

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Penelitian

Gangguan mental atau penyakit kejiwaan adalah pola psikologis atau perilaku yang pada umumnya terkait dengan stres atau kelainan mental yang tidak dianggap sebagai bagian perkembangan normal manusia<sup>1</sup>. Perkembangan normal manusia maksudnya adalah orang dengan sehat mental, menurut WFMH (*World Federation for Mental Health*) yaitu suatu keadaan yang optimal pada sisi intelektual, emosional, dan sosial, -serta tidak semata-mata tidak adanya gangguan-gangguan mental-, sepanjang tidak mengganggu lingkungannya, secara khusus, lingkungan sosial (Wiramihardja, 2005: 9). Jadi gangguan mental atau penyakit kejiwaan tidak selalu tampak pada diri seseorang tidak juga secara tiba-tiba terlihat. Gangguan kejiwaan terjadi dengan pola yang bisa dikatakan cukup jelas karena umumnya ada pemicunya. Orang dengan gangguan mental atau kejiwaan biasanya baru terlihat ketika orang tersebut berperilaku tidak biasa dan dinilai mengganggu orang-orang disekitarnya. Perilaku-perilaku itulah gejala yang mulai terlihat dan menunjukkan bahwa orang tersebut mengalami gangguan mental pada dirinya. Ketika gejala-gejala itu muncul dan terlihat barulah disadari bahwa orang tersebut mengalami gangguan mental atau penyakit kejiwaan.

Gangguan mental atau penyakit kejiwaan dapat menimpa siapa saja dan berpotensi diderita oleh siapapun. Hal ini terjadi karena sebagai makhluk individu pasti mengalami interaksi terhadap lingkungannya. Menurut Darwin, interaksi tersebut adalah perjuangan dari makhluk tersebut untuk mempertahankan jenis dan selanjutnya bahkan mengembangkan diri. Upaya mempertahankan ini dapat juga disebut sebagai upaya-upaya untuk menyesuaikan diri memenuhi tuntutan lingkungan

---

<sup>1</sup> [http://id.wikipedia.org/wiki/Penyakit\\_kejiwaan](http://id.wikipedia.org/wiki/Penyakit_kejiwaan) (diakses 20 Agustus 2014, 09:56)

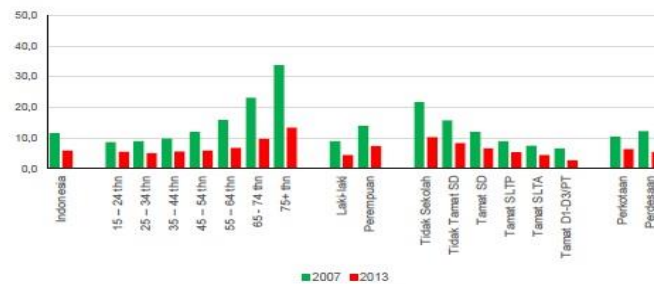
terhadap dirinya (Wiramihardja, 2005: 44). Dalam penyesuaian diri terhadap lingkungannya seseorang bisa saja mengalami konflik yang tidak dengan mudah mampu diselesaikan. Apabila konflik itu terlalu sulit diselesaikan maka akan menimbulkan stres. Beberapa orang mungkin mampu menyelesaikan konflik yang ia hadapi namun, beberapa yang lain bisa saja tidak mampu menyelesaikannya dengan baik. Bahkan orang yang menyelesaikan konflik dengan dirinya pun masih berpotensi untuk mengalami gangguan mental atau penyakit kejiwaan. Karena konflik yang dialami manusia akan berlangsung terus-menerus dan semakin berkembang menjadi lebih rumit seiring bertambahnya usia dan kedewasaan. Sehingga bisa dikatakan konflik itu akan terus berlangsung sepanjang hidupnya.

Stres yang dialami seseorang bisa ringan dan bisa juga berat. Tentu saja stress yang berat akan lebih cepat, kuat dan lebih lama membangkitkan gangguan dalam diri seseorang, demikian juga sebaliknya stress yang ringan setelah beberapa waktu baru terasa dampaknya (Wiramihardja, 2005:48). Gangguan kejiwaan ringan dapat diderita oleh siapa saja namun tidak mudah terlihat bahwa itu merupakan salah satu bentuk gangguan kejiwaan ringan yang berpotensi mengarah ke gangguan kejiwaan berat jika terus dibiarkan. Gangguan kejiwaan ini disebut gangguan mental emosional. Dimana gangguan yang dialami bersifat ringan dan sementara. Gangguan kejiwaan ringan ini bisa terjadi pada seseorang pada waktu tertentu namun kemudian menghilang dan bisa saja kembali terjadi di waktu yang lain. Pemerintah telah melakukan penilaian gangguan mental emosional di Riskerdas 2013 yang sebelumnya juga telah dilakukan pada Riskerdas 2007 lalu. Gangguan mental emosional adalah istilah yang sama dengan distress psikologik. Kondisi ini adalah keadaan yang mengindikasikan seseorang sedang mengalami perubahan psikologis. Berbeda dengan gangguan jiwa berat psikosis dan skizofrenia, gangguan mental emosional adalah gangguan yang dapat dialami semua orang pada keadaan tertentu, tetapi dapat pulih seperti semula. Gangguan ini dapat berlanjut menjadi gangguan yang lebih serius apabila tidak segera ditanggulangi. (Riskerdas 2013 Departemen Kesehatan Indonesia).

Dari riset yang dilakukan departemen kesehatan pada 2007 dan 2013 masih terdapat penderita yang mengalami gangguan mental emosional di Indonesia. Yang secara karakteristik dapat terlihat dari diagram dibawah ini :

**Gambar 1 . 1**

**Grafik Hasil Rinkerdas 2013 Departemen Kesehatan Indonesia**



Gambar 3.9.1 Prevalensi gangguan mental emosional berdasarkan karakteristik, Riskesdas 2007 dan 2013

Gambar 3.9.1 memperlihatkan bahwa pola prevalensi gangguan mental emosional sesuai kelompok umur, jenis kelamin, dan pendidikan ART menurut Riskesdas 2013 senada dengan hasil Riskesdas 2007, kecuali pola menurut tempat tinggal. Pada Riskesdas 2007 prevalensi gangguan mental emosional di perdesaan lebih tinggi daripada di perkotaan, tetapi dalam Riskesdas 2013 prevalensi tersebut berbalik dan prevalensi di perkotaan menjadi lebih tinggi dibanding di perdesaan.

sumber : Riskerdas 2013 Departemen Kesehatan Indonesia

Dari diagram diatas beserta keterangan yang dicantumkan dalam Riskerdas 2013 tersebut, menunjukkan bahwa hampir semua karakteristik yang menjadi tolak ukur riset gangguan mental emosional tahun 2007 dan 2013 senada dan bahkan mengalami peningkatan<sup>2</sup>.

Gangguan jiwa atau stress yang dialami seseorang bermacam-macam, depresi adalah gangguan jiwa yang paling lazim dijumpai di masyarakat. Survei Badan Kesehatan Dunia (WHO) di 14 negara (1990) memperlihatkan bahwa depresi merupakan masalah kesehatan yang mengakibatkan beban sosial nomor empat terbesar di dunia. Prediksi WHO diperkirakan lebih dari 300 juta penduduk dunia

<sup>2</sup> <http://terbitan.litbang.depkes.go.id/penerbitan/index.php/blp/catalog/book/64> (diakses 3 Juni 2014, 14:04)

menderita depresi dan penyakit ini akan menjadi masalah kesehatan nomor dua terbesar didunia setelah penyakit kardiovaskuler pada tahun 2020 nanti. Survey terbaru yang dilakukan WHO di tahun 2006 mengungkapkan, sejumlah 26 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa. Albert Maramis, perwakilan WHO untuk Indonesia menjelaskan bahwa angka tersebut artinya sebanyak 12-16 persen dari 260 juta penduduk Indonesia mengalami gejala gangguan jiwa. Dari total populasi penderita gangguan jiwa, sekitar 13,2 juta orang mengalami depresi. Sementara angka bunuh diri akibat penyakit jiwa di Indonesia mencapai 1.600-1.800 orang setiap 100.000 penduduk<sup>3</sup>. Depresi pun tidak begitu saja dialami oleh seseorang. Bisa saja sebelumnya orang tersebut telah mengalami berbagai konflik dalam dirinya maupun terhadap lingkungannya dimana sebagian konflik terselesaikan dengan mudah dan yang lain terselesaikan dengan sulit. Konflik yang sulit itu terus-menerus meninggalkan jejak baik yang disadari maupun yang tidak disadari. Maka jejak-jejak konflik itu menimbulkan beban pada diri seseorang yang membuat suatu ketika meledak bagaikan bom waktu saat dirinya sudah tidak sanggup menahan beban itu. Maka baru muncullah gejala-gejala yang memperlihatkan orang tersebut mengalami depresi. Belum lagi stigma negatif yang terlanjur melekat di masyarakat mengenai orang yang menderita gangguan kejiwaan menambah beban bagi diri si penderita karena ia akan merasa dirinya berbeda dan dikucilkan.

Kesehatan kejiwaan merupakan hal penting yang tidak bisa dianggap remeh. Hal ini sudah menjadi fokus pemerintah sejak lama mengingat gangguan jiwa yang tergolong berat menimbulkan beban bagi pemerintah, keluarga serta masyarakat oleh karena produktivitas pasien menurun dan akhirnya menimbulkan beban biaya yang besar bagi pasien dan keluarga. Hal ini diperjelas dengan keterangan Direktur Bina Kesehatan Jiwa, Kementerian Kesehatan, Irwansyah yang mengatakan bahwa kerugian ekonomi akibat gangguan jiwa mencapai Rp 20 triliun. Kerugian berupa hilangnya produktivitas seseorang serta beban ekonomi dan biaya kesehatan yang

---

<sup>3</sup> <http://pusham.uii.ac.id/index.php?page=buletin&id=26&lang=en> (diakses 12 Agustus 2014, 18:02)

harus ditanggung keluarga dan Negara<sup>4</sup>. Belum lagi dampak yang dialami secara fisik seperti munculnya penyakit fisik yang diakibatkan oleh gangguan mental yang dialami baik itu menurunnya konsentrasi, kehilangan berat badan, diare dan lain-lain. Maka dari itulah pemerintah memberikan layanan untuk menanggulangi penyakit kejiwaan ini yang berpusat di Rumah Sakit Jiwa.

Usaha pemerintah terlihat dengan telah tersebarnya unit-unit Rumah Sakit Jiwa di berbagai daerah yang siap sedia memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat Indonesia. Sayangnya, jumlah rumah sakit jiwa yang ada dan dinaungi pemerintah saat ini bisa dikatakan masih belum mampu menampung dan memberikan pelayanan bagi semua penderita penyakit kejiwaan seluruh Indonesia. Hal ini terlihat dari belum meratanya persebaran rumah sakit jiwa di Indonesia dan masih kurangnya tenaga medis yang disiapkan guna melakukan perawatan intensif terhadap penderita gangguan jiwa. Saat ini di Indonesia terdapat 41 rumah sakit jiwa dimana hanya 24 Rumah Sakit Jiwa milik Pemerintah dan 17 Rumah Sakit Jiwa Swasta. Bahkan belum semua provinsi memiliki Rumah Sakit Jiwa.

Ketidakmeratanya persebaran rumah sakit jiwa di Indonesia terutama terlihat dari jumlah rumah sakit jiwa di Provinsi Jawa Tengah dimana keberadaan rumah sakit jiwanya jauh lebih banyak jika dibandingkan dengan daerah lain. Banyaknya rumah sakit jiwa di provinsi ini, memungkinkan untuk menjadikan rumah sakit jiwa yang ada menjadi rujukan utama bagi penderita gangguan jiwa daerah lain. Keberadaan rumah sakit jiwa diseluruh Indonesia saat ini masih lebih berpusat di pulau Jawa dan Bali. Di pulau Jawa dan Bali pun persebaran rumah sakit jiwa tidak merata. Hal ini dapat dilihat dari jumlah rumah sakit di tiap daerah, seperti yang tersaji berikut :

---

<sup>4</sup> <http://health.kompas.com/read/2012/02/11/07363466/Gangguan.Jiwa.Masih.Diabaikan> (diakses 21 Agustus 2014, 10:50)

**Tabel. 1. 1**  
**Daftar Rumah Sakit Jiwa Seluruh Indonesia**

<b>No</b>	<b>Daerah</b>	<b>Nama Rumah Sakit Jiwa</b>	<b>Kepemilikan</b>	<b>Akreditasi</b>
1.	Banda Aceh	RSJ Banda Aceh	Pemprop	A
2.	Denpasar	RSJ Bina Atma	Organisasi sosial	-
3.	Medan	RSJ Medan	Pemprop	B
4.	Padang	RSJ Puti Bungsu	Organisasi sosial	D
5.	Pekanbaru	RSJ Tampan	Pemprop	A
6.	Jambi	RSJ Jambi	Pemprop	B
7.	Bandar Lampung	RSJ Bandar Lampung	Pemprop	B
8.	Bangka	RSJ Sungai Liat	Pemprop	B
9.	Jakarta Selatan	RSJ Dharmawangsa	Organisasi sosial	-
10.	Jakarta Timur	RSJ Islam Klender	Organisasi sosial	C
11.	Jakarta Timur	RSJ Duren Sawit	Pemprop	A
12.	Jakarta Pusat	RSJ Dharma Jaya	Organisasi sosial	-
13.	Jakarta Pusat	RSJ Dharma Sakti	Organisasi sosial	-
14.	Bandung Barat	RSJ Provinsi Jawa Barat	Pemprop	B
15.	Bandung	RSJ Hurip Waluyo	Organisasi sosial	C
16.	Klaten	RSJ Dr. RM. Soedjarwadi	Pemprop	A
17.	Magelang	RSJ Budi Asih	Organisasi sosial	-
18.	Magelang	RSJ Dharma Kusuma	Organisasi sosial	
19.	Surakarta	RSJ Surakarta	Pemprop	A
20.	Surakarta	RSJ Tathya Puri	Organisasi sosial	-
21.	Surakarta	Rumah Sakit Jiwa dan Syaraf Puri Waluyo	Organisasi sosial	C

22.	Semarang	RSJ Dr. Amino Gondohutomo	Pemprop	A
23.	Semarang	RSJ Puri Asih	Organisasi sosial	-
24.	Yogyakarta	RSJ Ghrasia / Pakem Lalijiwa	Pemkot	A
25.	Yogyakarta	RSJ Puri Nirmala	Organisasi sosial	-
26.	Malang	RSJ Dr. Wediodiningrat Radjiman	Kementerian Kesehatan	A
27.	Gresik	RSJ Aditama	Organisasi sosial	-
28.	Surabaya	RSJ Menur	Pemprop	A
29.	Tangerang Selatan	RSK Jiwa Dharma Graha	Organisasi sosial	C
30.	Bangli	RSJ Bangli	Pemprop	A
31.	Mataram	RSJ Propinsi NTB	Pemprop	B
32.	Singkawang	RSJ Singkawang	Pemprop	B
33.	Pontianak	RSJ Daerah Bangkong Sungai	Pemprop	-
34.	Samarinda	RSJ Atmamahusada Mahakam Samarinda / RSJ	Pemprop	-
35.	Manado	RSJ Prof. Dr. V. L. Ratumbusyang	Pemprop	A
36.	Palu	RSJ Palu	Pemkot	B
37.	Makassar	RSJ Makassar	Pemkot	A
38.	Kendari	RSJ Kendari	Pemkot	B
39.	Jayapura	RSJ Abepura	Pemprop	B
40.	Purbalingga	RSJ & Narkoba H. Mustajab	Organisasi sosial	-
41.	Medan	RSJ Bina Karsa Medan	Perorangan	C

sumber : olahan peneliti mengacu pada <http://buk.depkes.go.id/>

Di Jawa Tengah terdapat 9 rumah sakit jiwa yang tersebar di berbagai daerah. Rumah sakit jiwa milik pemerintah ada 4 (empat) lokasi. Rumah sakit jiwa ini berada di kota Magelang, Surakarta, Semarang dan Klaten dan 5 lainnya adalah rumah sakit jiwa swasta. Tiga rumah sakit jiwa milik pemerintah berada di kota-kota besar sedang satu diantaranya yaitu rumah sakit jiwa daerah Dr. RM. Soedjarwadi berada di kota kecil yaitu Klaten. Rumah sakit jiwa daerah Dr. RM. Soedjarwadi ini menjadi rumah sakit rujukan utama bukan hanya warga Klaten saja namun juga kota-kota di sekitar Klaten. Bahkan rumah sakit ini termasuk rumah sakit besar yang berakreditasi A meskipun berada di kota kecil. Rumah sakit jiwa yang berakreditasi A harus mempunyai fasilitas dan kemampuan paling sedikit pelayanan medik spesialis dan pelayanan medik sub spesialis sesuai kekhususan yang lengkap. Rumah sakit jiwa milik pemerintah ini penting keberadaannya karena rumah sakit jiwa milik pemerintah akan memberikan berbagai pelayanan medis bagi penderita gangguan mental atau kejiwaan secara lebih ekonomis maupun gratis. Apalagi dalam menekan dan menanggulangi jumlah pasien dengan gangguan kejiwaan rumah sakit jiwa milik pemerintah harus menerima dan melakukan perawatan bagi pasien yang dibawa oleh departemen sosial dimana biasanya pasien-pasien tersebut berasal dari orang-orang yang tingkat ekonominya rendah dan tuna wisma yang dibawa dari operasi dinas sosial dari jalanan.

Selain Rumah Sakit jiwa, tenaga kesehatan jiwa yang ada di Indonesia pun masih sangat terbatas. Tercatat hanya ada 616 orang psikiater dan dokter spesialis kesehatan jiwa<sup>5</sup>. Psikiater dan dokter spesialis kejiwaan ini bertugas mengawasi dan melakukan penilaian terhadap proses penyembuhan pasien. Salah satu anggota tim pelayanan kesehatan jiwa yang sangat berpengaruh dalam proses penyembuhan adalah perawat<sup>6</sup>. Perawat merupakan orang yang paling sering harus melakukan komunikasi dengan

---

<sup>5</sup> <http://health.kompas.com/read/2012/02/11/07363466/Gangguan.Jiwa.Masih.Diabaikan> (diakses 21 Agustus 2014, 10:50)

<sup>6</sup> [http://id.wikipedia.org/wiki/Penyakit\\_kejiwaan](http://id.wikipedia.org/wiki/Penyakit_kejiwaan) (diakses 21 Agustus 2014, 16:55)



pasien selain dokter. Namun dari intensitas komunikasinya, bisa dikatakan bahwa perawatlah yang harus terus melakukan kontak dengan pasien. Sehingga perawat jugalah yang sangat paham bagaimana kondisi pasien maupun perubahannya. Untuk melakukan perawatan terhadap pasien yang mengalami gangguan kejiwaan tentunya berbeda dengan perawatan terhadap pasien penyakit fisik. Pasien dengan penyakit fisik mengalami sakit pada tubuhnya sehingga untuk proses penyembuhan ia membutuhkan obat dan peralatan medis sebagai alat utama penyembuhan. Berbeda dengan pasien gangguan mental atau kejiwaan dimana obat dan peralatan medis yang digunakan bagi pasien sifatnya justru hanya mendukung proses penyembuhan. Alat utama bagi proses penyembuhan pasien gangguan mental adalah komunikasi. Komunikasi yang dibangun dengan pasien gangguan kejiwaan sangat menentukan cepat lambatnya proses kesembuhan. Komunikasi yang dilakukan kepada pasien gangguan kejiwaan tidak bisa dilakukan begitu saja. Karena setiap komunikasinya akan berdampak pada pasien baik itu dampak positif maupun negatif. Untuk itu sangat penting seorang perawat harus membangun hubungan yang dekat dengan pasien. hubungan yang terbentuk antara perawat dengan pasien merupakan hubungan saling membutuhkan. Dimana perawat bertugas memberikan bantuan dan pasien sebagai penerima bantuan. Khususnya pada penanganan terhadap pasien gangguan kejiwaan, peran perawat bukan hanya memberikan asuhan keperawatan saja namun perawat juga bertugas menjadi pendamping bagi pasien selama ia mendapatkan perawatan di rumah sakit jiwa.

Tugas mendampingi pasien gangguan kejiwaan inilah yang membuat peran perawat sebagai salah satu bagian pendukung proses kesembuhan pasien menjadi penting. Bagaimana tidak, perawat yang ada di rumah sakit jiwa memberikan pelayanan terhadap pasien selama 24 jam setiap harinya. Dan yang membuat tugas mereka lebih sulit adalah karena pasien yang mereka hadapi bukanlah pasien dengan penyakit biasa yang keadaannya mampu dimonitor melalui alat. Pasien yang mereka hadapi adalah pasien dengan gangguan kejiwaan dimana keadaan emosinya tidak selalu stabil, dimana apa yang dilakukannya tidak selalu dapat terkontrol, dan dimana

bicaranya tidak selalu mudah dimengerti. Hal ini membutuhkan kesabaran yang tinggi dari diri perawat dalam menangani pasien.

Perawat yang ditugaskan di Rumah Sakit Jiwa tentu saja harus sudah memperoleh bekal ilmu bagaimana menangani pasien yang mengalami gangguan kejiwaan. Dimana perawat harus mengacu pada standar praktek keperawatan kesehatan jiwa yang dipakai sebagai target untuk mengukur keberhasilan. Perawat menggunakan dirinya sebagai alat untuk membantu dalam proses penyembuhan pasien. Setiap komunikasi yang dilakukan perawat dengan pasiennya, haruslah mempunyai makna yang berarti bagi kondisi pasien. Hal ini diistilahkan dengan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien (Damaiyanti, 2010: 11). Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan dasar saling memberikan pengertian antara perawat dengan pasien. Komunikasi ini harus dirancang dengan sengaja dan merupakan tindakan profesional dari perawat.

Kendala yang sering dihadapi perawat dalam merawat pasien gangguan kejiwaan adalah masalah komunikasi, penderita sering menunjukkan respon berupa amuk, marah dan menolak (Rosdiana, 2009). Respon tersebut masih dipengaruhi oleh masalah kejiwaan yang diderita sehingga permasalahan komunikasi harus diselesaikan dengan cara yang efektif agar perawat dapat melanjutkan sesuai dengan rencana dan tujuan. Untuk menekan adanya penolakan dari pasien seorang perawat harus dengan hati-hati melakukan pendekatan yang efektif membuat strategi agar pasien bersedia dengan sukarela menerima keberadaan perawat, mengerti maksud dari keberadaan perawat dan bersedia mengikuti terapi-terapi yang diberikan oleh perawat tanpa mengalami paksaan. Maka dari itulah, perawat yang menangani pasien dengan gangguan kejiwaan harus membentuk sebuah strategi komunikasi guna membangun hubungan yang baik dengan pasien gangguan kejiwaan agar proses penyembuhan dapat berjalan dengan baik dan cepat. Strategi komunikasi ini tentunya tidak begitu saja diciptakan, namun harus memperhatikan juga mengenai kondisi

pasien dan latar belakang gangguan kejiwaan yang dialami. Perencanaan strategi ini yang disebut perencanaan komunikasi terapeutik.

Komunikasi terapeutik dalam dunia keperawatan terdiri dari 4 (empat) fase yaitu : fase pra-interaksi, fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi. Seorang perawat harus merencanakan secara terperinci tindak asuhan keperawatannya dengan berdasarkan pada keempat fase tersebut. Fase yang pertama adalah fase pra-interaksi, fase ini dilakukan pada saat perawat belum melakukan kontak dengan pasien dalam artian belum melakukan pertemuan secara langsung. Fase ini berisi tindakan-tindakan yang harus dipersiapkan oleh perawat pada dirinya. Seperti mencari data-data mengenai riwayat gangguan kejiwaan pasien dan mempersiapkan diri secara fisik maupun mental menghadapi pasien serta mencairitahu riwayat penyakit pasien dari keluarganya.

Fase kedua adalah fase orientasi. Dalam fase ini dibagi lagi menjadi 2 (dua) yaitu orientasi awal dan fase orientasi lanjutan. Pembagian ini ditujukan pada kegiatan yang berlangsung seperti fase pengenalan dilakukan saat pertama kali perawat bertemu dengan pasien yang artinya ia harus memperkenalkan dirinya kepada pasien begitu juga pasien, melakukan interaksi yang membuat pasien nyaman dan mau membuka diri. Lalu fase orientasi lanjutan yang dimaksudkan untuk melakukan pengenalan diri secara lebih intensif agar pasien nyaman dengan keberadaan perawat dan mau menerima keberadaan perawat serta mau menceritakan mengenai dirinya.

Fase ketiga adalah fase kerja. Pada fase ini pasien dalam keadaan telah siap menerima tindakan medis keperawatan baik dari dokter maupun perawat sendiri. Pasien dengan sadar mengetahui tindakan itu adalah tindakan medis untuk kesembuhan dan ia bersedia melakukannya dengan sukarela. Sehingga pada fase kerja ini pasien dikatakan telah mau bekerjasama dengan perawat untuk kesembuhan dirinya.

Dan fase terakhir adalah fase terminasi. Fase terminasi yang dilakukan perawat terbagi menjadi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Fase terminasi sementara adalah fase perpisahan bagi perawat dan pasien namun akan bertemu

kembali pada jadwal yang telah direncanakan berikutnya. Ini artinya fase terminasi sementara bersifat mengikat antara pasien dengan perawat. Dan fase terminasi akhir adalah fase perpisahan dimana pasien telah dinyatakan betul-betul sudah cukup sehat untuk dikembalikan lagi pada keluarga dan berada di masyarakat kembali.

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang diterapkan dalam dunia medis baik itu dilakukan oleh dokter maupun oleh perawat. Yang cukup unik disini adalah pada kenyataannya di lapangan komunikasi menjadi senjata ampuh guna melakukan tindak perawatan bagi pasien dengan gangguan kejiwaan. Jadi bisa disimpulkan komunikasi memiliki andil sangat besar bagi dunia medis terutama pada kasus-kasus yang terjadi pada pasien gangguan kejiwaan. Peneliti sendiri menemukan contoh kasus yang terjadi di masyarakat mengenai pentingnya komunikasi dalam dunia medis keperawatan jiwa. Kasus ini terjadi di kota Klaten seorang wanita berusia 45 tahun dan belum menikah. Ia sudah mengalami gangguan kejiwaan sejak ia kecil. Gejala itu muncul sejak wanita tersebut kelas 2 sekolah dasar setelah ia mengalami demam tinggi. Awalnya keluarga tidak menyadari adanya perubahan perilaku pada diri wanita tersebut mengarah ke gangguan kejiwaan. Butuh waktu cukup lama bagi keluarga untuk menyimpulkan bahwa wanita tersebut memang mengalami gangguan kejiwaan. Hal ini terjadi karena kurangnya pengetahuan dari pihak keluarga serta rasa sangat menyayangi wanita tersebut sehingga sulit bagi keluarga menerima kenyataan wanita tersebut mengalami gangguan kejiwaan.

Tindakan-tindakan yang dilakukan wanita itu mulai membahayakan orang-orang disekelilingnya. Ketika ia mengamuk ia mulai memukul kakaknya, memecahkan piring atau gelas, sampai yang paling parah ia pernah melakukan percobaan bunuh diri dengan terjun ke sungai. Khawatir keadaannya memburuk keluarga sepakat membawanya ke rumah sakit jiwa Dr. RM. Soedjarwadi di Klaten. Selama kurang lebih satu bulan ia menjalani perawatan di rumah sakit. Sekembalinya ia di rumah perkembangannya cukup menggembirakan. Wanita itu mulai ceria, mulai banyak bicara, mulai bisa menceritakan pengalamannya di rumah sakit jiwa dan keinginannya untuk tidak kembali kesana lagi. Namun beberapa bulan berlalu ia

kembali memperlihatkan gejala yang sama seperti saat sebelum mendapatkan perawatan. Ia mulai mengamuk dan berdiam diri.

Kesembuhan semu yang terjadi seperti itu bukan tanpa sebab, pasien dengan gangguan jiwa yang telah mendapatkan perawatan dan pengobatan di rumah sakit jiwa setelah kembali dan dipulangkan dari rumah sakit seringnya tidak mendapatkan penanganan khusus lagi. Menurut Dr. Suryani, SKp., MHSc, salah seorang dosen Ilmu Keperawatan (FIK) Unpad mengatakan bahwa penyakit gangguan jiwa merupakan sebuah *journey of challenge*, perjalanan yang penuh tantangan. Karena membutuhkan proses yang panjang dalam penyembuhannya. Karena itu, butuh pendampingan yang terus menerus sampai pasien benar-benar kuat. Ketika sudah dirumah, dukungan dari keluarga dan lingkungan sekitar pun sangat dibutuhkan agar pasien bisa menjalani proses penyembuhannya.<sup>7</sup>

Kasus lain juga peneliti temukan di masyarakat berkaitan dengan gangguan kejiwaan. Penderitanya seorang laki-laki berusia 38 tahun. Hampir sama dengan kasus yang pertama laki-laki ini mulai terlihat berperilaku berbeda sejak saudara-saudaranya menikah. Dahulunya ia bekerja sebagai tukang sablon pakaian di rumahnya, saat itu dia tampak seperti orang normal tidak terlihat bahwa ia mengalami gangguan kejiwaan. Baru sekitar 3 tahunan ini ia mulai suka menyendiri dan melamun. Setelah saudara-saudaranya menikah, ia hidup dengan ibunya. Sang ibu bekerja enam hari dalam seminggu dari pukul 8 sampai pukul 4 sore. Namun sang ibu selalu pulang pada saat jam istirahat untuk menyiapkan makan anaknya. Selain itu tetangga disekitar rumahnya membantu untuk terus melakukan pendekatan terhadap laki-laki itu. Perilaku yang diperlihatkan laki-laki itu berbeda dari kasus yang pertama. Ia tidak pernah menyakiti orang-orang disekitarnya, gejala yang diperlihatkan oleh laki-laki itu adalah melamun dan sering duduk termenung. Ibunya mulai melihat keadaannya mulai memburuk saat ia mulai tidak mau mengurus diri,

---

<sup>7</sup> [www.unpad.ac.id/profil/dr-suryani/Penderita.Gangguan.Jiwa.Indonesia.Terus.Meningkat](http://www.unpad.ac.id/profil/dr-suryani/Penderita.Gangguan.Jiwa.Indonesia.Terus.Meningkat) (diakses 25 Januari 2015, 16:00)

seperti mandi dan berbenah diri. Ia juga mulai diam saat orang lain mengajaknya berkomunikasi dan yang menurut ibunya paling parah adalah ia mulai sering menyalakan kompor lalu meninggalkannya hidup. Khawatir keadaannya membahayakan sang ibu berinisiatif membawanya berobat ke rumah sakit jiwa Dr. RM. Soedjarwadi. Sama dengan kasus pertama ia juga mendapatkan perawatan selama kurang lebih satu bulan. Sepulangnya ia dari rumah sakit jiwa keadaan laki-laki itu cukup baik. Ia mau berbicara, ia menanggapi saat disapa, ia merawat diri dan tidak lagi sering melamun. Ketika dirumah ibunya memberikan ia kegiatan sesuai arahan dari rumah sakit jiwa seperti memelihara ayam dan menjual telurnya. Dan sampai saat ini keadaan laki-laki itu sangat baik layaknya orang normal.

Dari dua contoh kasus yang peneliti temukan di lapangan itu dapat dilihat dampak seperti apa yang dapat ditimbulkan melalui komunikasi. Bagaimana pada kenyataannya komunikasi sangat berpengaruh dalam proses semakin parah dan proses penyembuhan pasien dengan gangguan kejiwaan. Perbedaan seperti apa yang ditimbulkan dari hasil penerapan komunikasi terapeutik di rumah sakit jiwa pada pasiennya. Dan bagaimana komunikasi terapeutik itu dilanjutkan setelah penderita kembali ke lingkungannya. Sayangnya masih banyak orang tidak peduli akan mereka yang mengalami gangguan kejiwaan bahkan banyak juga yang membebankan kesembuhan anggota keluarganya pada rumah sakit jiwa saja. Padahal di rumah sakit jiwa pasien bukan hanya diberikan pengobatan secara medis oleh dokter, namun ada peran perawat dimana tugasnya mendampingi pasien. Perawat yang mendampingi pasien merupakan pengganti keluarga bagi pasien ketika mereka mendapatkan perawatan di rumah sakit jiwa. Maka dari itu harus ada kedekatan dan rasa percaya dari pasien terhadap perawat yang ada di rumah sakit. Kedekatan yang terjalin diantara keduanya tentu tercipta melalui berbagai proses pendekatan. Pasien yang sebelumnya tidak mengenal perawat dan juga sebaliknya perawat belum mengenal pasien hingga akhirnya muncul kedekatan sehingga mempermudah proses penyembuhan.

Pendekatan yang dilakukan perawat terhadap pasien tersebut dilakukan dengan terencana dan penuh strategi. Yaitu melalui perencanaan strategi komunikasi terapeutik. Hal ini tidak hanya meliputi tahapan-tahapannya saja namun juga melibatkan perasaan perawat serta pasien di dalam prosesnya. Meskipun perawat bukanlah keluarga pasien, namun perawat harus mampu menunjukkan perasaan tulus mereka terhadap pasien dan menekan segala emosi yang ada pada diri mereka saat menghadapi pasien.

Peneliti menilai proses komunikasi terapeutik menjadi menarik untuk diteliti karena bagi perawat yang menangani pasien gangguan kejiwaan, menjalankan tahapan-tahapan dalam proses komunikasi terapeutik saja tidaklah cukup membuat proses penyembuhan berjalan efektif. Namun diperlukan adanya keterikatan emosi dan perasaan dalam menjalankan setiap tahapan-tahapan dalam komunikasi terapeutik tersebut dengan tanpa meninggalkan profesionalisme perawat. Dengan begitu keterlibatan perasaan diantara keduanya akan menciptakan kenyamanan, kepercayaan dan perasaan saling membutuhkan. Seperti kodratnya manusia dimana ia tercipta sebagai makhluk sosial yang akan terus berinteraksi dengan manusia lainnya. Dalam peran perawat terhadap pasien gangguan kejiwaan kodrat manusia sebagai makhluk sosial lebih jauh diterapkan dengan cara pengobatan. Hal yang memungkinkan dapat diambil dalam komunikasi yang tercipta antara perawat dengan pasiennya, adalah komunikasi terapeutik yang ada dalam dunia medis ini setiap orang dapat lebih peduli dengan mereka yang mengalami gangguan kejiwaan kemudian mengadaptasinya sesuai dengan kemampuan dirinya dan dengan begitu akan mampu membantu proses penyembuhan bagi penderita gangguan kejiwaan di sekitarnya.

Inilah yang membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai strategi tahapan komunikasi terapeutik yang diterapkan di Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi kepada pasiennya. Untuk itu peneliti berusaha melihat lebih dekat bagaimana situasi dan komunikasi terapeutik seperti apa yang dibangun di dalam rumah sakit jiwa ini. Dengan melakukan penelitian yang berjudul **“Strategi Tahapan Komunikasi Terapeutik di Rumah Sakit Jiwa (Studi Deskriptif Kualitatif**

## **Strategi Tahapan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah)”**

### **1.2 Fokus Penelitian**

Permasalahan yang diangkat peneliti dalam fokus penelitian ini terbagi menjadi dua. Terdiri dari pertanyaan besar dan diperinci dengan pertanyaan kecil. Fokus penelitian berupa pertanyaan besar dari skripsi yang berjudul “**Strategi Tahapan Komunikasi Terapeutik di Rumah Sakit Jiwa (Studi Deskriptif Kualitatif Strategi Tahapan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah)**” adalah :

Bagaimana Strategi Tahapan Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah ?

Yang kemudian lebih diperinci dengan fokus penelitian berupa pertanyaan kecil sebagai berikut :

1. Bagaimana **fase pra-interaksi** komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah terhadap pasien gangguan kejiwaannya dalam mendukung berjalannya proses penyembuhan ?
2. Bagaimana **fase orientasi** komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah terhadap pasien gangguan kejiwaannya dalam mendukung berjalannya proses penyembuhan ?
3. Bagaimana **fase kerja** komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah terhadap pasien gangguan kejiwaannya dalam mendukung berjalannya proses penyembuhan ?
4. Bagaimana **fase terminasi** komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah terhadap



pasien gangguan kejiwaannya dalam mendukung berjalannya proses penyembuhan ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Adapun penelitian tujuan yang ingin dicapai peneliti dalam penelitian ini adalah :

1. Mengetahui strategi tahapan komunikasi yang diterapkan perawat dengan pasien di rumah sakit jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.
2. Menggali secara mendalam mengenai strategi tahapan komunikasi yang diterapkan perawat dengan pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi sesuai dengan fase-fasenya.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

#### **1.4. 1 Manfaat Teoritis**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bersifat teoritis sebagai berikut :

1. Memperkaya dan memperluas teori mengenai komunikasi
2. Memperkaya bidang penelitian asuhan keperawatan mengenai komunikasi terapeutik
3. Menjadi sumber referensi bagi peneliti selanjutnya yang tertarik pada bidang komunikasi terapeutik khususnya asuhan keperawatan.

#### **1.4. 2 Manfaat Praktis**

Sementara itu, manfaat praktis yang diharapkan dapat diberikan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi perawat dengan pasien kejiwaan, penelitian ini dapat memberikan informasi mengenai penggunaan komunikasi terapeutik yang diterapkan di rumah sakit jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah.

2. Bagi keluarga pasien, penelitian ini dapat menjadi sumber referensi informasi dalam membantu keluarga menyesuaikan diri dengan anggota keluarganya yang mengalami gangguan kejiwaan dan bagaimana penanganannya.

## **1.5 Tahapan Penelitian**

Tahapan penelitian merupakan keseluruhan proses pembuatan penelitian ini yang meliputi penentuan ide, perencanaan, pelaksanaan, pengumpulan data, menyortiran data, analisa data dan penarikan kesimpulan yang dilakukan peneliti dalam melakukan penelitian yang berjudul **“Strategi Tahapan Komunikasi Terapeutik di Rumah Sakit Jiwa (Studi Deskriptif Kualitatif Strategi Tahapan Komunikasi Terapeutik Perawat dengan Pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah)”**. Adapun tahapan penelitian tersebut sebagai berikut :

### **1. 5. 1 Pra Penelitian**

Tahapan pra penelitian ini meliputi penentuan ide dan perencanaan. Dimana peneliti dalam tahapan ini mencari ide yang menarik untuk peneliti lakukan penelitian. Setelah ide penelitian sudah ditentukan, peneliti mulai membuat perencanaan yaitu dengan menyusun latar belakang penelitian, fokus masalah penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian dan mencari referensi teori yang terkait dengan tema yang akan diteliti.

Dalam tahapan ini, peneliti juga melakukan pra penelitian dengan melakukan pencarian data-data pendukung untuk melaksanakan penelitian ini. Diantaranya mengamati website Departemen Kesehatan Republik Indonesia dan Website Rumah Sakit Jiwa RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah secara berkala.

### **1.5. 2 Pelaksanaan Penelitian**

Dalam tahapan pelaksanaan penelitian, peneliti berusaha meresapi latar belakang yang mendasari penelitian ini dilakukan. Kemudian peneliti akan mulai membangun

hubungan yang baik dan mendalam dengan warga Rumah Sakit Jiwa Daerah Kabupaten Klaten (baik pasien maupun perawat dan dokter) mempelajari lebih mendalam mengenai Rumah Sakit Jiwa RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah dan perawatnya sambil mengumpulkan data-data yang diperlukan dengan cara melakukan wawancara, mencatat data, melakukan observasi langsung bagaimana perawat Rumah Sakit Jiwa membangun strategi komunikasi dengan pasiennya.

### **1.5.3 Pasca Penelitian**

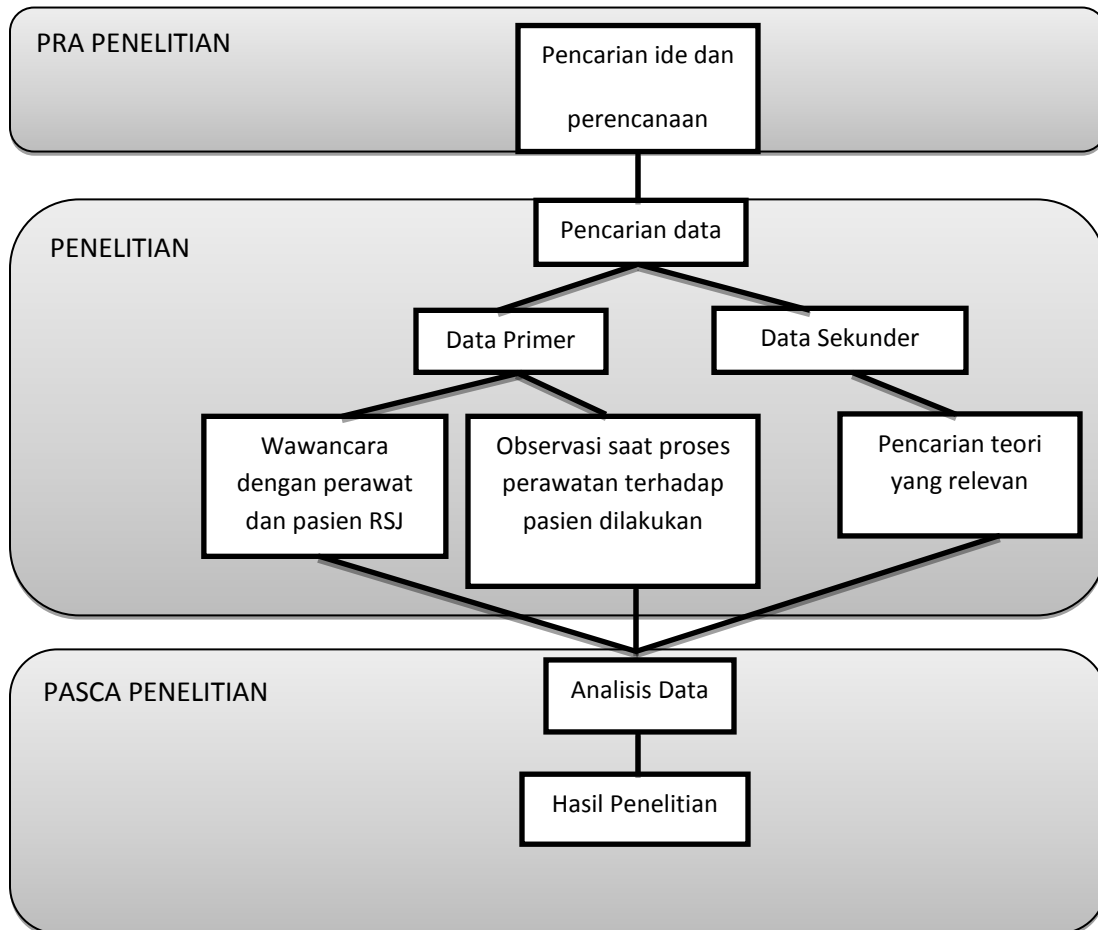
Tahapan pasca penelitian meliputi analisa data yang sudah diperoleh dan melakukan penarikan kesimpulan dari hasil penelitian. Pada tahap analisa data peneliti mulai mengumpulkan data-data yang sudah diperoleh dan memilah data yang mendukung atau tidak mendukung dalam penelitian ini. Kemudian peneliti mulai membuat sebuah pola untuk membagi data-data yang telah dipilah yang selanjutnya dibuat unit-unit agar mempermudah peneliti dalam penyusunan laporan penelitian.

Setelah semua data-data baik itu hasil wawancara, hasil observasi, foto, gambar, dan lain sebagainya sudah tersusun, peneliti akan segera melakukan analisa dari semua data tersebut dan dikaitkan dengan teori-teori yang sebelumnya telah dikumpulkan oleh peneliti untuk selanjutnya diproses hingga mencapai hasil penelitian yang konkrit.

Setelah hasil penelitian telah dicapai, peneliti melakukan penarikan kesimpulan dari hasil penelitian untuk kemudian dianalisa kelebihan dan kekurangannya sehingga peneliti dapat memberikan saran yang membangun bagi objek penelitian.

Secara singkat tahapan penelitian yang dilakukan peneliti dapat dilihat dari skema berikut :

**Gambar 1. 2**  
**Tahapan Penelitian**



sumber : Olahan Peneliti

## **1. 6 Lokasi dan Waktu Penelitian**

### **1. 6. 1 Lokasi Penelitian**

Penelitian ini akan dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Daerah RM. Soedjarwadi, Provinsi Jawa Tengah. Yang beralamatkan di Jln. Ki Pandanaran KM 02 Klaten - Jawa Tengah.

### **1. 6. 2 Waktu Penelitian**

Waktu yang peneliti rencanakan untuk melakukan penelitian ini adalah selama 11 (sebelas) bulan. Terhitung dari bulan April 2014 hingga Februari 2015. Berikut tabel waktu penelitian yang disusun oleh peneliti :