diatas sesuai dengan hasil penelitian dan teori yang dikemukakan Nasution maupun Edinberg dan Bradley perlu kiranya dilakukan komunikasi terapeutik secara kontiyu pada pasien skizofrenia hebefrenik yang mengalami gangguan sosialisasi sebab dengan kemampuan sosialisasi yang baik akan membantu meningkatkan interaksi pasien dengan lingkungannya dan mempermudah membantu proses pemecahan masalah pasien.

BAB 6
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan dapat disimpulkan sebagai berikut :

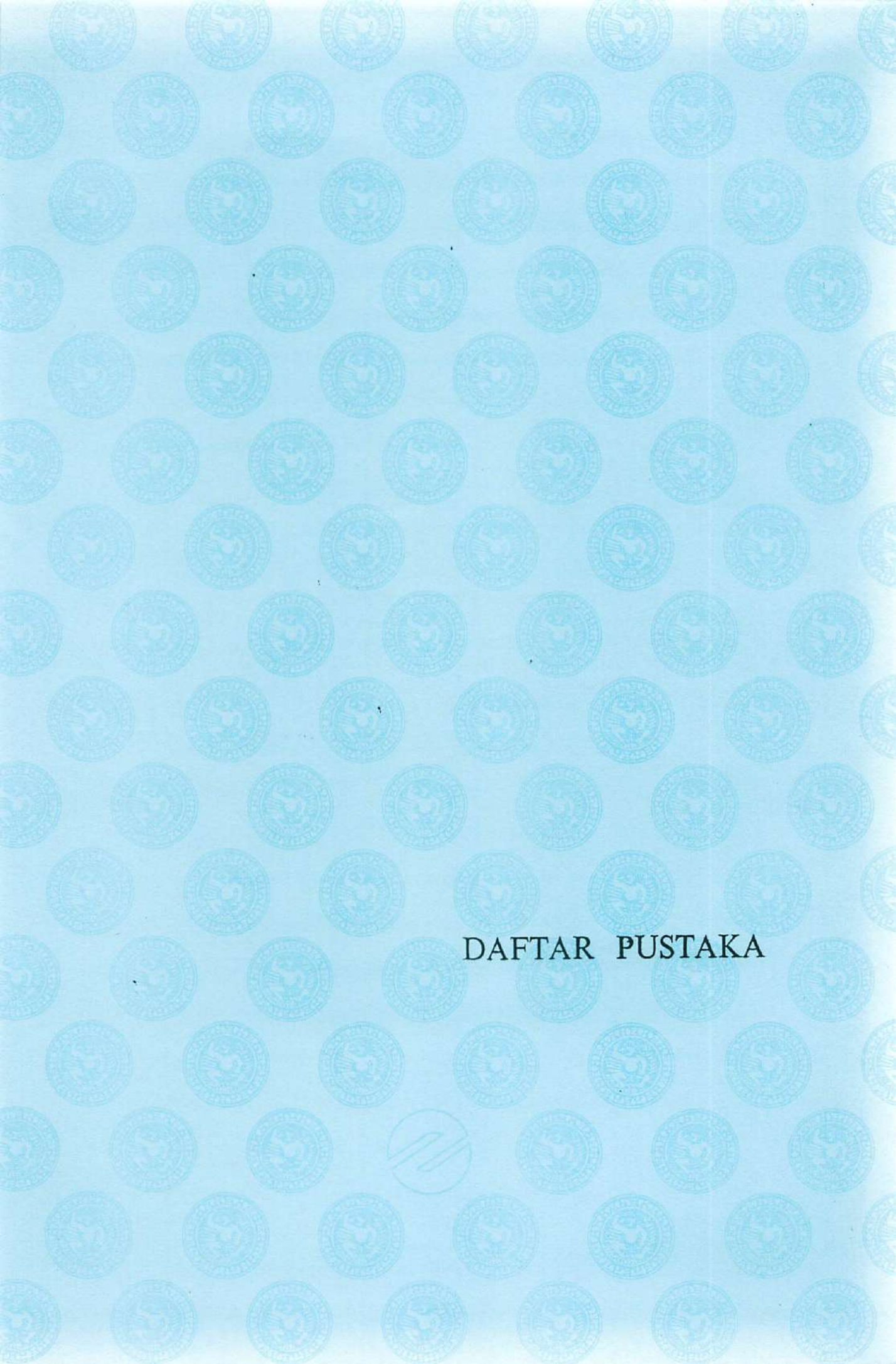
1. Sebagian besar pasien skizofrenia hebefrenik sebelum komunikasi terapeutik kemampuan sosialisasinya kurang, dengan *mean* berada pada skore kemampuan sosialisasi yang kurang (skore 20-40), baik pada kelompok perlakuan maupun pada kelompok kontrol.
2. Sebagian besar (85,7%) pasien skizofrenia hebefrenik kelompok perlakuan kemampuan sosialisasinya baik setelah dilakukan komunikasi terapeutik, terutama dalam hal mengenal diri. Sedangkan pada kelompok kontrol sebagian kecil responden (33,3%) menunjukkan kemampuan sosialisasi baik, terutama dalam hal kerjasama. Nilai rata-rata (*mean*) pada kelompok perlakuan lebih baik dari pada kelompok kontrol.
3. Terdapat pengaruh efektifitas komunikasi terapeutik terhadap kemampuan sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik ($p = 0,026$). Kelompok perlakuan menunjukkan kemampuan sosialisasi yang lebih baik dibandingkan dengan kelompok kontrol.

6.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan di atas maka perlu kiranya diberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Perawat perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa melalui program pelatihan.

2. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat perlu meningkatkan pelaksanaan komunikasi terapeutik , sehingga membantu proses sosialisasi.
3. Perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan tenaga perawat dengan mengikuti seminar atau pelatihan yang berkaitan dengan manajemen peningkatan mutu pelayanan keperawatan pasien gangguan jiwa.
4. Perlu penelitian lebih lanjut tentang efektifitas komunikasi terapeutik terhadap lamanya perawatan pasien gangguan jiwa di rumah sakit.



DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Ali Zaidin H.(2002). Dasar-dasar Keperawatan Profesional. Jakarta : Widya Medika.
- Amir, N (1997) Komponen Negatif Skizofrenia dan Skala Penilaiannya. Majalah Psikiatri Edisi 4. Jakarta : Yayasan Kesehatan Jiwa Dharmawangsa.
- Antai-Otong (1990). Psychiatric and Psychosocial Nursing. Philadelphia : BC Decker Inc.
- Arwani (2003). Komunikasi Dalam Keperawatan. Jakarta : EGC.
- Brockopp, Marie (2000). Dasar-dasar Riset Keperawatan. Jakarta : EGC.
- Burn, N and Grove S.K. (1991). The Practice of Nursing Research : Conduct, Critiques and Utilization. 2nd Ed, W.B Saunders Company, U.S.A.
- Edinberg, Bradley (1982). Communication in The Nursing Context. Connecticut : Appleton-century-crofts.
- Ganiswarna, Markam (1999). Kamus Kedokteran. Jakarta : EGC.
- Guze, Steven, Daniel, dkk. (1997). Psikiatri. Jakarta : EGC.
- Hildegard, Maria (2003). Proses Pengembangan Diri. Jakarta : PT Gramedia Widiasarana Indonesia.
- Hawari (2001). Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia. Jakarta : Gaya Baru.
- Joanne, Helen (1998). Psychiatric And Mental Health Nursing. Singapore : Appleton & Lange.
- Kariyoso (1994). Pengantar Komunikasi Bagi Perawat. Jakarta : EGC.
- Keliat, B.A. (1996). Hubungan Terapeutik Perawat Klien. Jakarta : EGC.
- Keliat, B.A. (2003). Pedoman Pelaksanaan Terapi Aktivitas Kelompok Sosialisasi. Makalah Pelatihan Pada Pelatihan Nasional Terapi Modalitas Keperawatan Profesional Jiwa di RSJ Lawang Malang. 10 – 16 Juni.
- Knoers, Siti Rahayu (2001). Psikologi Perkembangan. Yogyakarta : Gajma Mada University Press.

- Maramis (1994). Ilmu Kedokteran Jiwa. Surabaya : Airlangga University Press.
- Maslim Rusdi (1998). Diagnosis Gangguan Jiwa PPDGJ III. Jakarta.
- Mansjoer (1999). Kapita Selekta Kedokteran I. Jakarta : FKUI.
- Nasution (1999). Sosiologi Pendidikan. Jakarta : Bumi Aksara.
- Nancy (1996). Prinsip-prinsip Keperawatan. Yogyakarta : Yayasan Essentia Medica.
- Nursalam, Siti Pariani (2001). Metodologi Riset Keperawatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam (2003). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta : Salemba Medica.
- Nurjanah (2001). Hubungan Terapeutik Perawat dan Klien. Yogyakarta : CV. Media Pressindo.
- Nazir (1999). Metode Penelitian. Jakarta : Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo (2002). Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta.
- Purwanto Heru (1994). Komunikasi Untuk Perawat. Jakarta : EGC.
- Rakhmat Jalaluddin (2002). Metode Penelitian Komunikasi. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- Rakhmat Jalaluddin (2000). Psikologi Komunikasi. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.
- RSJ Menur Surabaya (2003). Laporan Tahunan Tahun 2002. Surabaya.
- Sugiyono (1997). Statistika Untuk Penelitian. Bandung : Alfabeta.
- Sugiyono (1999). Statistika Untuk Penelitian. Bandung : Alfabeta.
- Soehoet, H. (2002). Teori Komunikasi 2. Jakarta : Yayasan Kampus Tercinta-IISIP.
- Sudjarwo (2001). Metodologi Penelitian Sosial. Bandung : Mandar Maju.
- Stuart. Laraia (1998). Psychiatric Nursing. St. Louis : Mosby.
- Widjaja (2000). Ilmu Komunikasi. Jakarta : Rineka Cipta.

LAMPIRAN



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN 54
Jalan Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60134
Telp. (031) 5012496 - 5014067 Facs. : 5022472

Surabaya, 16 September 2003

Nomor : 2725 /JO3.1.17/D-IV & PSIK/2003
Lampiran : 1 (satu) Berkas.
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan
Data Awal Mahasiswa PSIK - FK UNAIR

Kepada Yth. :

Direktur Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya

Di -
Tempat.

Dengan hormat,

Schubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : M. i. a. d. i
NIM : 010230466_B
Judul Penelitian : Efektifitas Komunikasi Terapeutik Terhadap
Kemampuan Sosialisasi Klien Skizofrenia Hebefrenik
Tempat : Ruang A, B, C, D, E, F, G, H

Atas perhatian dan kerjasamanya , kami sampaikan terima kasih.

a.n. Ketua Program
Pembantu Ketua I

Nursalam Mnurs (Hons)
NIP. : 140 238 226

Tembusan :
Kepala Bidang Keperawatan
Rumah Sakit Jiwa Menur Surabaya



0721/055 /306/2001

Kepada
Yth. Ketua Program Studi
S.I. Ilmu Keperawatan
Jl. Mayjen Prof Dr. Moes-
lopo no. 47
Surabaya

Permohonan Bantuan Pa-
silitas Pengumpulan Pa-
ta Awal Mahasiswa PSIK-
FR UNAIR.

12 Januari 2004

omor
amiran
erihal

Menjawab surat Saudara nomor 2725/J03.1.17/D-IV &
PSIK/2003 tertanggal 16 September 2003 perihal tersebut
pada pokok surat, dapat kami beritahukan bahwa mahasiswa :

n a m a : Madi

NIM : 010230466 B

telah melakukan pengumpulan data di RS Jiwa Menur Sura-
baya, sehubungan dengan penelitian Efektifitas Komunikasi
Terapeutik terhadap Kemampuan Sosialisasi Klien Skizofre-
nia Hebefrenik. Mulai tanggal 10 oktober s.d. 8 Nopember
2003.

Demikian pemberitahuan kami untuk dapat diperguna-
kan seperlunya.



Wakil Kepala Program Studi
Medik & Keperawatan

dr. Ahmad Ngkawidjaja, Sp.KT.
Pembina Tk. I
NIP 140 100 855

Lampiran 3

Surat Permohonan Menjadi Responden Penelitian

Kepada

Yth. Bapak/Ibu keluarga pasien

RSJ Menur Surabaya

Nama saya Miadi Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya Angkatan V. Saya akan melakukan penelitian tentang :”**Efektifitas Komunikasi Terapeutik Terhadap kemampuan Sosialisasi Pasien Skizofrenia Hebefrenik.**”

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang pengaruh komunikasi terapeutik terhadap sosialisasi pasien skizofrenia hebefrenik sehingga dapat digunakan sebagai informasi guna peningkatan pelayanan perawatan pada pasien gangguan jiwa terutama pelaksanaan komunikasi terapeutik.

Untuk itu kami mohon partisipasi saudara dalam penelitian ini dengan memberikan ijin kepada kami untuk menggunakan anggota keluarga saudara yang sedang dirawat di RSJ Menur ini sebagai responden penelitian. Saya menjamin kerahasiaan identitas saudara , dan segala sesuatu yang kami peroleh dari pasien dan saudara hanya dipergunakan sebagai wahana pengembangan ilmu keperawatan dan tidak akan dipergunakan untuk maksud lain.

Sebagai bukti kesediaan saudara yang telah memberikan ijin kepada kami, kami mohon kesediaannya untuk menandatangani lembaran persetujuan yang telah kami siapkan, atas partisipasi dan kerjasama saudara kami sampaikan terima kasih.

Tanggal :

Tanda tangan :

Lampiran 4

Surat Pernyataan Persetujuan

Setelah saya membaca maksud dan tujuan penelitian ini, maka dengan penuh kesadaran tanpa paksaan dari pihak lain menyatakan bahwa saya tidak keberatan dan memberikan ijin kepada saudara Miadi Mahasiswa PSIK Angkatan V FK Unair Surabaya untuk menggunakan anggota keluarga saya yang sedang menjalani perawatan di RSJ Menur Surabaya untuk dijadikan responden penelitian Efektifitas Komunikasi Terapeutik Terhadap Kemampuan Sosialisasi Pasien Skizofrenia Hebefrenik.

Tanda tangan di bawah ini, menunjukkan bahwa saya telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanggal :

Tanda tangan :

No. Responden :

Panduan pelaksanaan komunikasi terapeutik ; gangguan sosialisasi

A. Pengertian

Merupakan bentuk interaksi antara perawat dengan pasien gangguan sosialisasi dengan menggunakan komunikasi sebagai sarannya.

B. Tujuan

Meningkatkan kemampuan pasien dalam hal :

1. Menegal diri sendiri
2. Mengenai orang lain
3. Bercakap-cakap
4. Mengikuti peraturan yang ada
5. Kerjasama dengan orang lain

C. Waktu

Dilakukan sebanyak 4 kali interaksi setiap hari (selama 4 hari) dengan intensitas selama 20 menit setiap kali interaksi.

D. Persiapan

1. Panduan komunikasi terapeutik
2. Lembar observasi
3. Alat tulis
4. Mempelajari kemampuan sosialisasi pasien sebelumnya.

E. Prosedur

1. Mendatangi pasien (di ruangan/tempat terapi), ucapkan salam.
2. Berkenalan (interaksi I), menjelaskan maksud dan tujuan pertemuan.
3. Menciptakan kontrak dengan pasien (topik, waktu, tempat).

4. Bertanya kepada pasien siapa saja orang yang sudah dikenal di tempat dia dirawat sekarang ini. Jika belum : ajak untuk berkenalan dengan orang lain (perawat, pasien, petugas kesehatan yang ada). Memberikan penguatan positif (pujian) terhadap pasien yang sudah berkenalan dengan orang disekitarnya.
5. Bertanya: apa manfaatnya berkenalan dengan orang lain.
6. Bertanya : selama dirawat kegiatan apa yang sudah diikuti (terapi olah raga, musik, kerja), jika belum : ajak pasien untuk mengikuti kegiatan yang sudah terjadwal. Memberikan penguatan positif (pujian) terhadap kegiatan yang sudah diikuti oleh pasien.
7. Bertanya: apa manfaatnya mengikuti kegiatan terapi.
8. Bertanya : kebiasaan sehari-hari yang sudah diikuti/dilaksanakan selama di rumah sakit, menganjurkan/mengajak pasien untuk mengikuti kegiatan sesuai peraturan (kebiasaan makan, minum obat tepat waktu, mengenakan seragam rumah sakit, menjaga kebersihan ruangan, minta ijin jika meninggalkan ruangan). Memberikan penguatan positif (pujian) terhadap kegiatan yang sudah dilakukan dengan benar oleh pasien.
9. Bertanya: apa manfaatnya mengikuti kegiatan sehari-hari dengan baik.
10. Bertanya : jika sedang ada masalah selama di rumah sakit ini, siapa orang yang diajak bicara. Memberikan penguatan positif (pujian) terhadap pasien yang sudah mengemukakan masalah yang dihadapi dengan orang lain. Bagi pasien yang belum melakukan : beri dorongan kepada pasien untuk berbagi perasaan dengan orang yang dia sukai/percaya (petugas kesehatan, pasien lain).
11. Bertanya: apa manfaatnya setelah menceritakan masalahnya kepada orang lain.
12. Berikan penguatan positif (pujian) terhadap setiap jawaban yang tepat dan relevan yang diberikan pasien.
13. Mengakhiri wawancara dan menjelaskan kontrak waktu, tempat, topik untuk pertemuan berikutnya.

Lampiran 6

Lembar observasi

Umur : Pendidikan :
 Jenis kelamin : Mengalami gangguan jiwa sejak
 Diagnosa Medik : (tanggal/bulan/tahun) :
 MRS Tanggal :
 Tanggal observasi :

No	SOSIALISASI	Selalu	Sering	Kadang-kadang	Tidak pernah	Kode
1	Mengenal diri sendiri a. Menyebut nama lengkap dengan benar b. Menyebut nama panggilan dengan benar c. Menyebut alamat dengan benar d. Menyebut statusnya dengan benar (sebagai pasien)					
2	Mengenal orang lain a. Memanggil perawat dengan nama yang benar b. Memanggil pasien lain dengan nama yang benar c. Memanggil dokter dengan nama yang benar					
3	Bercakap-cakap a. Mengajukan pertanyaan dengan jelas b. Menjawab pertanyaan dengan benar c. Menjawab pertanyaan dengan ringkas d. Menjawab pertanyaan secara relevan e. Menjawab pertanyaan dengan spontan					
4	Mengikuti peraturan yang ada a. Mengikuti kegiatan terapi sampai selesai b. Minum obat sesuai jadwal c. Berpakain dengan benar d. Minta ijin jika meninggalkan ruangan e. Makan ditempat yang sudah tersedia					
5	Kerjasama a. Membantu pasien lain yang membutuhkan b. Melaksanakan tugas sesuai perintah c. Membantu kegiatan ruangan					

Lampiran 7

Tabulasi Data Kemampuan Sosialisasi

Res	G	Karakteristik Resp				Skore Sebelum (pre)					JM L	Skore Sesudah (post)					JM L
		JK	U	Pd	LS	A	b	c	d	e		a	b	c	d	e	
1	1	1	2	3	4	6	3	8	7	3	27	13	6	16	14	6	55
2	1	1	1	3	4	7	5	8	9	5	34	11	6	14	13	6	50
3	1	1	1	4	4	6	4	8	8	3	29	9	5	11	10	5	40
4	1	1	1	3	1	8	4	6	8	4	30	12	8	8	13	6	47
5	1	1	1	3	4	9	4	7	8	4	32	12	7	15	17	10	61
6	1	1	1	1	4	7	4	8	8	4	31	12	5	12	14	5	48
7	1	1	1	1	3	6	4	8	9	4	31	14	7	15	15	9	60
8	2	1	2	3	1	8	4	7	10	5	34	8	4	9	10	6	37
9	2	1	1	3	4	8	4	9	8	5	34	8	4	10	10	5	37
10	2	1	1	2	4	8	3	10	7	4	32	8	4	10	10	5	37
11	2	1	2	4	4	7	4	10	7	3	31	7	4	10	11	6	38
12	2	2	1	1	2	9	3	8	9	4	33	9	4	12	13	6	44
13	2	2	1	2	4	6	4	8	9	4	31	10	7	14	16	8	55

Keterangan :

G (Grup) =

1. Perlakuan
2. Kontrol

JK (Jenis Kelamin) =

1. Laki-laki
2. Perempuan

U (Umur) =

1. 15-24 tahun
2. > 25 tahun

Pd (Pendidikan) =

1. SD
2. SMP
3. SMA
4. STM

L S (Lama Sakit) =

1. < 1 bulan
2. 1 - 5 bulan
3. 6 bulan - 1 tahun
4. > 1 tahun

a. Aspek mengenal diri sendiri

b. Aspek mengenal orang lain

c. Aspek bercakap-cakap

d. Aspek mengikuti peraturan

e. Aspek bekerjasama

Kemampuan Sosialisasi (Aspek)	Kelompok			
	Pre Intervensi	Post Intervensi	Pre Kontrol	Post Kontrol
Mengenal Diri Sendiri (≥ 9)	1 14,3%	7 100%	1 16,65%	2 33,3%
Mengenal Orang Lain (≥ 6)	0 0%	5 71,4%	0 0%	1 16,65%
Bercakap-cakap (≥ 11)	0 0%	6 85,7%	0 0%	2 33,3%
Mengikuti Peraturan (≥ 11)	0 0%	6 85,7%	0 0%	3 49,95%
Bekerjasama (≥ 6)	0 0%	5 71,4%	0 0%	4 66,6%

Lampiran 8

Summarize

Case Processing Summary^a

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sebelum * Grup	13	100.0%	0	.0%	13	100.0%
Sesudah * Grup	13	100.0%	0	.0%	13	100.0%

a. Limited to first 100 cases.

Case Summaries^a

			Sebelum	Sesudah	
Grup	Perlakuan	1	27	55	
		2	34	50	
		3	29	40	
		4	30	47	
		5	32	61	
		6	31	48	
		7	31	60	
		Total	N	7	7
			Mean	30.57	51.57
			Std. Deviation	2.225	7.547
	Kontrol	1	34	37	
		2	34	37	
		3	32	37	
		4	31	38	
		5	33	44	
		6	31	55	
		Total	N	6	6
			Mean	32.50	41.33
			Std. Deviation	1.378	7.250
		Total	N	13	13
Mean	31.46		46.85		
Std. Deviation	2.066		8.859		

Frequencies

Statistics

Grup			Sebelum	Sesudah
Perlakuan	N	Valid	7	7
		Missing	0	0
Kontrol	N	Valid	6	6
		Missing	0	0

Frequency Table

Sebelum

Grup			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Perlakuan	Valid	Kurang	7	100.0	100.0	100.0
		Total	7	100.0	100.0	
Kontrol	Valid	Kurang	6	100.0	100.0	100.0
		Total	6	100.0	100.0	

Sesudah

Grup			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Perlakuan	Valid	Kurang	1	14.3	14.3	14.3
		Cukup	4	57.1	57.1	71.4
		Baik	2	28.6	28.6	100.0
		Total	7	100.0	100.0	
Kontrol	Valid	Kurang	4	66.7	66.7	66.7
		Cukup	2	33.3	33.3	100.0
		Total	6	100.0	100.0	

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sebelum * Sesudah	13	100.0%	0	.0%	13	100.0%

Sebelum*Sesudah Crosstabulation

		Sesudah			Total	
		Kurang	Cukup	Baik		
Sebelum	Kurang	Count	5	6	2	13
		% of Total	38.5%	46.2%	15.3%	100%
Total		Count	5	6	2	13
		% of Total	38.5%	46.2%	15.3%	100%

NPar Tests

Mann-Whitney Test

Ranks

	Grup	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sebelum	Perlakuan	7	5.36	37.50
	Kontrol	6	8.92	53.50
	Total	13		
Sesudah	Perlakuan	7	9.21	64.50
	Kontrol	6	4.42	26.50
	Total	13		

Test Statistics^b

	Sebelum	Sesudah
Mann-Whitney U	9.500	5.500
Wilcoxon W	37.500	26.500
Z	-1.678	-2.230
Asymp. Sig. (2-tailed)	.093	.026
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.101 ^a	.022 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: Grup

Analisa Hasil :

1. Sebelum Perlakuan (pre)

Nilai Asymp. Sig (2-tailed) yang lebih besar dari 0,05 (0,093) menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan sosialisasi antara sample utama dan sample kontrol. (untuk batas signifikansi 95%)

2. Sesudah Perlakuan (post)

Nilai Asymp. Sig (2-tailed) yang lebih kecil dari 0,05 (0,026) menunjukkan adanya **perbedaan sosialisasi yang signifikan** antara sample utama dan sample kontrol. (untuk batas signifikansi 95%)