



**POLA KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN PASIEN
GANGGUAN JIWA**

THESIS

**Diajukan untuk memenuhi persyaratan mendapatkan gelar Magister Sains
Pada Program Studi Magister Ilmu Komunikasi
Sekolah Pascasarjana Universitas Sahid**

Oleh

Lilik Murdiyanto

201122320003

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KOMUNIKASI
SEKOLAH PASCA SARJANA UNIVERSITAS SAHID
JAKARTA
2015**

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

Judul Tesis : Pola Komunikasi Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Khusus Duerah (RSKD) Duren Sawit Jakarta Timur.
N a m a : Lilik Murdiyanto
NPM : 201122320003
Program Studi : Magister Ilmu Komunikasi (MIK)
Konsentrasi : Public Relations

SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS SAHID JAKARTA

Menyetujui

Pembimbing I



Dr. Fathurin Zen, M.Si.

Pembimbing II



Dr. Manik Sunuantari, Dra., M.Si.

Ketua Program Studi MIK



Dr. Mirza Ronda, Drs., M.Si.

Sekretaris SPS USAHID Jakarta



Dr. Titi Widaningsih, Dra., M.Si.

LEMBAR PENGESAHAN SIDANG TESIS

Judul Tesis : Pola Komunikasi Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa
N a m a : Lilik Murdiyanto
NPM : 201122320003
Program Studi : Magister Ilmu Komunikasi (MIK)
Konsentrasi : Public Relations

SEKOLAH PASCASARJANA UNIVERSITAS SAHID JAKARTA

Pengesahan oleh ;

Ketua Penguji : Dr. Fathurin Zen

()

Penguji Utama : Dr. Mirza Ronda, M.Si.

()

Penguji Anggota : Dr. Manik Sunuantari, M.Si.

()

Tanggal Lulus : 10 Maret 2015

ABSTRAK

POLA KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN PASIEN GANGGUAN JIWA

LILIK MURDIYANTO

201122320003

xii + 107 halaman+Bibliografi : 22 buku, 2 jurnal, 4 artikel

Schizophrenia, istilah medis bagi kondisi seseorang yang mengalami gangguan jiwa berat. Secara sederhana orang awam lebih mudah menyebutnya sebagai *orang gila*. Orang dengan *Schizophrenia* dapat dijumpai di berbagai jalanan kampung dan juga kota-kota besar seperti DKI Jakarta. Dari tahun ke tahun jumlahnya semakin meningkat. Permasalahan menjadi semakin kompleks, karena faktanya 90% pasien dengan *schizophrenia* yang dirawat di rumah sakit jiwa milik Pemprov DKI, yaitu Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Duren Sawit adalah pasien yang berulang. Di dalam serangkaian kegiatan keperawatan, perawat merupakan ujung tombak komunikasi (*triasi*) karena memiliki lebih banyak waktu untuk berinteraksi dengan pasien. Atas dasar tersebut, peneliti beranggapan bahwa ada fenomena-fenomena komunikasi yang menarik yang perlu diteliti dari hubungan terapeutik antara perawat dan pasien di RSKD Duren Sawit

Pendekatan yang digunakan di dalam melakukan penelitian ini adalah melalui tradisi fenomenologi. Bagi fenomenologi, dunia merupakan salah satu makna yang dikonstruksi secara intersubjektif, yang dipahami oleh seseorang menurut pengalamannya sendiri. Selain itu, untuk mendukung pemikiran-pemikiran yang berkaitan dengan komunikasi kesehatan, peneliti juga menggunakan teori komunikasi terapeutik.

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi. Di dalam metode fenomenologi, peneliti berusaha terlibat sebagai *observer participant* untuk mendapatkan pengalaman terus-menerus dengan para subjek. Hal ini diperlukan karena tujuan fenomenologi yang mengharuskan peneliti membuat suatu interpretasi atas apa yang mereka lihat, dengar, dan pahami.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara teori penerapan komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa (*schizophrenia*) di RSKD Duren Sawit tidak sesuai atau tidak dapat diterapkan sepenuhnya di lapangan karena berbagai hal, *pertama* karena secara psikologis seseorang (perawat) yang merasa tidak nyaman akan melakukan tindakan yang bertentangan dengan apa yang telah mereka ketahui dan yakini (teori Disonansi Kognitif). *Kedua*, secara kultural kondisi sosial dan budaya yang berlaku turut mempengaruhi pola komunikasi dan asuhan keperawatan. Selain itu, ada perbedaan bentuk atau pola komunikasi yang dilakukan di tiap-tiap kategori keperawatan. *Komunikasi paksaan* ditemukan di kategori Akut, *komunikasi rayuan/bujukan* ditemukan di kategori Sub-akut, sedangkan, *komunikasi perintah* diterapkan di kategori Tenang.

Kata kunci : pola komunikasi, komunikasi terapeutik.

ABSTRACT

NURSE'S COMMUNICATION PATTERNS WITH PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

LILIK MURDIYANTO

201122320003

xii + 107 pages+Bibliography : 22 books, 2 journals, 4 articles

Schizophrenia, the medical term for the condition of a person who has a severe mental disorder. In simple terms, it is easier for ordinary people to call it a madman. People with Schizophrenia can be found in various village streets and also in big cities such as DKI Jakarta. From year to year the number is increasing. The problem is becoming more complex, due to the fact that 90% of patients with schizophrenia who are treated at a mental hospital owned by the DKI Provincial Government, namely the Duren Sawit Regional Special Hospital (RSKD) are repeat patients. In a series of nursing activities, nurses are the spearhead of communication (triation) because they have more time to interact with patients. On this basis, the researcher assumes that there are interesting communication phenomena that need to be investigated from the therapeutic relationship between nurses and patients at RSKD Duren Sawit.

The approach used in conducting this research is through the phenomenological tradition. For phenomenology, the world is an intersubjectively constructed meaning, which is understood by a person according to his or her own experience. In addition, to support thoughts related to health communication, researchers also use therapeutic communication theory.

The method used in this study is a qualitative research with phenomenological methods. In the phenomenological method, the researcher tries to be involved as an observer participant to get continuous experience with the subjects. This is necessary because the purpose of phenomenology requires researchers to make an interpretation of what they see, hear, and understand.

The results showed that theoretically the application of therapeutic communication to patients with mental disorders (schizophrenia) at RSKD Duren Sawit is not appropriate or cannot be fully implemented in the field for various reasons, firstly because psychologically someone (nurse) who feels uncomfortable will take contradictory actions. with what they already know and believe (Cognitive Dissonance theory). Second, culturally the prevailing social and cultural conditions also influence the pattern of communication and nursing care. In addition, there are differences in the form or pattern of communication carried out in each category of nursing. Coercive communication was found in the Acute category, seduction/persuasion communication was found in the Sub-acute category, whereas command communication was applied in the Calm category.

Keywords: communication patterns, therapeutic communication.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat rahmat serta hidayahnya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul Pola Komunikasi Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa ini. Shalawat dan salam tak lupa pula peneliti sampaikan kepada junjungan kita Baginda Nabi Besar Muhammad SAW, yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat bagi seluruh umat manusia di dunia.

Tesis ini disusun guna memenuhi sebagian dari syarat kelulusan program Magister Ilmu Komunikasi pada Sekolah Pascasarjana Universitas Sahid Jakarta. Penulis sadari sepenuhnya bahwa dengan adanya keterbatasan pengetahuan, kemampuan, dan juga kemampuan yang datangnya dari penulis, maka tesis ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan masukan, kritik, dan saran yang sifatnya membangun dari para pembaca agar kedepannya penulis dapat melakukan yang lebih baik lagi.

Dalam penulisan tesis ini, walaupun dalam keadaan yang susah payah dan *terseok-seok*, tetapi penulis sangat bersyukur karena selain atas izin Allah, banyak pihak yang baik hati mau membantu dan berkontribusi atas penyelesaian tesis ini. Tiada kata selain ucapan TERIMA KASIH dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

1. Kedua orang tua ku, (alm) Bapak dan juga *mamak (mbah)* atas doa-doa yang mustajab, mudah-mudahan aku diberi kesempatan untuk membalas dan membahagiakan beliau.
2. Istriku tercinta, Herlinda atas dorongan semangat dan kesabaran yang tiada batas, mulai dari penulis kuliah sampai dengan selesainya tesis ini. Selanjutnya, untuk tiga *malaikat kecilku* (Kakak Cinta, Abang Raja, dan Reno) yang menjadi *lecutan* semangat dan juga penyejuk hati disaat letih.
3. *Akung* dan *Uti* (Papa dan Mama mertua) begitu juga *Uni*, atas segenap dukungan moril dan materi, yang turut merasakan pahit getir perjuangan penulis.
4. Keluarga besarku semua yang turut memberikan semangat dan doa
5. Bapak Dr. Fathurin Zen selaku Pembimbing I yang dengan sabar mengarahkan penulis tentang tema-tema penelitian yang harus diperhatikan.

6. Ibu Dr. Manik Sunuantari, M.Si selaku Pembimbing II yang *nggak* bosan-bosan menjelaskan dengan detil tema-tema penting dalam penelitian dan hal-hal yang harus dilakukan. *Maturnuwun njeh bu!*
7. Bapak Dr. Mirza Ronda selaku Kaprodi S2 Sekolah Pascasarjana dan juga Ibu Dr. Titi Widaningsih selaku Sekretaris Pasca Usahid yang telah mempermudah penulis dalam hal penyelesaian administrasi.
8. *Pak Sugie*, yang merupakan “pembuka jalan” untuk penulis melakukan penelitian di RSKD Duren Sawit, sehingga mempermudah akses penulis selama melakukan penelitian di sana.
9. Ibu Nini selaku Kabid. Keperawatan dan juga Pak Asep selaku Kadiklat di RSKD Duren Sawit, terima kasih atas keramah-tamahannya menerima penulis dan membantu segala kebutuhan penulis di lapangan.
10. Rekan-rekan seperjuangan MIKers, Wawan, Ade, Gusta, Anggie, Bu Nenden, dan semuanya. *Thanks guys!* Atas kebersamaan yang seru.
11. Rekan-rekan di tempat kerja, Pak Ahmadi, Bro Anto, Eko, Topik, dan semuanya, terima kasih atas dorongan semangatnya.

Penulis tidak dapat membalas semua kebaikan dan memberikan sesuatu apapun selain doa semoga segalanya mendapatkan berkah dan kebaikan sesuai dengan apa yang diharapkan. Amiin. Mudah-mudahan, tesis ini dapat bermanfaat dan juga membawa kebaikan, baik secara teoritis dan praktis bagi siapa saja yang berkepentingan.

Jakarta, 10 Maret 2015

Penulis

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Lilik Murdiyanto
NPM : 201122320003
Program Studi : Magister Ilmu Komunikasi
Kekhususan : Public Relations
Judul Tesis : Pola Komunikasi Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa
Alamat Rumah : Mutiara Gading Timur 2 Blok M.19 No. 14, Bekasi Timur

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa hasil penelitian dari tesis saya ini merupakan hasil pekerjaan saya sendiri dan orisinal. Sekiranya pernyataan saya ini bertentangan dengan kode etik ilmiah dan hukum yang berlaku, saya bersedia dan sanggup mempertanggungjawabkannya.

Jakarta, Maret 2015
Mahasiswa yang bersangkutan



Lilik Murdiyanto

DAFTAR ISI

Judul	
Lembar Persetujuan	ii
Lembar Pengesahan Sidang	iii
Abstrak	iv
<i>Abstract</i>	v
Kata Pengantar	vi
Lembar Orisinalitas Thesis	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Gambar	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB I : PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	10
1.3. Maksud dan Tujuan Penelitian	11
1.4. Manfaat Penelitian	12
1.4.1. Manfaat Akademis	12
1.4.2. Manfaat Praktis	12
1.5. Sistematika Penulisan	12
1.6. Keterbatasan dan Kelemahan Riset	13
BAB II : KERANGKA PEMIKIRAN	14
2.1. Tinjauan Pustaka	14
2.1.1. Penelitian Terdahulu	14
2.1.2. Signifikansi Penelitian	15
2.2. Teori dan Penelitian Tradisi Fenomenologi	15
2.3. Kerangka Teori	19
2.3.1. Fenomenologi Transendental Husserl	19
2.3.1.1. Komponen-komponen konseptual	19
2.3.2. Komunikasi Kesehatan	30
2.3.2.1. Komunikasi Terapeutik	33
2.3.2.2. Unsur-Unsur Komunikasi Terapeutik	35
2.3.2.3. Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik	36
2.3.2.4. Tahap-Tahap Komunikasi Terapeutik	37
2.3.2.5. Keperawatan Jiwa	41
BAB III : METODOLOGI PENELITIAN	42
3.1. Paradigma Penelitian	42
3.1.1. Ontologi Paradigma Intepretif	44

3.1.2. Epistemologi Paradigma Intepretif	44
3.1.3. Aksiologi Paradigma Intepretif	45
3.2. Sifat Penelitian	45
3.3. Metode Penelitian	47
3.4. Teknik Pengumpulan Data	49
3.5. Unit Analisis	49
3.5.1. Lokus Penelitian	52
3.6. Teknik Analisis Data	53
3.7. Kriteria Pengujian Keabsahan Penelitian	54
BAB IV : HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	57
4.1. Proses Keperawatan Jiwa	67
4.2. Proses Interaksi dan Komunikasi Perawat dengan Pasien	62
4.3. Pengelolaan Pasien	67
4.3.1. Penerimaan Pasien	67
4.3.2. Pengelompokkan dan Penempatan Pasien	68
4.3.3. Tahapan Keperawatan Jiwa	71
4.4. Pola Komunikasi Perawat Dengan Pasien	73
4.4.1. Kegiatan Sanitasi	73
4.4.2. Gaya Komunikasi Perawat	76
4.4.3. Pesan Komunikasi	78
4.4.4. Efek Komunikasi	79
4.5. Tinjauan Komunikasi Dalam Hubungan Terapeutik Perawat Dengan Pasien Jiwa	80
4.6. Penggunaan Media	85
4.6.1. Interaksi	85
4.6.2. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan Rehabilitasi Mental (RM)	86
4.7. Komunikasi Terapeutik Pasien Jiwa, Antara Teori dan Kenyataan ..	87
4.8. Jejak Fenomenologi Transendental Dalam Realitas Keperawatan Jiwa	92
4.9. Keterhubungan Teori Dengan Hasil Penelitian	101
BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN	103
5.1. Kesimpulan	103
5.2. Saran	106
DAFTAR PUSTAKA	108
LAMPIRAN-LAMPIRAN	110

DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 1. Pola Komunikasi Perawat Dengan Pasien	90
Gambar 2. Proses Pengikatan Pasien (fiksasi)	95
Gambar 3. Makna fiksasi dalam fenomenologi Transendental Husserl	100

DAFTAR LAMPIRAN

1. Gambaran Umum RSKD Duren Sawit
2. Catatan Lapangan (*field note*)
3. Wawancara :
 - 3.1. Wawancara Pra Penelitian
 - 3.2. Wawancara :
 - 3.2.1. Informan 1
 - 3.2.2. Informan 2
 - 3.2.3. Key Informan
 - 3.2.4. Informan 4
4. Pedoman Wawancara (*Guide Interview*)
5. Surat Pengajuan Permohonan Penelitian
6. Surat Balasan dari RSKD Duren Sawit

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Ketika makin disadari bahwa aspek komunikasi demikian penting di dalam proses interaksi sosial, khususnya dalam komunikasi interpersonal, maka setiap pelaku komunikasi akan berusaha mencari bentuk komunikasi agar pertukaran pesan dapat terjadi dengan efektif. Efektivitas komunikasi dan pengaruhnya terhadap perubahan perilaku seseorang, setidaknya dapat dilihat dari paling tidak dua aspek, yaitu organisasi komunikasi dan isi komunikasi atau pesan komunikasi (Azwar : 2000 : 77). Seorang komunikator yang bermaksud menyampaikan pesan persuasif guna mengarahkan sikap dan perilaku tertentu, mungkin harus mempertimbangkan apakah suatu komunikasi yang emosional akan lebih efektif daripada suatu komunikasi yang rasional, ataukah sebaliknya. Mungkin pula dipertimbangkan apakah suatu pesan yang membangkitkan kekhawatiran (*fear arousal*) akan lebih efektif dibandingkan dengan pesan yang tidak berisi unsur pembangkit ketakutan.

Persuasif dalam komunikasi dapat didefinisikan sebagai proses mempengaruhi dan mengendalikan perilaku orang lain melalui pendekatan psikologis (Rakhmat : 2001 : 6). Sehingga biasanya komunikasi persuasive dipergunakan sebagai proses, sebagai pesan, sebagai pengaruh, atau secara khusus sebagai pesan pasien dalam psikoterapi.

Dalam dunia kesehatan, khususnya psikoterapi mengenal metode komunikasi terapeutik (*therapeutic communication*). Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang mendorong proses penyembuhan klien (Depkes RI, 1997). Dalam pengertian lain mengatakan bahwa komunikasi terapeutik adalah proses yang digunakan oleh perawat memakai pendekatan yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan pada

klien. Dengan metode ini, seorang terapis, perawat, atau petugas medis lain mengarahkan komunikasi begitu rupa sehingga pasien dihadapkan pada situasi dan pertukaran pesan yang dapat menimbulkan hubungan sosial yang bermanfaat. Persoalan yang mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan klien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan klien, perawat membantu dan klien menerima bantuan.

Dalam proses keperawatan jiwa, komunikasi bertujuan untuk mengubah perilaku pasien guna mencapai tingkat kesehatan jiwa yang fungsional. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien, dimana komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang bertujuan untuk penyembuhan pasien.

Merujuk dari hubungan dan tujuan komunikasi terapeutik tersebut, maka dapat diperoleh pengertian mendasar bahwa fungsi perawat dalam hal ini adalah untuk mendorong dan mengajarkan kerja sama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat dan pasien. Perawat berusaha mengungkapkan perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan. Yang menjadi persoalan utama dalam hubungan perawat dan pasien di dalam melakukan interaksi, adalah kemampuan berkomunikasi perawat itu sendiri dan karakter si pasien. Sebagai perawat, selain harus memiliki kompetensi intelektual dalam menentukan pemahaman, perawat harus mampu mengeksplorasi perasaan pasien, menjadi model peran, memelihara interaksi yang tidak menilai dan juga memberi petunjuk kepada pasien untuk menginterpretasikan pengalamannya secara rasional. Pasien dengan penyakit fisik, mungkin, komunikasi masih dapat berjalan dengan wajar karena dianggap masih mampu mempersepsikan konsep dirinya secara wajar pula, namun tidak halnya pasien dengan penyakit psikosis (gangguan jiwa).

Berkomunikasi secara wajar dengan pasien gangguan jiwa akan terasa sulit dan memerlukan banyak waktu, pikiran, dan tenaga.

Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Duren Sawit Jakarta milik Pemda DKI Jakarta merupakan salah satu rumah sakit yang menangani pengobatan, baik medis ataupun rehabilitasi mental bagi penderita gangguan psikotik di Jakarta. Menurut data pra penelitian yang peneliti peroleh dari Ibu Nini¹, Kepala Bagian Keperawatan, bahwa saat ini RSKD Duren Sawit menampung 92 pasien schizoprenia atau gangguan jiwa berat. 90% dari jumlah pasien tersebut merupakan pasien rujukan atau kiriman dari empat panti bina laras yang berada di bawah naungan dinas sosial di Jakarta, sedangkan sisanya merupakan pasien gangguan psikotik yang dibawa oleh keluarganya. Panti laras tersebut adalah Panti Bina Laras Cipayung, Panti Bina Laras Ceger, Panti Bina Laras Cengkareng, dan Panti Bina Laras Daan Mogot.

Pasien panti laras yang dirujuk ke RSKD Duren Sawit sebagian besar adalah hasil razia petugas dinas sosial yang dilakukan di sudut-sudut jalan ibukota. Setiap bulan sekali atau jika memang diperlukan, RSKD Duren Sawit mengirim dokter / perawat ke panti-panti laras tersebut, dan jika ada pasien gangguan psikotik yang harus dirawat, maka pasien tersebut di bawa ke RSKD. Karena jumlahnya semakin hari semakin bertambah banyak, sementara ketersediaan ruang perawatan di RSKD terbatas, maka pihak rumah sakit memberlakukan antrian (*waiting list*) bagi pasien rujukan dari beberapa panti laras.

Pasien yang dirawat di RSKD Duren Sawit dibagi menjadi tiga kategori ; yaitu *akut*, *sub akut*, dan *tenang*. Jumlah *bed* yang berada di ruang perawatan itu pun berbeda-beda. Untuk kategori *akut* hanya ada enam *bed* perawatan, sedangkan untuk kategori *sub akut* yang dibagi menjadi dua ruang perawatan, masing-masing bisa diisi dengan 12 *bed*. Demikian

¹ Wawancara dilakukan di ruang kerja ybs (RSKD Duren Sawit) pada tanggal 15 Januari 2014 pukul 10.15.WIB

halnya untuk kategori *tenang*, ruang perawatan mempunyai 26 *bed*. Namun begitu, pihak rumah sakit juga melakukan pemisahan pasien laki-laki dan perempuan untuk masing-masing kategori tersebut, kecuali untuk *akut*, pasien laki-laki dan perempuan digabung menjadi satu ruang perawatan. Ada kemungkinan keterbatasan fasilitas ruang perawatan yang dimiliki Rumah sakit ini sehingga memberlakukan system *waiting list* / antrian.

Sebuah fenomena yang menarik bagi peneliti adalah pembatasan masa rehabilitasi pasien di setiap kategori. Setiap pasien rujukan yang baru masuk ke RSKD, maka akan masuk di kategori *akut*, sering juga disebut ruang gaduh gelisah. Pasien di kategori ini paling sulit untuk diajak berkomunikasi, tipikalnya bermacam-macam ; ada yang terus berdiam diri ketika coba diajak untuk berkomunikasi oleh perawat, ada yang marah-marah, berteriak, tingkat halusinasi yang tinggi, bahkan ada yang memiliki kecenderungan berperilaku kasar, misalnya memukul dan melempar sesuatu. Di kategori ini, pasien menjalani masa (target) rehab hanya selama tiga hari, setelah itu pasien akan dipindah ke ruang perawatan kategori *sub akut*, tentunya atas izin dokter. Dipindahkannya pasien dari “status” akut ke sub akut ini mengindikasikan bahwa dianggap telah terjadi perubahan tipikal perilaku, dari perilaku yang temperamental, kasar, dan lain-lain ke keadaan yang lebih tenang. Selanjutnya, di kategori *sub akut* pasien menjalani masa rehab selama 7 hari, sampai kemudian dipindah ruang perawatan ke kategori *tenang*.

Di kategori *tenang* inilah, pasien yang dianggap sudah bisa berinteraksi cukup baik akan menjalani masa *rehab* mental. Rehab mental memungkinkan pasien untuk dilatih berbagai kegiatan ketrampilan, seperti melukis, menjahit, membatik, dan sebagainya. Lepas dari kegiatan masa rehab mental, status pasien otomatis “pulih” menjadi individu yang siap dikembalikan ke tengah masyarakat. Pasien yang bersangkutan di kembalikan ke panti laras

pasien berasal, atau dijemput keluarganya. Meskipun demikian, diakui oleh pihak RSKD bahwa kenyataan pasien kambuh (berulang) dan kembali lagi dirawat masih tinggi.

Deskripsi di atas merupakan gambaran realitas dunia keperawatan jiwa yang diyakini sebagai sebuah asuhan keperawatan jiwa terpadu bagi RSKD Duren Sawit. Kebenaran itu paling tidak dipengaruhi dan juga mempengaruhi keseluruhan pola tindakan komunikasi, terutama bagi perawat yang memiliki waktu lama dalam berinteraksi dengan pasien. Dalam praktiknya, perawat dituntut memiliki ketrampilan komunikasi yang bermakna terapeutik.

Berkomunikasi dengan penderita gangguan jiwa tentunya membutuhkan sebuah teknik/pola komunikasi yang khusus, mengingat beberapa hal yang membedakan berkomunikasi antara orang gangguan jiwa dengan gangguan akibat penyakit fisik. Secara umum perbedaannya, penderita gangguan jiwa cenderung mengalami gangguan konsep diri, penderita gangguan penyakit fisik masih memiliki konsep diri yang wajar (kecuali pasien dengan perubahan fisik, misal pasien dengan penyakit kulit, pasien amputasi, dan lainnya).

Penderita gangguan jiwa cenderung asyik dengan dirinya sendiri sedangkan penderita penyakit fisik membutuhkan support dari orang lain. Penderita gangguan jiwa cenderung sehat secara fisik, penderita penyakit fisik bisa saja jiwanya sehat tetapi bisa juga ikut terganggu. Sebenarnya ada banyak perbedaan, tetapi intinya bukan pada mengungkap perbedaan antara penyakit jiwa dan penyakit fisik tetapi pada metode komunikasinya. Komunikasi dengan penderita gangguan jiwa membutuhkan sebuah dasar pengetahuan tentang ilmu komunikasi yang benar, ide yang mereka lontarkan terkadang melompat, fokus terhadap topik bisa saja rendah, kemampuan menciptakan dan mengolah kata – kata bisa saja kacau balau.

Kelainan jiwa yang berat, dalam psikologi dikenal dengan *Psikosis*. Di dunia kesehatan dikenal dengan istilah *Schizophrenia*. Psikosis adalah gangguan mental yang bersifat menyeluruh, yaitu meliputi seluruh kepribadian penderita, sehingga penderita kehilangan orientasi terhadap lingkungannya, bahkan penderita tidak dapat memahami tingkah lakunya sendiri. (Soedibyo : 2004). Masyarakat menilai gejala seperti ini dengan menyebut “gila”.² Di Indonesia, penyakit gangguan jiwa berat (*schizophrenia*) tergolong tinggi. Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) Indonesia 2007 menunjukkan bahwa penderita gangguan jiwa berat (*psikosis*) di Indonesia adalah 0.46 persen atau sejuta orang.³ Jumlah ini diperkirakan semakin tahun semakin meningkat. DKI Jakarta menempati posisi teratas, yaitu sebanyak 2,3%.⁴, dan rata-rata berada di usia produktif.

Sementara, jumlah tenaga psikiatri di Indonesia juga sangat terbatas. Saat ini diperkirakan kurang dari 700 orang. Jumlah ini amat jauh dari ideal. Seperti dilansir harian *The Jakarta Post*, 22 Maret 2007, perbandingan tenaga psikiatri dengan total populasi pada tahun itu adalah 1: 500.000. Idealnya, dalam setiap 30 ribu penduduk terdapat satu psikiater. Selain minimnya tenaga psikiatri, jumlahnya-pun terpusat di kota-kota besar saja.

Demikian pentingnya keberadaan perawat atau psikiatri sebagai ujung tombak untuk membangun komunikasi dengan pasien dalam proses rehabilitasi. Saat ini RSKD Duren Sawit memiliki 130 tenaga perawat yang khusus menangani pasien gangguan jiwa dengan kompetensi latar belakang pendidikan D3 Keperawatan Jiwa. Selain itu, mereka juga dibekali pelatihan-pelatihan, seperti pelatihan gawat darurat psikiatri.

² (Chaplin, 1989) dalam Soedibyo, mendefinisikan psikosis adalah penyakit mental yang parah, dengan cirri-ciri khas adanya disorganisasi pikiran, gangguan dalam emosionalitas, disorientasi waktu, ruang dan orang.

³ <http://www.merdeka.com/peristiwa/di-indonesia-ada-18-ribu-penderita-gangguan-jiwa-berat-dipasung.html>. Diakses 17 Januari 2014, pkl. 11.45 WIB.

⁴ http://www.medistra.com/index.php?option=com_content&view=article&id=177 Mari Kenali Kesehatan Jiwa! Diakses 17 Januari 2014 pkl. 11.55 WIB.

Dalam hal pasien gangguan jiwa, maka perawat dituntut untuk memahami lebih dari sekedar keperawatan saja, tetapi keperawatan jiwa. Dalam keperawatan jiwa, perawat memandang manusia secara holistik dan menggunakan diri sendiri secara terapeutik. Metodologi dalam keperawatan jiwa adalah menggunakan diri sendiri secara terapeutik dan interaksi interpersonal dengan menyadari diri sendiri, lingkungan, dan interaksinya dengan lingkungan. Kesadaran ini merupakan dasar untuk perubahan. Klien bertambah sadar akan diri dan situasinya, sehingga lebih akurat mengidentifikasi kebutuhan dan masalah serta memilih cara yang sehat untuk mengatasinya. Perawat memberi stimulus yang konstruktif sehingga akhirnya klien belajar cara penanganan masalah yang merupakan modal dasar dalam menghadapi berbagai masalah.

Perawat memerlukan metode “ilmiah” dalam melakukan proses terapeutik tersebut, yaitu proses keperawatan. Penggunaan proses keperawatan membantu perawat dalam melakukan praktik keperawatan, menyelesaikan masalah keperawatan klien, atau memenuhi kebutuhan klien secara ilmiah, logis, sistematis, dan terorganisasi. Pada dasarnya, proses keperawatan merupakan salah satu teknik penyelesaian masalah (Problem solving). Proses keperawatan bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan dan masalah klien sehingga mutu pelayanan keperawatan menjadi optimal.

Kebutuhan dan masalah klien dapat diidentifikasi, diprioritaskan untuk dipenuhi, serta diselesaikan. Dengan menggunakan proses keperawatan, perawat dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat rutin, intuitif, dan tidak unik bagi individu klien. Proses keperawatan mempunyai ciri dinamis, saling bergantung, luwes, dan terbuka. Setiap tahap dapat diperbaharui (dikonstruksi) jika keadaan klien-klien berubah.

Tahap demi tahap merupakan siklus dan saling bergantung. Diagnosis keperawatan tidak mungkin dapat dirumuskan jika data pengkajian belum ada. Proses keperawatan

merupakan sarana / wahana kerja sama perawat dan klien. Umumnya, pada tahap awal peran perawat lebih besar dari peran klien, namun pada proses sampai akhir diharapkan sebaliknya peran klien lebih besar daripada perawat sehingga kemandirian klien dapat tercapai. Kemandirian klien merawat diri dapat pula digunakan sebagai kriteria kebutuhan terpenuhi dan / atau masalah teratasi.

Buruknya kesehatan jiwa individu, yang ikut menentukan kualitas hidup, berdampak pada penurunan indeks pembangunan manusia (IPM) Indonesia. Selain membebani keluarga, secara kumulatif penderita gangguan jiwa juga ikut membebani anggaran kesehatan negara. Rata-rata beban kesehatan jiwa di negara-negara maju mencapai 11 persen dari total anggaran kesehatan. Sedang di Indonesia mencapai 13 persen dari total anggaran belanja kesehatan negara. Guru Besar ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Ascobat Gani menghitung, kerugian ekonomi minimal akibat masalah kesehatan jiwa berdasarkan Riskesdas 2007 adalah sebesar Rp 20 triliun. Data itu dia sampaikan dalam Seminar MDGS dan Kesehatan Jiwa pada 2010 lalu.

Indonesia mengalami kemunduran dalam menangani persoalan kesehatan jiwa. Sebagaimana hasil riset yang ditulis oleh I Irmansyah, YA Prasetyo, and H Minas yang dimuat di *International Journal of Mental Health System* pada 19 Juni 2009, sejak tahun 1966 Indonesia sebenarnya sudah memiliki undang-undang khusus yang mengatur soal kesehatan jiwa, yaitu UU No. 3 Tahun 1966 pada era pemerintahan Presiden Soekarno. Pada masa itu, di Asia Tenggara, Indonesia menjadi negara pertama yang memiliki undang-undang khusus kesehatan jiwa. Dalam laporan penelitian berjudul *Human rights of persons with mental illness in Indonesia: more than legislation is needed* itu, disebutkan bahwa Undang-undang kesehatan jiwa tahun 1966 menjamin hak setiap warga yang menderita gangguan jiwa, termasuk memberikan pelayanan kesehatan dan rehabilitasi. Negara juga memiliki

kewajiban dalam mempromosikan kesehatan jiwa sekaligus mencegah penyakit kejiwaan. Tapi pada tahun 1992, undang-undang kesehatan ini dicabut. Masalah kesehatan jiwa dimasukkan dalam Undang-Undang Kesehatan. Masalah kesehatan jiwa hanya diatur dalam empat pasal, dari pasal 24 hingga 27. Tiga pasal diantaranya lebih banyak membahas persoalan yang sangat umum.

Menurut Irmansyah, Undang-undang Kesehatan No 23 tahun 1992 yang berlaku hingga kini jelas tidak mendukung kesehatan jiwa. Tingkatan dalam sistem pelayanan kesehatan nasional yang diterapkan saat ini, dari tingkat pelayanan primer, sekunder dan tersier, umumnya tidak menyediakan pelayanan kesehatan jiwa dan kemampuan tenaga medis yang ada di bidang ini amat minim. Padahal, penanganan kesehatan jiwa dibutuhkan sistem pelayanan kesehatan yang bersifat terpadu dan kontinu. Selain dibutuhkan pemulihan dan pengobatan secara klinis, juga diperlukan penanganan psikososial paska pengobatan medis, seperti rehabilitasi dan terapi sosial.

1.2. Rumusan Masalah

Meski secara substansial, teknik komunikasi terapeutik hampir serupa, tetapi dalam pelaksanaannya bisa berbeda-beda. Hal ini dikarenakan tingkat pemahaman masing-masing pasien tidaklah sama. Beragam upaya dibuat (dikonstruksi) guna merancang beragam aktivitas untuk meningkatkan konsep diri pasien. Apapun jenis penyakit si pasien, ketika peran dan tugas perawat harus dijalankan, maka konteks *terapeutik* tetap harus dikedepankan. Perawat sebagai actor, memainkan peran yang sarat dengan tata nilai, pengalaman, dan kepercayaan yang berbeda-beda (intersubjektif). Kesamaan makna dalam interaksi perawat RSKD Duren Sawit Jakarta dengan pasien gangguan jiwa dalam rangka proses rehabilitasi mental, merupakan tujuan utama yang ingin dicapai, berusaha membangun kesadaran dan

mendorong perubahan perilaku pada diri pasien, sehingga tujuan akhirnya adalah “kesembuhan”.

Peran sebagai seorang perawat (psikiatri) yang dihadapkan adanya “target” pembatasan masa rehab, kemudian dihadapkan pula pada pasien penderita gangguan jiwa berat (skizofrenia), dimana latar belakang, asal-usul, tingkah laku, serta kebiasaan pasien yang tidak jelas, adalah gambaran praktik tugas sehari-hari. Di sinilah, pengetahuan, pengalaman, dan kebiasaan menentukan proses pembentukan makna, makna dari serangkaian tindakan komunikasi yang dilakukan secara sadar.

Berdasarkan rumusan masalah di atas, maka dapat ditarik ke dalam dua masalah pokok, yaitu :

1. Bagaimana pola komunikasi yang dibangun oleh perawat terhadap pasien gangguan jiwa di RSKD Duren Sawit ?
2. Bagaimana model komunikasi terapeutik dalam interaksi perawat dengan pasien gangguan jiwa di RSKD Duren Sawit Jakarta ?

1.3. Maksud dan Tujuan Penelitian

Bertitik tolak dari rumusan masalah di atas, maka maksud dan tujuan penelitian ini adalah :

1. Untuk memahami pola komunikasi keperawatan jiwa yang ada di RSKD Duren Sawit Jakarta.
2. Untuk menemukan model komunikasi terapeutik yang diterapkan perawat dengan pasien gangguan jiwa di RSKD Duren Sawit Jakarta.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Akademis

- a. Penelitian ini diharapkan mampu menjadi referensi ilmiah bagi penelitian-penelitian sejenis yang mengkaji pola-pola komunikasi khususnya komunikasi interpersonal
- b. Penelitian ini juga untuk meneguhkan pandangan filsafat fenomenologi, yang berusaha memahami makna realitas social individu - individu berdasarkan atas pengalaman hidup kesehariannya, termasuk di Indonesia yang memiliki budaya dan tradisi kehidupan yang berbeda dengan Negara-negara Barat.

1.4.2. Manfaat Praktis

- a. Memberikan informasi kepada para pelaku komunikasi pada umumnya dalam berinteraksi dengan pasien gangguan jiwa berat dalam proses rehabilitasi mental.
- b. Memberikan masukan informasi kepada pelaku komunikasi khususnya perawat RSKD dalam berinteraksi dengan pasien gangguan jiwa berat.

1.5. Sistematika Penulisan

Penulisan proposal thesis ini terbagi dalam 3 bab yang terdiri atas pendahuluan, kerangka pemikiran, dan metodologi penelitian.

Bab I adalah pendahuluan yang menguraikan latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan penelitian.

Bab II adalah paradigma penelitian, yaitu paradigma interpretif, dan rancangan penelitian seperti teori-teori / pendekatan berkaitan dengan penelitian ini antara lain, pandangan filsafat fenomenologi Husserl, Konsep *Mind, Self, dan Role Taking* dalam interaksi simbolik Mead / Blummer, dan Konsep *Impression Management* dalam Dramaturgi Erving Goffman, Konsep Komunikasi Terapeutik, dan Keperawatan Jiwa.

Bab III adalah metodologi penelitian yang terdiri dari jenis/tipe penelitian, metode penelitian, jenis data, teknik pengumpulan data dan teknik analisis data, unit analisis, key informan dan informan, dan kriteria keabsahan data

1.6. Keterbatasan dan Kelemahan Riset

Di dalam melakukan penelitian, hambatan-hambatan dalam pengumpulan data, baik yang sifatnya pra penelitian sampai dengan penelitian berlangsung, sering peneliti temui. Misalnya saja, informasi-informasi penting yang ingin peneliti peroleh sangat sulit didapat karena alasan berbagai kebijakan manajemen. Akibatnya, peneliti sulit untuk mendapatkan gambaran secara menyeluruh tentang objek studi penelitian.

Bukan itu saja, observasi lapangan cenderung dibatasi, mengingat obyek yang diteliti berhubungan dengan pasien labil secara emosional, maka observasi lapangan (kunjungan ke ruang perawatan) tidak memiliki kebebasan. Selain itu, dokumentasi yang merupakan data pendukung penting lainnya juga tidak diperbolehkan.

Tidak berputus asa sampai di situ, peneliti tetap berupaya mendapatkan sejumlah data penting penelitian dengan memakai beberapa pendekatan. Salah satunya adalah dengan memanfaatkan “orang dalam” yang merupakan rekan peneliti, sehingga peneliti bisa mendapatkan akses secara informal untuk masuk kedalam wilayah manajemen RSKD. Melalui “orang dalam” ini pula, peneliti berusaha melakukan pendekatan secara interpersonal

kepada perawat-perawat yang bertugas, sehingga setahap demi tahapan, komunikasi dapat berjalan cukup efektif, sehingga bisa mengurangi keketatan waktu kunjungan (observasi) ke ruang perawatan.

BAB II

KERANGKA PEMIKIRAN

2.1. Tinjauan Pustaka

Penelitian komunikasi di bidang kesehatan telah banyak dilakukan sebelumnya oleh para peneliti terdahulu. Namun, dari sekian banyak penelitian tersebut hanya memfokuskan kajian komunikasi terapeutik dari aspek teknis saja, tanpa mempertimbangkan aspek-aspek non teknis yang melatarbelakangi penerapannya. Secara psikologis, manusia berperilaku tidak hanya didasari oleh suatu keyakinan dan pengetahuan yang ada di dalam dirinya, tetapi juga terikat oleh konteks norma-norma sosial (masyarakat) dan budaya yang berlaku di dalam satu konsensus tertentu. Untuk lebih jelasnya, berikut ini adalah gambaran beberapa penelitian komunikasi terapeutik yang telah dilakukan sebelumnya (poin 1,2, dan 3).

2.1.1. Penelitian Terdahulu

Nama	Judul	Sifat Penelitian	Teori	Metode	Hasil Penelitian
Barbara Schneider (1)	<i>Schizophrenia and Medical Communication</i>	Kualitatif	Komunikasi Terapeutik	Wawancara dan Observasi Melalui kelompok-kelompok Peneliti (Penelitian Partisipatif)	komunikasi yang baik dengan profesional medis sangat penting dalam kehidupan orang-orang dengan skizofrenia. Mendapatkan informasi tentang diagnosis, pengobatan, dan dukungan yang tersedia, dan diperlakukan dengan bermartabat dan hormat membantu orang dengan skizofrenia untuk menerima kenyataan bahwa mereka sakit, datang untuk berdamai dengan memiliki skizofrenia, dan belajar untuk hidup dengan penyakit.
R. Ayu Syafitri (2)	Komunikasi Terapeutik Pada Penderita Gangguan Jiwa di RSJ Soeprapto Daerah Bengkulu	Kualitatif	- Komuni-kasi Pragmatis - Teori Relationship	Deskriptif Kualitatif	Perawat memberikan perawatan dengan tindakan komunikasi verbal dan non-verbal. Hambatan terbesar adalah pada saat pra interaksi, karena belum ada kepercayaan dari pasien.
Mery Fanada	Pelaksanaan Perawat Dalam Melakukan	Kualitatif	Komunikasi Terapeutik	Deskriptif Kualitatif	Perawat Mampu dan Memahami dan Menerapkan tahap-tahap proses komunikasi terapeutik.

(3)	Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Waham di Rumah Sakit Ernaldi Bahar, Palembang 2012.				
Lilik Murdiyanto (4)	Pola Komunikasi Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa.	Kualitatif	- Fenomenologi – Husserl - Komunikasi Terapeutik	Fenomenologi (<i>Observer Partisipant</i>)	Secara teori, penerapan komunikasi terapeutik tidak dapat optimal / tidak sesuai. Hal ini disebabkan karena adanya perbedaan mendasar yang dipengaruhi oleh kondisi sosial dan budaya yang berlaku di Indonesia (falsifikasi). Hasil penelitian juga menegaskan, secara fenomenologis realitas itu diciptakan melalui rekonstruksi yang berlaku lokal dan spesifik.

2.1.2. Signifikansi Penelitian

Penelitian ini tidak hanya berusaha menggambarkan bentuk-bentuk komunikasi perawat dalam proses penyembuhan bagi pasien gangguan jiwa dan juga melihat penerapan komunikasi terapeutik yang digunakan, akan tetapi juga berusaha menemukan dan memahami pola komunikasi keperawatan jiwa yang berjalan di dalam konteks sosial dan budaya yang berlaku di Indonesia.

2.2. Teori dan Penelitian Tradisi Fenomenologi Dalam Pandangan Robert Craig.

Manusia hidup dikelilingi oleh simbol-simbol komunikasi. Simbol-simbol ini membantu memahami permasalahan-permasalahan yang timbul sebagai konsekuensi adanya interaksi-interaksi antar manusia. Dunia komunikasi yang kita alami dalam kehidupan sehari-hari sangat kompleks, dalam arti komunikasi yang kita lakukan melibatkan banyak aspek yang tentunya sedikit banyak mempengaruhi aktifitas komunikasi kita. Sementara ragam tipologi komunikasi makin lama makin berkembang seiring dengan makin kompleksitasnya dunia sosial yang kita naungi.

Robert Craig berusaha menggambarkan komunikasi secara teoritis dan memetakannya ke dalam tujuh tradisi (Littlejohn & Foss : 2009 : 52). Salah satu tradisi dalam ilmu komunikasi adalah fenomenologi. Tradisi fenomenologi ini berkonsentrasi pada pengalaman pribadi termasuk bagian individu-individu yang ada saling memberikan pengalaman satu sama lainnya. Inti tradisi fenomenologi adalah mengamati kehidupan dalam keseharian dalam suasana yang alamiah. Teori-teori dalam fenomenologis berasumsi bahwa orang-orang secara aktif menginterpretasi pengalaman-pengalamannya dan mencoba memahami dunia dengan pengalaman pribadinya. Jadi dapat dikatakan, fenomenologi menunjuk pada studi tentang fenomena atau bagaimana fenomena muncul dalam kehidupan seseorang. Tradisi ini memperhatikan pada pengalaman sadar seseorang (Little John & Foss : 2009 : 57).

Fenomenologi, sebagai sebuah istilah kebahasaan, berasal dari bahasa Yunani “*phainomenon*”, merujuk pada “yang menampak”. (Kuswarno : 2009 : 1). Dalam arti luas, fenomenologi berarti ilmu tentang gejala-gejala atau apa saja yang tampak. Dalam arti sempit, ilmu tentang fenomenon-fenomenon yang menampakkan diri kepada kesadaran.

Stanley Deetz, dalam Little John & Foss (2009 : 57) menyimpulkan tiga prinsip dasar fenomenologi, yaitu : *pertama*, pengetahuan ditemukan secara langsung dalam pengalaman sadar, kita akan mengetahui dunia ketika kita berhubungan dengannya. *Kedua*, makna benda terdiri atas kekuatan benda dalam kehidupan seseorang. Dengan kata lain, bagaimana kita berhubungan dengan benda, menentukan maknanya bagi kita. *Ketiga* adalah bahwa bahasa adalah kendaraan makna. Ini berarti bahasa dapat mendefinisikan dan mengekspresikan dunia. Dari ketiga asumsi Deetz dapat digambarkan bahwa proses interpretasi (*verstehen*) / pemahaman adalah proses penting untuk menentukan makna dengan pengalaman.

Istilah fenomenologi pertamakali digunakan oleh J.H. Lambert (1764), kemudian Edmund Husserl dikenal sebagai *founding father* yang menyajikan metode fenomenologis

dalam filsafatnya, sekaligus perkembangannya. Meski demikian, pemikiran Husserl tentang fenomenologi mendapat pengaruh dari beberapa filsuf-filsuf sebelumnya. Jauh sebelum Husserl, Immanuel Kant menyebutkan dunia terbagi menjadi dua, yaitu dunia fenomena dan dunia *noumena* (Salim : 2001 : 29). Dunia fenomena adalah dunia rasional yang kita alami dengan panca indera. Karena sifatnya yang rasional, maka menjadikannya terbuka bagi penelitian ilmiah. Sedangkan dunia *noumena* adalah dunia yang tidak bersifat fisik atau non empiris, oleh karenanya tidak bisa didekati melalui pengamatan empiris.

Menurut Kant, manusia hanya mengenal fenomena-fenomena yang tampak dalam kesadaran, bukan “realitas di luar kesadaran”. *Noemena* yang tampak tetap menjadi teka-teki dan tinggal sebagai “x” yang tidak dapat dikenal karena ia terselubung dari kesadaran. Ini berarti kesadaran kita tertutup dan terisolasi dari realitas. Husserl mengajukan konsep yang berbeda dengan Kant. Ia berpendapat, bahwa tugas fenomenologi adalah menjalin keterkaitan manusia dengan realitas. Realitas bukan sesuatu yang berada pada dirinya sendiri, lepas dari manusia yang mengamati, namun justru realitas membutuhkan manusia. Oleh karena itu, Husserl menggunakan istilah fenomenologi untuk menunjukkan apa yang tampak dalam kesadaran kita dengan membiarkannya termanifestasi apa adanya tanpa memasukkan kategori pikiran kita padanya, yaitu dengan istilah “*zuruck zu den sachen selbt*” (kembali pada realitas itu sendiri). Jadi menurut Husserl, fenomena adalah realitas itu sendiri yang tampak setelah kesadaran kita mencair dengan realitas.

Filsuf lain yang mempengaruhi fenomenologi Husserl adalah G.W.F Hegel (1770 – 1831). Dalam *Phenomenology of Mind* yang diakui sebagai *masterpiecenya*, Hegel meletakkan “dialektika” sebagai konsep sentral filsafatnya. (Haryanto : 2012 : 131). Menurut Hegel, dialektika merupakan seperangkat hukum yang mendasari pemikiran dan realitas : setiap tesis terdapat didalamnya antitesis, dan keduanya melebur menjadi sintesis. Bagi Hegel, fenomena bukanlah suatu kejadian yang kebetulan, melainkan runtutan konsep

kesadaran manusia yang merupakan tahapan penting menuju *organon* yang lebih kaya, dan itu bersifat relatif terhadap budaya dan sejarah. Pandangan Hegel mengenai relativisme ini ditolak oleh Husserl, namun demikian dia menerima konsep formal fenomenologi Hegel tentang kesadaran manusia, dan menjadikan prinsip dasar untuk perkembangan semua tipe fenomenologi.

Fenomenologi Husserl juga sangat kuat dipengaruhi oleh teori-teori psikologi, terutama dari Franz Brentano yang juga merupakan guru besar filsafatnya. Brentano mengembangkan apa yang ia sebut sebagai “psikologi empirik” yang secara deskriptif mengidentifikasi domain mental dalam term intensionalitas. Psikologi Deskriptif hanya mencatat pada apa yang dilihat, tanpa mencari keterangan-keterangan mengenai sebab gejala-gejala. Selanjutnya psikologi empirik ditarik oleh Husserl menjadi fenomenologi deskriptif sebagai dasar filosofisnya. Jadi, khusus dari Brentano, Husserl berpandangan bahwa filsafat merupakan ilmu pengetahuan *rigorous* yang memiliki ciri deskriptif, bukan penjelasan kausal. Pengaruh dari Brentano tersebut tampak dari metode reduksi yang dikembangkan Husserl untuk memahami karakter dasar kesadaran yaitu tentang “intensionalitas”. Dalam intensionalitas, Husserl mengajak kita untuk “kembali ke benda-benda itu sendiri” (*zuruck den sachen selbst*). Obyek-obyek harus diberi kesempatan untuk berbicara. Dengan pernyataan ini, Husserl menghantarkan kita untuk memahami realitas itu apa adanya serta mendeskripsikan seperti apa realitas itu dan bagaimana realitas itu menampakkan dirinya pada kita dan tampil dalam kesadaran kita.

2.3. Kerangka Teori

2.3.1. Fenomenologi Transendental - Husserl

Mengenal fenomenologi Husserl, maka tidak lepas dari pembahasan tentang Fenomenologi Transendental, kesadaran dan intensionalitas, dan tiga reduksi fenomenologi. Fenomenologi Transendental Husserl pada awalnya berangkat dari fenomenologi deskriptif (deskripsi fenomenologi) yang terinspirasi tulisan Brentano. Dari sini kemudian Husserl menemukan akar metode filsafat fenomenologinya. Deskripsi fenomenologis merupakan sendi penting dalam fenomenologi transendentalnya. Bagi Husserl, dengan mendeskripsikan obyek secara fenomenologis maka obyek diciptakan, bukan sekedar dipaparkan. Artinya, pada saat pengamat melakukan deskripsi, maka hakekatnya ia sedang menciptakan obyek menurut kesadaran dan pengamatan yang dilakukannya. Langkah mendeskripsikan obyek secara apa adanya, merupakan langkah menuju logika transendental, karena dalam hal ini fenomenologi berusaha meraih pemahaman tentang obyek-obyek melalui pengamatan yang intensif. Jika dikaitkan antara logika transendental dengan deskripsi fenomenologis, maka dapat dikatakan bahwa mendeskripsikan obyek secara fenomenologi transendental sampai pada hakikatnya jika ada kedekatan yang terus menerus dengan obyek yang diamati. Dengan demikian, pencapaian hakekat obyek sangat tergantung pada kemampuan pengamat dalam melakukan pendekatan, pengamatan dan pendeskripsian tentang obyek yang diamati. Esensi hakekat tentang obyek merupakan pengetahuan yang sifatnya subyektif.

Sebagai peletak dasar perspektif fenomenologi, Husserl tertarik pada struktur tindakan kesadaran dan *intensionalitas* yang menjadi pengalaman intensional, selalu mempresentasikan suatu keseluruhan isi dan bentuk pengalaman. Kesadaran dalam fenomenologi Husserl adalah kesadaran yang aktif dan selalu terbuka serta terarah kepada obyek-obyek yang diamati. Ada interaksi aktif antara kesadaran aktif pengamat dengan

obyek. Pemikiran fenomenologi Husserl adalah gabungan antara psikologi dan logika. Fenomenologi membangun penjelasan dan analisis psikologi, untuk menjelaskan dan menganalisis tipe-tipe aktivitas mental subjektif, pengalaman, dan tindakan sadar. Walaupun berfokus pada pengalaman subyektif orang pertama, fenomenologi tidak berhenti hanya pada deskripsi perasaan-perasaan inderawi semata. Pengalaman inderawi hanyalah titik tolak untuk sampai makna yang bersifat konseptual (*conceptual meaning*), yang lebih dalam dari pengalaman inderawi itu sendiri. Makna konseptual itu bisa berupa imajinasi, pikiran, hasrat, ataupun perasaan-perasaan spesifik, ketika orang mengalami dunianya secara personal.

Intensionalitas atau “Kesengajaan” yang menjadi pemikiran utama fenomenologi transcendental Husserl berangkat dari teori makna (logika semantik), yang menjelaskan dan menganalisis isi objektif dari kesadaran, seperti ide, konsep, gambaran, dan proposisi. Singkatnya, makna ideal dari beragam tipe yang disajikan, sebagai isi yang disengaja. Dengan demikian, fenomenologi Husserl dibangun di atas setidaknya dua asumsi, yang *pertama*, setiap pengalaman manusia sebenarnya adalah satu ekspresi dari kesadaran. Seseorang mengalami sesuatu, ia sadar akan pengalamannya sendiri yang memang bersifat subyektif. Dan yang *kedua*, setiap bentuk kesadaran selalu merupakan kesadaran akan sesuatu. Ketika berpikir tentang makanan, maka pikiran akan membentuk gambaran tentang makanan, ketika melihat sebuah mobil, maka di dalam pikiran akan membentuk gambaran tentang mobil. Inilah yang disebut Husserl sebagai intensionalitas (*intentionality*).

Di tahun 1913, karya besar Husserl lainnya terbit melengkapi *Local Investigations*, yaitu *Ideas I*. *Ideas I* merupakan pendewasaan pemikiran Husserl tentang fenomenologi transcendental. Lebih lanjut Husserl mengemukakan apa yang ia sebut sebagai *fenomenologi transcendental*. “Dunia-kehidupan (*lebenswelt*) adalah dasar makna yang dilupakan oleh ilmu pengetahuan” (Ardianto : 2007 : 127), sekelumit ungkapan Husserl yang menandai pemikiran fenomenologi transedental-nya. Dalam pandangannya, dunia kehidupan adalah unsur sehari-

hari yang membentuk kenyataan, dan manusia sebagai aktor teoretis yang ikut terlibat di dalamnya dan merefleksikannya secara filosofis. Manusia kerap mewarnai kehidupan tidak secara apa adanya, tetapi berdasarkan teori-teori, refleksi filosofis tertentu, atau berdasarkan oleh penafsiran-penafsiran yang diwarnai oleh kepentingan-kepentingan, situasi kehidupan, dan kebiasaan-kebiasaan kita.

Pada buku ini Husserl mengenalkan metodenya tentang reduksi fenomenologi. Sebelumnya, dikatakan bahwa intensionalitas merupakan pemikiran sentral dalam fenomenologi Husserl. Tujuan intensionalitas (bagaimana mengungkap kesadaran) adalah merupakan jalan untuk menuju “transenden” atau pemurnian. Oleh karena itu, diperlukan metode untuk mencapai usaha pemurnian tersebut yang disebut Husserl sebagai reduksi fenomenologi. Jadi reduksi fenomenologi merupakan sebuah proses ketika subjektivitas empiris ditanggihkan agar kesadaran “yang pure” bisa ditegaskan di dalam *ada* -nya yang bersifat essential.

Kemudian, tujuan dari pemurnian ini dapat dicapai dengan metode *epoche*, yang di dalamnya dengan menempatkan fenomena ke dalam keranjang (*bracketing*). *Bracketing* di sini berarti reduksi, penundaan upaya menyimpulkan sesuatu dari setiap prasangka terhadap realitas. Atau lebih tepatnya penundaan makna dan definisi kita atas realitas. *Epoche* sendiri, oleh Husserl diambil dari bahasa Yunani yang berarti “menjauh” dan “tidak memberikan suara” (Kuswarno : 2009 : 48). Dengan *epoche*, kita menyampingkan penilaian, bias, dan pertimbangan awal yang kita miliki terhadap suatu objek. Dengan melakukan penelitian fenomenologi, *epoche* ini mutlak harus ada, terutama pada saat ketika menempatkan fenomena dalam tanda kurung (*bracketing*). Jadi *epoche* adalah cara untuk melihat dan menjadi, sebuah sikap mental yang bebas.

Selanjutnya, reduksi dalam fenomenologi Husserl merupakan tiga tahapan jenis reduksi yaitu *reduksi pertama*, menyingkirkan segala sesuatu yang subjektif. Sikap kita harus obyektif, terbuka untuk gejala-gejala yang harus “diajak bicara”. *Kedua*, menyingkirkan seluruh pengetahuan tentang obyek yang diselidiki dan diperoleh dari sumber lain. Dan *yang ketiga*, menyingkirkan seluruh reduksi pengetahuan. Segala sesuatu yang sudah dikatakan oleh orang lain harus, untuk sementara dilupakan. Kalau reduksi-reduksi ini berhasil, gejala sendiri dapat memperlihatkan diri menjadi fenomena.

Uraian pada alinea di atas ini memperjelas bagaimana cara kerja kesadaran aktif, yaitu pengamatan secara aktif adalah melakukan tiga tahapan reduksi tersebut. Pada reduksi pertama bahwa penggunaan kesadaran aktif untuk melihat bahwa unsur subyektif harus dilepaskan dari pengamatan obyek. Husserl menekankan bahwa subyektifitas manusia berpotensi mengaburkan pengamatan, kecenderungan pribadi perlu disikapi secara kritis. Reduksi kedua menegaskan bahwa pengamatan fenomenologis harus murni dan tidak tercemari oleh pengetahuan yang ada dalam pikiran pengamat, sebab pengetahuan tersebut akan mengganggu terciptanya obyek secara apa adanya. Pengamatan harus dilakukan secara murni, yang artinya pengamat dapat mengontrol dirinya secara sadar terhadap pengaruh dari pengetahuan yang sudah dimilikinya. Reduksi ketiga Husserl justru lebih ekstrim lagi, karena pengamat diharuskan melakukan pembersihan kesadaran dari seluruh tradisi pengetahuan, tujuannya adalah pemurnian.

2.3.1.1. Komponen-Komponen Konseptual Fenomenologi Transendental Husserl

Pokok-pokok pikiran penting fenomenologi Husserl, dapat diuraikan sebagai berikut :
(Kuswarno : 2009 : 40)

a. Kesengajaan – Kesadaran (*Intentionality*)

Konsep kesengajaan Husserl sebenarnya bukan konsep baru. Pemikiran konsep ini dapat dilacak sampai pemikiran Aristoteles. Menurut Aristoteles, kesengajaan adalah orientasi pikiran terhadap objek tertentu. Husserl pertama kali menemukan konsep ini dalam tulisan Brentano, guru filsafatnya. Namun demikian, Husserl memiliki pemikiran yang berbeda dengan Brentano. Menurut Brentano, objek itu harus selalu ada (berwujud), sedangkan Husserl berpendapat, objek boleh berwujud boleh juga tidak.

Baik Brentano maupun Husserl sepakat bahwa kesengajaan selalu berhubungan dengan kesadaran. Dengan demikian, kesengajaan adalah proses internal dalam diri manusia, yang berhubungan dengan objek tertentu (boleh berwujud atau tidak). Oleh karena diawali kesadaran, maka factor yang berpengaruh terhadap kesengajaan antara lain kesenangan (minat), penilaian awal, dan harapan terhadap objek.

Fenomenologi Husserl sejak awal telah sarat dengan motif etis-nya, yaitu upaya untuk merehabilitasi (memulihkan kembali) dasar serta arah tujuan dari ilmu pengetahuan dan kemanusiaan modern yang telah semakin tercerabut dari maknanya yang mendasar. Fenomenologi melakukan upaya rehabilitasi dengan secara mendasar, menggali akar terdalam yang memungkinkan segala pengetahuan dan pemahaman manusia, yaitu kesadaran. Namun demikian, fenomenologi Husserl tidak semata-mata terletak pada kesadaran sebagai titik tolaknya, melainkan lebih terletak pada cara bagaimana kesadaran itu dilihat dan dipahami.

Bagi Husserl, *kesadaran* pastilah memiliki artinya yang lebih kaya dan luas daripada sekedar aktivitas mental-psikis. *Intensionalitas*, bagi Husserl, juga

sebenarnya memuat dimensi kesadaran manusia yang jauh lebih luas daripada sekedar dimensi psikis. Oleh karena itu, kekhasan fenomenologi Husserl tidak terletak pada konsep intensionalitas itu sendiri, melainkan kekhasannya lebih terletak pada *cara bagaimana* intensionalitas itu *dilihat dan dipahami*. Dalam fenomenologi Husserl *intensionalitas* merupakan cara-berada kesadaran (*way of being*) manusia yang paling mendasar, yang melaluinya manusia memahami baik dirinya maupun dunianya. Intensionalitas menjadi syarat kemungkinan baik bagi kesadaran-diri (refleksi-diri) maupun bagi kesadaran akan dunia dan orang lain. Cara berada yang paling mendasar itu adalah kesadaran telah selalu merupakan kesadaran akan sesuatu (*consciousness-of*). Lebih persisnya, kesadaran telah selalu merupakan kesadaran-akan-sesuatu yang lain selain dirinya sendiri. Bahkan kesadaran akan kesadaran (refleksi), inipun adalah kesadaran akan sesuatu yang tertentu, sesuatu yang lain *bagi* kesadaran. Maka dalam fenomenologi Husserl, “sesuatu” itu dapat berupa benda-benda fisik kasatmata (*real*), ataupun dapat juga berupa hal-hal non-fisik yang tidak memiliki bentuk kasatmata, seperti misalnya imajinasi, halusinasi, ingatan, ide, konsep, dan lain sebagainya. Itulah sebabnya dalam fenomenologi Husserl dibedakan antara hal-hal indrawi, dan hal-hal non-indrawi yang juga dapat hadir sebagai objek bagi kesadaran (*Objek*).

b. **Noema dan Noesis**

Noesis merupakan sisi pikiran subjektif yang membawa objek dalam kesadaran kita. Dengan noesis, suatu objek dibawa dalam kesadaran, muncul dalam kesadaran, dan secara rasional ditentukan. Dengan kata lain, dengan noesis, manusia mampu untuk berfikir, merasa, menilai, dan mengingat sesuatu.

Selanjutnya, *noema* adalah sesuatu yang kita terima secara inderawi. Jika *noesis* adalah deskripsi subjektif objek, maka *noema* adalah deskripsi objektif, karena

berdasarkan pada bagaimana objek tersebut nampak dalam panca indera kita. Terdapat kaitan erat antara noesis dan noema, walaupun secara prinsip keduanya berbeda. Noema akan membawa kita pada noesis, atau tidak ada noesis jika tidak ada noema. Jadi, Husserl mengajak kita untuk “kembali ke benda-benda itu sendiri” dengan menggunakan noema dan noesis, bahwa makna atau esensi (hakikat) terletak pada hubungan antara objek real dengan objek dalam persepsi.

c. Intuisi

Bagi Husserl, intuisi merupakan alat untuk menemukan “kemurnian” yang ada padanya dan juga proses kehadiran esensi fenomena dalam kesadaran. Intuisi lah yang menghubungkan noema dan noesis, yang mengubah noema menjadi noesis. Inilah konsep fenomenologi transcendental Husserl, karena terjadi dalam diri individu secara mental (transenden). Dengan demikian, ego memiliki peranan yang sangat penting.

d. Intersubjektivitas

Intersubjektivitas adalah pandangan dunia semua orang yang terlibat di dalam aktivitas sosial di dalam dunia kehidupan. Artinya ketika kita memahami sesuatu, maka orang lain pun memiliki persepsi sendiri atas apa yang kita pahami. Husserl percaya bahwa proses intuisi terjadi karena ego, tetapi Husserl juga mengakui bahwa intersubjektif juga berperan besar dalam pembentukan makna. Menurutnya, makna yang kita berikan pada objek turut juga dipengaruhi oleh empati yang kita miliki terhadap orang lain. Secara alamiah, kita memiliki kecenderungan untuk membandingkan pengalaman kita dengan pengalaman orang lain.

Bagi Husserl, intersubjektivitas menjadi dasar bagi pemahaman akan dunia dan juga pemahaman akan diri sendiri. Sebab, intersubjektivitas membuat kesadaran manusia terarah bergerak ke luar dari dirinya sendiri, sekaligus juga pada saat bersamaan membuat kesadaran itu semakin terarah bergerak masuk ke dalam dirinya sendiri. Intersubjektivitas, dalam fenomenologi Husserl, menjadi dasar bagi segala bentuk refleksi, sekaligus juga mengkonstitusikan pemahaman kita dalam horizon yang tidak terbatas.

Dimensi penegasan diri yang muncul dari relasi intersubjektif inilah yang oleh Husserl disebut sebagai Ego Transendental, yaitu kesadaran diri yang menjadi syarat kemungkinan bagi segala refleksi, keputusan, dan tanggungjawab. Dalam pemahaman Husserl, apa yang disebut sebagai Ego selalu bersifat khas, unik, dan singular. Ego menjadi syarat kemungkinan segala refleksi dan pemahaman, ia menjadi titik tolak segala refleksi, dan kepadanya juga segala refleksi akan kembali. Sebagai syarat kemungkinan maka Ego disebut juga sebagai Ego Transendental. Ego bersifat singular sebab melaluinya segala keterarahan (intensionalitas) pada dunia dimungkinkan, dan melaluinya dunia hadir memberikan-diri bagi kesadaran. Inilah juga sebabnya setiap analisis fenomenologi selalu mengambil posisi atau perspektif orang pertama (*first person perspective*). Sebab, seluruh pengalaman dan pemahaman akan realitas pertama-tama dimungkinkan dari diri sendiri, dan refleksi akhirnya juga terletak pada refleksi-diri yang personal.¹

Memahami pemikiran fenomenologi Husserl, maka setidaknya fenomenologi merupakan metode dan filsafat. Sebagai metode, fenomenologi membentangkan langkah-langkah yang harus diambil, sehingga kita sampai pada fenomena yang murni. Fenomenologi

¹ Disarikan dari Jurnal Filsafat Driyarkara Vol. 33 No. 2 Tahun 2012 p 3-8 melalui <https://lib.atmajaya.ac.id/>

mempelajari dan melukiskan ciri-ciri intrinsik fenomen-fenomen sebagaimana fenomen-fenomen itu sendiri menyingkapkan diri kepada kesadaran. Kita harus bertolak dari subyek (manusia) serta kesadarannya dan berupaya untuk kembali kepada “kesadaran murni”. Untuk mencapai bidang kesadaran murni, kita harus membebaskan diri dari pengalaman serta gambaran kehidupan sehari-hari. Kalau hal ini sudah dikerjakan, maka akan tersisa gambaran-gambaran yang hakiki dan intuisi esensi.

Sebagai filsafat, fenomenologi menurut Husserl, memberi pengetahuan yang perlu dan esensial mengenai apa yang ada. Dalam tahap-tahap penelitiannya, ia menemukan obyek-obyek yang membentuk dunia yang kita alami. Dengan demikian fenomenologi dapat dijelaskan sebagai metode kembali ke benda itu sendiri, dan ini disebabkan benda itu sendiri merupakan obyek kesadaran langsung dalam bentuk yang murni. Aspek fenomenologi Husserl yang berusaha menggali perangkat hukum kesadaran manusiawi yang esensial serta secara berkaitan disebut *fenomenologi transendental*.

Fenomenologi Husserl ini mempengaruhi filsuf lain secara mendalam, terutama bagi Martin Heidegger yang merupakan muridnya langsung. Heidegger adalah orang pertama yang mempelajari tulisan-tulisan awal Husserl mengenai fenomenologi. Pemikiran Heidegger pada dasarnya adalah penjelasan yang komprehensif dari pemikiran Husserl yang dirasakan masih sangat abstrak. Filsafat Heidegger beranjak dari persoalan bahwa para filsuf telah banyak mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang dunia, tetapi mereka mengabaikan kenyataan yang paling penting, yaitu bahwa *dunia ada*.

Dalam bukunya yang berjudul *Being and Time* (1972), Heidegger membeberkan terjemahan fenomenologi Husserl. Menurutnya, kita dan tindakan kita selalu ada dalam dunia, keberadaan kita adalah keberadaan di dunia, jadi kita tidak perlu mempelajari tindakan kita dengan menempatkan dunia dalam tanda kurung. (Kurwarno : 2009 : 12). Heidegger

mengistilahkan ke-berada-an dalam dunia sebagai *dasein* atau eksistensi (belakangan fenomenologi Heidegger diistilahkan dengan fenomenologi eksistensial). Dunia mempunyai ciri referensial, artinya ada-nya selalu menunjuk pada sesuatu, misalnya ia mencontohkan palu yang menunjuk pada paku, dan paku menunjuk pada papan, papan menunjuk pada rumah, dan seterusnya.² Begitu pentingnya arti “dunia” bagi Heidegger, sehingga jika dikaitkan dengan tujuan fenomenologi yang memahami, maka pemahaman yang sesungguhnya itu tidak dilihat dalam suatu pernyataan sebagai hasil dari nalar (rasio), melainkan dalam tingkat yang sangat fundamental (tidak perlu dipikirkan lagi). Artinya jika dikaitkan dengan contoh di atas, seseorang memahami palu bukan karena ia menyatakan bahwa palu bisa untuk menancapkan paku, tetapi bila perlu, tidak perlu dipikirkan lagi ia langsung menggunakan palu untuk menancapkan paku pada papan.

Umumnya orang mengenal fenomenologi Heidegger selalu dikaitkan dengan Hermeneutika, yang merujuk pada pemahaman realitas melalui kajian teks atau bahasa. Menurut Heidegger, bahasa bukan hanya merupakan metode tafsir saja, akan tetapi pada hakikatnya dipandang sebagai berkaitan langsung dengan proses penyampaian arti. Tidak dikatakan bahasa jika tidak menyampaikan arti apa-apa. Secara explicit, filsafat Heidegger adalah fenomenologi dengan metode hermeneutika. Hermeneutika Heidegger berusaha membuka sesuatu yang tersembunyi, yang merupakan kegiatan interpretasi utama yang membuka hakikat *dasein*. Hermeneutika di tangan Heidegger selalu menghindar dari penafsiran atas sesuatu (teks) yang merupakan penjelasan dari realitas tertentu. Akan tetapi berusaha untuk kembali memahami realitas (Ada-nya) langsung. Jadi dapat dikatakan, bahwa hermeneutika Heidegger bukanlah hermeneutika dalam artian metode penafsiran teks saja, akan tetapi lebih kepada pemikiran filsafat dengan menggunakan metode hermeneutik..

² <http://teologipastoral.wordpress.com/sumbangan-heidegger-bagi-hermeneutika-dalam-being-and-time/>
diakses 11 juni 2014 pukul 13.37

Ada perbedaan yang signifikan antara Heidegger dan Husserl tentang *core* fenomenologi mereka. Pendekatan Husserl terarah pada fungsi kesadaran sebagai subyektifitas *transcendental*. Sedangkan Heidegger justru melihat media vital historis “ke-berada-an” manusia di dunia. Menurutnya, kesadaran bukan sekedar kesadaran akan sesuatu, melainkan kesadaran *dalam/sebagai* sesuatu. Kita tidak sekedar menyadari sesuatu, melainkan sesuatu itu turut membentuk kesadaran kita. Jadi arah pendekatan Heidegger adalah keberadaan manusia itu sendiri. Ia berpandangan bahwa fakta keberadaan merupakan persoalan yang lebih mendasar dari pada kesadaran dan pengetahuan manusia. “Ada” lebih utama dari kesadaran, karena kesadaran hanyalah cara Ada menampakkan diri. Ini berbeda dengan Husserl yang menganggap keberadaan Ada sebagai hasil dari kesadaran.

Pemikiran Heidegger sangat kental dengan nuansa fenomenologis, meskipun akhirnya Heidegger mengambil jalan lain dari prinsip fenomenologi yang dibangun Husserl. Fenomenologi Husserl lebih bersifat epistemologis karena menyangkut pengetahuan tentang dunia, sementara fenomenologi Heidegger lebih sebagai ontologi karena menyangkut kenyataan itu sendiri. Heidegger menekankan, bahwa fakta keberadaan merupakan persoalan yang lebih fundamental ketimbang kesadaran dan pengetahuan manusia, sementara Husserl cenderung memandang fakta keberadaan sebagai sebuah *datum* kesadaran.

Namun demikian, fenomenologi dan hermeneutik mampu “berkolaborasi” sebagai metode dalam penafsiran / pembentukan makna yang menganggap bahwa pemaknaan linguistik merupakan watak turunan dari pengalaman yang dihayati. Dalam upaya memahami fenomena, kesadaran yang selalu tertuju kepada objek menggunakan perangkat-perangkat perseptualnya (*noesis*) untuk memperoleh gambaran perseptual yang lengkap tentang fenomena (*noema*). Pembentukan gambaran perseptual yang lengkap itu mensyaratkan perlengkapan linguistik yang memadai untuk melakukan pengertian, prediksi, hubungan sintaktik dan sebagainya agar gambaran itu dapat diartikulasikan. Dari sisi hermeneutik,

penempatan linguistik sebagai kendaraan yang digunakan untuk memahami analisis terhadap gambaran perseptual pra-linguistik merupakan prinsip yang mendasari proses penafsiran.

2.3.2. Komunikasi Kesehatan

Komunikasi kesehatan mengarah pada jalannya proses komunikasi dan pesan yang menyeliputi isu kesehatan. Pengetahuan dalam bidang ini dapat dikategorikan berdasarkan penekanannya ke dalam dua kelompok besar, yaitu perspektif berdasarkan proses dan perspektif berdasarkan pesan.³ Pendekatan berdasarkan proses ialah menggali cara-cara yang di dalamnya pemaknaan kesehatan dinyatakan, diinterpretasi dan dipertukarkan, sebuah proses investigasi interaksi dan strukturasi simbolik yang dikaitkan dengan kesehatan, sedangkan perspektif berbasis pesan terpusat pada pembentukan pesan kesehatan yang efektif, juga mengenai usaha strategis untuk menciptakan komunikasi yang efektif yang dapat mencapai tujuan para stakeholder bidang kesehatan.

Isu kesehatan menjadi penting untuk dikaji melalui bidang ilmu komunikasi dengan adanya masukan dari banyak penelitian bidang kesehatan yang menekankan perhatian pada aspek psikis maupun social atas penggunaan pengobatan non-medis. Adanya penelitian yang menggali dan terkait dengan konsep sehat dan sakit dalam aplikasi yang luas ternyata bukan sekedar menyangkut kondisi berdasarkan pengukuran biomedis. Fakta bahwa sehat dan sakit juga mengarah pada adanya keragaman batasan pada masing-masing individu akibat pengaruh konstruk social dan budaya dalam lingkungannya. Sehingga kemudian muncul konsep *disease* dan *illness*. *Disease* berakar pada kondisi sakit tubuh sehingga dianggap riil, kongkret, ilmiah dan obyektif, sebaliknya *illness* merupakan sakit yang berakar pada pikiran, sehingga dianggap masuk dalam kategori subyektif.

³ Jurnal Ilmu Komunikasi, Vol. 1, No. 2, Oktober 2011 ISSN:2088-981X hal 170.

Terkait dengan *disease* dan *illness*, secara sederhana pada masyarakat dan pengobatan tradisional, menganut dua konsep penyebab sakit, yaitu naturalistik dan personalistik. Penyebab bersifat naturalistic yaitu seseorang menderita sakit akibat pengaruh lingkungan, kebiasaan hidup, ketidakseimbangan dalam tubuh, termasuk juga kepercayaan pada konsep panas-dingin seperti masuk angin dan penyakit bawaan. Sedangkan konsep personalistik menganggap munculnya penyakit disebabkan oleh intervensi suatu agen aktif yang dapat berupa makhluk bukan manusia (hantu, roh, leluhur atau roh jahat), atau makhluk manusia (tukang santet, tukang sihir).⁴ Dengan demikian menjadi sangat jelas bahwa konsep sehat dan sakit sesungguhnya tidak terlalu mutlak dan universal, karena ada faktor-faktor lain di luar kenyataan klinis yang mempengaruhinya terutama faktor social budaya. Masalah sehat dan sakit merupakan proses yang berkaitan dengan kemampuan atau ketidakmampuan manusia beradaptasi dengan lingkungan baik secara biologis, psikologis maupun sosio budaya. Dengan kata lain, kondisi sehat dan sakit seseorang bukan semata disebabkan adanya gangguan secara fisik, tetapi juga akibat adanya cara dan pola berfikir mengenai konsepsi sehat dan sakit, sekaligus juga ternyata kondisi psikis seseorang dapat mempengaruhi tingkat kesehatan fisiknya.

Adanya sifat subyektifitas konsep sehat dan sakit ini menjadi peluang bagi masuknya kajian ilmu komunikasi, khususnya jika menggunakan batasan komunikasi intrapersonal sebagai proses individu dalam menggali cara-cara yang di dalamnya pemaknaan kesehatan dinyatakan, diinterpretasi dan dipertukarkan, sebuah proses investigasi interaksi dan strukturasi simbolik dalam diri sendiri yang dikaitkan dengan kesehatan. Dalam studi komunikasi kesehatan dapat ditemukan adanya pondasi teoretis pemikiran yang mengelompok dalam beberapa pendekatan, yaitu positivistic, interpretif, kritis dan pendekatan budaya. Jelas bahwa solusi masalah kesehatan individu bukan sekedar

⁴ HM. Rusli Ngatimin. *Dari Nilai Budaya Bugis di Sulawesi Selatan. Apakah Kusta Ditakuti atau Dibenci?* (Ujung Pandang : Lembaga Pengabdian Masyarakat Universitas Hasanuddin, 1992, hal. 9)

memperbaiki masalah kerusakan fisik seperti pada pendekatan biomedis, tetapi juga dalam banyak kasus kesehatan ternyata melibatkan kompleksitas kebutuhan, motivasi dan prioritas individu. Pertanyaan permasalahan yang muncul ternyata melibatkan konsepsi komunikasi yang mengarah pada konstruksi social mengenai sehat dan sakit. Hal ini sangat berkaitan dengan proses pemaknaan individu terkait kondisi sehat dan sakitnya, termasuk konsep tentang apa makna kesehatan pada kondisi tertentu, bagaimana makna tersebut dikonstruksi secara budaya, milik siapa makna yang digunakan tersebut, dan dengan konsekuensi materi dan simbolik apa yang muncul selanjutnya (Zoller : 2008 : 1-2).

Peran ilmu komunikasi yang terkait bidang kesehatan menekankan pada pentingnya otonomi atau kebebasan manusia, yang berarti bahwa ilmu komunikasi kesehatan juga sangat memperhatikan otonomi manusia dan kompleksitas dinamis dalam kehidupan sehari-harinya. Hal ini bukan berarti menciptakan konflik dengan penelitian ilmiah yang *disease-oriented*, tetapi lebih kepada aspek pelengkap (*complementary*) yang menambahkan dan menekankan dimensi yang lebih bermakna. Dimensi tersebut mencakup pengalaman manusia sebagai individu yang sangat beragam, utamanya yang terkait dengan pengalaman sehat dan sakitnya.

Dalam *Health of People 2010*, komunikasi kesehatan didefinisikan sebagai proses simbolik yang didalamnya masyarakat baik secara individual maupun kolektif memahami, membentuk dan mengakomodasi mengenai sehat dan sakit. Lebih luas, dalam disiplin akademik, komunikasi kesehatan adalah upaya studi dan penerapan strategi komunikasi untuk menginformasikan dan mempengaruhi keputusan individu dan komunitas terkait kesehatan. Pada intinya komunikasi kesehatan meliputi cakupan luas pesan dan media dalam konteks pembinaan kesehatan, promosi kesehatan, pencegahan penyakit, *treatment*, advokasi, termasuk variasi dalam situasi, tujuan dan strategi pengaruh social.

2.3.2.1. Komunikasi Terapeutik

Seperti yang dijelaskan dalam latar belakang penulisan ini, komunikasi terapeutik mengandung pengertian, komunikasi yang dilakukan secara sadar oleh perawat yang bertujuan untuk kesembuhan pasien. (Zen MH : 2013 : 60). Definisi lain yang memperkaya konsep Komunikasi Terapeutik, antara lain :

“Therapeutic communication is defined as the face-to-face process of interacting that focuses on advancing the physical and emotional well-being of a patient”. (Susan Laffan, RN, CCHP-RN, CCHP-A, is co-owner of Specialized Medical Consultants, New Jersey)⁵

Journal of Communication Volume 25, Abstract, halaman 127. 7 Februari 2006 Kolom Media and Medicine, Charles M. Rossiter Jr memberikan definisi *Therapeutic Communication* sebagai :

“considering fine issues helps to delineate from, scope, and process of inquiry in the field.” (Charles M. Rossiter Jr.)⁶

Dari paparan definisi komunikasi terapeutik di atas, dapat peneliti ambil pengertian, bahwa konsep komunikasi terapeutik mengandung pengertian komunikasi yang dilakukan secara tatap muka, secara sadar dengan mempertimbangkan berbagai isu-isu , lingkup dan proses di lapangan, yang tujuannya adalah kesehatan fisik dan emosional pasien. Bagi perawat dan pasien, komunikasi terapeutik merupakan pengalaman belajar bersama sekaligus perbaikan emosi pasien.

⁵ <http://www.ncchc.org/cnp-therapeutic-communication> diakses pada tanggal 17 Maret 2014 pukul 13.34 WIB

⁶ <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-2466.1975.tb00614.x/abstract> diakses pada tanggal 14 Maret 2014 pukul 11.13 WIB

Dalam upaya menciptakan hubungan yang terapeutik dengan pasien, seorang perawat dituntut untuk memahami dan meningkatkan ketrampilan komunikasinya, sekaligus mampu memahami juga keberadaan dirinya terkait dengan peran dan tugasnya yang profesional. Beberapa hal yang harus menjadi perhatian dan harus dilakukan perawat agar mampu berperan secara profesional, antara lain : (Zen MH : 2013 : 61)

1. Kesadaran diri
2. Klarifikasi diri
3. Explorasi perasaan
4. Mampu menjadi model peran

Kesadaran diri merupakan bagian dari instrument terpenting dalam berkomunikasi yang bertujuan terapeutik ini, sebab seorang perawat harus mampu mengenali perasaan, perilaku, dan kepribadiannya sendiri sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Dengan demikian, kesadaran diri akan membuat perawat terbiasa dan leluasa dalam menerima ragam keunikan masing-masing pasien yang dihadapinya. Masing-masing individu memiliki tata nilai, pengalaman, dan kepercayaan yang berbeda-beda. Kenyamanan dan kepuasan perawat terhadap system nilai yang dianut adalah modal cukup bermakna saat melakukan komunikasi secara terapeutik.

Selain itu, ekplorasi perasaan merupakan salah satu bentuk dan upaya perawat yang terbuka dan sadar terhadap perasaannya, kemudian mengontrolnya supaya bisa menggunakan dirinya secara terapeutik bagi pasien. Selanjutnya, perawat harus mampu menjadi model peran. Seorang perawat tidak bisa memberikan batasan yang jelas mengenai peranannya sebagai tenaga kesehatan profesional dengan kehidupan kesehariannya. Maka, seorang perawat harus bisa menjadi model bagi pasiennya, sebagai salah satu bentuk tanggung jawab atas segala yang telah disampaikan.

2.3.2.2. Unsur-Unsur Komunikasi Terapeutik

Menurut Potter dan Perry (2010) dalam Zen MH (2013 : 65-66), unsur-unsur yang terkandung dalam komunikasi terapeutik meliputi :

a. Keramahan

Keramahan dikategorikan sebagai unsur pertama dari komunikasi terapeutik. Sebab, keramahan seorang perawat dalam melangsungkan komunikasi kepada pasien merupakan langkah pertama guna memberikan kesan yang bermakna dalam hal perencanaan perawatan yang hendak dilaksanakan.

b. Penggunaan Nama

Dalam komunikasi terapeutik, penggunaan nama saat perawat memanggil nama asli pasien, menunjukkan penghargaan yang cukup bermakna bagi pasien, yang tentunya semakin memberikan ruang guna melangsungkan komunikasi secara lebih efektif.

c. Dapat Dipercaya

Dapat dipercaya merupakan bagian dari kelancaran berkomunikasi. Dalam pemaknaan komunikasi terapeutik, seseorang yang dipercaya adalah seseorang yang saat memberikan bantuan, mampu tidak menghadirkan keraguan pada diri pasien.

d. Otonomi dan Tanggung Jawab

Otonomi dan tanggung jawab merupakan keberanian yang harus dimiliki oleh seorang perawat dalam membuat pilihan atau menentukan keputusan sekaligus mempertanggungjawabkannya.

e. Asertif (Tegas)

Komunikasi asertif dapat memberikan ruang bagi seseorang guna mengekspresikan perasaan dan pikirannya tanpa harus menghakimi, menuduh, maupun menyakiti orang lain.

2.3.2.3. Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik

Berikut adalah prinsip-prinsip yang terdapat dalam komunikasi terapeutik menurut Suryani (2005) dalam Zen MH (2013 : 93-95) :

1. Kejujuran (*Trustworthy*)

Kejujuran merupakan modal utama yang harus dimiliki oleh seorang perawat. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien hanya bisa terjalin dengan bermodal kejujuran dan keterbukaan dalam memberikan informasi yang diyakini kebenarannya.

2. Ekspresif dan Tidak Membingungkan

Dalam melakukan komunikasi keperawatan, dalam beberapa literatur dijelaskan bahwa hendaknya menggunakan bahasa yang dimiliki oleh pasien. Ketidaksesuaian antara komunikasi verbal dengan non-verbal dapat mengakibatkan pasien menjadi bingung.

3. Bersikap Positif

Sikap positif perawat ditunjukkan oleh perawat dengan bersikap hangat, penuh perhatian, dan selalu menghargai pasien.

4. Empati, bukan Simpati

Sikap empati sangat dibutuhkan oleh seorang perawat dalam melakukan keperawatan. Dengan sikap tersebut, seorang perawat akan mampu merasakan sekaligus memikirkan permasalahan yang dialami pasien. Dengan bersikap empati, seorang perawat bisa merasakan dan memberikan alternatif guna mengatasi masalah yang diderita oleh pasien.

5. Melihat Permasalahan dari Kacamata Pasien

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus berorientasi kepada pasien. Memecahkan atau mengatasi masalah yang sedang dihadapi pasien, seorang perawat

harus menggunakan *active listening* dan kesabaran dalam mendengarkan ungkapan pasien.

6. Menerima Pasien Apa Adanya

Pada prinsipnya, setiap orang apabila diterima dengan tulus, maka ia akan merasa nyaman dan aman, begitu juga dengan pasien. Perasaan nyaman akan memberikan peluang kepada pasien untuk mengungkapkan permasalahannya kepada perawat.

7. Sensitif terhadap Perasaan Pasien

Dalam hal penyakit tertentu yang diderita pasien, terkadang bisa berdampak buruk bagi psikologisnya. Kehadiran perawat harus bisa melihat sisi-sisi sensitif dari perasaan pasien tersebut, dengan demikian perawat bisa menempatkan dirinya tidak hanya sebatas tugasnya saja, mungkin saja bisa menjadi teman bicara yang menenangkan.

2.3.2.4. Tahap-Tahap Komunikasi Terapeutik

Dalam membina hubungan yang bersifat terapeutik, maka tahapan yang harus dilakukan oleh perawat menurut Stuart dan Sundeen (dalam Damaiyanti : 2008 : 21) adalah :

1. Fase Persiapan (Pre-interaksi)

Pada tahap ini perawat menggali perasaan dan mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya. Pada tahap ini perawat juga mencari informasi tentang klien. Kemudian perawat merancang strategi untuk pertemuan pertama dengan klien. Tahap ini harus dilakukan oleh seorang perawat untuk memahami dirinya, mengatasi kecemasannya, dan meyakinkan dirinya bahwa dia siap untuk berinteraksi dengan klien.

Tugas perawat pada tahap ini antara lain:

1. Mengeksplorasi perasaan, harapan, dan kecemasan. Sebelum berinteraksi dengan klien, perawat perlu mengkaji perasaannya sendiri. Perasaan apa yang muncul sehubungan dengan interaksi yang akan dilakukan. Apakah ada perasaan cemas? Apa yang dicemaskan?
2. Menganalisis kekuatan dan kelemahan sendiri. Kegiatan ini sangat penting dilakukan agar perawat mampu mengatasi kelemahannya secara maksimal pada saat berinteraksi dengan klien. Misalnya seorang perawat mungkin mempunyai kekuatan mampu memulai pembicaraan dan sensitif terhadap perasaan orang lain, keadaan ini mungkin bisa dimanfaatkan perawat untuk memudahkannya dalam membuka pembicaraan dengan klien dan membina hubungan saling percaya.
3. Mengumpulkan data tentang klien. Kegiatan ini juga sangat penting karena dengan mengetahui informasi tentang klien perawat bisa memahami klien. Paling tidak perawat bisa mengetahui identitas klien yang bisa digunakan pada saat memulai interaksi.
4. Merencanakan pertemuan yang pertama dengan klien. Perawat perlu merencanakan pertemuan pertama dengan klien. Hal yang direncanakan mencakup kapan, dimana, dan strategi apa yang akan dilakukan untuk pertemuan pertama tersebut.

2. Fase Orientasi (perkenalan)

Perkenalan merupakan kegiatan yang dilakukan saat pertama kali bertemu atau kontak dengan klien. Pada saat berkenalan, perawat harus memperkenalkan dirinya terlebih dahulu kepada klien. Dengan memperkenalkan dirinya berarti perawat telah bersikap terbuka pada klien dan ini diharapkan akan mendorong klien untuk membuka dirinya. Tujuan tahap ini adalah untuk memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dibuat dengan keadaan klien saat ini, serta mengevaluasi hasil tindakan yang lalu.

Tugas perawat pada tahap ini antara lain:

1. Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan, dan komunikasi terbuka. Hubungan saling percaya merupakan kunci dari keberhasilan hubungan terapeutik, karena tanpa adanya rasa saling percaya tidak mungkin akan terjadi keterbukaan antara kedua belah pihak. Hubungan yang dibina tidak bersifat statis, bisa berubah tergantung pada situasi dan kondisi. Karena itu, untuk mempertahankan atau membina hubungan saling percaya perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima klien apa adanya, menepati janji, dan menghargai klien.
2. Merumuskan kontrak pada klien. Kontrak ini sangat penting untuk menjamin kelangsungan sebuah interaksi. Pada saat merumuskan kontrak perawat juga perlu menjelaskan atau mengklarifikasi peran-peran perawat dan klien agar tidak terjadi kesalah pahaman klien terhadap kehadiran perawat. Disamping itu juga untuk menghindari adanya harapan yang terlalu tinggi dari klien terhadap perawat karena karena klien menganggap perawat seperti dewa penolong yang serba bisa dan serba tahu. Perawat perlu menekankan bahwa perawat hanya membantu, sedangkan kekuatan dan keinginan untuk berubah ada pada diri klien sendiri.

3. Fase Kerja

Tahap kerja ini merupakan tahap inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Pada tahap ini perawat dan klien bekerja bersama-sama untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Pada tahap kerja ini dituntut kemampuan perawat dalam mendorong klien mengungkapkan perasaan dan pikirannya. Perawat juga dituntut untuk mempunyai kepekaan dan tingkat analisis yang tinggi terhadap adanya perubahan dalam respons verbal maupun nonverbal klien.

Pada tahap ini perawat perlu melakukan *active listening* karena tugas perawat pada tahap kerja ini bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien. Melalui *active listening*, perawat membantu klien untuk mendefinisikan masalah yang dihadapi, bagaimana cara mengatasi masalahnya, dan mengevaluasi cara atau alternatif pemecahan masalah yang telah dipilih.

Perawat juga diharapkan mampu menyimpulkan percakapannya dengan klien. Teknik menyimpulkan ini merupakan usaha untuk memadukan dan menegaskan hal-hal penting dalam percakapan, dan membantu perawat-klien memiliki pikiran dan ide yang sama. Tujuan teknik menyimpulkan adalah membantu klien menggali hal-hal dan tema emosional yang penting.

4. Fase Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dengan klien. Tahap ini dibagi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat-klien, setelah terminasi sementara, perawat akan bertemu kembali dengan klien pada waktu yang telah ditentukan. Terminasi akhir terjadi jika perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara keseluruhan.

Tugas perawat pada tahap ini antara lain:

1. Mengevaluasi pencapaian tujuan dari interaksi yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini juga disebut evaluasi objektif. Dalam mengevaluasi, perawat tidak boleh terkesan menguji kemampuan klien, akan tetapi sebaiknya terkesan sekedar mengulang atau menyimpulkan.

2. Melakukan evaluasi subjektif. Evaluasi subjektif dilakukan dengan menanyakan perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat. Perawat perlu mengetahui bagaimana perasaan klien setelah berinteraksi dengan perawat. Apakah klien merasa bahwa interaksi itu dapat menurunkan kecemasannya? Apakah klien merasa bahwa interaksi itu ada gunanya? Atau apakah interaksi itu justru menimbulkan masalah baru bagi klien.
3. Menyepakati tindak lanjut terhadap interaksi yang telah dilakukan. Tindakan ini juga disebut sebagai pekerjaan rumah untuk klien. Tindak lanjut yang diberikan harus relevan dengan interaksi yang akan dilakukan berikutnya. Misalnya pada akhir interaksi klien sudah memahami tentang beberapa alternative mengatasi marah. Maka untuk tindak lanjut perawat mungkin bisa meminta klien untuk mencoba salah satu dari alternative tersebut.
4. Membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya. Kontrak ini penting dibuat agar terdapat kesepakatan antara perawat dan klien untuk pertemuan berikutnya. Kontrak yang dibuat termasuk tempat, waktu, dan tujuan interaksi.

2.3.2.5. Keperawatan Jiwa

Psychiatric nursing atau keperawatan psikiatri (jiwa) adalah cabang keperawatan yang berkaitan dengan tindakan preventif dan kuratif terhadap berbagai gangguan mental dan hal-hal yang mengikutinya (Aprilistyawati : 2013 : 2). Gangguan mental yang dimaksud di sini, jenisnya bermacam-macam, mulai dari tingkatan yang ringan hingga berat. Gangguan mental ringan umumnya dikenal dengan *neurosis*, yang meliputi stres, kecemasan, phobia, histeria, dan lainnya yang sejenis. Sedangkan, gangguan mental parah dikenal dengan istilah *psikosis*. Dalam menggambarkan penderita psikosis, biasanya kriteria utama yang dicirikan adalah perilaku aneh atau menyimpang, pengalaman yang tidak normal atau tidak wajar,

kehilangan kontak dengan realita, dan kurang wawasan. Di dunia kedokteran, penderita gangguan jiwa berat ini dinamakan *skizofrenia*.

Tanda-tanda umum dari orang dengan skizofrenia antara lain, menurut Dirgagunarsa (1966) dalam Setyobroto (2004 : 154) adalah :

1. Berbicara dan tertawa sendiri, serta bertingkah laku sesuai khayalannya, sehingga tidak sesuai dengan kenyataan.
2. Karena tidak ada kontak dengan realitas, maka logikanya juga tidak berfungsi. Akibatnya isi pembicaraan penderita sukar diikuti karena meloncat-loncat (inkoheren) dan seringkali ada kata-kata aneh yang hanya dapat dimengerti oleh penderita sendiri (neo-logisme)
3. Ucapan, perbuatan dan pikirannya tidak sejalan. Ketiga aspek kejiwaan itu pada penderita schizophrenia dapat berjalan sendiri-sendiri, sehingga ia dapat menceritakan sesuatu yang menyedihkan sambil tertawa-tawa.
4. Sehubungan dengan pikiran yang sangat berorientasi kepada khalayak sendiri, timbul delusi atau waham pada penderita schizophrenia. Delusi atau waham ini adalah suatu keyakinan yang keliru mengenai diri sendiri, misalnya penderita merasa dirinya orang sakti, atau merasa dirinya dewa.
5. Halusinasi sering pula nampak pada schizophrenia. Penderita sering mengalami kesalahan persepsi dalam arti mendengar, melihat atau merasa sesuatu yang sebenarnya tidak ada, atau yang sebenarnya sangat lain sifatnya. Misalnya mendengar suara-suara atau melihat sapu sebagai pedang.

Banyak faktor yang dianggap sebagai penyebab seseorang menderita schizophrenia. Diyakini terdapat tiga faktor utama sebagai penyebabnya. Pertama, faktor organobiologi seperti faktor keturunan (genetik), adanya ketidakseimbangan zat-zat neurokimia di dalam

otak. Kedua, faktor psikologis seperti adanya mood yang labil, rasa cemas berlebihan, gangguan persepsi yang ditangkap oleh panca indera kita (halusinasi). Dan yang ketiga adalah faktor lingkungan (sosial) baik itu di lingkungan terdekat kita (keluarga) maupun yang ada diluar. Misalnya Jakarta sebagai kota besar yang di dalamnya memiliki beragam kompleksitas permasalahan, beban hidup yang tidak terpenuhi secara ekonomi, situasi politik yang makin tidak menentu, ancaman terror bom, tindak kriminal, karena ketergantungan narkoba, dan lain-lain.

Faktor psikologis seperti gangguan emosional, seperti marah, rasa takut, termasuk konflik, stress, cemas, dan frustrasi biasanya muncul sebagai gejala awal pemicu terjadinya schizophrenia. Stres merupakan gejala jiwa yang pernah dialami tiap orang, seperti halnya otot-otot mengalami ketegangan bila melakukan pekerjaan fisik, maka tiap orang dapat mengalami ketegangan psikis yang dalam keadaan tertentu disebut “stress”. Stres yang terus-menerus dapat mengakibatkan individu yang bersangkutan mengalami kecemasan atau *anxiety*. Gangguan emosional dapat mempengaruhi psikis dan fisik seseorang, stabilitas emosi seseorang akan terganggu, dan stabilitas emosi akan mempengaruhi stabilitas psikis, sehingga yang bersangkutan tidak dapat berfikir dengan baik, tidak dapat berkonsentrasi, koordinasi gerak kacau, dan sebagainya.

Faktor lingkungan atau sekitar biasanya memiliki pengaruh yang cukup besar bagi perkembangan mental individu. Pengaruh lingkungan sekitar tidak sama terhadap individu satu dengan lainnya, baik karena faktor obyektif lingkungan yang berbeda-beda, maupun faktor subyektif, karena motivasi, kepentingan dan kebutuhan yang berbeda-beda, namun secara garis besar dapat dikemukakan perbedaan antara anak-anak, remaja dan orang dewasa.

Pada anak-anak sebelum ia dapat berkumpul dengan teman sebaya, maka pengaruh keluarga sangat menentukan. Pada periode ini anak akan meniru apa yang diamati dari

sekitar, yaitu adat-istiadat, kebiasaan, dan nilai-nilai yang berkembang dalam keluarga sehingga sikap dan kepribadian anak lebih banyak ditentukan oleh situasi dan nilai-nilai yang terjadi dan berkembang dalam keluarganya. Biasanya ayah atau ibunya menjadi panutan bagi anak-anak yang belum berkenalan dengan dunia luar, dan cerita-cerita dari ayah dan ibunya sangat mempengaruhi perkembangan jiwa anak.

Sesudah agak besar, dan dapat berhubungan dengan orang lain di luar keluarganya, si anak akan dipengaruhi lingkungan sekitar dari keluarganya. Jadi di samping pengaruh keluarga juga ada pengaruh-pengaruh dari luar keluarga. Dalam hal ini anak-anak memilih nilai-nilai yang dianggap cocok bagi dirinya. Di samping itu terjadi proses internalisasi, di mana individu mengambil alih nilai-nilai dari sekitar, dan proses adaptasi serta konformitas sosial, di mana individu akan menyesuaikan sikap dan tingkah lakunya dengan sekitar.

Pada anak usia remaja pergaulannya sudah lebih luas, dan biasanya anak remaja membuat kelompok sebaya atau "*peer group*". Pengaruh kelompok sebaya sangat besar dalam perkembangan sikap dan kepribadian remaja yang memang dalam taraf perkembangan menemukan nilai-nilai baru baginya. Hal ini dibuktikan dengan banyaknya sikap-sikap menyimpang, yang kita kenal sebagai kenakalan remaja, yang dilakukan para remaja, seperti penggunaan narkoba, perkelahian remaja, perilaku penyimpangan seksual, dan sebagainya.

Pada orang dewasa, maka pengaruh lingkungan lebih terbatas, mereka sudah lebih dewasa dalam memilih nilai-nilai, bahkan tidak sedikit yang dapat mempengaruhi sekitar, dan siapa yang dominan akan dapat mempengaruhi sekitarnya. Interaksi personal akan besar pengaruhnya terhadap perkembangan sikap serta kepribadiannya.

Berbeda halnya dengan gejala penyakit fisik seperti jantung, paru-paru basah, pilek, batuk, penyakit jiwa relatif sulit dideteksi. Biasanya pada tahap awal dimana gangguan jiwa

ringan yang dialami seseorang, hal ini dianggap sepele, jika hal ini dibiarkan justru dapat memicu penyebab gangguan jiwa berat (schizophrenia). Masih adanya stigma di masyarakat, bahwa gangguan jiwa dianggap bukan sebagai penyakit, tetapi disebabkan karena hal-hal spiritual atau kutukan, sehingga penyembuhannya bukan kepada psikiater. Belum lagi anggapan bahwa “gila” merupakan aib bagi keluarga, maka tidak heran apabila keluarga mengurung penderita karena penyakit ini dekat dengan kekerasan dan hal yang membahayakan bagi orang lain. . Dari berbagai media, di sejumlah daerah masih ditemukan penderita gangguan jiwa yang dipasung oleh pihak keluarga mereka sendiri. Alih-alih memulihkan, cara-cara ini justru memperburuk kesehatan si penderita.. Kalau pandangan seperti itu tetap diyakini, penderita gangguan jiwa tidak akan tertangani secara proporsional.

Seperti individu yang sehat fisik dan mental, penderita gangguan jiwa berhak atas hidup yang sehat dan lebih baik. Mereka yang menderita gangguan jiwa juga berhak atas perlindungan ekonomi dan layanan kesehatan. Setiap individu yang menderita gangguan kejiwaan atau yang dianggap memiliki gangguan jiwa, mesti mendapat perawatan yang manusiawi dan dihormati martabatnya sebagai manusia. Mereka juga berhak mendapat perlindungan secara ekonomi, dari eksploitasi seksual dan bentuk eksploitasi lainnya, serta dilindungi dari bentuk-bentuk diskriminasi. Prinsip universal ini belum diadaptasi di Indonesia. Tak hanya persoalan stigma, pelayanan terhadap penderita gangguan jiwa di Indonesia masih rendah. Sangat terbatasnya akses pelayanan kesehatan terhadap penderita penyakit ini berkontribusi terhadap angka penderita gangguan jiwa yang tinggi.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

Metodologi adalah proses, prinsip, dan prosedur yang kita gunakan untuk mendekati problem dan mencari jawaban. (Mulyana : 2008 : 145). Dengan kata lain, metodologi adalah suatu pendekatan umum untuk mengkaji topik penelitian. Metodologi dipengaruhi atau berdasarkan perspektif teoretis yang kita gunakan untuk melakukan penelitian, sementara perspektif teoretis itu sendiri adalah kerangka penjelasan atau interpretasi yang memungkinkan peneliti memahami data dan menghubungkan data yang rumit dengan peristiwa dan situasi lain. Menetapkan posisi metodologi sama artinya dengan mendeskripsikan paradigma atau cara pandang terhadap realitas (Kuswarno : 2009 : 34).

3.1. Paradigma Penelitian

Paradigma merupakan cara pandang untuk memahami dan menjelaskan kompleksitas dunia nyata. Paradigma sebagai serangkaian kepercayaan dasar yang membimbing tindakan. (Guba dalam Denzin & Lyncoln : 2009 :132). Kepercayaan bersifat dasar dalam pengertian bahwa kepercayaan itu harus diterima semata-mata berdasarkan keyakinan, walaupun tidak ada cara untuk membuktikan kebenaran puncaknya. Bagi para peneliti, paradigma penelitian memberikan penjelasan tentang apa yang hendak mereka lakukan, dan apa saja yang masuk dalam dan di luar batas-batas penelitian yang sah.

Paradigma yang digunakan dalam penelitian ini adalah interpretif. Tujuan penelitian dari paradigma ini diarahkan untuk menghasilkan berbagai pemahaman yang bersifat rekonstruksi, yang di dalamnya kriteria kaum positivis tradisional tentang validitas internal

dan eksternal digantikan dengan terma-terma *sifat layak dipercaya (trustworthiness)* dan *otentisitas (authenticity)* (Denzin & Lincoln :2009:124). Oleh karena itu kebenaran adalah perkara konstruksi yang paling matang dan paling canggih (*sophisticated*) yang menjadi konsensus pada waktu tertentu.

Pandangan dasar pembentuk perspektif interpretif yaitu hermeneutika, fenomenologi dan interaksionisme simbolik (Ardianto : 2007 : 126). Tiga pandangan ini mendasari metode ilmu social yang khas, yaitu memberikan peran subjek dalam menentukan fakta sosial sekaligus memperlakukan manusia tidak sebagai benda-benda, lebih dari yang telah dicapai oleh post-positivisme awal. Ketiga pandangan tersebut memiliki prinsip dasar yang sama bagi perspektif interpretif, prinsip-prinsip dasar itu adalah : (1) pengalaman subyektif, (2) kreasi intersubjektif dalam makna, (3) pemahaman sebagai tujuan akhir dalam riset social, dan (4) ketidakterpisahan antara “yang tahu” dan “yang diketahui”.

Penelitian interpretif sering juga disebut konstruktivisme. Interpretif atau konstruktis meyakini bahwa untuk memahami dunia makna ini orang harus mengintepretasikannya. Upaya menyusun intepretasi tidak lain adalah upaya melakukan pembacaan tentang makna-makna ini, peneliti kemudian mengemukakan konstruksi tentang konstruksi-konstruksi (makna) para aktor yang ditelitinya.

Kalangan konstruktivis berpegang teguh pada pandangan bahwa apa yang kita pahami sebagai pengetahuan dan kebenaran objektif merupakan hasil perspektif. Pengetahuan dan kebenaran diciptakan, tidak ditemukan oleh pikiran. Mereka menekankan karakter realitas yang jamak dan lentur, jamak dalam pengertian bahwa realitas bisa diungkapkan dalam beragam system symbol dan bahasa; lentur dalam pengertian bahwa realitas dapat direntangkan dan dibentuk sesuai dengan tindakan-tindakan bertujuan dari para pelaku-manusia yang juga memiliki tujuan.

3.1.1. Ontologi Paradigma Interpretif

Ontologi adalah filsafat pertama yang mempertanyakan mengenai sifat dari realitas. Disebut sebagai filsafat pertama karena tidak mungkin berfilsafat hingga sifat dari realitas ditentukan (West & Turner: 2008: 55). Secara ontologis, dari kebanyakan teoretisi interpretif dalam ilmu komunikasi menganggap realitas sosial hadir dalam beragam bentuk konstruksi mental, berdasar pada situasi sosial dan pengalamannya, bersifat lokal dan spesifik, kemudian bentuk dan formatnya bergantung pada orang yang menjalaninya (Guba:1990a:27) dalam Ardianto, (2007 : 138) . Secara ontologis, fenomena dalam penelitian ini adalah realitas keperawatan jiwa yang ada di RSKD Duren Sawit, Jakarta Timur.

3.1.2. Epistemologi Interpretif

Secara epistemologis, penelitian interpretif adalah *Subjektivis*. Peneliti dan objek penelitian dianggap terhubung secara timbal balik, sehingga “hasil-hasil penelitian” terciptakan secara literal seiring dengan berjalannya proses penelitian. Epistemologi yang subyektif, konsisten dengan ontology nominalis atau konstruksionis sosial, epistemology subyektif menyatakan bahwa tidak ada hukum universal atau hubungan kausal yang bisa dijadikan kesimpulan menguasai dunia sosial. Karena realitas itu diciptakan secara sosial, maka para interpretivis atau konstruktivis percaya bahwa pemahaman hanya bisa dicapai dari pandangan pelaku realitas tersebut.

Untuk mendapat pemahaman ini, maka mencoba untuk mengurangi jarak antara subjek yang mengetahui (*the knower*) dan objek (*the known*) dan temuan yang dihasilkan penelitian adalah sesuatu yang timbul dari interaksi peneliti dan komunitas. Ini membutuhkan

penyelidikan dari dalam dimana si peneliti menceburkan dirinya ke dalam *setting* sosial, menggabungkan *interview* dan *observasi* dengan pengalaman pribadinya di lapangan.

Oleh karena itu, di dalam melakukan penelitian ini, penulis tidak hanya bertindak sebagai *observer* saja, tetapi juga menjadi *observer partisipan*, yaitu terlibat secara kognitif menjadi bagian dari objek yang diteliti. Dalam hal ini, penulis berusaha menjadi bagian dari perawat dan pada saat yang lain juga bertindak *seolah-olah* ikut merasakan menjadi pasien.

3.1.3. Aksiologi Interpretif

Kalangan interpretivis atau konstruktivis menjauhkan diri dari dugaan bahwa realitas sosial bisa benar-benar dipisahkan dari nilai-nilai subyektif peneliti, dan masyarakat. Pendekatan mengenai peran nilai dalam pengembangan teori ini, bahwa nilai-nilai harus ditangguhkan dahulu demi kajian yang lebih obyektif, tidak dipakai oleh kebanyakan teoretisi dalam paradigma ini. Nilai dalam paradigma ini menempati posisi penting, karena nilai dipandang sebagai sesuatu yang tak bisa dihindari dalam membentuk (menciptakan) hasil-hasil penelitian.

3.2. Sifat Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan, dan lainnya secara holistic, dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode alamiah. (Moloeng : 2010 : 6).

Penelitian kualitatif merupakan metode-metode untuk mengeksplorasi dan memahami makna yang oleh sejumlah individu atau sekelompok orang, dianggap berasal dari masalah sosial atau kemanusiaan. Penelitian kualitatif menyentuh humaniora dan ilmu-ilmu social. Pada saat yang sama, penelitian kualitatif bermakna banyak hal. Dengan demikian, para peneliti semacam ini mementingkan sifat penyelidikan yang sarat nilai. Ia memiliki focus perhatian dengan beragam paradigma. Teguh dengan sudut pandang naturalistic sekaligus kukuh dengan pemahaman interpretif mengenai pengalaman manusia (Denzin & Lincoln : 2009, 5).

Tidak seperti penelitian kuantitatif yang didasarkan pada probabilitas yang digali dari penelitian terhadap sejumlah besar kasus yang dipilih secara acak, penelitian kualitatif berusaha menemukan fakta apa adanya di lapangan , bukan “apa yang seharusnya” , dan biasanya berbasis kasus yang mengarahkan perhatian mereka pada ciri khusus kasus-kasus tertentu. Yang penting pemilihan satu kasus atau satu individu lazimnya didasari pertimbangan bahwa kasus atau individu tersebut dianggap khas (typical). (Mulyana : 2008 : 158).

Proses penelitian kualitatif melibatkan upaya-upaya penting, seperti mengajukan pertanyaan-pertanyaan dan prosedur-prosedur, mengumpulkan data yang spesifik dari para partisipan, menganalisis data secara induktif mulai dari tema-tema khusus ke tema-tema umum, dan menafsiran makna data. (Creswell : 2010 : 4). Pertanyaan-pertanyaan dalam penelitian kualitatif biasanya diawali dengan kata-kata “apa”, “mengapa”, dan “bagaimana”. Hal ini menunjukkan sifat keterbukaan yang menyiratkan bahwa penelitian tengah berusaha menjelaskan mengapa “sesuatu” muncul. Dengan demikian, penelitian kualitatif bertujuan mempertahankan bentuk dan isi perilaku manusia dan menganalisis kualitas-kualitasnya.

3.3. Metode Penelitian

Metode penelitian adalah teknik-teknik spesifik dalam penelitian. Yang merupakan komponen penting ketiga dalam kerangka kerja penelitian. Metode berkaitan dengan strategi pengumpulan, analisis, dan interpretasi data.

Penelitian ini menggunakan metode fenomenologi. Secara metodologis, fenomenologi bertugas untuk menjelaskan *things in themselves*, mengetahui apa yang masuk sebelum kesadaran, dan memahami makna dan esensinya, dalam intuisi dan refleksi diri. Menurut Orleans, dalam Kuswarno (2009 : 47), fenomenologi secara mendasar digunakan dalam dua hal penting dalam ilmu sosial. Kedua hal itu adalah :

1. Untuk menteorikan masalah sosiologi
2. Untuk meningkatkan kecukupan metode penelitian.

Bagi fenomenologi, dunia merupakan salah satu makna yang dikonstruksi secara intersubjektif, yang memahami pengalaman seseorang menurut dirinya sendiri. Oleh karena itu, metode yang digunakan adalah metode filsafat (Kuswarno : 2009 : 34). Dalam fenomenologi, peneliti terlibat dalam pengalaman yang berkelanjutan dan terus-menerus dengan para partisipan. Hal ini diperlukan karena tujuan penelitian fenomenologi yang mengharuskan peneliti membuat suatu interpretasi atas apa yang mereka lihat, dengar, dan pahami.

Penelitian fenomenologi tidak berusaha mencari pendapat benar atau salah dari partisipan (aktor), melainkan berusaha “mereduksi” kesadaran informan dalam memahami fenomena. Proses mereduksi ini disebut metode *verstehen*. Metode ini membantu peneliti menggambarkan secara rinci bagaimana kesadaran itu berjalan secara alamiah. Dengan demikian peneliti harus masuk kedalam pikiran informan.

Mengutip dari Moustakas dalam Kuswarno (2009 : 58-69), maka prosedur penelitian fenomenologi dalam penelitian ini adalah :

a. Tahap Perencanaan Penelitian

a). Membuat Daftar Pertanyaan (*guide interview*)

Pertanyaan penelitian sangat penting kedudukannya dalam penelitian fenomenologi, karena data penelitian yang tepat, akan diperoleh melalui pertanyaan yang tepat pula. Adapun karakteristik pertanyaan-pertanyaannya antara lain :

1. Mencari dan menemukan esensi dari pengalaman manusia (perawat) secara utuh
2. Bertujuan untuk membongkar factor-faktor kualitatif ketimbang factor kuantitatif dari pengalaman dan perilaku manusia.
3. Mengikat factor-faktor personal dan hasrat dari peserta penelitian (peneliti dan informan), sehingga apapun yang terlibat dalam penelitian memiliki komitmen secara total.
4. Tidak bertujuan untuk meramalkan atau menentukan hubungan-hubungan kausal

b). Menjelaskan Latar Belakang Penelitian

Latar belakang penelitian menjelaskan ketertarikan peneliti kepada topic dari penelitian. Umumnya pada penelitian kualitatif (fenomenologi), latar belakang dimulai dengan hal-hal yang langsung berkaitan dengan topic penelitian, baru kemudian beranjak ke hal-hal yang sifatnya umum (induktif).

c). Memilih Informan

Informan di dalam penelitian ini dipilih berdasarkan syarat-syarat tertentu yang berkaitan dengan permasalahan penelitian, misalnya perawat yang sudah sekian tahun bekerja dan mengalami langsung kejadian yang berkenaan dengan topic

penelitian, mampu menggambarkan kembali fenomena (pengalaman) yang telah dialaminya, dan lainnya.

b. Tahap Pengumpulan Data

Kegiatan pengumpulan data yang utama dalam penelitian ini adalah dengan metode wawancara mendalam (*indepth interview*) dan bersifat terbuka. Kegiatan pengumpulan data yang lain adalah dengan melakukan pengamatan partisipatif (*participative observant*)

c. Tahap Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode analisis data fenomenologi dari Creswell, yang akan dijelaskan pada sub Metode Analisis Data.

d. Tahap Membuat Simpulan, Dampak, dan Manfaat Penelitian

Kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan pada tahap ini, antara lain :

1. Membuat ringkasan dan ikhtisar dari keseluruhan penelitian
2. Menegaskan hasil penelitian dengan mengemukakan perbedaan-perbedaan, dari penelitian yang pernah dilakukan sebelumnya.
3. Menjelaskan hasil penelitian dengan kemungkinan penelitian lanjutannya.
4. Menghubungkan hasil penelitian dengan kegunaan penelitian.

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Menurut Lofland dan Lofland dalam Moloeng (2010 : 157), sumber data utama dalam penelitian kualitatif adalah *kata-kata* dan *tindakan*, selebihnya adalah data tambahan seperti dokumen dan lain-lain. Hal terpenting dari sifat pengumpulan data pada penelitian fenomenologi adalah individual, bukan kelompok atau masyarakat.

Kegiatan pengumpulan data pada penelitian (fenomenologi) ini adalah dengan menggunakan dua cara, yaitu *wawancara* mendalam dan *pengamatan partisipatif*. Wawancara mendalam (*indepth interview*). Wawancara mendalam sering disebut wawancara tak terstruktur. Wawancara tidak terstruktur mirip dengan percakapan informal karena itu bersifat luwes, susunan pertanyaan dapat diubah pada saat wawancara, termasuk karakteristik social budaya (d disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi suku, gender, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan sebagainya) responden yang dihadapi (Mulyana : 2007 : 181). Wawancara merupakan kegiatan yang paling utama dalam penelitian fenomenologi (Kuswarno : 2009 : 65). Karena dengan metode inilah esensi dari fenomena yang diamati dapat diceritakan dari sudut pandang orang pertama (orang yang mengalaminya secara langsung). Maksud mengadakan wawancara, seperti ditegaskan oleh Lincoln dan Guba (1985:266) dalam Moloeng (2010:186) antara lain : mengkonstruksi mengenai orang, kejadian, organisasi, perasaan, motivasi, tuntutan, kepedulian dan lain-lain.

Sebelum melakukan wawancara, peneliti perlu membuat acuan atau pedoman pertanyaan tentang isu-isu yang menjadi persoalan pokok masalah yang diteliti. Pedoman atau acuan pertanyaan itu lazim dikenal dengan *guide interview*. Berkaitan dengan penelitian ini, maka informan yang akan diwawancarai sebagai berikut : Kepala Bagian Keperawatan (Key Informan I), Asist. Kabag. Keperawatan (Key Informan II), 2 orang perawat *Akut*, 2 orang perawat *Sub-akut laki-laki*, 2 orang perawat *sub-akut perempuan*, 2 orang perawat *Tenang laki-laki*, 2 orang perawat *Tenang perempuan*.

Berikut adalah beberapa materi pertanyaan yang berfungsi sebagai *guide interview* dalam proses wawancara pada penelitian ini :

No	Pertanyaan
1	Pada umumnya orang mengetahui, bahwa orang dengan gangguan jiwa sulit untuk diajak berkomunikasi, bicaranya sering tidak “nyambung”, sehingga maksud / isi

	komunikasi tidak tersampaikan. Sebagai perawat kejiwaan, bagaimana Bapak / Ibu berkomunikasi dengan mereka ?
2	Sepanjang yang saya (peneliti) tahu, tipikal perilaku orang “orang gila” bermacam-macam ; ada yang diam, <i>mengoceh</i> , sambil tertawa-tawa sendiri, dan ada yang marah-marah, cenderung melakukan tindakan kekerasan. Bagaimana Bapak/Ibu menangani mereka?
3	Dalam hal berkomunikasi dengan pasien, apakah ada hal yang membedakan ketika Bapak / Ibu pertama kali menjalani profesi sebagai perawat jiwa dengan sekarang ini setelah berpengalaman sekian tahun ?
4	Menurut bapak / ibu, kira-kira adakah waktu atau saat-saat yang tepat untuk berkomunikasi dengan pasien, sehingga komunikasi bisa berjalan dengan efektif ? kapan ?
5	Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk berkomunikasi dengan pasien sampai maksud / isi pesan tersampaikan ?
6	Mengingat emosi dan perilaku pasien berbeda, apakah ada <i>trik-trik</i> khusus untuk memancing motivasi pasien ke arah penyembuhan ?
7	Apa kesulitan terbesar Bapak/Ibu dalam proses keperawatan jiwa ini ? Mengapa ?
8	Dalam dunia kesehatan, termasuk psikiatri, dikenal metode terapeutik. Apakah <i>fixasi</i> (mengikat pasien) termasuk juga bagian dari metode terapeutik di dalam keperawatan jiwa ?
9	Apa yang menjadi ukuran, sehingga setiap pasien jiwa dapat dikategorikan “sembuh” atau dinyatakan selesai menjalani proses keperawatan jiwa ?
10	Menurut pengamatan saya, pasien yang sudah dinyatakan “sembuh” kemudian diperbolehkan pulang, namun beberapa waktu kemudian kembali lagi, dan itu bisa berulang-ulang. Menurut bapak / ibu, apakah ada yang salah dengan pola pengasuhan keperawatan ?

Selain wawancara, pengumpulan data dalam penelitian ini juga dilakukan dengan teknik pengamatan. Teknik pengamatan di sini memungkinkan peneliti untuk melihat dan mengamati sendiri, kemudian mencatat perilaku dan kejadian sebagaimana yang terjadi pada keadaan sebenarnya. Guba dan Lincoln (1981 :191-193) dalam Moloeng (2010 : 174)

mengungkapkan dalam kasus-kasus tertentu di mana teknik komunikasi lainnya tidak dimungkinkan, pengamatan dapat menjadi alat yang sangat bermanfaat. Misalnya dalam kasus pasien penderita gangguan jiwa, sangat kecil kemungkinan pasien tersebut dapat diwawancarai terkait dengan fenomena komunikasinya dengan perawat, yang menjadi focus penelitian. Oleh karena itu, melalui pengamatan peneliti dapat memperoleh pengetahuannya. Di beberapa kesempatan, misal saat perawat sedang berinteraksi dengan pasien, peneliti diperbolehkan ikut terlibat pembicaraan dengan pasien.

3.5. Unit Analisis

Unit analisis dalam penelitian ini adalah individu-individu (perawat) dengan semua kegiatannya, baik saat berinteraksi dengan pasien maupun ketika sedang mengerjakan tugas lain yang tidak berhubungan dengan pasien, misal ; saat perawat berkoordinasi dengan sesama perawat, dengan dokter, dengan peneliti, dengan keluarga pasien, dan lainnya.

Peneliti memanfaatkan *field note* untuk mendeskripsikan secara tertulis semua pernyataan atau jawaban yang peneliti ajukan pada saat pengamatan (penelitian) berlangsung, termasuk juga gaya komunikasi verbal dan non-verbal perawat terhadap pasien yang berhubungan dengan fokus penelitian.

3.5.1. Lokus Penelitian

Di dalam melakukan penelitian ini, posisi peneliti bukan merupakan bagian dari manajemen RSKD. Peneliti merupakan orang luar (subjek) yang menceburkan diri ke dalam lingkungan (objek) yang diteliti.

3.6. Teknik Analisis Data

Analisis data kualitatif menurut Bogdan & Biklen (1982) dalam Moloeng (2010) adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan kepada orang lain. Oleh karena penelitian ini adalah penelitian kualitatif, maka dapat dijelaskan menjadi tiga (3) alur kegiatan, sebagai berikut :

1. Reduksi Data
2. Penyajian Data
3. Penarikan kesimpulan atau verifikasi

Dalam prosedur penelitian yang telah dijelaskan dimuka, bahwa teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis data Creswell dalam bukunya yang berjudul *qualitative Inquiry and Research Desisgn ; Choosing Among Five Traditions* (Kuswarno : 2009 : 71). Dengan demikian, teknik analisis datanya adalah sebagai berikut :

1. Peneliti memulai dengan mendeskripsikan pengalamannya secara menyeluruh
2. Berupaya menemukan pernyataan (dalam wawancara) tentang bagaimana orang-orang memahami topik, merinci pernyataan (*horisonalisasi data*), dan mengembangkan rincian tersebut.
3. Pernyataan-pernyataan tersebut kemudian dikelompokkan ke dalam unit-unit bermakna (*meaning unit*), peneliti merinci unit-unit tersebut dan menuliskan sebuah penjelasan teks (*textural description*) tentang pengalamannya, berikut dengan contohnya.

4. Peneliti kemudian merefleksikan pemikirannya dan menggunakan variasi imajinatif (*imaginative variation*), mencari keseluruhan makna yang memungkinkan melalui perspektif, dan mempertimbangkan kerangka rujukan atas gejala, serta mengkonstruksikan bagaimana gejala tersebut dialami.
5. Peneliti kemudian mengkonstruksikan seluruh penjelasannya tentang makna dan esensi pengalamannya.
6. Terakhir, proses menggabungkan konstruksi pengalaman peneliti dengan pengalaman partisipan (*composite description*).

3.7. Kriteria Pengujian Keabsahan Penelitian

Tidak ada penelitian yang dapat secara sempurna mengontrol dan mengukur dengan instrument yang tepat. Semua alat pengukuran mengundang keraguan, apakah alat tersebut benar-benar dapat digunakan untuk mengetahui secara tepat berbagai indikator yang hendak diketahui. Dalam penelitian kuantitatif maupun kualitatif, istilah yang digunakan sebagai pengujian validitas umumnya dikenal dengan derajat kepercayaan (uji validitas). Bagi paradigma Positivisme dan post positivism (kuantitatif), kriteria yang digunakan sebagai acuan adalah validitas internal, validitas eksternal, reliabilitas, dan objektivitas.

Validitas Internal dalam penelitian kuantitatif menekankan pada kesesuaian pada instrument penelitian yang digunakan dan sejauhmana hal tersebut memiliki kaitan langsung dengan hasil penelitian di lapangan (*isomorphism of finding*) (Salim : 2005 : 103). Melalui asumsi ini, pandangan tersebut meyakini bahwa kegiatan penelitian sejenis yang dilakukan di lain tempat akan memberi hasil yang sama pula (dapat digeneralisasikan). Hal inilah yang disebut ***Validitas Eksternal***.

Reliabilitas terutama berkenaan dengan upaya untuk menjaga tingkat stabilitas dan konsistensi dari ukuran instrument penelitian. Dan, **Objektivitas** dalam hal ini berkenaan dengan *derajat kesepakatan* atau *interpersonal agreement* antar banyak orang tentang suatu data. Dalam penelitian nonkuantitatif, seperti paradigma interpretif atau konstruktivisme, menyebut (validitas) *derajat kepercayaan* dengan **Uji Kredibilitas**. Ada empat criteria yang digunakan dalam menetapkan tingkat keabsahan data pada penelitian kualitatif ini, yaitu kredibilitas (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan objektifitas (*conformability*) (Moloeng : 2010 : 324).

Kredibilitas pada dasarnya menggantikan konsep validitas internal. Untuk menguji kredibilitas data pada penelitian ini adalah dengan *Triangulasi Sumber*. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain. Dengan teknik ini, peneliti berusaha untuk meng-*cross check* kebenaran jawaban subjek dengan data empiris. Denzin (1978) dalam Moloeng (2010 : 330).

Dengan demikian dalam *triangulasi sumber* ini, peneliti : (1) membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara; (2) membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi; (3) membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu; (4) membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang seperti rakyat biasa, orang yang berpendidikan menengah atau tinggi; (5) membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Transferability berpadanan dengan validitas eksternal pada penelitian nonkualitatif, namun prinsip generalisasi digantikan dengan membuat garis kebenaran yang bisa dikembangkan/disandarkan pada unsur kebenaran yang lain. *Dependability* menggantikan reliabilitas dalam penelitian kuantitatif. Sifat stabilitas atau keajegan dalam penelitian

kuantitatif ditunjukkan dengan jalan mengadakan replikasi studi. Dalam penelitian kualitatif, uji *dependability* ditempuh dengan cara melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Audit dilakukan oleh auditor yang independen atau pembimbing. Selanjutnya kriteria *Objektifitas* pada penelitian kuantitatif, digantikan dengan *conformability*. *Conformability* di sini memandang bahwa objektifitas dapat dicapai atau tidak bergantung pada persetujuan beberapa orang terhadap pandangan, pendapat, dan penemuan seseorang. Menguji *conformability* berarti menguji hasil penelitian, dikaitkan dengan proses yang dilakukan. Untuk menguji *conformability* dalam penelitian ini, maka peneliti akan melakukan metode seperti triangulasi sumber, yaitu meng-*cross check* hasil pengamatan dengan hasil wawancara, dan selanjutnya meminta kesepakatan kepada *key informan* dan *informan* dalam penelitian ini.

BAB IV

HASIL PENELITIAN dan PEMBAHASAN

4.1. Proses Keperawatan Jiwa

Secara umum pasien yang dirawat di RSKD Duren Sawit adalah pasien dengan gangguan halusinasi. Tipe gangguan halusinasi mengakibatkan perilaku yang berbeda-beda, sehingga ada istilah pasien dengan PK (perilaku kekerasan), pasien waham¹, pasien RBD (Resiko Bunuh Diri), dan juga pasien HDR (Harga Diri Rendah). Asal-usul dan latar belakang pasien yang dirawat juga berlainan, kebanyakan pasien yang ada di RSKD merupakan pasien kiriman dari panti laras yang bekerja sama dengan RSKD yang berada di bawah naungan dinas social DKI Jakarta, namun sebagian lagi adalah pasien yang dibawa oleh keluarga, akibat stress/depresi, penyalahgunaan narkoba, dan gangguan jiwa *turunan*.

Sesuai dengan ‘label’ yang diberikan kepada pasien, maka pasien PK (Perilaku Kekerasan) mempunyai karakter yang selalu ingin marah, mudah tersinggung, dan berpotensi melakukan kekerasan fisik. Sedangkan pasien waham cenderung bertingkah laku seperti layaknya “tokoh” yang menjadi wahamnya, misalkan waham Nabi, seorang Jenderal, dan lainnya. Sementara pasien dengan RBD (Resiko Bunuh Diri) lebih banyak diam dan menyendiri, tetapi jika ada kesempatan berusaha untuk melukai dirinya sendiri. Dan jenis pasien dengan HDR (Harga Diri Rendah) sering disebut pasien *isolasi social* Pasien HDR lebih banyak menghabiskan waktunya dengan menyendiri, memisahkan diri dari pasien lain, juga dengan perawat sekalipun.

Di dalam melaksanakan asuhan keperawatan jiwa, RSKD Duren Sawit membagi menjadi tiga tingkatan / tiga kategori, yaitu *Akut*, *Sub Akut*, dan *Tenang*. Kategori *Akut*, *Sub Akut*, dan *Tenang* merupakan proses tahapan keperawatan jiwa yang harus dilalui oleh setiap

¹ Pengertian waham selalu mengacu kepada suatu keyakinan tentang isi pikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan, atau tidak cocok dengan intelegensia dan latar belakang budaya, yang dipertahankan secara kuat dan tidak bisa diubah.

pasien secara keseluruhan. Setiap kategori menggambarkan kondisi pasien yang dirawat. *Akut* dan *Sub Akut* disebut juga dengan istilah “IKEP”, yaitu Instalasi Kedaruratan Emosi dan Perilaku. IKEP adalah ruang perawatan yang diperuntukkan bagi pasien “gaduh” atau “gelisah”. Sesuai namanya, maka pasien yang ada di ruang *Akut* dan *Sub akut* ini memiliki kecenderungan gelisah dan gaduh, Selanjutnya kategori yang terakhir adalah *Tenang*. Di kategori ini, rata-rata pasien dalam kondisi perilaku dan emosi yang relatif stabil (*tenang*) dan *kooperatif*.

Untuk kategori *Akut*, RSKD Duren Sawit memiliki satu ruang perawatan yang diberi nama ruang *Duren*. Setiap pasien jiwa yang baru datang, wajib hukumnya untuk masuk ke IKEP, walaupun pasien tersebut tidak dalam keadaan gaduh atau gelisah (lihat lampiran 4.2.3)² Ketika masuk pertamakali di ruang *Duren*, penulis memperoleh gambaran suasana yang relatif “gaduh”. Beberapa pasien terlihat sibuk mondar-mandir, sebagian pasien lainnya berbicara dan tertawa sendiri, pasien yang sedang *difiksasi* (diikat), dan sebagian lagi mengurung diri di ruangan tidur. Kesan lain yang penulis dapatkan adalah tidak adanya kelengkapan fasilitas dasar yang ada di dalam ruangan pada umumnya, seperti tempat tidur yang tidak ber-*busa*, tanpa bantal, jendela tanpa *gordyn*, tidak ada tempat sampah. Satu-satunya fasilitas yang ada hanya *dispenser* untuk keperluan minum pasien, itupun berada di ruang terpisah dan dibatasi dengan jeruji besi. Sedangkan, televisi berada di ruang perawat yang diarahkan ke ruang perawatan.

Ruang *Duren* memiliki fasilitas enam kamar tidur dan satu kamar mandi. Karena keterbatasan fasilitas (ruangan), pasien ruang *Duren* terdiri dari laki-laki dan perempuan (digabung), dan hanya boleh diisi maksimal enam orang saja. Beberapa pasien *akut* yang berasal dari panti laras, memiliki tanda nama pasien yang tertulis di lengan kiri mereka. Atribut pakaian yang digunakan berwarna hijau. Perawat yang bertanggung jawab (bertugas)

² Lampiran 4.2.3 Wawancara dengan Key Informan (Ibu Nini – Kabid. Keperawatan) pada tanggal 22 Juli 2014 pukul 10.00 – 11.00 WIB

di ruangan ini berjumlah dua orang untuk setiap *shift* nya. Kecuali, bila malam hari perawat yang bertugas hanya satu orang. Ruang bagi perawat berada (terpisah) di luar ruang perawatan, dan dibatasi oleh kaca. Pintu ruang perawatan selalu terkunci, untuk menjaga agar pasien tidak keluar.

Di dalam menjalankan tugasnya, perawat dibantu oleh beberapa orang tenaga kebersihan dan *security* ruang perawatan untuk mencegah pasien yang agresif dan berpotensi melakukan kekerasan fisik. Selain itu, perawat juga memanfaatkan fasilitas *cctv* untuk memantau / mengawasi perilaku setiap pasien di beberapa kamar tidur dan sudut-sudut ruangan. Di kategori ini, pasien rata-rata menjalani masa perawatan selama 3 – 4 hari, tergantung dari kondisi perilaku dan emosi pasien. Namun demikian, pada saat penulis berada di lapangan, penulis menemukan seorang pasien *Akut* yang dirawat hingga 12 hari, mengingat kondisinya yang masih “gaduh dan gelisah”.

Setelah menjalani masa perawatan di ruang Duren, pasien masuk pada tahap kategori selanjutnya, yaitu *Sub Akut*. Keputusan masuk atau tidaknya pasien ke kategori berikutnya tergantung atas izin dokter. Untuk diketahui, dokter mengadakan kunjungan pemeriksaan satu kali setiap hari ke setiap ruang perawatan, dan itu dilakukan pada pagi hari. Ruang perawatan *sub akut*, terletak di gedung yang sama dengan ruang perawatan *akut*. Jika *akut* berada di lantai 1, maka *sub akut* berada di lantai 2. Untuk tahap *sub akut*, RSKD Duren sawit memiliki dua ruang perawatan, yaitu *Ruang Dukuh* dan *Ruang Delima*. *Ruang Dukuh* diperuntukkan bagi pasien laki-laki, dan *Ruang Delima* untuk pasien perempuan. Baik *Dukuh* maupun *Delima*, masing-masing memiliki 12 fasilitas tempat tidur, sehingga jumlah pasien yang dirawat di kategori *sub akut* maksimal berjumlah 24 orang. Seperti halnya pasien *akut*, kondisi emosi dan perilaku pasien *sub akut* tidak jauh berbeda. Pasien *sub akut* masih menunjukkan kegaduhan dan kegelisahannya, walaupun intensitasnya sudah berkurang. Rata-rata emosi dan perilaku mereka cenderung stabil, bahkan beberapa pasien sudah dapat

beradaptasi secara sosial dengan lingkungannya. Hal ini terlihat saat penulis berkunjung ke ruang *Delima*, ruang perawatan bagi pasien perempuan. Menyadari kehadiran orang asing, masing-masing dari mereka beranjak masuk ke kamar tidur dan menutup pintu. Kondisi ini tidak penulis temukan pada pasien perempuan di ruang *Duren*, saat melakukan pengamatan di kategori *Akut*. Namun demikian, pasien di kategori ini sewaktu-waktu dapat kembali gelisah seperti semula, bahkan mengamuk.

Demikian halnya *akut*, perawat yang bertugas di kategori *sub akut* berjumlah dua orang setiap *shift*-nya, baik itu ruang Dukuh maupun ruang *Delima*. Ruang kerja bagi perawat juga berada terpisah di depan ruang perawatan dan dibatasi dengan kaca. Walaupun ruang perawatan di *sub akut* diberlakukan pemisahan bagi pasien laki-laki dan perempuan, namun tidak bagi perawat. Artinya, ruang *Delima* yang merupakan ruang perawatan khusus bagi pasien wanita, perawat yang bertugas laki-laki dan perempuan. Hal yang sama juga berlaku di ruang Dukuh, ruang perawatan bagi pasien laki-laki. Pasien *sub akut* menjalani masa perawatan selama 7 hari. Selepas menjalani masa perawatan 7 hari, pasien *sub akut* selanjutnya masuk pada tahap / kategori berikutnya, tentunya atas izin yang dikeluarkan oleh dokter yang bersangkutan.

Tahap / kategori akhir dari keseluruhan proses perawatan bagi pasien jiwa di RSKD Duren Sawit adalah kategori *Tenang*. Pasien di kategori tenang secara keseluruhan adalah pasien yang sudah dianggap stabil emosi dan perilakunya. Pasien sudah cukup mampu untuk beradaptasi secara sosial dengan lingkungannya. Di kategori *tenang* ini, pasien laki-laki dan perempuan dipisahkan ke dalam ruang perawatan yang berbeda. Ruang *Belimbing* untuk pasien laki-laki dan ruang *Berry* untuk pasien perempuan. Suasana yang jauh berbeda penulis temukan di kategori *tenang* ini, baik keadaan pasien, fasilitas yang ada di ruang perawatan, sampai *gaya* perawat yang bertanggung jawab di ruangan. Jika sebelumnya di kategori *akut* dan *sub akut* digambarkan suasana yang relatif gaduh, tidak adanya fasilitas ruangan pada

umumnya dan juga ruang perawat yang terpisah dengan ruang perawatan, maka di kategori *tenang* ini semuanya berbanding terbalik.³ (lihat lampiran 3).

Ruang *Belimbing*, ruang perawatan kategori *tenang* untuk pasien laki-laki, memiliki kapasitas yang dapat diisi 24 tempat tidur, artinya ruangan ini dapat menampung 24 orang pasien laki-laki. Ruang perawatan *belimbing* merupakan ruangan terbuka, tidak ada kamar tidur kecuali satu kamar yang berada di sudut ruangan dengan jeruji besi yang diperuntukkan bagi pasien yang tiba-tiba (bisa saja) mengamuk. Ruas ruangan belimbing dibagi menjadi dua, yaitu ruangan untuk tidur pasien yang di dalamnya hanya berisi tempat tidur yang ditata sedemikian rupa. Kemudian, ruang untuk bersosialisasi pasien yang merupakan area terbuka dengan fasilitas beberapa kursi panjang dan meja, televisi, dispenser, dan tempat sampah. Termasuk juga di ruang sosialisasi ini, area bagi perawat yang bertugas tiga orang, tanpa dibatasi oleh apapun, tidak seperti *akut* dan *sub akut*, ruang perawat terpisah dengan ruang perawatan. Dengan demikian, suasana di ruang *belimbing* terlihat lebih dinamis dan santai, beberapa pasien terlihat berkelompok, saling bercakap-cakap, sebagian lagi terlibat sedang *ngobrol* dengan perawat. Bahkan beberapa di antara mereka saling bersenda-gurau. Satu hal yang tidak ditemukan, baik itu di kategori *akut* maupun *sub akut* adalah adanya budaya berbaris antri bagi pasien pada saat pembagian jatah makan siang, dan berdoa bersama sebelum mulai makan.

Pasien di kategori *tenang* menjalani masa perawatan dengan berbagai macam kegiatan terapi. Dari mulai interaksi, Terapi Aktivitas Kelompok (TAK), *personnal higyne*, dan terakhir adalah rehabilitasi mental. Setelah menjalani masa rehab mental, selanjutnya pasien akan dievaluasi dan dinyatakan apakah pasien sudah dapat dikatakan kooperatif dan mandiri, sehingga siap untuk dikembalikan. Yang menjadi ukuran kooperatif dan mandiri, dalam arti

³ Lampiran 3. Catatan Lapangan tanggal 11 Februari 2014 di Ruang Belimbing

pasien sudah mampu memenuhi kebutuhan dirinya sendiri dari mulai makan, mandi, terutama untuk kebersihan *personal hygiene* dirinya sendiri.

4.2. Proses Interaksi dan Komunikasi Perawat Dengan Pasien.

Sebagai gambaran, berikut proses interaksi dan komunikasi perawat dengan pasien yang dilakukan di tiga kategori ruang perawatan, yaitu Akut, Sub Akut, dan Tenang, berdasarkan pengamatan penulis selama berada di lapangan :

1. Akut (Ruang Duren)

Sebagaimana dijelaskan sebelumnya, bahwa ruang Duren merupakan ruang perawatan bagi pasien jiwa yang memiliki kecenderungan gaduh dan gelisah. Di ruang Duren ini, proses interaksi perawat dengan pasien berjalan dengan bermacam-macam kondisi. Perawat memanggil pasien satu-persatu secara bergiliran, untuk kemudian duduk saling berhadapan untuk melakukan interaksi. Dalam melakukan interaksi, jika pasien cukup kooperatif, artinya bersedia diajak bicara, maka komunikasi dapat dilakukan, walaupun pasien cenderung pasif, karena hanya menjawab pertanyaan perawat secara singkat dan seperlunya. Biasanya, pasien seperti ini sudah menjalani masa perawatan 2 – 3 hari di ruang Duren. Namun jika pasien baru masuk, biasanya tingkat halusinasi atau waham masih tinggi, sehingga komunikasi sangat sulit dilakukan. Lamanya waktu yang digunakan untuk berinteraksi dengan pasien, rata-rata perawat memberi batasan efektif sekitar 10-15 menit saja, biasanya lewat dari 15 menit, pasien tidak mau atau tidak mampu lagi untuk melanjutkan pembicaraan, sehingga isi pembicaraan mulai *ngelantur*.

Pada saat interaksi, terkadang pasien tidak merespon atau menjawab pertanyaan perawat, bahkan sampai pertanyaan itu diulang hingga tiga kali. Beberapa pasien ada yang memiliki kecenderungan menunggu pilihan jawaban yang ditawarkan oleh perawat. Misalnya saja, perawat bertanya “hobbynya apa?”, namun berkali-kali tidak dijawab,

sampai kemudian perawat memberi *opsi* jawaban “main bola atau main catur?” barulah kemudian pasien menjawab dengan menyebut salah satu jawaban tersebut (lihat lampiran 3)⁴. Jika demikian, perawat melakukan hal yang sama untuk pertanyaan-pertanyaan selanjutnya dengan materi yang berbeda. Sese kali pasien menjawab, walaupun isi jawaban terdengar *ngelantur*. Tidak jarang pula, pasien dengan halusinasi PK (perilaku kekerasan), walaupun bersedia datang setelah dipanggil oleh perawat untuk *ngobrol* (interaksi), seringkali tidak memberikan respon yang positif. Menjawab pertanyaan dengan nada ketus, bahkan marah-marah, sering mewarnai proses interaksi perawat dengan pasien. Pasien seperti ini biasanya akan langsung pergi begitu saja meninggalkan perawat di tengah proses interaksi sedang berlangsung. Yang dilakukan perawat adalah membiarkannya sambil terus melakukan observasi, karena jika memaksa untuk terus melakukan interaksi, pasien akan marah. Selanjutnya, sambil menunggu waktu yang tepat, dimana pasien kelihatan tenang dan kooperatif, perawat mencoba untuk melakukan kontrak waktu interaksi lagi dengan pasien tersebut di *shift-shift* berikutnya.

Suasana yang sedikit berbeda penulis temukan ketika melihat proses interaksi perawat dengan pasien waham. Pasien jiwa dengan waham cenderung lebih banyak bicara. Istilah dalam kedokteran dikenal dengan gangguan *bipolar*. Pasien jiwa seperti ini akan terus berbicara walaupun tidak ada yang mengajaknya bicara. Pasien ini lebih kooperatif ketika diajak berkomunikasi. Pasien jiwa dengan waham yang ada di RSKD berbeda-beda, ada pasien yang merasa dirinya Rosul, ada juga yang menyatakan dirinya adalah bos di sebuah perusahaan besar, bahkan ada pula pasien yang mengaku kalau dia adalah petinggi partai tertentu. Yang dapat dilakukan perawat saat melakukan interaksi dengan pasien ini adalah membiarkan pasien bicara sampai selesai, perawat hanya mendengarkan, dan tidak membantah sama sekali, justru perawat mengikuti alur / arah pembicaraan pasien sampai

⁴ Lampiran 3. Catatan Lapangan di ruang Duren (Akut) tanggal 23 Juli 2014 Pukul 08.30 - selesai

kemudian pasien tersebut selesai, baru kemudian perawat mengambil giliran untuk berbicara. Walaupun tidak membantah, dan mengikuti alur pembicaraan pasien, pada akhirnya perawat tidak mendukung apa yang pasien bicarakan. (lihat lampiran 4.2.2)⁵

Model interaksi yang berbeda juga penulis temukan ketika melakukan pengamatan di ruang Duren ini, yaitu interaksi perawat dengan pasien jiwa *isolasi sosial*. Pasien jiwa isolasi social merupakan pasien jiwa yang paling sulit untuk diajak berkomunikasi, karena sifat pasien yang hanya diam, tidak mau memberi respon apapun kepada perawat. Namun meskipun demikian, interaksi sebagai bentuk terapi bagi pasien tetap dilakukan oleh perawat. Jika pasien tidak mau datang ketika dipanggil, maka perawat yang datang menghampiri pasien. Perawat tetap melaksanakan SP yang merupakan implementasi dari komunikasi terapeutik, walaupun sampai akhir tahapan SP, pasien tetap tidak mau berkomunikasi dengan perawat. (lihat lampiran 4.2.1)⁶

Dalam tugasnya memberikan asuhan keperawatan bagi pasien jiwa, ada satu bentuk terapi yang dikenal dengan istilah *fiksasi*. Fiksasi merupakan tindakan mengamankan pasien yang sedang dalam keadaan gaduh dan gelisah yang tidak dapat terkontrol lagi. Jenis fiksasi bagi pasien di RSKD ada beberapa macam, yaitu fiksasi baju, fiksasi tempat tidur, dan isolasi di ruang *sirine*. Biasanya, pasien yang difiksasi adalah pasien yang sedang mengamuk, berpotensi melukai dirinya sendiri dan orang lain, merusak barang-barang, dan menyerang perawat. Sebelum melakukan tindakan fiksasi, perawat terlebih dahulu melihat kondisi pasien, jika pasien berusaha terus ingin keluar, maka si pasien hanya akan dikurung dalam ruangan. Namun, apabila pasien terus mengamuk sambil memukul-mukul pintu ruangan, maka pasien akan difiksasi baju, yaitu mengikat kedua tangan pasien dengan baju yang sudah dimodifikasi khusus. Pada tingkat akhir, apabila pasien sudah bertindak lebih agresif dan membahayakan jiwanya, maka

⁵ Lampiran 4.2.2. Wawancara dengan Informan 2 (Adang) tanggal 25 Juli 2014

⁶ Lampiran 4.2.1. Wawancara dengan Informan 1 (Yatno) tanggal 2 Juli 2014

fiksasi tempat tidur adalah jalan yang harus ditempuh perawat, yaitu dengan mengikat masing-masing kedua kaki dan tangan pasien di tempat tidur. Sedangkan ruang *sirine* yang ada di IKEP, dikhususkan bagi pasien jiwa dengan resiko bunuh diri (RBD), yang mana setiap dinding dan lantainya dilapisi bahan lunak.

2. Sub Akut (Ruang Delima dan Ruang Duku)

Ruang Delima dan Ruang Duku, seperti yang dijelaskan di awal adalah ruang perawatan bagi pasien jiwa untuk kategori Sub Akut. Masing-masing adalah, ruang Delima untuk pasien jiwa perempuan, dan ruang Duku untuk pasien jiwa laki-laki. Keadaan emosi dan perilaku pasien di kedua ruang tersebut adalah relatif sama dengan pasien di ruang Duren (Akut), artinya pasien yang dirawat pada kategori ini pasien yang masih memiliki kecenderungan gaduh gelisah, walaupun tingkat gaduh gelisahnya sudah dapat dikatakan jauh menurun. Di kedua ruang perawatan ini masih ditemui pasien yang mondar-mandir, *ngoceh* sendiri, dan juga mengurung diri di kamar. Sesekali masih terdengar pasien yang tiba-tiba berteriak, atau menangis sendiri.

Di kategori ini, interaksi masih menjadi bentuk terapi yang paling utama. Interaksi yang dilakukan perawat di ruang Duren (Akut), dilanjutkan kembali oleh perawat yang bertugas di ruang Delima dan ruang Duku. Seluruh kegiatan yang ada di ruang perawatan kategori ini masih memiliki kesamaan dengan kegiatan yang ada di ruang perawatan Akut. Yang membedakan adalah tugas perawat untuk melakukan interaksi menjadi bertambah dan sangat padat, karena jumlah pasien di ruang Delima dan ruang Duku masing-masing berjumlah 12 orang, sementara jumlah perawat untuk satu *shift* nya tetap 2 orang. Sehingga, dalam kesehariannya, perawat yang bertugas di kategori Sub Akut terlihat jauh lebih sibuk ketimbang perawat yang ada di ruang Duren.

3. Tenang (Ruang Belimbing dan Ruang Berry)

Untuk kategori tenang, RSKD Duren Sawit menyediakan dua ruang perawatan, yaitu ruang Belimbing, untuk pasien jiwa laki-laki, dan ruang Berry, untuk pasien jiwa perempuan. Di kategori inilah sebetulnya puncak terapi bagi para pasien jiwa secara keseluruhan. Beragam kegiatan terapi dilakukan di sini, mulai dari interaksi, Terapi Aktifitas Kelompok (TAK), *personal hygiene*, dan sebagai finalisasinya adalah rehabilitasi mental. Selain kegiatan berinteraksi dengan perawat maupun dokter, setiap pasien *tenang* mulai diajari semua kebutuhan dasar yang disebut dengan istilah *personnal hygiene*, yang meliputi makan, mandi, gosok gigi, berhias diri (bagi pasien perempuan), hingga mengajarkan cara-cara berdoa sesuai dengan agama dan kepercayaannya masing-masing. Untuk bersosialisasi, setiap pasien wajib mengikuti kegiatan yang dikenal dengan Terapi Aktivitas Kelompok (TAK). Di dalam TAK, pasien dibagi menjadi kelompok-kelompok yang masing-masing kelompok terdiri dari 10 orang. Setiap anggota kelompok dituntut mampu memperkenalkan dirinya sendiri kepada sesama anggota dalam kelompoknya. Mulai dari menyebut nama, alamat, agama, suku, sampai hobby, merupakan materi dasar sebagai terapi aktifitas kelompok. (lihat lampiran 4.2.4)⁷

Setiap pasien menjalani masa perawatan di kategori *tenang* selama 14 hari. Selain Terapi Aktifitas Kelompok, pasien di kategori *tenang* diisi dengan masa terapi yang dikenal dengan istilah *rehabilitasi mental*. Rehab mental merupakan kegiatan yang ditujukan bagi para pasien berkaitan dengan profesi. Oleh karena itu, kegiatan ini diisi dengan pelatihan-pelatihan ke-profesian, seperti menjahit, melukis, membatik, pertukangan, bahkan menyanyi (karaoke). Seminggu sekali di hari Jum'at, diadakan kegiatan senam pagi bagi pasien *tenang* di area terbuka RKSD.

⁷ Lampiran 4.2.4. Wawancara dengan Informan 4 (Rianti) tanggal 9 Agustus 2014

4.3. PENGELOLAAN PASIEN

4.3.1. Penerimaan Pasien

Seperti yang telah dijelaskan secara singkat di dalam latar belakang penulisan ini, bahwa pasien jiwa yang dirawat di RSKD Duren Sawit ini sebagian besar adalah pasien rujukan dari berbagai panti laras binaan RSKD Duren Sawit yang tersebar di empat wilayah DKI Jakarta. Sisanya adalah pasien umum yang sengaja dibawa oleh keluarganya atau juga pasien jiwa terlantar yang langsung dibawa oleh masyarakat. Pasien-pasien yang berada di panti laras tidak semuanya merupakan pasien hasil razia jalanan petugas, beberapa diantaranya adalah pasien yang sengaja diantar pihak keluarga ke panti.⁸ Panti laras yang dimaksud adalah panti laras Ceger, panti laras Daan Mogot, panti laras Cengkareng, dan panti laras Cipayung. Keempat panti laras tersebut adalah panti laras yang berada di bawah naungan dinas sosial DKI. Namun demikian, RSKD Duren Sawit tetap menerima pasien rujukan dari selain keempat panti tersebut. (lihat lampiran 4.2.3)⁹

Sebagai rumah sakit milik Pemda DKI, RSKD Duren Sawit menanggung semua biaya keperawatan bagi pasien jiwa yang berasal dari panti-panti laras tersebut, seluruh biaya dibebankan kepada anggaran Pemerintah Daerah DKI melalui program BPJS, kecuali pasien yang diantar keluarga (tanpa kepesertaan BPJS), biaya ditanggung secara pribadi. Dengan kata lain, pasien tidak dikenakan biaya apapun atau gratis, meskipun pasien menjalani masa perawatan selama berulang kali. Tidak hanya itu, RSKD Duren Sawit juga bertanggung jawab atas ketersediaan obat dan sarana kesehatan lainnya yang berada di panti laras binaannya, termasuk juga obat-obatan yang dibawa pulang pasien yang telah kembali setelah menjalani keperawatan di RSKD (khusus dari panti).

⁸ Hasil bincang-bincang dengan beberapa perawat, pasien yang diantar ke panti oleh keluarganya sebagian sengaja “dibuang”, dan pada saat pasien sudah dianggap “sembuh” dan kembali ke panti asal, tidak pernah dijemput kembali oleh keluarga meskipun pihak RSKD telah menghubungi dan meyakinkan keluarganya.

⁹ Lampiran 4.2.3. Wawancara dengan Key Informan pada tanggal 22 Juli 2014

Pasien panti yang akan dirawat di RSKD Duren Sawit, harus atas persetujuan dan instruksi dokter. Setiap dua minggu sekali atau atas permintaan petugas panti, tim perawat dan dokter RSKD mengunjungi panti laras binaan. Di sini, dokter mengadakan interaksi dengan pasien, dan melalui kesempatan ini diputuskan pasien mana yang harus segera (*urgent*) dirujuk untuk dirawat di RSKD Duren Sawit. Meskipun sudah ada persetujuan untuk di rawat, pasien tidak bisa langsung dibawa, namun harus menunggu *quota masuk* pasien RSKD. Biasanya waktu tunggu pasien masuk tidak lebih dari dua hari. Pasien-pasien yang berasal dari panti laras dibawa dengan kendaraan khusus milik RSKD, begitu juga dengan pasien pulang. Dalam hal pasien pulang, sesuai SOP yang berlaku di RSKD, pasien yang telah dinyatakan selesai menjalani keperawatan harus dikembalikan ke panti asal pasien. Pihak RSKD tidak mengizinkan sekalipun ada keluarga yang ingin menjemput pasien secara langsung di lingkungan RSKD Duren Sawit. SOP ini dipertegas oleh Kepala Bidang Keperawatan, Ibu Nini melalui pernyataan sebagai berikut :

“iya. Ga boleh kembali ke keluarga, misalkan pasien itu kiriman panti, kemudian dateng keluarganya, keluarganya mau ngejemput itu ga boleh. Jadi kita dikirim dari panti harus kembali ke panti. Nanti urusan keluarga yang akan mengambil, itu nanti keluarga yang berhubungan dengan pihak panti”. (lihat lampiran 4.2.3)¹⁰

4.3.2. Pengelompokan dan Penempatan Pasien

Setiap pasien yang baru pertama kali menginjakkan kaki di RSKD, dapat dipastikan bahwa ia harus masuk melalui jalur UGD (Unit Gawat Darurat)¹¹. Jalur UGD dimaksudkan untuk mengecek kembali kemungkinan pasien menderita penyakit fisik sebelum dikirim ke ruang perawatan. Jika ditemukan penyakit fisik, maka si pasien akan ditempatkan di ruang perawatan pasien jiwa fisik (*Aprikot* dan *Berry*). Dari dokter UGD ini, pasien ditentukan akan

¹⁰ Lampiran 4.2.3. Wawancara dengan Key Informan (Ibu Nini) tanggal 22 Juli 2014

¹¹ Pasien yang masuk melalui jalur UGD biasanya pasien dalam kondisi mengamuk, tidak jarang pasien dalam keadaan kedua tangan diborgol dan kaki diikat, sehingga membutuhkan penanganan khusus (ditenangkan dengan *injeksi obat*) sebelum dibawa ke ruang perawatan.

masuk ruangan mana (*Akut* atau *Sub Akut*), namun yang jelas adalah setiap pasien baru maupun pasien yang berulang, wajib masuk ruang perawatan IKEP meskipun kondisi pasien tidak dalam keadaan *gaduh*.

Dalam asuhan keperawatan jiwa di RSKD, pasien-pasien dipisahkan berdasarkan kondisi emosi dan perilaku pasien dengan melihat tingkat kegaduhan atau dilihat dari perbandingan perilaku gelisah dan keadaan tenang, mana yang lebih menonjol, bukan berdasarkan jenis gangguan yang sedang dialami pasien, sehingga di dalam satu ruang perawatan, baik itu *akut*, *sub akut*, maupun *tenang*, terdiri dari pasien dengan bermacam-macam gangguan halusinasi, seperti pasien PK, RBD, *waham*, dan pasien HDR.

Dari sifat pengelompokan pasien yang dilakukan oleh manajemen RSKD tersebut menunjukkan bahwa ada penekanan ukuran atau batasan dilihat dari segi pentingnya perubahan sikap, emosi dan perilaku pasien yang dibagi ke dalam kelas-kelas keperawatan. Perubahan sikap, emosi dan perilaku pasien sangat penting dan dijadikan dasar pertimbangan untuk menempatkan pasien pada kelompok-kelompok (kategori) tertentu. Keadaan ini memungkinkan seorang pasien dapat dipindahkan dari *akut* ke *sub akut* atau sebaliknya, bahkan bisa saja dari pasien yang sudah berada di kategori *tenang*, pada waktu tertentu dikembalikan lagi ke kategori *akut*. Hal ini diperkuat dengan pernyataan sebagai berikut :

*“jadi pasien-pasien yang sudah dilakukan triasi itu, sesuai dengan tempat. Jadi tidak ada kemunculan kegawatdaruratan di ruangan tenang. Jadi sasarannya bagaimana pasien itu diberikan terapi sesuai dengan diagnose yang dokter tentukan pada saat dia akut, dan bagaimana pasien itu nanti dikatakan sub akut, harus dipindahkan, obatnya harus berganti seperti apa”*¹²

(Key Informan)

Adanya penekanan batasan atau ukuran yang dilihat dari perubahan sikap pasien, menurut Zoller (2008 : 3) merupakan cara-cara yang berkaitan dengan pemaknaan kesehatan. Dalam perspektif komunikasi kesehatan, dikenal pendekatan berdasarkan proses. Pendekatan berdasarkan proses menggali cara-cara yang di dalamnya pemaknaan kesehatan dinyatakan,

¹² Key Informan : Ibu Nini – Kabid. Keperawatan – Wawancara pada tanggal 22 Juli 2014

diinterpretasi dan dipertukarkan, sebuah proses simbolik yang dikaitkan dengan kesehatan. Pemaknaan kesehatan tentunya tidak lepas dari konsep sehat dan sakit (*illness* dan *diseases*), jika *diseases* dapat dilihat dengan tanda-tanda yang muncul pada kondisi fisik / tubuh seseorang (objektif), maka *illness* merupakan sakit yang muncul dan bersumber dari pikiran, sehingga secara personal penilaian sakit menjadi berbeda-beda (subjektif).

Dalam menilai gaduh, agak gaduh, dan tenang, bagi perawat adalah sama halnya dengan memaknai sehat dan sakit seorang pasien jiwa. Pengertian sehat bagi pasien jiwa dalam masa perawatan sama halnya dengan menyatakan “sembuh” bagi pasien yang bersangkutan. Sangat subjektif untuk mengartikan “sembuh” versi perawat kejiwaan dibandingkan dengan “sembuh” pasien penyakit fisik, karena memang pasien jiwa yang sakit adalah pikirannya yang ditunjukkan dengan sikap dan perilaku yang cenderung menyimpang. Dalam hal ini perawat merupakan ujung tombak yang mengakomodasi simbol-simbol “sembuh” sebagai informasi yang memungkinkan untuk pengelompokkan dan penempatan pasien. Simbol-simbol ini tentunya bervariasi, tergantung dari tahapan keperawatan yang dijalani pasien. Lebih jelasnya, dapat dilihat pernyataan sebagai berikut :

“Sasaran di IKEP, yang penting adalah pasien bisa mengendalikan perilakunya”. (Informan 1)¹³

“Sasaran di Tenang, kondisinya tenang, sudah mampu mandiri, terutama kebutuhan makan, mandi, gosok gigi, dan buang air (BAK & BAB)”. (Key Informan)¹⁴

Pasien kategori akut dan sub akut, dapat dikatakan “sembuh” apabila pasien tersebut mampu mengendalikan sikap dan perilakunya, artinya tidak lagi menunjukkan perilaku gaduh gelisah, setidaknya hal ini yang menjadi acuan “sembuh” bagi perawat IKEP. Berbeda halnya makna “sembuh” bagi pasien yang berada di kategori tenang, pasien dapat dikatakan “sembuh” bilamana pasien sudah mampu mandiri, mandiri dalam hal kebersihan bagi dirinya sendiri, seperti aktivitas mandi, gosok gigi, dan buang air, dan juga makan.

¹³ Informan 2 : Adang (Sunda, 38 Th) – Perawat IKEP-Ketua Tim (Ruang Duren). Wawancara 25 Juli 2014

¹⁴ Key Informan : Ibu Nini (Makasar, 45 Th) – Kabid. Keperawatan – Wawancara pada tanggal 22 Juli 2014

4.3.3. Tahapan Keperawatan

Proses tahapan keperawatan di atas memuat penjelasan yang menggaris- bawahi tentang kategori perawatan pada pasien jiwa di RSKD Duren Sawit dan juga kondisi pasien jiwa itu sendiri. Sehingga dapat diperoleh gambaran bagaimana kondisi pasien yang sedang dalam keadaan *Akut*, pasien dikatakan *Sub Akut*, dan juga pasien yang sudah dinyatakan *Tenang*.

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI3), kata *Akut* memiliki definisi yang berlainan. Jika merujuk kepada *term* penyakit, maka definisi *akut* adalah timbul secara mendadak dan cepat memburuk. Definisi lain dari *akut*, adalah berkenaan dengan hal-hal yang gawat atau mendesak. Dari definisi pertama, jika merujuk pada suatu penyakit, umumnya orang akan mengatakan penyakit yang semakin memburuk, artinya penyakit yang keadaannya sudah parah. Selanjutnya, definisi *akut* yang kedua memberi tekanan terhadap suatu hal atau keadaan yang gawat atau mendesak. Jadi, dengan menggabungkan batasan kedua definisi *akut* di atas, penulis dapat menyimpulkan bahwa *akut* memiliki pengertian keadaan penyakit yang parah dan gawat. Sehingga terkait dengan penelitian ini, maka yang dimaksud dengan kategori *akut* di keperawatan jiwa RSKD adalah kategori keperawatan bagi pasien jiwa yang parah dan gawat. Dengan demikian, untuk memberi pemahaman yang lebih sederhana, dapat dikatakan bahwa pasien jiwa akut adalah orang gila parah/gawat.

Orang gila parah yang ada di RSKD seperti yang digambarkan di atas, memiliki kecenderungan gaduh gelisah, sulit untuk diajak komunikasi, dan berpotensi melakukan kekerasan. Sehingga tidak mengherankan apabila di kategori ini perawat menemui berbagai kesulitan, khususnya dalam hal mengendalikan perilaku pasien. Di kategori ini pula sering ditemui orang gila parah yang dikurung atau diikat (fiksasi) kalau perilakunya sudah tidak dapat dikendalikan lagi.

Selanjutnya kata *sub* dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI3) mengandung arti agak;dekat;bawah. Jika dipasangkan dengan kata *akut* yang berarti parah, maka *sub akut* bisa diartikan *agak parah ; dekat dengan parah ;* atau berada di *bawah parah*. Jadi dengan kata lain, kategori *sub akut* merupakan kategori perawatan bagi orang gila yang agak parah, atau dekat dengan parah. Oleh karena itu, kondisi perilaku pasien yang berada di kategori ini tidak jauh berbeda dengan kondisi pasien di kategori sebelumnya, yaitu parah (*akut*). Bedanya, tingkat kegaduhan dan kegelisahan pasien di kategori ini sedikit berkurang. Walaupun demikian, komunikasi perawat dengan pasien masih sulit. Kecenderungan pasien kembali gaduh (*mengamuk*) masih tinggi, sehingga pengurungan pasien atau fiksasi sesekali masih dilakukan perawat.

Tahap atau kategori selanjutnya adalah *Tenang*. Yang dimaksud dengan *tenang* di dalam keperawatan RSKD Duren Sawit adalah tidak ada kegelisahan atau kegaduhan pada pasien yang ada di dalamnya. Namun pengertian *tenang* di sini tidak hanya sebatas tidak gaduh; tidak gelisah; dan juga tidak kacau, atau berdiam saja. Kalau pengertian *tenang* hanya sebatas itu, maka kondisi ini banyak ditemukan di *Akut* maupun *Sub Akut*. *Tenang* dalam keperawatan pasien di RSKD artinya pasien juga bersikap kooperatif dan mampu mengerjakan kebutuhan dirinya sendiri. Selain itu, pasien *tenang* mau menuruti setiap perintah atau larangan yang berkaitan dengan kegiatan-kegiatan yang ada di kategori ini. Komunikasi yang bersifat satu arah atau perintah dapat dengan mudah dilakukan oleh pasien. Rata-rata pasien jiwa di kategori ini patuh pada perintah-perintah yang diberikan perawat. Dengan kata lain, pasien jiwa atau orang gila yang dirawat di *tenang* adalah orang gila penurut.(lihat lampiran 3)¹⁵

¹⁵ Lampiran 3. Catatan Lapangan tanggal 11 Februari 2014

4.4. POLA KOMUNIKASI PERAWAT DENGAN PASIEN

4.4.1. Kegiatan Sanitasi

Menjaga kebersihan bagi sebuah rumah sakit merupakan hal yang mutlak harus didahulukan, terutama kebersihan diri pasien dan juga kebersihan fasilitas-fasilitas kesehatan dan juga lingkungan. Namun dalam hal rumah sakit jiwa, dibutuhkan kegiatan extra untuk menjaga kebersihan. Dan satu hal yang pasti, upaya menjaga kebersihan dan kesehatan tidak hanya sekedar kegiatan sanitasi biasa, melainkan bagian dari terapi bagi pasien jiwa. Seperti RSKD Duren Sawit Jakarta, upaya perawat dalam menjaga agar pasien dan ruangan tetap bersih sangat berbeda dengan rumah sakit pada umumnya. Di tiga tahapan keperawatannya, kegiatan-kegiatan tersebut dapat digambarkan sebagai berikut :

a. Akut

Suasana keperawatan di Akut seringkali terlihat *kacau*. Mulai dari pasien yang mondar-mandir, pasien yang berteriak-teriak, sampai pasien yang memukul dan menendang pintu karena minta keluar. Belum lagi bau ruangan yang kurang sehat sebagai akibat dari pasien yang buang air sembarangan. Untuk kebersihan ruangan dan kamar mandi, perawat dibantu oleh petugas kebersihan yang ada. Akut memang ditujukan bagi pasien jiwa *parah*, dimana hampir sebagian besar pasien tidak mampu dan tidak mau untuk memperhatikan kebutuhan pribadinya, seperti makan, dan aktivitas *MCK (Mandi, Cuci, Kakus)*. Berdasarkan pengamatan penulis di lokasi, banyak pasien yang masih memerlukan bantuan perawat untuk mengerjakan itu. Memang, tidak semua pasien di ruangan ini (yang berjumlah 6 orang) tidak mampu dan tidak mau melakukan aktivitas MCK, ada juga yang tanpa disuruh, tetapi walaupun begitu perawat tetap memonitor mereka selagi beraktivitas.

Mengenai pakaian, baju yang dikenakan pasien hanya satu *stel* tanpa pakaian dalam, baik itu pasien perempuan maupun laki-laki, tidak ada perbedaan model baju

yang digunakan dan itu diganti setiap satu kali sehari, atau jika diperlukan, seperti misalnya ada pasien yang buang air di celana, atau baju dirobek pasien yang mengamuk.

Di ruang ini juga, penulis melihat bagaimana perlakuan perawat kepada pasien yang sulit melakukan aktivitas MCK. Dan juga kebersihan diri lainnya. Misalnya, perawat dan tenaga medis lain yang dengan cara paksa memotong rambut pasien wanita yang penuh dengan *kutu*¹⁶. (lihat lampiran 3). Dengan bantuan beberapa orang (termasuk pasien lain yang ada di situ) yang memegang tangan pasien, sehingga proses pemotongan rambut sampai habis bisa dilakukan. Cukur rambut juga diwajibkan bagi pasien pria yang dianggap memiliki rambut sudah panjang. Pasien yang tidak mau mandi pun mendapat perlakuan yang sama, yaitu ditarik paksa menuju ke kamar mandi. Pada awalnya pasien membiarkan pasien sendiri di dalam kamar mandi, dengan tujuan agar pasien mandi, tetapi bila dirasa cukup lama pasien tidak keluar, maka perawat terpaksa memandikannya, termasuk menggosok gigi dan lain-lain yang diperlukan (mengganti dan memakaikan baju).¹⁷

Tidak hanya aktivitas MCK, untuk urusan makan saja, perawat juga harus turun tangan. Sering dijumpai pasien yang tidak mau makan, sehingga harus disuapi dengan sedikit “tekanan” terlebih dahulu. Biasanya, bila jam makan tiba, petugas catering memberikan jatah nasi kotak kepada perawat-perawat ruangan. Beberapa pasien terlihat tidak sabar berkerumun di pintu yang membatasi ruang perawat dengan ruang keperawatan. Satu-persatu nasi kotak dibagikan kepada pasien, dan tanpa ritual berdoa terlebih dahulu, jatah nasi kotak langsung dimakan, tanpa beralaskan meja ataupun kursi, langsung di lantai ruangan. Jika ada pasien yang tidak datang meminta

¹⁶ Seorang pasien wanita terpaksa dicukur habis rambutnya ketika diketahui yang bersangkutan memiliki penyakit kulit kepala akibat banyaknya *kutu* yang bersarang di kepalanya. (Lampiran 3. Catatan Lapangan 9 Agustus 2014).

¹⁷ Semua peralatan mandi bagi pasien disediakan oleh rumah sakit.

jatahnya, perawat akan datang menghampirinya, jika pasien tidak mau makan, maka ditunggu sampai pasien mau, dan apabila setelah beberapa lama tidak mau juga, maka cara paksa adalah jalan terakhir.

Selain itu, tugas perawat semakin bertambah banyak apabila di ruang ini ada pasien yang menjalani fiksasi (diikat). Pasien yang sedang difiksasi adalah pasien yang perilakunya tidak terkontrol lagi dan berpotensi membahayakan dirinya dan orang lain. Karena fiksasi itu mengikat kedua tangan dan kaki pasien, maka otomatis segala kebutuhan pasien harus dilayani oleh perawat, mulai dari makan, minum, sampai aktivitas MCK.

a. Sub Akut.

Bentuk terapi kebersihan di kategori ini sebetulnya tidak jauh berbeda dengan yang dilakukan perawat di kategori Akut, karena memang Sub Akut merupakan tahapan keperawatan satu tingkat lebih dekat setelah Akut. Rata-rata pasien Sub Akut menghuni ruangan Akut hanya 2-3 hari sebelum masuk ke tahapan ini. Jadi, kegiatan-kegiatan sanitasi yang berhubungan dengan kebersihan pasien, memiliki pola yang hampir sama. Yang sedikit berbeda adalah tindakan paksa yang dilakukan oleh perawat semakin berkurang. 12 orang pasien yang menghuni ruangan ini rata-rata mulai bersikap *nurut* kepada perawat. Membuang sampah bekas nasi kotak ke dalam plastik sampah yang disediakan merupakan langkah awal mengembalikan kebiasaan pola hidup bersih yang ada pada diri pasien. Walaupun begitu, memandikan pasien pagi dan sore hari masih dilakukan di sini.

b. Tenang

Nampaknya kategori tenang ini adalah kesempatan yang paling optimal untuk membiasakan hidup sehat di kalangan pasien, karena memang tipikal perilaku pasien yang sudah dapat dikatakan sepenuhnya terkendali, meskipun masih ditemukan pasien

yang buang air di celana. Secara keseluruhan ruang perawatan tenang memiliki udara yang cukup sehat. Adanya tempat sampah tertutup di dalam ruangan dan juga *wastafel* untuk cuci tangan menandakan upaya pembiasaan hidup sehat bagi pasien. Meja panjang dan bangku panjang yang terdapat di sudut ruangan berfungsi sebagai tempat terapi diskusi (TAK) dan juga meja makan bersama.

Tidak banyak aktivitas yang dilakukan perawat di ruangan ini yang berhubungan dengan kebersihan diri pasien selain observasi. Makan dengan tertib, berbaris untuk menunggu panggilan dan juga diawali dengan ritual doa bersama sesuai dengan keyakinannya masing-masing. Satu-per satu pasien diawasi mulai dari cuci tangan sebelum makan sampai dengan cara makan yang benar. Begitu juga dengan aktivitas MCK, ruangan yang dapat menampung 24 pasien ini dilengkapi dengan dua kamar mandi. Dalam hal ini, kesibukan perawat hanya menyiapkan pakaian bersih untuk pasien.

4.4.2. Gaya Komunikasi Perawat

Idealnya memang komunikasi yang baik dan efektif adalah komunikasi yang bersifat terbuka, artinya para pelaku komunikasi mampu berperan aktif sebagai komunikator dan juga sebagai komunikan, arus pesan berjalan secara timbal balik, layaknya percakapan dalam komunikasi antar pribadi. Bila kondisi pasien memungkinkan untuk berkomunikasi, artinya dari awal pembicaraan pasien mampu bersikap adaptif, maka proses interaksi dapat berjalan cukup baik, walaupun itu hanya berlangsung singkat. Namun kebanyakan pasien jiwa yang ada di RSKD Duren Sawit, sulit untuk dapat membuka diri mengungkapkan masalahnya, sehingga arus komunikasi cenderung bersifat persuasif. Adanya keinginan perawat untuk mengatur, mengendalikan, dan merubah perilaku pasien, menjadikan komunikasi berjalan satu arah (*one-way communication*).

Menurut Efendi (2001), gaya komunikasi satu arah dikenal dengan *controlling style of communication*. Gaya ini, lebih memusatkan perhatian kepada pengiriman pesan dibanding upaya mereka untuk berharap pesan. Umpan balik atau *feedback* memang diharapkan, akan tetapi yang lebih utama tujuannya adalah isi pesan tersampaikan. Gaya komunikasi ini cukup efektif mendapatkan respon dari pasien, namun efeknya hanya bersifat sementara, padahal untuk menjadikan pasien jiwa mampu kembali hidup mandiri dan menjalankan fungsi sosialnya, dibutuhkan kesadaran yang berasal dari dirinya sendiri.

Kecenderungan komunikasi perawat yang lebih banyak mengatur dan mengendalikan, di beberapa kasus pasien mampu menunjukkan hasil yang efektif, tapi tidak bagi pasien-pasien jiwa tertentu. Ada sejumlah hal yang lazim dalam usaha-usaha manusia menggunakan kendali lingkungan dalam komunikasi. Kendali merupakan keahlian atau kecakapan social. Perawat menggunakan kemampuan berkomunikasi untuk tujuan-tujuan kendali atau mengendalikan sesuatu, termasuk perilaku pasien. Cara atau gaya perawat menggunakan kendali itu berbeda-beda. Miller dan Steinberg dalam Budyatna (2011 : 73) mengemukakan, bahwa kendali dasar manusia bermacam-macam, seperti : *pertama*, orang menggunakan kendalinya dengan argumentasi yang logis dan masuk akal. Misalnya saja, pasien jiwa halusinasi pendengaran diminta untuk menutup kedua telinganya agar suara-suara bisikan yang muncul tidak terdengar lagi, begitu juga pasien dengan perilaku kekerasan diminta mengerjakan *shalat* (bagi yang muslim) ketika rasa ingin marah itu datang, sehingga tidak jadi marah. *Kedua*, orang menggunakan kendalinya dengan luapan emosi. Misalnya, terkadang perawat harus bersuara keras (marah) kepada pasien-pasien tertentu untuk melakukan sesuatu, walaupun ada saja pasien yang tidak mempan dimarahi (tidak peduli). *Ketiga*, orang menggunakan kendalinya dengan pendekatan dasarnya bergantung pada imbalan.(lihat lampiran 4.2.4)¹⁸ Kesulitan terbesar yang dirasakan oleh perawat adalah bila

¹⁸ Lampiran 4.2.4. Wawancara dengan Informan 4 (Rianti) tanggal 9 Agustus 2014.

pasien jiwa menarik diri atau tidak mau diajak untuk berinteraksi. Salah satu cara untuk memancing agar pasien mau diajak interaksi adalah dengan makanan. Sekali lagi, tidak selamanya komunikasi dengan dasar imbalan ini mampu menarik perhatian pasien. Pada kenyataannya, pasien tetap tidak mau berinteraksi dengan perawat, justru cara ini menimbulkan kemarahan pada sebagian pasien lainnya. *Keempat*, orang menggunakan kendalinya dengan mendasarkan pada ancaman atau sanksi. Salah satu terapi yang digunakan perawat kepada pasien PK (Perilaku Kekerasan) adalah fiksasi. Fiksasi ini bisa menjadi sanksi atau “alat” untuk menakuti (mengancam) pasien PK yang sulit dikendalikan perilakunya.

4.4.3. Pesan Komunikasi

Secara mendasar, Strategi Pelaksanaan (SP) merupakan implementasi dari fase-fase yang ada di dalam komunikasi terapeutik pada umumnya. Oleh karena itu, SP merupakan pedoman dasar bagi perawat di dalam melakukan interaksi dengan pasien sebagai bagian dari asuhan keperawatan di RSKD Duren Sawit. Sebelum merumuskan SP, perawat harus mengacu kepada diagnosa yang tertulis dalam catatan pasien yang ditulis oleh dokter, selanjutnya perawat membuat diagnosa keperawatan sebagai landasan SP. Dengan demikian, SP harus berbanding lurus dengan diagnosa pasien, apakah itu pasien halusinasi, pasien waham, pasien dengan PK (Perilaku Kekerasan), pasien dengan resiko bunuh diri, dan sebagainya.

Di dalam ruang lingkup komunikasi, SP merupakan inti materi / pesan yang sebenarnya menjadi pengarah di dalam usaha mengubah sikap dan tingkah laku pasien, baik secara verbal maupun nonverbal. Pesan dapat secara panjang lebar mengupas berbagai segi, namun inti pesan dari komunikasi akan selalu mengarah kepada tujuan akhir komunikasi itu. Karena tujuannya adalah untuk mengubah sikap dan perilaku pasien, dengan demikian, komunikasi lebih bersifat persuasif. Lebih luas, *persuasive* artinya berisikan bujukan, yakni

membangkitkan pengertian dan kesadaran pasien bahwa apa yang perawat sampaikan akan memberikan perubahan sikap, tetapi perubahan ini adalah atas kehendak sendiri (bukan atas paksaan). Perubahan tersebut diterima atas kesadaran sendiri.

Komunikasi sebenarnya merupakan proses pertukaran pesan secara timbal balik antara komunikator dan komunikan. Namun, dalam hal pasien gangguan jiwa yang penulis temukan di RSKD Duren Sawit, komunikasi menjadi lebih bersifat satu arah, terutama di ruang perawatan IKEP. Perawat sebagai komunikator (sumber), hampir tidak pernah berganti peran sebagai komunikan hingga akhir pembicaraan. Inisiatif sumber (pengirim pesan) tidak pernah muncul dari pasien. Dalam hal ini, pasien hanya menjadi partisipan pasif dalam proses komunikasi. Setiap pernyataan atau jawaban pasien, hanya merupakan efek sebagai reaksi tindakan komunikasi perawat, tetapi bukan merupakan *feedback* yang diharapkan.

4.4.4. Efek Komunikasi

Efek merupakan hasil akhir dari suatu komunikasi, yakni sikap dan tingkah laku komunikan, sesuai atau tidak dengan yang diharapkan oleh komunikator. Dalam beberapa literatur, efek sering disamakan dengan *feedback* atau umpan balik. Walaupun sekilas keduanya memiliki persamaan yaitu sama-sama merupakan tanggapan atau reaksi dari proses komunikasi yang dilakukan, namun terdapat perbedaan yang substantif antara efek dan *feedback*. Efek merupakan reaksi spontan yang dihasilkan karena adanya dorongan atau rangsangan dari pengirim pesan, baik verbal maupun non-verbal. Oleh karena itu, sifat efek biasanya hanya terjadi saat itu saja, dan tidak berlangsung lama. Sedangkan *feedback*, merupakan respon yang diberikan oleh penerima pesan kepada pengirim sebagai tanggapan atas informasi yang dikirim, sehingga proses komunikasi berlangsung sesuai dengan yang diharapkan. Sehingga ada ungkapan, komunikasi yang baik dan efektif adalah komunikasi

yang menghasilkan *feedback*, yaitu ada saatnya komunikator berganti posisi menjadi komunikan, dan juga sebaliknya.

Menurut penulis perbedaan itu dapat ditangkap secara jelas dan eksplisit dengan memperhatikan proses komunikasi yang dilakukan perawat dengan pasien jiwa di atas. Kebanyakan dari pasien jiwa tidak dapat mengerti dan memahami setiap pesan yang ingin disampaikan oleh perawat. Misalnya, pada saat interaksi, ketika perawat mencoba melakukan *triasi* terhadap pasien halusinasi, untuk mengusir suara-suara bisikan yang mengganggu pasien, maka tindakan pertama adalah “*menghardik*” dengan cara menutup kedua telinga. Pada waktu yang bersamaan, pasien mampu untuk mengikuti gerakan menutup kedua telinga yang dicontohkan oleh perawat, walaupun ada juga beberapa pasien yang tidak mampu melakukannya hingga berkali-kali. Namun, pada saat interaksi telah selesai, dan pasien kembali ke ruangan, “hasil” *triasi* yang telah disampaikan tadi tidak dilakukan oleh pasien. Hal ini ditunjukkan dengan perilaku pasien yang kembali “gaduh” saat halusinasi datang. Hampir di setiap kesempatan berada di lapangan, penulis tidak pernah menemukan pasien yang sedang melakukan kegiatan *menghardik*.

Kenyataan di atas menggambarkan bahwa kegiatan komunikasi (*triasi*) yang dilakukan oleh perawat terhadap pasien, tidak mencerminkan adanya *feedback* yang dihasilkan, namun hanya sekedar efek sebagai reaksi spontan pada saat tertentu saja. Seharusnya kegiatan *menghardik* dapat muncul dengan sendirinya dalam kesadaran pasien sebagai wujud dari penerimaan informasi yang disampaikan oleh perawat.

4.5. Tinjauan Komunikasi Dalam Hubungan Terapeutik Perawat Dengan Pasien Jiwa.

Pengertian hubungan merupakan sejumlah harapan yang dua orang miliki bagi perilaku mereka didasarkan pada pola interaksi antara mereka (Little John, 2002 dalam Budyatna, 2011 : 36). Hubungan yang baik ialah di mana interaksi-interaksi sifatnya

memuaskan dan sehat bagi mereka yang terlibat interaksi tersebut. Suatu hubungan yang baik tidak terjadi begitu saja dan juga tidak tumbuh dan terpelihara secara otomatis, apapun jenis hubungannya. Begitu juga dengan hubungan perawat dengan pasien jiwa, yang dikenal dengan hubungan terapeutik.

Dalam hubungan terapeutik, perawat mendorong pasien (klien) untuk mengekspresikan perasaan, pikiran dan persepsi serta dihubungkan dengan perilaku yang tampak (hasil observasi dan laporan). Area yang diidentifikasi sebagai konflik dan kecemasan perlu diklarifikasi. Penting bagi perawat untuk mengidentifikasi kemampuan klien dan mengoptimalkan kemampuan melakukan hubungan sosial dan keluarga. Komunikasi akan menjadi baik dan perilaku maladaptif akan berubah jika klien sudah mencoba pola perilaku dan koping baru yang konstruktif.

Upaya-upaya komunikasi perawat tersebut dapat dicapai dalam konteks komunikasi antar pribadi. Sebab, melalui komunikasi antar pribadi perawat mampu merubah hubungan yang sifatnya *impersonal* menjadi *interpersonal*.. Tentunya tidak mudah untuk menciptakan dan membina hubungan dalam konteks pribadi yang memungkinkan pelaku komunikasi mau dan mampu berbagi perasaan dan pengalaman. Hal ini terlihat dari interaksi yang dilakukan perawat dengan pasien hanya berjalan singkat, yakni sekitar 5 – 10 menit pada pertemuan pertama. Disamping karena perilaku pasien jiwa yang maladaptif, pada dasarnya bagi setiap individu, untuk membangun sebuah hubungan harus saling mempercayai. Kepercayaan mutlak diperlukan agar suatu hubungan tumbuh dan berkembang, sehingga apabila hubungan telah masuk ke arah yang sifatnya pribadi, maka komunikasi dapat berlangsung pula dalam konteks yang lebih pribadi.

Menurut Budyatna (2011 : 7) setidaknya, untuk mencapai sebuah hubungan komunikasi yang sifatnya pribadi, maka para pelaku komunikasi harus melewati dua fase hubungan komunikasi terlebih dahulu, yakni : *hubungan komunikasi pada tingkat kultural*,

dan *hubungan komunikasi pada tingkat sosiologis*. Umumnya komunikasi pada tingkat kultural bertindak sebagai batu loncatan ke hubungan tingkat sosiologis. Hubungan tingkat kultural berlaku singkat. Dalam hubungan tingkat kultural, prediksi komunikasi didasarkan pada pengetahuan yang diperoleh dari kultur secara keseluruhan. Pengetahuan kita tentang budaya memungkinkan kita untuk melakukan prediksi mengenai ucapan-ucapan atau kata-kata serta perilaku dari seseorang yang baru saja kita bertemu. Dua orang berkomunikasi untuk pertama kalinya memerlukan dasar yang sama.

Pada hubungan komunikasi di tingkat kultural ini, pertukaran pesan dilakukan secara singkat dan tidak banyak pertanyaan. Dalam hal psikiatri (hubungan perawat dengan pasien jiwa), pada awal-awal pertemuan dengan pasien, tidak banyak hal-hal yang ditanyakan oleh perawat. Layaknya pembicaraan dengan orang normal, maka pertanyaan yang dilontarkan hanya seputar identitas diri si pasien. Di beberapa kasus, tahap hubungan komunikasi awal ini terkadang tidak mampu dilewati oleh sebagian pasien jiwa.

Selanjutnya, hubungan komunikasi akan bergeser atau berkembang pada tingkat sosiologis. Kebanyakan orang menghabiskan waktunya berkomunikasi pada hubungan tingkat sosiologis. Hubungan ini mirip dengan hubungan pada tingkat kultural, bedanya orang mendasarkan prediksinya terutama pada keanggotaan kelompok pihak yang diprediksi. Ada dua macam hubungan pada tingkat sosiologis ini, yaitu formal dan informal. Dalam hubungan formal, orang harus belajar mengenai perilaku-perilaku yang dibolehkan atau benar dan juga yang dilarang. Misalnya saja hubungan komunikasi di lembaga-lembaga militer, dimana setiap anggota militer harus memberi hormat kepada atasannya. Begitu juga di kantor, setiap karyawan, kepala bagian, dan top manager harus berperilaku sesuai dengan perannya masing-masing dan tunduk pada peraturan yang berlaku.

Hubungan sosiologis yang informal kurang lebih sama dengan yang formal tetapi pada tingkat yang lebih rendah atau lebih longgar. Cara orang berkomunikasi telah ditentukan

sesuai perannya dalam fungsi sosialnya, namun tidak seketat formal. Misalnya saja hubungan dosen dan mahasiswa, dan termasuk juga hubungan *terapis* dengan kliennya. Pada hubungan tingkat sosiologis, seorang perawat kejiwaan menjelaskan peran dan fungsinya, bahwa keberadaannya adalah hanya untuk membantu upaya kesembuhan bagi kliennya, dengan begitu diharapkan pasien (klien) mau membuka diri untuk tahap perkembangan hubungan selanjutnya yang lebih pribadi. Pada tahap ini, pertanyaan atau isi pembicaraan perawat dengan pasien tidak lagi mengenai identitas, tetapi mulai masuk ke wilayah yang lebih pribadi. Tergantung dari kemampuan komunikasi perawat, hubungan sosiologis yang informal ini bisa bergeser ke hubungan antarpribadi secara lebih cepat. Pada tingkat komunikasi antar pribadi, prediksi komunikasi didasarkan atas data-data psikologis klien yang berbeda-beda, oleh karena itu perawat melakukan prediksi dengan mencari perbedaan-perbedaan yang relevan antara klien satu dengan lainnya.

Dengan mencari perbedaan secara psikologis atas klien, ini berarti membantu perawat dalam membuat rangsangan akan hasil komunikasi (*stimulus discrimination*). Dengan demikian rentangan perilaku komunikasi yang dilakukan menjadi sangat berbeda dengan lainnya. Sehingga tidak mengherankan apabila situasi komunikasi perawat dengan klien berbeda-beda ketika sedang berinteraksi : seperti orang yang berbicara dengan gaya khas anak-anak (layaknya seorang pengasuh), menjadi anggota komunitas / *gang* tertentu, menjadi ustadz, dan lain-lain sesuai gambaran psikologis klien. Longgarnya rentang perilaku komunikasi dalam hubungan terapeutik perawat dengan pasien jiwa memungkinkan kedua belah pihak untuk saling bergantian menciptakan makna dengan caranya masing-masing.

Mengenai longgarnya rentang komunikasi dalam komunikasi antar pribadi, Malcom R. Park dalam Budyatna (2011 : 13) menjelaskan bahwa setiap tindak komunikasi berjalan di dalam konteks aturan-aturan tertentu yang biasa disebut dengan norma. Park mendefinisikan norma sebagai sejumlah harapan-harapan bersama secara timbal balik mengenai bagaimana

interaksi tertentu seharusnya dilaksanakan atau berlangsung, yaitu mengharapkan bagaimana orang lain berperilaku. Selanjutnya Park membedakan norma menjadi tiga, yaitu *norma kultural*, *norma kelompok*, dan *norma relasional*. Norma kultural dikenal juga sebagai norma masyarakat, yang mengatur kehidupan kita di dalam masyarakat, baik tertulis maupun tidak tertulis. Yang kedua adalah norma kelompok, yaitu norma yang terdapat dalam suatu kelompok atau organisasi kerja, perkumpulan, dan institusi. Biasanya norma kelompok sering disebut dengan *corporate culture*. Dan norma yang terakhir adalah norma relasional. Dalam komunikasi antar pribadi berlaku norma relasional (*relational norm*), yaitu norma yang berlaku hanya pada orang-orang tertentu saja secara individual dan sifatnya pribadi pada tingkat psikologis. Norma relasional yang mengatur komunikasi antar pribadi lebih fleksibel dari norma masyarakat (kultural), sehingga memungkinkan individu-individu bebas menentukan bagaimana mereka berkomunikasi. Mungkin bagi orang luar akan terdengar asing dan aneh, manakala para partisipan komunikasi antar pribadi saling berinteraksi melalui pola-pola komunikasi mereka. Sebagaimana yang penulis rasakan ketika pertama mengamati interaksi perawat dengan pasien jiwa, misalnya : pemanggilan nama pasien yang jauh lebih tua usianya oleh perawat, seharusnya diawali dengan sebutan “*pak*” atau “*bu*” jika dalam aturan norma kultural. Contoh lain, misalnya sapaan khas anak muda “*bro*”, dan juga sentuhan di bahu, dan lain-lain. Hal ini dilakukan agar hubungan menjadi lebih akrab atau dekat, sehingga komunikasi semakin terbuka.

Sejalan dengan pengertian menurut Kathleen S. Verderber (2007) yang menyatakan bahwa komunikasi antar pribadi adalah proses melalui mana orang menciptakan dan mengelola hubungan mereka, melaksanakan tanggung jawab secara timbal balik dalam menciptakan makna. Dari pengertian yang diberikan oleh Verdeber tersebut, terlihat ada penekanan proses, yang artinya bahwa komunikasi antar pribadi terbentuk atau tercipta dari rangkaian perilaku-perilaku yang memiliki tujuan tertentu dari waktu ke waktu.

4.6. Penggunaan Media

Dalam lingkup komunikasi, yang dimaksud dengan media adalah saluran komunikasi, yaitu yang menghubungkan komunikator dan komunikan. Beberapa pakar dalam buku-buku Komunikasi, memberikan pengertian media sebagai saluran fisik yang dipakai sebagai alat penyampaian/pengiriman pesan. Sehingga kemudian muncul istilah media cetak dan media elektronik. Dalam hal komunikasi antar pribadi, yang dimaksud media atau saluran komunikasi adalah gelombang atau getaran udara pada penyampaian pesan secara verbal oleh komunikator.

Dalam konteks komunikasi perawat dengan pasien jiwa di RSKD Duren Sawit, yang menjadi “alat penghubung” di antara keduanya adalah bentuk-bentuk terapi yang disebut dengan *Interaksi*, *Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)*, dan *Rehabilitasi Mental*. Ketiga “alat penghubung” tersebut digunakan oleh perawat sebagai media penyampaian pesan (inti dari SP) pada waktu dan kondisi yang disesuaikan dengan tahapan keperawatan. Selain ketiga bentuk “media” di atas, penulis tidak menemukan satupun kegiatan komunikasi yang dimediasi oleh saluran komunikasi lain (telepon, radio panggil, tulisan di kertas/papan tulis, dan lainnya), artinya jika ada kontak antara perawat dan pasien, hanya sebatas pelayanan sebagai bagian dari asuhan keperawatan sehari-hari.

4.6.1. Interaksi

Pada penjelasan awal dalam bab ini, telah disinggung mengenai apa itu interaksi dan bagaimana proses kegiatan yang berhubungan dengannya. Jika menyimak *Interaksi* yang digambarkan dengan deskripsi yang sedemikian rupa di atas, maka interaksi memiliki fungsi ganda, yaitu *fungsi terapi* pasien, dan *fungsi media* komunikasi yang menghubungkan perawat dengan pasien jiwa. Sebagai fungsi terapi, sangat jelas bahwa dalam hal pasien jiwa, dimana telah diketahui “jenis penyakit” si pasien adalah sakit secara psikis, bukan sakit secara fisik, maka yang perlu

“disembuhkan” adalah semua hal yang berkaitan dengan mental, perilaku, dan emosi pasien. Dan semua itu hanya bisa dicapai melalui kegiatan komunikasi yang baik dan terarah. Oleh karena itu, di dalam asuhan keperawatan di RSKD Duren Sawit, interaksi selalu dijadikan sebagai bentuk terapi yang utama di setiap tahapan kategori keperawatannya.

Fungsi yang kedua dalam interaksi adalah fungsi media. Gambaran interaksi dalam fungsi media komunikasi telah diuraikan dengan jelas pada penjelasan sebelumnya. Interaksi berfungsi sebagai alat penyampaian aliran pesan yang merupakan materi inti dari terapi keperawatan. Materi inti tersebut dikenal dengan Strategi Pelaksanaan (SP). Semua tindakan komunikasi yang mengarah kepada Strategi Pelaksanaan (SP), disampaikan melalui interaksi. Sehingga fokus permasalahan sedapat mungkin dicerna melalui interaksi. Dengan demikian jelas bahwa interaksi dalam hal ini bisa berfungsi sebagai “alat penghubung” dalam penyampaian pesan.

4.6.2. Terapi Aktivitas Kelompok (TAK) dan Rehabilitasi Mental (RM)

Selain interaksi, dalam cakupan asuhan keperawatan di RSKD Duren Sawit mengenal “alat penghubung” lain, yaitu Terapi Aktivitas Kelompok (TAK), dan Rehabilitasi Mental (RM). Seperti halnya interaksi, TAK dan RM merupakan media yang sama-sama digunakan dalam komunikasi perawat dengan pasien. Yang membedakan adalah TAK dan RM digunakan hanya di tahapan pasien yang sudah masuk kategori Tenang. Di kategori tenang, kedua media ini merupakan lanjutan dari kegiatan komunikasi melalui media interaksi. Pesan yang ingin disampaikan melalui TAK, untuk melihat sejauhmana pasien mampu beradaptasi dengan lingkungan

sosialnya. Pesan ini tidak cukup hanya dengan penyampaian secara lisan atau verbal melalui interaksi, perawat butuh visualisasi konkret yang ingin ditunjukkan kepada pasien. Sehingga melalui TAK, pasien secara terus-menerus diberi rangsangan untuk mengerti, mengikuti arah dan tujuan dari kegiatan TAK itu sendiri.

Begitu juga dengan rehabilitasi mental (RM). Arah yang sama digunakan RM mengikuti pola yang ada di TAK. Sebagai finalisasi terapi akhir, RM berfungsi sebagai indikator yang menentukan “status” kondisi pasien. Kegiatan RM berfokus untuk menumbuhkan kembali minat dan bakat pasien. Oleh karena itu, untuk mendukung tujuan tersebut, manajemen RSKD melengkapi fasilitas RM dengan sarana-sarana yang terkait dengan melukis, membatik, karaoke, alat pertukangan, dan juga menjahit. Berbagai macam fasilitas yang telah disediakan tersebut, setidaknya mempermudah maksud dan tujuan perawat dalam hal menumbuhkan minat dan bakat pasien. Tanpa harus dijelaskan secara detil, ketika pasien dibawa ke ruangan RM dan melihat berbagai fasilitas yang ada, dengan sendirinya di dalam diri pasien, muncul dorongan untuk melakukan kegiatan sesuai dengan keinginannya itu. Dan ketika ini terjadi, petugas yang ada di ruang RM hanya melakukan pengarahan dan pengawasan saja. Dengan demikian, RM cukup efektif sebagai media komunikasi dalam hal penyampaian pesan yang bertujuan untuk memotivasi dan menumbuhkan minat dan bakat pasien.

4.7. Komunikasi Terapeutik Pasien Jiwa, Antara Teori dan Kenyataan

Para pelaku kesehatan atau tenaga medis, seperti dokter, bidan, perawat, terapis, bahkan psikiater menyadari betul bahwa segala bentuk pemikiran dan tindakan yang berhubungan dengan pasien, berjalan di atas ketentuan-ketentuan dan kesepakatan dalam kerangka komunikasi terapeutik. Kesadaran itu tentunya tidak hanya sebatas pengetahuan

yang didapat dalam proses pembelajaran, tetapi juga dalam kondisi nyata melalui pengalaman-pengalaman yang terbentuk dalam kehidupan sehari-hari.

Dalam keperawatan jiwa di RSKD Duren Sawit, ternyata pengetahuan dan kecukupan teori-teori yang selama ini dianggap sah tidak cukup memadai atau tidak dapat diterapkan sepenuhnya dalam kondisi nyata di lapangan. Kenyataan ini dipertegas dengan pernyataan sebagai berikut:

“ga, ga bisa semua, Cuma ya beberapa aja, ya ga bisa kayak kita waktu praktek dulu. Waktu praktek juga kadang ga bisa juga kita terapin, kita kan sebelumnya kita bikin dulu, sebelum kita interaksi ke pasien kan kita bikin dulu SP namanya, ada TUK ada TUM terus komunikasi terapeutik segala macam, ya ga bisa juga..soalnya pasiennya kan kayak gini. Paling 2-3 menit ngobrol, udah mulai ini..jadi ga bisa kita lama gitu, 5 atau sampai 10 menit gitu”. (Informan 4)¹⁹

“Bisa sesuai bisa tidak, tergantung pasien. Bila pasien pro aktif maka bisa diajarkan sesuai tahapan, namun bila tidak, tahapan diloncati”(informan 1)²⁰

“Harus sesuai dengan rencana (SP), namun fakta di lapangan tidak harus sesuai” (Key Informan)²¹

Pada prinsipnya, teknik keperawatan bagi pasien jiwa harus sejalan dengan pengetahuan dan pelatihan teknik-teknik komunikasi terapeutik pasien jiwa yang dibekali kepada perawat, namun faktanya di lapangan kebanyakan tidak sesuai. Ketidaksesuaian itu setidaknya ada dua faktor yang menjadi penyebabnya, yaitu kondisi pasien, dan perawat itu sendiri.

Faktor *pertama* yang menyebabkan ketidaksesuaian antara pengetahuan dan teori-teori komunikasi terapeutik dengan kenyataan di lapangan adalah kondisi pasien. Berdasarkan informan 1, dikatakan tidak sesuai, artinya tergantung pada kondisi pasien itu sendiri, bila pasien pro aktif (bersedia dan mampu mengikuti), maka bisa diajarkan sesuai tahapan, namun bila tidak, maka tahapan dapat diloncati. Namun demikian, di beberapa kasus dan kondisi pasien tertentu, teknik terapeutik tidak bisa dijalankan sampai pasien pulang

¹⁹ Informan 4 : Riyanti (27th) – Perawat Sub Akut dan Tenang

²⁰ Informan 1 : Suyatno (37th) – Perawat Akut dan Sub Akut

²¹ Key Informan : Ibu Nini (45th) – Kabid. Keperawatan

sekalipun. Jadi dapat dikatakan, kesulitan terbesar bagi perawat di dalam keperawatan jiwa adalah apabila pasien menarik diri, tidak bersedia dan juga tidak mampu berkomunikasi dengan perawat, sehingga pesan-pesan dalam komunikasi terapeutik tidak tersampaikan.

Faktor yang kedua adalah berasal dari perawat sendiri. Terlepas dari profesi seorang perawat kejiwaan, seorang perawat adalah individu yang secara psikologis memiliki kehendak (motif), perasaan, dan kepekaan yang mendorongnya untuk melakukan suatu tindakan. Kadang-kadang orang melakukan tindakan atau melakukan sesuatu yang tidak sesuai dengan apa yang mereka ketahui dan yakini.. Salah satu contoh ketidaksesuaian tindakan dengan apa yang diketahui dan diyakini oleh perawat adalah *fiksasi*. Seperti yang telah dideskripsikan di atas, bahwa fiksasi adalah tindakan mengikat pasien di tempat tidur. Secara teori, fiksasi tidak ada dalam tindakan keperawatan, bahkan rujukan ilmiah (buku Komunikasi Terapeutik – Mukhrimah Damaiyanti) yang sebagian besar digunakan sebagai landasan materi keperawatan jiwa di RSKD Duren Sawit, tidak pernah membahas persoalan fiksasi. Jadi, jelas bahwa tindakan fiksasi benar-benar tidak ada di dalam acuan komunikasi terapeutik keperawatan jiwa. Hal ini dipertegas melalui pernyataan-pernyataan sebagai berikut :

“Tidak ada fiksasi dalam dunia keperawatan jiwa, namun mengingat kondisi pasien jiwa yang labil, maka fiksasi terpaksa dilakukan” (informan 4)

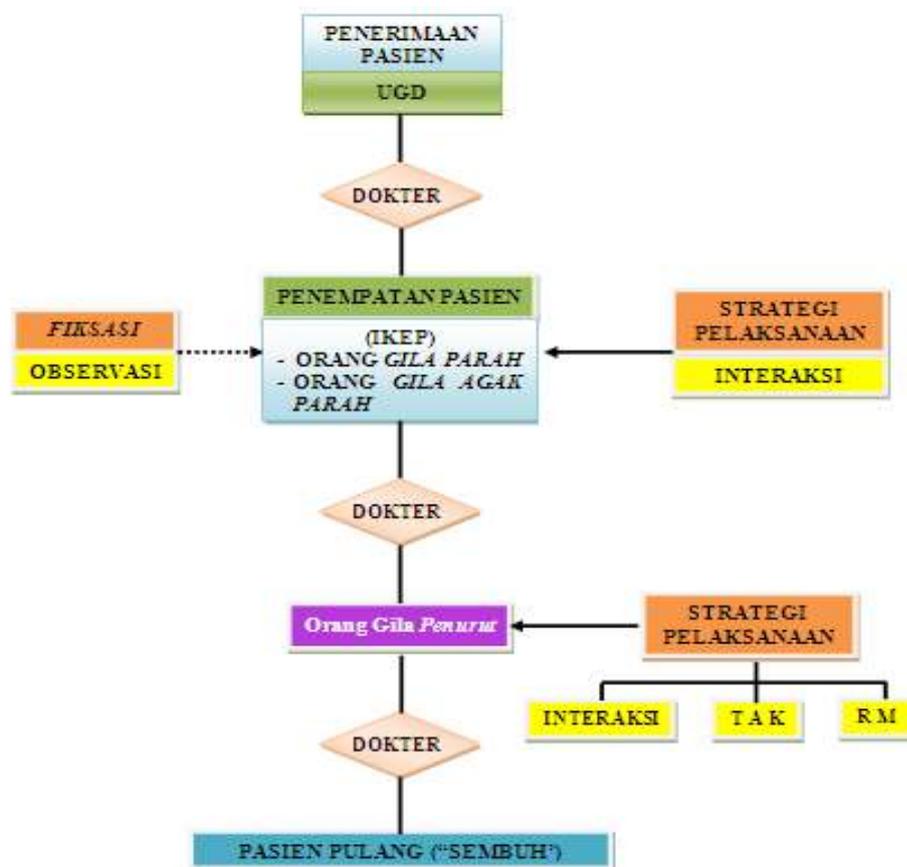
“jadi fiksasi dibutuhkan, karena apa..kita jangan bilang terapeutik dan tidak terapeutik, karena kondisi pasien gaduh gelisah adalah yang pertama mengamankan dia supaya dia tidak terjadi cedera karena kalo kayak gitu kan nyawa pun artinya dengan kondisi demikian kan bisa merenggut nyawa, makanya harus diamankan dengan cara fiksasi’ . (informan 1)

“Tidak ada fiksasi, terpaksa dilakukan karena beresiko” (informan 3)

Dalam kasus ini, para teoretikus konsistensi menekankan adanya ketidakseimbangan antara kognisi (*cognition*), atau cara-cara untuk mengetahui, keyakinan, penilaian, dan sebagainya. **Leon Festinger** dalam West & Turner (2008:137) menamakan perasaan yang tidak seimbang ini sebagai **disonansi kognitif** (*cognitive dissonance*). Hal ini merupakan perasaan yang dimiliki orang ketika mereka menemukan diri mereka sendiri melakukan

sesuatu yang tidak sesuai dengan apa yang mereka ketahui, atau mempunyai pendapat yang tidak sesuai dengan pendapat lain yang mereka pegang. Konsep ini merujuk pada inti pemikiran atau asumsi dasar dari Teori Disonansi Kognitif (*Cognitive Dissonance Theory*) **Festinger**, teori yang berpendapat bahwa disonansi adalah sebuah perasaan tidak nyaman yang memotivasi orang untuk mengambil langkah demi mengurangi ketidaknyamanan itu. Sebagaimana juga Roger Brown berpendapat bahwa keadaan disonansi kognitif dikatakan sebagai keadaan ketidaknyamanan psikologis atau ketegangan yang memotivasi usaha-usaha untuk mencapai konsonansi. Disonansi adalah sebutan untuk ketidakseimbangan dan konsonansi adalah sebutan untuk keseimbangan.

Gambaran pola asuhan keperawatan jiwa di atas, yang sekaligus merupakan pola komunikasi perawat terhadap pasien gangguan jiwa di RSKD Duren Sawit Jakarta, dapat digambarkan sebagai berikut :



Sumber : direka oleh peneliti berdasarkan pengamatan dan wawancara

Mencermati tindakan-tindakan dan juga interaksi baik verbal maupun non-verbal yang dilakukan oleh perawat terhadap pasien gangguan jiwa di atas, semakin hari menunjukkan sebuah pola yang sifatnya cenderung tetap / sama. Atau dapat dikatakan bahwa pola komunikasi perawat terhadap pasien di masing-masing kategori/kelas perawatan memiliki pola yang sudah terbentuk sedemikian rupa berdasarkan pengalaman-pengalaman masing-masing perawat. Pola-pola komunikasi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. *Komunikasi Paksaan*

Pola komunikasi paksaan dapat digambarkan sebagai keseluruhan tindakan yang dilakukan oleh perawat, baik secara verbal maupun non-verbal, bersentuhan fisik maupun tidak, terhadap pasien gangguan jiwa berat/parah dengan kecenderungan memaksa agar mau melakukan segala sesuatu yang diinginkan. Biasanya komunikasi yang dilakukan oleh perawat disertai dengan memberi *rasa takut* pada pasien agar komunikasi dapat berjalan efektif walaupun pada kenyataannya tidak selalu efektif. Pada awalnya memang pendekatan persuasif digunakan oleh perawat dalam berinteraksi dengan pasien, namun mengingat kondisi pasien jiwa berat yang labil dan beresiko secara fisik, maka komunikasi paksaan lebih efektif digunakan. Komunikasi paksaan ditemukan di kategori keperawatan *akut*, dan kadang-kadang juga terjadi di kategori *sub-akut*.

b. *Komunikasi Rayuan / Bujukan*

Seperti pada umumnya, pengertian rayuan atau bujukan biasanya mengacu pada sifat dan sikap mengajak yang disertai dengan *iming-iming* atau imbalan sesuatu. Dalam komunikasi rayuan atau bujukan, artinya perawat berusaha merayu atau membujuk pasien untuk melakukan sesuatu (yang masih menjadi bagian dari tindakan keperawatan) dengan imbalan-imbalan tertentu. Dalam usahanya ini, perawat

melakukan berbagai cara, berperan sebagai orang dalam “khayalan” pasien sampai memberikan makanan untuk memancing pasien. Seperti komunikasi paksaan, komunikasi rayuan atau bujukan juga tidak selalu berjalan efektif, pada kenyataannya tidak semua pasien mau dirayu atau dibujuk. Komunikasi rayuan atau bujukan sering ditemukan di kategori keperawatan sub-akut.

c. *Komunikasi Perintah*

Pola komunikasi lainnya yang dapat ditemukan pada proses keperawatan jiwa di RSKD Duren Sawit adalah komunikasi perintah. Pola komunikasi perintah paling banyak dilakukan di kategori perawatan *tenang*. Komunikasi perintah dapat digambarkan sebagai kondisi dimana dalam melakukan triasi keperawatan, perawat lebih dominan memberikan perintah-perintah kepada pasien untuk melakukan semua tindakan-tindakan dalam proses keperawatan. Tipikal pasien di kategori ini kebanyakan memiliki sikap *menurut*, dalam arti pasien cenderung pasif, bertindak hanya atas perintah-perintah yang disampaikan oleh perawat. Oleh karena itu, dalam pola komunikasi perintah, hampir tidak ada tindakan paksa dan juga upaya-upaya bujukan yang dilakukan oleh perawat.

4.8. Jejak Fenomenologi Transendental Dalam Realitas Keperawatan Jiwa

Berfikir dengan cara pandang fenomenologi transendental milik Husserl, yang paling penting dilakukan adalah bagaimana menemukan esensi dari realitas itu sendiri. Artinya, cara pandang terhadap realitas merupakan kunci pokok yang pertama kali harus ditemukan, karena dalam fenomenologi transendental, keberadaan “objek” sebagai realitas sangat ditekankan. Bagi Husserl, realitas bukan sesuatu yang berada pada dirinya sendiri, lepas dari manusia yang mengamati, namun justru realitas membutuhkan manusia. Realitas bisa nyata dan bisa

tidak. Dengan demikian, realitas itu ditemukan atau diciptakan melalui pengamatan dan dengan cara memikirkannya. Cara berpikir fenomenologi ditekankan dengan pengamatan terhadap gejala-gejala yang muncul dari suatu benda atau objek.

Fenomenologi menganggap objek atau benda sebagai subjek yang bercerita kepada kita melalui gejala-gejala yang timbul darinya, yang masuk di dalam kesadaran kita. Fenomenologi melakukannya dengan diam. Ia diam untuk mengungkap apa (pengertian) yang diamati dan diteliti. Aspek subyektif pada individu. Sehingga batasan fenomenologi adalah pada konseptual masing-masing individu yang berbeda-beda. Subyektif akan menjadi sah apabila ada proses intersubjektif antara peneliti dengan informan. Tentu saja, dalam kaitannya dengan penelitian fenomenologi, pandangan subjektif informan sangat diperlukan. Kesadaran manusia dan makna subjektif sebagai fokus untuk memahami tindakan sosial.

Sebuah realitas keperawatan jiwa yang didalamnya penuh dengan fakta/peristiwa/kejadian merupakan “objek” yang menjadi kajian fenomenologis dalam penelitian ini. Objek tersebut merupakan bagian dari cakupan asuhan keperawatan jiwa yang dapat dilihat dari sudut pandang perawat, pasien, dan peneliti sendiri sebagai pengamat. Keperawatan jiwa di RSKD Duren Sawit pada hakekatnya adalah proses pengobatan bagi pasien jiwa dengan pendekatan medis dan non-medis. Beragam cara pengobatan dan penanganan pasien adalah perwujudan dari realitas keperawatan yang diyakini sebagai suatu kebenaran dan hanya berlaku sesuai kondisi, waktu, dan tempat tertentu saja. Berawal dari sini, pendekatan fenomenologi digunakan untuk mempelajari gejala-gejala yang nampak dan berusaha memahami makna dunia keperawatan bagi orang-orang yang terlibat di dalamnya.

Salah satu bentuk asuhan keperawatan yang menjadi *fenomenon* adalah **Fiksasi**. Menurut beberapa sumber (informan), fiksasi tidak dikenal dan tidak “dijijinkan” dalam asuhan keperawatan, namun faktanya berbeda dengan di lapangan. Fiksasi menjadi bagian

dari pola asuhan keperawatan sehari-hari di RSKD Duren Sawit. Fiksasi mampu menjadi “sarana” yang paling efektif dalam hal menangani pasien *ngamuk*.

Jika melihat objek secara riil, fiksasi merupakan tindakan nyata mengikat pasien. Bentuknya ada dua macam, yaitu fiksasi baju, dan fiksasi tempat tidur. Fiksasi baju adalah tindakan mengikat pasien dengan baju yang sudah dibuat khusus dilengkapi dengan tali pengikat, sehingga jika baju ini telah dipakai, maka kedua tangan pasien dalam keadaan terikat menyilang di depan dada, tetapi kedua kaki pasien tidak ada pengikatan sama sekali. Pasien yang sedang difiksasi baju masih dapat berjalan bebas di dalam kamar yang terkunci. Biasanya pasien difiksasi baju karena perilaku yang sudah tidak dapat terkontrol, misalnya pasien dengan perilaku menyimpang, mengganggu sesama pasien, merusak barang, bahkan menyakiti dirinya sendiri. Namun demikian, pasien dengan fiksasi baju bisa langsung difiksasi tempat tidur apabila di dalam ruangan berperilaku tidak kooperatif (masih menendang pintu, membenturkan kepala, dan lainnya). Fiksasi yang kedua adalah fiksasi tempat tidur. Pasien fiksasi tempat tidur adalah dengan cara mengikat kedua tangan dan kaki secara menyilang (huruf X), sehingga fiksasi ini tidak memungkinkan pasien untuk bergerak selain terbaring di tempat tidur dalam keadaan terikat. Menurut perawat, baik fiksasi baju maupun fiksasi tempat tidur sifatnya adalah temporal, tujuannya adalah relaksasi bagi pasien. Jika keadaan pasien sudah kembali tenang, maka fiksasi berakhir.

Tentunya ada alasan yang kuat untuk sebuah tindakan fiksasi (pengikatan) bagi pasien. Tidak semua pasien gaduh berujung tindakan pengikatan. Misalnya saja, pasien yang (dianggap) gaduh hanya dengan berteriak-teriak tetapi tidak melakukan apa-apa tidak akan diikat, atau pasien *ngamuk* yang tiba-tiba terdiam apabila perawat mendatanginya. Lain halnya bila pasien mengamuk di luar batas kendali. Di sini ada simbol-simbol nonverbal yang muncul dan dianggap tepat sebagai isyarat (kode) bagi perawat untuk mengambil tindakan pengikatan. Simbol-simbol itu antara lain ; memukul, menendang, dan melempar barang ke

dilihat dan dimaknai hanya sebatas fakta-fakta yang empiris. Sehingga, makna objektif yang muncul sebagai dugaan atau anggapan awal (subjektifitas empiris) dari fiksasi, untuk sementara ditangguhkan. Realisme fakta berbeda dengan realisme dari kesadaran murni (*essence*). Realisme esensi menurut Husserl hanya bisa diperoleh melalui intensionalitas.

Intensionalitas merupakan tindakan dari kesadaran. Kesadaran di sini selalu terarah kepada obyek, karena kesadaran tidak dapat dibayangkan tanpa sesuatu yang disadari. Artinya terdapat interaksi antara tindakan kesadaran dengan obyek kesadaran. Tindakan kesadaran memiliki dua aspek penting, yaitu *noema* dan *noesis*. Fiksasi dalam wujud yang bisa dilihat dengan jelas di depan mata dikategorikan sebagai *noema*. Selanjutnya, proses *noema* menjadi *noetic* melibatkan struktur kesadaran seperti persepsi, emosi, dan juga motivasi melalui intuisi. Pada tahap ini, fiksasi mengalami berbagai perdebatan makna sebagai konsekuensi adanya sikap subjektifitas dan intersubjektifitas. Di dalam proses perenungan ini, reduksi fenomenologi memainkan perannya sebagai upaya untuk mencapai objek pengertian seasli-aslinya, maka harus diadakan suatu pembersihan/penyaringan.

Proses penyaringan untuk mendapatkan makna paling objektif dari fenomena fiksasi, setidaknya menurut Husserl dapat dimulai dengan jalan sebagai berikut :

3. Umum

Dalam proses reduksi pertama ini, fiksasi dijauhkan dari anggapan-anggapan yang bersifat teoritis. Hal-hal pra-anggapan yang merupakan hasil dari pengalaman dan pengetahuan yang diperoleh melalui membaca buku, pelatihan-pelatihan profesi, pengetahuan dari orang lain, dan sumber lain yang sifatnya teoritis dibuang dari fakta fiksasi. Tidak ada ilmu pengetahuan yang digunakan untuk mendasari tindakan fiksasi, dan juga dapat memberi penjelasan terkait dengan fiksasi. Termasuk didalamnya hal-hal yang berhubungan dengan teknik atau cara dan jenis fiksasi. Bahkan di sepanjang

pengalaman dan pengetahuan informan, fiksasi tidak dikenal secara teoritis dalam dunia psikiatri.

2. Dalam Objek

Dalam penyelidikan makna, fiksasi hanyalah sebuah data yang sifatnya sederhana, tanpa ditempli dengan atribut apapun. Fiksasi harus dilihat sebagaimana yang _bsolu adanya secara jelas di depan mata (*phainomai*). Istilah ini dikenal dengan *fenomin*. Yang menggambarkan fiksasi sebagai keadaan dimana pasien terikat sedemikian rupa dalam ruangan sendiri, dengan jenis fiksasi seperti yang digambarkan di atas.

3. Dalam Subjek.

Penampakan *fenomin* kemudian diamati secara rohani dengan suatu intuisi. Intuisi sepenuhnya terarah pada objek, bersifat murni tanpa ada dugaan dan prasangka yang menyangkut dengan pandangan-pandangan pribadi. Intinya, subjek harus benar-benar objektif, terbebas dari penilaian-penilaian pribadi yang muncul pada saat mengamati objek. Itu artinya, sepanjang pengamatan penulis dalam melihat fiksasi (objek), maka penulis membebaskan diri dari asumsi-asumsi dan penilaian, mulai dari alasan, tujuan, dan fiksasi itu sendiri.

Selanjutnya, analisis makna fiksasi yang dilakukan adalah membedakan antara yang subjektif, intersubjektif, dan yang objektif, karena sesungguhnya kajian fenomenologis ada di dalam interaksi ketiga hal itu. Intuisi bertugas sebagai “alat” pembeda. Melalui intuisi, fiksasi dapat dibedakan ke dalam dua sudut pandang, yang pertama intuisi _bsolut yang mengarah kepada fiksasi dengan pengertian individual, dan yang kedua intuisi kategorial. Intuisi kategorial mengarahkan pengertian fiksasi ke dalam sesuatu yang universal atau ke dalam

horizon makna yang lebih luas. Dengan kata lain, yang ingin disentuh di sini adalah esensi atau ide.

Fiksasi sebagai objek kesadaran empiris merupakan sesuatu yang berwujud (berbentuk), dan dipersepsikan sebagaimana adanya yang terlihat dan dirasakan, dan fiksasi sebagai objek kesadaran non-empiris tidak berwujud yang tidak hanya dipersepsi atau dialami secara sadar, tetapi juga *dipikirkan*. Menurut Husserl, tindakan kesadaran bisa di arahkan secara imanen dan transenden. Tindakan yang diarahkan secara imanen merujuk pada objek yang berada di dalam ego yang sama, sesuatu yang lebih dekat dan terbatas pada pengalaman manusia. Tolok ukur pengalaman yang bersifat imanen adalah pandangan intersubjektifitas. Sedangkan tindakan yang diarahkan secara transenden merujuk pada objek yang berada di luar ego, merupakan sesuatu yang berada di luar batas pengetahuan dan kemampuan manusia. Husserl menekankan bahwa fenomenologi berhubungan dengan “*essence*” dari segala sesuatu yang bersifat *imanen* di dalam kesadaran.

Fiksasi dalam persepsi dan motivasi dapat dimaknai ke dalam beberapa makna subyektif (*yang dirangkum dari hasil pengamatan penulis dan juga hasil wawancara informan dan key informan*), antara lain fiksasi sebagai tindakan mengamankan pasien dan juga *_bsol*, fiksasi sebagai tindakan rileksasi, fiksasi sebagai tindakan keterpaksaan, fiksasi sebagai tindakan keterbatasan perawat, atau fiksasi sebagai tindakan menjauhkan dari bahaya/resiko. Ragam fiksasi dalam persepsi tersebut merupakan ***kelengkapan*** bagi objek dilihat dari segala arah dan sudut pandang, secara explicit dan sadar. Kelengkapan tersebut dapat ***dideskripsikan*** sebagai berikut, *pertama*, secara sadar, fiksasi sebagai tindakan mengamankan pasien dilakukan agar pasien terhindar dari resiko kecelakaan yang dapat membahayakan dirinya sendiri, begitu pun juga tindakan ini dilakukan untuk melindungi peralatan dari kerusakan. *Kedua*, tindakan fiksasi sebagai rileksasi bagi pasien dilakukan untuk membuat pasien yang sedang *mengamuk* menjadi lebih tenang dan emosinya stabil. *Ketiga*, fiksasi sebagai tindakan

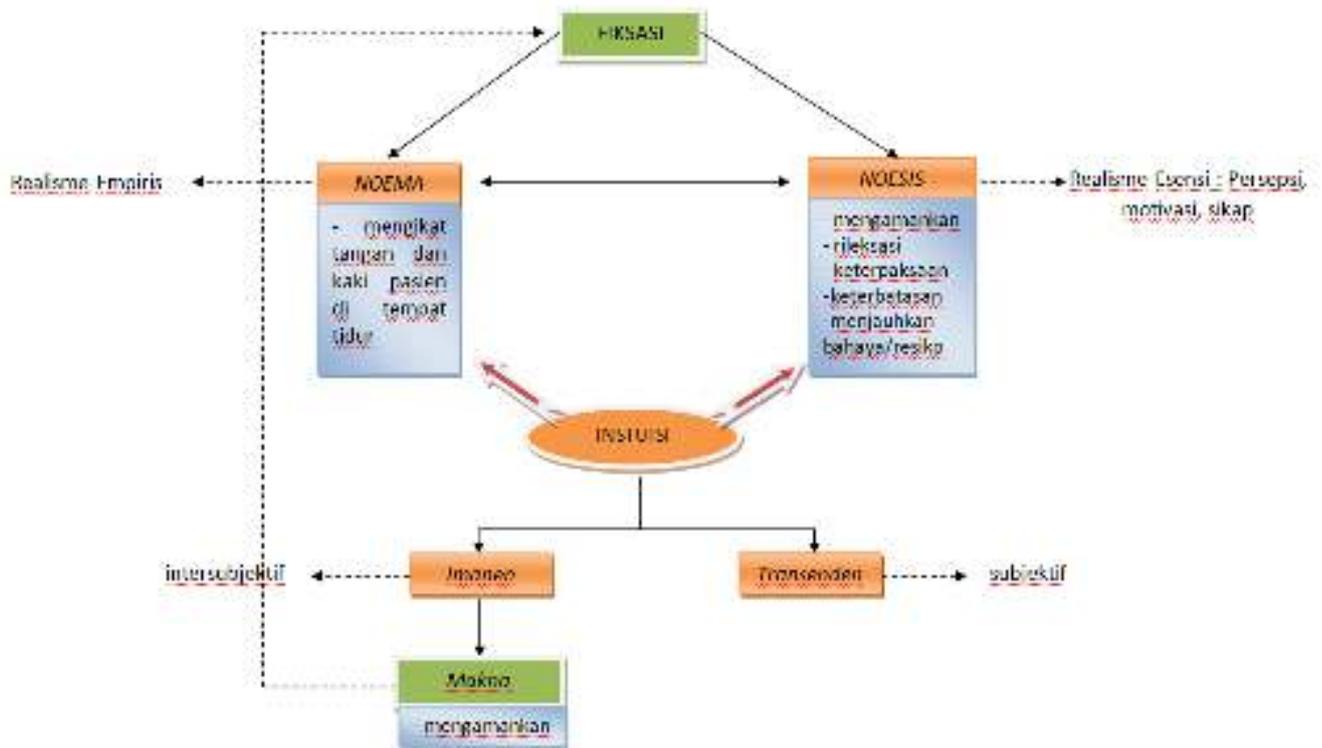
keterpaksaan yang dilakukan perawat karena beragam cara yang dilakukan sebelum fiksasi, dianggap tidak memadai atau tidak efektif. *Keempat*, fiksasi dilakukan karena keterbatasan jumlah perawat yang bertugas dalam satu *shift*, yaitu hanya 2 orang, sementara jumlah pasien yang banyak, ditambah pula, yang harus dihadapi adalah orang dengan perilaku yang tidak normal. Dan yang terakhir adalah fiksasi dilakukan karena dianggap dapat membahayakan keselamatan petugas/perawat. Dalam keadaan *mengamuk*, secara fisik pasien dapat melukai siapapun yang berada di dekatnya, termasuk perawat yang bertugas.

Langkah untuk menuju *eidos* atau intisari dari fenomena fiksasi semakin dekat dengan *variasi imajinasi ala* Husserl. Dunia yang *_bsolu* tidak dapat memberikan kepastian bahwa pengertian tentang realitas adalah benar. Untuk mendapatkan kepastian tentang kebenaran, maka harus dilakukan pencarian. Dalam variasi imajinasi, kelima gambaran persepsi fiksasi di atas disaring sesuai dengan sifat-sifat hakiki dan dekat dengan objek yang sesungguhnya. Hal-hal yang disaring adalah segala sesuatu yang tidak ada hubungannya dengan kesadaran murni. Semua hal yang bersifat empiris dalam kesadaran dikurung dan disisihkan. Maka kesadaran yang *transcendental* itu mengkonstitusikan segala objek yang merupakan sasaran bagi intensionalitasnya. Hal ini dimaksudkan agar objek sampai pada subjek sendiri. Dengan kata lain, diterapkan pada subyeknya sendiri, kepada perbuatannya, kepada kesadarannya yang murni. Pada tahap ini, reduksi fenomenologis mengarah kepada subjek terus-menerus. Ada kesesuaian yang dicari antara subjek, objek, dan sifat-sifat. Sifat hakiki yang muncul, sesuai dan dekat dengan fenomena fiksasi dapat ditemukan di dalam *fiksasi sebagai tindakan mengamankan pasien dilakukan agar pasien terhindar dari resiko kecelakaan yang dapat membahayakan dirinya sendiri, begitu juga tindakan ini dilakukan untuk melindungi peralatan dari kerusakan.*

Realisme esensi dari fenomena fiksasi di atas merupakan *essential being* yang “*pure*” sebagai sisa dari rentetan reduksi fenomenologi. Konkretnya, ketika fiksasi secara *real _bsolu*

di depan mata, maka makna (persepsi) yang paling dekat adalah mengamankan pasien dari bahaya luka-luka dan juga mengamankan property dari kerusakan. Seperti halnya ketika orang akan langsung berfikir “palu” untuk menancapkan paku di atas papan, walaupun selain palu, juga bisa digunakan. Dengan kata lain, “kedekatan” antara palu dan paku merupakan hal yang absolute. Dengan demikian, fenomenologi berusaha menggambarkan sesuatu yang objektif dari objek yang riil. Makna terletak pada hubungan antara objek real dengan objek dalam persepsi.

Secara visual, proses pencarian makna esensi fiksasi dapat digambarkan sebagai berikut :



Sumber : Kuswarno 2009 dimodifikasi oleh peneliti

4.9. Keterhubungan Teori Dengan Hasil Penelitian

Isu kesehatan menjadi penting untuk dikaji melalui bidang ilmu komunikasi dengan adanya masukan dari banyak penelitian bidang kesehatan yang menekankan perhatian pada aspek psikis maupun sosial atas penggunaan pengobatan non-medis yang dikenal dengan istilah *Complementary and Alternative Medicine (CAM)*. Implikasinya adalah pendekatan atau teori-teori komunikasi terapeutik digunakan di dalam praktek-praktek dunia kesehatan di berbagai belahan dunia, termasuk juga di dalam psikiatri dan psikotik (gangguan jiwa).

Penerapan teknik komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa yang dapat ditemukan dari hasil penelitian, pada kenyataannya memiliki perbedaan-perbedaan mendasar yang bersumber dari konteks sosial dan budaya, namun secara substansial sama-sama menempatkan komunikasi sebagai isu pokok persoalan utama. Hal ini juga menegaskan bahwa di dalam ilmu-ilmu sosial tidak ada model yang definitif “komunikasi yang baik”. Fokus komunikasi positif sepanjang kesehatan adalah *pasien-centredness*.

Sebuah hasil penelitian kualitatif kesehatan di Canada, USA tentang bagaimana membangun sebuah hubungan dengan orang pengidap skizofrenia, menjelaskan dua fungsi utama komunikasi sebagai pendekatan utama, yaitu komunikasi untuk mentransfer informasi dan komunikasi untuk membangun hubungan. Dari hasil penelitian yang dipimpin oleh Dr. *Barbara Schneider* itu, terungkap bahwa ketika orang-orang dengan skizofrenia tidak diberitahu diagnosis mereka, tidak diberi informasi yang memadai tentang obat-obatan dan juga efek samping, tidak diberitahu tentang skizofrenia dan dukungan yang tersedia, dan tidak diperlakukan dengan bermartabat dan hormat, mereka umumnya memiliki pengalaman buruk dengan tenaga medis dan tinggal dalam keadaan penyangkalan tentang mengidap skizofrenia. Ketika informasi itu lebih berhasil dikomunikasikan kepada mereka, ketika diagnosa yang jelas, dijelaskan obat-obatan, dukungan tersedia, dan mereka diperlakukan

sebagai orang yang bermartabat layak dan hormat, mereka umumnya memiliki pengalaman lebih positif dengan para tenaga medis dan mulai menerima harus hidup dengan skizofrenia.²²

Sementara itu dari hasil penelitian komunikasi terapeutik di RSKD Duren Sawit, menyampaikan informasi diagnosis penyakit (skizofrenia) kepada pasien merupakan hal yang tidak pernah dilakukan, bahkan seperti telah menjadi sebuah kesepakatan bersama bahwa melakukan itu (menyampaikan informasi diagnosis) adalah hal yang tabu. Tidak ada pemahaman tentang skizofrenia yang dapat ditransfer kepada pasien selain tindakan intervensi perawat. Selain itu, yang menjadi dugaan kuat penyebab pasien berulang adalah kurangnya dukungan keluarga dan perlakuan yang buruk selama di panti (lihat lampiran 3 dan lampiran 4.2.).²³

Sebagai bangsa yang penduduknya masih menjunjung tinggi nilai-nilai budaya lokal, tentunya menjaga perasaan dan menghargai orang lain adalah hal yang diutamakan, terlepas itu dengan orang pada umumnya atau orang dengan gangguan jiwa sekalipun. Sehingga, di dalam melaksanakan tugas dan fungsi keperawatan jiwa, tidak ada alasan yang cukup kuat bagi seorang perawat untuk mengatakan “sakit gila” kepada pasien mulai dari awal hingga akhir proses keperawatan. Berbeda halnya dengan dokter atau terapis terhadap orang dengan penyakit-penyakit fisik yang lebih informatif di dalam menyampaikan diagnosa dan juga pemahaman jenis penyakit dan pengobatannya, misalkan “*anda mengidap kanker*”, atau “*ginjal bapak sudah rusak, jadi perlu cuci darah rutin*”, dan sebagainya.

²² PENELITIAN KUALITATIF KESEHATAN, Vol. 14 No. 4, April 2004 562-577 DOI: 10.1177 / 1049732303262423 © 2004 Sage Publications, Canada, USA.

²³ Lampiran 3. Catatan lapangan dan Lampiran 4.2. Wawancara dengan Informan dan Key Informan.

BAB V

KESIMPULAN dan SARAN

5.1. Kesimpulan

Sebagai penutup dari laporan akhir penulisan ilmiah ini, maka kesimpulan yang dibuat menggarisbawahi temuan-temuan yang telah dideskripsikan dalam bab pembahasan. Berdasarkan penelusuran hasil penelitian selama di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Duren Sawit, maka terkait dengan tujuan dari penelitian ini ada beberapa hal yang dapat ditarik menjadi kesimpulan, sebagai berikut :

1. Komunikasi sebagai ujung tombak dalam keperawatan jiwa yang dilakukan oleh perawat dengan pasien, dapat tercapai atau berlangsung dalam konteks komunikasi antar pribadi, dimana para partisipan masing-masing bebas menentukan cara berkomunikasi sesuai dengan kesepakatan mereka sendiri, sehingga kadang-kadang tampak tidak sesuai (aneh) dengan norma-norma yang berlaku umum. Sebagai pelaku komunikasi, kedua belah pihak (perawat dan pasien) memiliki kesempatan yang sama untuk berganti peran dalam berkomunikasi, namun dalam banyak kasus pasien jiwa di RSKD ini, perawat cenderung bersikap mengatur dan mengendalikan, sehingga komunikasi berjalan satu arah. Gaya komunikasi satu arah ini dekat dengan komunikasi berbasis kendali. Kendali komunikasi ditunjukkan dengan berbagai cara, misalnya komunikasi dengan dasar imbalan, dan juga komunikasi yang bersifat ancaman atau hukuman. Pada kenyataannya, komunikasi dengan kendali tidak selalu dapat berjalan efektif.
2. Bentuk-bentuk interaksi dan tindakan perawat terhadap pasien yang berbeda di tiap kategori keperawatan sekaligus mencerminkan pola komunikasi yang berbeda pula.

Secara umum, pola komunikasi yang dapat ditemukan di tiap kategori keperawatan adalah : *komunikasi paksaan* ditemukan di kategori *akut*, *komunikasi rayuan/bujukan* ditemukan di kategori *sub-akut*, dan *komunikasi perintah* lebih dominan ada di kategori *tenang*.

3. Adanya perbedaan mendasar mengenai penerapan komunikasi terapeutik di Indonesia yang dipengaruhi oleh konteks sosial dan budaya dengan penerapan komunikasi terapeutik di Negara lain, dimana nilai-nilai budaya lokal masih menjadi kendala dalam hal penyampaian informasi berkaitan dengan kondisi pasien.
4. Bentuk-bentuk terapi komunikasi utama yang digunakan dalam penyampaian materi inti keperawatan bagi pasien jiwa di RSKD Duren Sawit meliputi : *Interaksi*, *Terapi Aktivitas Kelompok (TAK)*, dan *Rehabilitasi Mental*. Selanjutnya, melalui pengamatan lebih dalam, bentuk-bentuk terapi ini tidak hanya merupakan proses terjadinya komunikasi secara tatap muka saja, tetapi sekaligus sebagai sarana (*medium*) yang digunakan oleh perawat dalam menyampaikan pesan-pesan inti keperawatan. Semua materi inti keperawatan jiwa yang ada di RSKD Duren Sawit berlandaskan pengetahuan-pengetahuan dan teori-teori yang bersumber dari rujukan komunikasi terapeutik bagi pasien jiwa. Rujukan materi tersebut dirangkum dengan istilah Strategi Pelaksanaan (SP). Diketahui pula bahwa jenis SP berbeda-beda, disesuaikan pula dengan jenis gangguan jiwa yang dialami oleh pasien.
5. Komunikasi terapeutik bagi pasien gangguan jiwa yang menjadi dasar atau rujukan inti dari materi keperawatan secara teori maupun praktek selama pembelajaran tidak sepenuhnya dapat diterapkan di lapangan. Pada kondisi nyata, praktek-praktek terapeutik tidak harus sesuai, tergantung kondisi perilaku. Jika pasien mampu bersikap kooperatif, maka tahapan SP dapat dijalankan, namun jika pasien menarik diri, maka terapi medis (obat-obatan) yang menjadi pola keperawatan lanjutan.

6. Salah satu bentuk ketidaksesuaian antara teori dan fakta di lapangan dalam komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa di RSKD Duren Sawit adalah adanya fenomena *fiksasi* (tindakan mengikat pasien). Fiksasi tidak pernah ada dalam rujukan komunikasi terapeutik, namun menjadi bagian dalam pola asuhan keperawatan jiwa sehari-hari. Tidak dibenarkan adanya tindakan *menyiksa* pasien dalam bentuk apapun termasuk mengikat pasien dalam kerangka terapeutik pada pasien gangguan jiwa sekalipun. Terkait dengan tindakan fiksasi, menjelaskan bahwa pada dasarnya setiap manusia dapat melakukan tindakan yang bertentangan dengan apa yang menjadi pengetahuan dan keyakinannya karena faktor ketidaknyamanan. Hal ini mempertegas asumsi dasar dari *Teori Disonansi Kognitif* Festinger.
7. Secara fenomenologis, fenomena keperawatan jiwa RSKD Duren Sawit merupakan realitas keperawatan jiwa yang dapat ditemui dengan segala bentuk aktivitas / tindakan keperawatan sebagaimana yang nampak darinya. Faktanya, secara keseluruhan, tindakan-tindakan yang dilakukan atas nama “keperawatan”, tidak selalu harus berdasarkan teori-teori dan pengetahuan yang diyakini sebagai suatu kebenaran pada umumnya. Segala sesuatunya berjalan sebagaimana adanya, dan inilah makna realitas keperawatan jiwa bagi RSKD Duren Sawit. Oleh karena itu, dapat dipahami bahwa yang dimaksud dengan keperawatan jiwa yang ada di RSKD Duren Sawit adalah seluruh rangkaian tindakan medis dan non-medis yang berlaku menurut apa yang mereka ketahui dan yakini sebagai suatu kebenaran pola asuhan keperawatan yang berlaku di lingkungan RSKD. Pandangan ini sekaligus meneguhkan pemikiran fenomenologi Husserl yang mengajak kita untuk “*kembali ke benda-benda itu sendiri*”. Dengan kata lain Husserl ingin menegaskan bahwa realitas itu ditemukan dan diciptakan lewat manusia, dan tidak berdiri sendiri.

5.2. Saran

Memperhatikan berbagai temuan dan fakta di lapangan, serta hasil wawancara dengan beberapa informan terkait dengan topik penelitian, berikut saran yang dapat peneliti sampaikan :

1. Melalui pertemuan yang berulang, kedekatan perawat dan pasien dalam komunikasi antar pribadi pada hubungan terapeutik perawat dan pasien jiwa di RSKD terlihat di beberapa kali kesempatan proses interaksi. Artinya, tidak hanya orang normal saja, pasien gangguan jiwa juga merasakan hal yang sama (menjadi dekat dan akrab) dalam menjalin hubungan terus-menerus dengan perawat, sehingga komunikasi dapat lebih terbuka. Agar komunikasi bisa lebih optimal, sebaiknya terapi komunikasi pasien ditangani khusus oleh perawat yang sama yang sudah ada kedekatan hubungan dengan pasien. Hal ini bertujuan agar perawat mampu menggali lebih dalam perasaan dan masalah pasien.
2. Dalam hal pasien gangguan jiwa, komunikasi merupakan “senjata” penyembuhan yang paling efektif, oleh karena itu hendaknya pihak RSKD Duren Sawit memperbanyak pelatihan-pelatihan komunikasi dan strategi koping bagi perawat untuk meningkatkan kemampuan komunikasi mereka.
3. Dalam hal penataan ruangan, sebaiknya pihak RSKD Duren Sawit perlu mengkaji ulang pengelolaan ruang-ruang perawatan yang ada. Ketersediaan ruang terbuka hijau sangat diperlukan oleh pasien agar suasana menjadi lebih segar dan nyaman, sehingga setiap hari pasien tidak merasa bosan terkurung dalam ruangan tertutup.
4. Dalam kesempatan wawancara dengan informan, faktanya 90% pasien jiwa yang dirawat di RSKD Duren Sawit merupakan pasien panti yang berulang. Diperlukan penelitian sejenis dengan *setting* penelitian di panti-panti laras yang bekerjasama dengan RSKD Duren Sawit untuk menemukan penyebab kambuhnya kembali pasien-

pasien tersebut. Terkait dengan hal itu, juga diperlukan penelitian lanjutan dengan fokus penelitian pada pasien (objek) pasca menjalani keperawatan, untuk menggali secara langsung pengalaman-pengalaman komunikasi pasien selama menjalani masa perawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aprilistyawati, Ana. 2013. Keperawatan Psikiatri dan Kesehatan Jiwa. Cetakan Pertama. Yogyakarta : Imperium.
- Ardianto, Elvinaro & Anees, Bambang Q. 2007. Filsafat Ilmu Komunikasi. Bandung : Simbiosis Rekatama Media.
- Azwar, Saifuddin. 1995. Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya. Edisi Kedua. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Budyatna, Muhammad & Ganiem, Leila Mona. 2011. Teori Komunikasi Antar Pribadi. Jakarta : Kencana.
- Creswell, John W. 2010. Research Design, Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed. Edisi Ketiga. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Damaiyanti, Mukhrimah. 2008. Komunikasi Terapeutik Dalam Praktik Keperawatan. Bandung : Refika Aditama.
- Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. 2009. *Handbook of Qualitative Research*. California USA : Sage Publication.
- Haryanto, Sindung. 2012. Spektrum Teori Sosial, Dari Klasik Hingga Post Modern. Yogyakarta : Ar-Ruzz Media.
- Kuswarno, Engkus. 2009. Fenomenologi : Metodologi Penelitian Komunikasi. Konsepsi, Pedoman, dan Contoh Penelitian. Bandung : Wijaya Padjajaran.
- Littlejohn, Stephen W. & Foss, Karen A. 2009. Teori Komunikasi. Edisi Sembilan. Jakarta ; Salemba Humanika.
- Moleong, Lexy J. 2010. Metodologi Penelitian Kualitatif. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Mulyana, Deddy. 2005. Komunikasi Efektif, Suatu Pendekatan Lintas Budaya. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- _____, 2008. Metodologi Penelitian Kualitatif. Paradigma Baru Ilmu Komunikasi Dan Ilmu Sosial Lainnya. Bandung : Remaja Rosdakarya.

- Rakhmat, Jalaludin. 2001. Psikologi Komunikasi. Edisi Kedua. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Ritzer, George & Goodman, Douglas J. Teori Sosiologi Modern. Edisi Keenam. Jakarta : Prenada Media.
- Salim, Agus. 2005. Teori dan Paradigma Penelitian Sosial. Semarang : Tiara Wacana.
- Setyobroto, Sudiby. 2004. Psikologi Komunikasi. Jakarta : Universitas Negeri Jakarta.
- _____, 2004. Psikologi Suatu Pengantar. Solo : Cetakan Kedua.
- Supratiknya, Azwar. 1995. Tinjauan Psikologis Komunikasi Antar Pribadi. Yogyakarta : Kanisius.
- West, Richard & Turner, Lynn H. 2008. Pengantar Teori Komunikasi Analisis dan Aplikasi. Edisi Ketiga. Jakarta : Salemba Humanika.
- Zen, Pribadi. 2013. Panduan Komunikasi Efektif Untuk Bekal Keperawatan Profesional. Yogyakarta : D-Medika.

Jurnal :

Filsafat Driyarkara. Vol. 33 No. 2 Tahun 2012. Page 3-8.

Penelitian Kualitatif Kesehatan : *Schizophrenia and Medical Communication*. Vol. 14 No. 4 April 2008 562-577 DOI : 10.117 / 1049732303262423 © Sage Publication. Canada, USA.

Internet :

<http://www.merdeka.com/peristiwa/di-indonesia-ada-18-ribu-penderita-gangguan-jiwa-berat-dipasung-html>. Diakses 17 Januari 2014, pkl. 11.45 WIB.

http://www.medistra.com/index.php?option=com_content&view=article&id=177

Mari kenali kesehatan jiwa! Diakses 17 Januari 2014 pkl. 11.55 WIB

<http://www.ncchc.org/cnp-therapeutic-communication> diakses pada tanggal 17 Maret 2014 pkl. 13.34 WIB

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-2466.1975.tb00614.x/abstrac> diakses pada tanggal 14 Maret 2014 pukul 11.13 WIB

GAMBARAN UMUM RSKD DUREN SAWIT

1. Sejarah Singkat

Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit, yang biasa disingkat RSKD Duren Sawit, dengan bangunan yang kokoh mulai operasional secara resmi pada tanggal 19 Juni 2002. Berlokasi di Jalan Duren Sawit Baru No. 2 Duren Sawit Jakarta Timur. Lokasi yang cukup strategis di lingkungan masyarakat yang tergolong menengah, dimana kesadaran akan kesehatan dan hidup sehat yang semakin tinggi menjadi peluang yang dapat dikembangkan.

Pada awalnya pembangunan Rumah Sakit ini ditujukan bagi penderita gangguan jiwa berat dan dalam rangka menunjang kebutuhan Panti Sosial Bina Laras dan Rs Jiwa Pusat. Akan tetapi dengan maraknya penyalahgunaan langsung NARKOBA dan meningkatnya permintaan masyarakat pelayanan kesehatan yang komprehensif, serta meninjau ulang penggunaan ruangan – ruangan yang ada termasuk fungsi – fungsi pelayanannya, menjadi Rumah Sakit dengan kekhususan pelayanan kesehatan jiwa dan narkoba dengan pelayanan penunjang spesialisik lain.

Rumah Sakit Duren Sawit diresmikan pada tanggal 19 Juni 2002 sebagai Rumah Sakit Khusus Jiwa dan Narkoba dengan kapasitas 156 tempat tidur berdasarkan:

1. SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 237/Menkes-Kesos/SK/III/2001 tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Jiwa Duren Sawit
2. SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 105 Tahun 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Duren Sawit Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta sebagai Pusat Pelayanan Jiwa dan Penanggulangan Narkoba
3. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 121 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit

2. Produk Jasa Pelayanan

Rumah Sakit Duren Sawit didirikan oleh Pemerintah Daerah Propinsi DKI Jakarta sebagai Pusat Pelayanan Jiwa dan Penanggulangan Narkoba dalam upaya mengoptimalkan dukungan pelayanan pasien jiwa dan narkoba di DKI Jakarta. Melalui Surat Keputusan Gubernur Nomor 58 Tahun 2003 tentang Pelayanan Kesehatan Bagi Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial Psikotik Terlantar Warga Binaan Panti Sosial Bina Laras Pemerintah Propinsi DKI Jakarta dan Pergub 95 Tahun 2010 ditetapkan bahwa Rumah Sakit Daerah Duren Sawit ditunjuk menjadi rujukan rawat inap PMKS Psikotik terlantar yang mengalami gangguan kesehatan jiwa akut agresif.

Gangguan jiwa merupakan penyakit mental yang membahayakan bagi penderita dan orang lain. Pada umumnya disebabkan oleh sebab-sebab jasmaniah (biologik), kejiwaan (psikologik) dan kebudayaan. Sebab biologik dapat dilihat dari keturunan, jasmaniah yang berhubungan dengan bentuk tubuh, misalnya bertubuh gemuk cenderung menderita psikosa manik depresif, sedang yang kurus cenderung menjadi skizofrenia.

Secara sosio-kultural ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kejiwaan seseorang antara lain kepincangan antara keinginan dengan kenyataan yang ada, ketegangan akibat faktor ekonomi, kemajuan teknologi, perpindahan penduduk dari desa ke kota yang menimbulkan tekanan hidup.

Dalam kaitannya dengan fungsi untuk memberikan pelayanan kesehatan jiwa, maka produk layanan RSKD Duren Sawit meliputi :

1. Pelayanan Kesehatan Jiwa Terpadu yang merupakan pelayanan terintegrasi antara Pelayanan Spesialistik Kedokteran Jiwa dengan Pelayanan Kedokteran Spesialistik lainnya
2. Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat sebagai program promotif dan preventif kesehatan jiwa yang dilaksanakan pada kelompok masyarakat, puskesmas, dan

sekolah yang berada di luar Rumah Sakit Duren Sawit

3. Pelayanan Penanggulangan Penyalahgunaan Narkoba sebagai program kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terintegrasi antara Layanan Spesialistik Penyakit Dalam, Syaraf, Paru, Kedokteran Jiwa, THT serta Gigi dan Mulut.
4. Pelayanan Penunjang Medik yang menunjang kegiatan pelayanan jiwa dan narkoba meliputi Laboratorium, Radiologi, Rehabilitasi Medik, Elektromedik dan Farmasi serta Gizi Klinik
5. Poliklinik / Layanan VCT
6. Layanan Rehab Mental

3. Landasan Hukum

1. Undang-undang Nomor 12 tahun 2008 tentang Pemerintahan Daerah
2. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
4. PP No. 58 / 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah
5. PP No. 65 / 2005 tentang Pedoman dan Penerapan SPM
6. PP No. 23 / 2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU
7. Keputusan Menteri Kesehatan No. 1457 / 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal
8. Keputusan Menteri Kesehatan No. 330/MENKES/SK/V/2009 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Jiwa Duren Sawit milik Pemerintah Provinsi DKI Jakarta
9. Peraturan Gubernur Nomor 12 Tahun 2007 tentang Standar Pelayanan Minimal RSKD Daerah dan Puskesmas Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta

10. Peraturan Gubernur Nomor 72 tahun 2007 tentang pegawai Non Pegawai Negeri Sipil SKPD/UKPD yang menerapkan PPK-BLUD
11. Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 121 Tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit
12. Keputusan Gubernur Nomor 2091 Tahun 2006 tentang penetapan RSKD Duren Sawit sebagai unit kerja Dinas Kesehatan Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh
13. Keputusan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No. 768 Tahun 1997 tanggal 29 Mei 1997 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja RSKD Duren Sawit pada Dinas Kesehatan DKI Jakarta
14. Keputusan Gubernur Nomor 106 tahun 2008 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Provinsi DKI Jakarta
15. Peraturan Gubernur Nomor 95 tahun
16. Kebijakan Akreditasi dan Penetapan Kelas RS

Prestasi yang pernah diraih :

1. ISO 9001:2000 sejak tahun 2004
2. Sertifikasi OHSAS
3. Penerapan Sistem GKM
4. Aplikasi TQM
5. MBNQA
6. Nominasi Persi Award

Manajemen Proses yang sudah dilaksanakan meliputi :

1. Lokakarya ISO 9001:2000
2. Develop CBHRM dan System pendukung
3. Develop MBNQA
4. Develop Remunerasi Sistem

4. Jenis dan Kelas Rumah Sakit

RS Duren Sawit ditetapkan sebagai Rumah Sakit Jiwa Kelas A Khusus sesuai dengan SK Menteri Kesehatan Nomor 330/MenKes /SK/V/2009 tentang peningkatan kelas RS Jiwa Duren Sawit milik pemerintah Provinsi DKI Jakarta dan Struktur Organisasi yang berlaku saat ini Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No 121 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit

5. Visi, Misi, dan Tujuan

5.1 VISI :

Pusat Pelayanan Kesehatan Jiwa dan Narkoba secara paripurna, terpadu dan terpercaya menuju Jakarta Sehat 2017

5.2 MISI :

1. Memberikan Pelayanan Kesehatan Jiwa, Narkoba dan Penyakit Penyerta dengan pendekatan Mediko Psiko Sosial secara Holistik;
2. Menerapkan Tata Kelola Rumah Sakit secara profesional dan berkualitas yang bisa disejajarkan dengan Rumah Sakit Jiwa terbaik di Asia Pasifik;
3. Melakukan pengembangan Assessment Sumber Daya Manusia serta melaksanakan pendidikan tenaga kesehatan jiwa dan lainnya;

4. Memberdayakan masyarakat dalam meningkatkan Kesehatan Jiwa dan Narkoba serta memberikan layanan prioritas kepada pasien kurang mampu;
5. Memberikan nilai tambah bagi Pemerintah Provinsi DKI Jakarta pada aspek kesehatan jiwa dalam mendukung tujuan-tujuan kesejahteraan sosial;
6. Memberikan kontribusi nyata terhadap peningkatan kualitas sarana dan prasarana kota dengan menerapkan prinsip-prinsip kesehatan lingkungan secara menyeluruh;

5.3 TUJUAN :

1. Menyediakan Rumah Sakit untuk gangguan kesehatan jiwa dan ketergantungan NAPZA bagi masyarakat DKI Jakarta, dengan memperhatikan fungsi sosial bagi masyarakat tidak mampu dan golongan ekonomi lemah, sehingga berkontribusi terhadap meningkatnya kualitas hidup masyarakat pada tahun 2013 sesuai dengan Visi Pemprov. DKI Jakarta untuk mewujudkan Jakarta nyaman dan sejahtera untuk semua.
2. Menggenapkan misi berdirinya Rumah Sakit Khusus Jiwa dan Narkoba Duren Sawit dengan memberikan pelayanan kesehatan jiwa, narkoba dan komorbiditas dengan pendekatan holistik yang meliputi pendekatan mediko, psiko dan sosial kepada masyarakat Jakarta khususnya dan masyarakat wilayah lainnya.

3. Mengembangkan manajemen profesional berkualitas sesuai standar mutu terbaik yang digunakan di Asia Pasifik sehingga bisa menjamin penyediaan layanan prima bagi masyarakat.
4. Menjadi rumah sakit dengan kualitas SDM yang unggul sehingga menjadi pusat implementasi human capital terbaik yang senantiasa menjadi acuan bagi rumah sakit - rumah sakit lain.
5. Membina dan menyertakan masyarakat dalam meingkatkan taraf kesehatan jiwa dan narkoba serta memberikan prioritas pelayanan kepada masyarakat kurang mampu.
6. Meningkatkan peran penting Rumah Sakit Khusus Jiwa dan Narkoba Duren Sawit sebagai andalan Pemprov DKI Jakarta dalam meningkatkan kesehatan jiwa dan napza masyarakat DKI Jakarta dan masyarakat lainnya.
7. Berperan secara aktif dalam meningkatkan sarana dan prasarana kota dengan mengembangkan fasilitas rumah sakit secara unggul dan berkesinambungan sejalan dengan prinsip-prinsip kesehatan lingkungan secara menyeluruh.

6. TUGAS POKOK DAN FUNGSI

6.1 TUGAS POKOK :

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

6.2 FUNGSI :

- 1) Pelayanan Kesehatan Mediko-Psiko-Sosial;
- 2) Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat;
- 3) Pelayanan Penunjang;
- 4) Pelayanan Asuhan Keperawatan;
- 5) Pelayanan Rehabilitasi dan Rujukan;
- 6) Pendidikan dan Pelatihan, Penelitian dan Pengembangan di bidang kesehatan jiwa;
- 7) Menyelenggarakan urusan administrasi dan keuangan;

6.3 BUDAYA RUMAH SAKIT DUREN SAWIT :

- ❖ Rasa memiliki (ownership) di segala lini;
- ❖ Komit pada pelanggan, mitra kerja dan etika;
- ❖ Komunikatif dan speed respon;
- ❖ Privasi dan kortesi;
- ❖ Safety awareness;

6.4 TATA NILAI (VALUES)

- ❖ **Disiplin**
- ❖ **Profesional**
- ❖ **Kerjasama**
- ❖ **Komitmen**
- ❖ **Jujur**

7. STATUS RUMAH SAKIT

Status RSKD Duren Sawit Provinsi DKI Jakarta, sesuai dengan SK Gubernur Provinsi DKI Jakarta Nomor 105 Tahun 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja RS Duren Sawit Dinas Kesehatan Pemerintah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta adalah Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Pemerintah Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta.

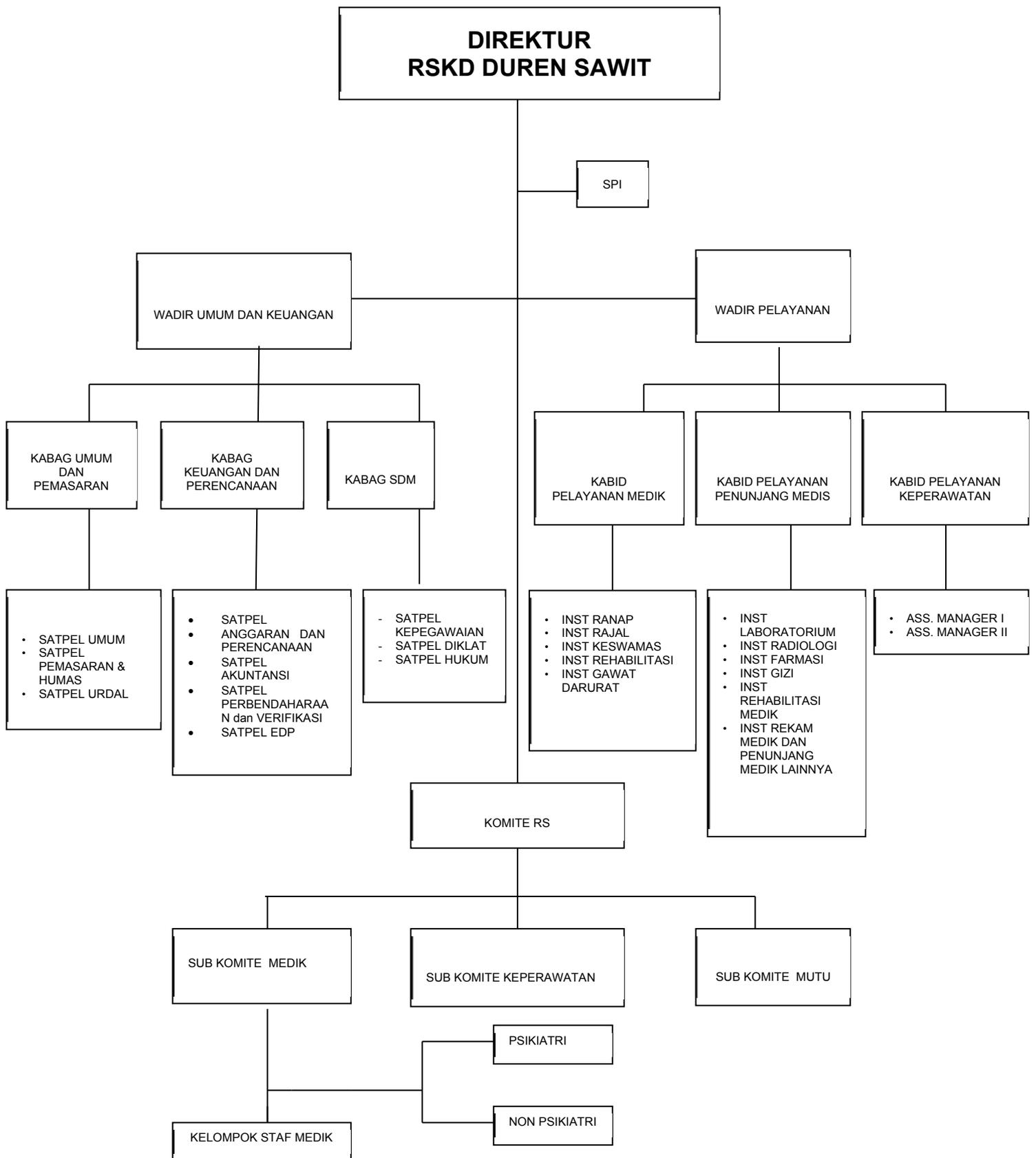
Tahun 2003 dengan SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 17 tanggal 17 Maret 2003, status RS Duren Sawit ditetapkan sebagai uji coba Unit Swadana Daerah, dimana RSKD Duren Sawit diberi wewenang untuk dapat menggunakan penerimaan fungsionalnya secara langsung.

Dan pada tahun 2007 RS Khusus Daerah Duren Sawit ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah RSKD Duren Sawit secara penuh melalui SK Gubernur Nomor 2091 tanggal 28 Desember 2006.

Tahun 2009 struktur organisasi Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit disesuaikan dengan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No 121 tahun 2009, tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit.

8. SUSUNAN ORGANISASI

Struktur organisasi Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit berdasarkan Peraturan Gubernur Nomor 121 tahun 2009 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit, adalah sebagai berikut :



9. Sarana, Prasarana, dan Fasilitas

9.1. Data Fisik

RSKD Duren Sawit berdiri diatas lahan seluas 7.127 m² terdiri dari 2 area yaitu area Gedung Induk dan area Gedung Gawat Darurat Psikiatri. Area Gedung Induk menghadap jalan Duren Sawit Baru terdiri dari tiga bangunan utama dimana dua gedung terdiri dari 4 lantai dan satu gedung terdiri dari 2 lantai dengan total luas bangunan 9.522 m². Area Gedung Gawat Darurat Psikiatri yang terletak di belakang namun terpisah dari gedung induk menghadap jalan Buluh Perindu terdiri dari satu gedung dengan 4 lantai.

Untuk mendukung kegiatan operasional, RSKD Duren Sawit memiliki sumber daya listrik PLN, sedangkan sumber air bersih diperoleh dari air sumur dalam dan PAM. Sarana komunikasi yang dimiliki antara lain telepon dan mesin fax dan radio komunikasi.

9.1.1. Tanah dan bangunan Gedung Induk :

<input checked="" type="checkbox"/> Luas tanah	: 7127 m ²
<input checked="" type="checkbox"/> Taman & saluran air	: 800 m ²
<input checked="" type="checkbox"/> Sumber daya listrik dari PLN kapasitas	: 10.000 MV
<input checked="" type="checkbox"/> Sumber air	: Air sumur dalam PAM

Bangunan Gedung Induk terdiri dari 3 blok seluas 9.522 m², yaitu :

- Blok A terdiri dari 4 lantai seluas 5.236 m², berfungsi sebagai
 - Lantai I Terdiri dari Lobi, Poliklinik Kebidanan, THT, Paru-paru, Penyakit Dalam, Mata, Gigi, Unit Farmasi, counter informasi, counter pendaftaran dan unit Rekam Medis.
 - Lantai II terdiri dari ruang Poliklinik Anak, Psikologi, Psikiatri, Neurology, Rehabilitasi Medik, Laboratorium dan Radiologi.

- Lantai III terdiri dari ruang perawatan Arbei dan Apricot yang berfungsi sebagai ruang perawatan Psikiatri dengan gangguan fisik dan Ruang Bengkoang untuk rehabilitasi mental yang rawat inap kelas I dan II
 - Lantai IV terdiri atas ruang Manajemen, Fitness Center dan Aula.
- Blok B terdiri dari 4 lantai seluas 2.250 m², berfungsi sebagai
- Lantai I, Poliklinik Jiwa dan Narkoba
 - Lantai II, Ruang Rawat Inap pasien Jiwa kelas III (Belimbing)
 - Lantai III, Ruang Rehabilitasi mental rawat inap kelas I dan II, yang terdiri dari Ruang Musik, Fitness dan kegiatan rehabilitasi lainnya.
 - Lantai IV, Ruang Rawat Inap pasien Jiwa kelas II (Berry).
- Blok C seluas 1.235 m² terdiri dari :
- Lantai I terdiri dari Laboratorium Klinik untuk mendeteksi Narkoba dan IGD, Instalasi Gizi, Instalasi Laundry, Pemulasaran Jenazah, IPSRS, Ruang Genset, Hydrant, PLN
 - Lantai II terdiri dari ruang High Care Unit (HCU).

9.1.2. Tanah dan Gedung Gawat Darurat Psikiatri

- Luas tanah : 450 m²
- Luas seluruh bangunan : 900 m²
- Sumber daya listrik dari PLN
dengan kapasitas : 1200 MV
- Sumber air : Air sumur dalam & PAM

Bangunan Gedung Gawat Darurat Psikiatri terdiri dari 1 blok seluas 900 m²:

- Lantai I, Ruang Rawat Inap Durian, Ruang Perawat, Ruang Tindakan, Ruang Pameran, Ruang Panel, Ruang Pantry.

- Lantai II, Ruang Rawat Inap Delima, Ruang Ka. Ins. Gadar, Ruang Ka. Ruangan Gadar. Ruang Relaksasi.
- Lantai III, Rawat inap Dukuh, Ruang Perawat, Gudang.
- Lantai IV, Ruang Menjahit, Ruang Bersama, Ruang Konsultasi, Ruang Lukis, Ruang Bengkel/petukangan, Ruang kantor.
- Lantai V, Ruang Panel dan Water Tourent

9.2. Data SDM

Tabel 1
Klasifikasi Pegawai PNS & CPNS Berdasarkan Golongan
Tahun 2011 – 2013

NO	STATUS	JUMLAH GOLONGAN											
		2011				2012				2013			
		GOLONGAN				GOLONGAN				GOLONGAN			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV
1	Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit	-	63	47	26	-	57	51	sz26	-	59	45	27

Tabel 2
Klasifikasi Pegawai Berdasarkan Status dan Pendidikan
Tahun 2011 – 2013

NO	STATUS PEGAWAI	PENDIDIKAN																	
		2011						2012						2013					
		S2	S1	D-IV	D-III	D-I	SMA	S2	S1	D-IV	D-III	D-I	SMA	S2	S1	D-IV	D-III	D-I	SMA
1	PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)	29	25	0	34	0	3	29	29	0	68	0	5	28	28	0	70	0	5
2	CALON PEGAWAI NEGERI SIPIL (CPNS)	0	6	0	37	0	2	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
3	PEGAWAI TIDAK TETAP	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
4	PEGAWAI HONORER	6	34	1	81	1	62	5	33	1	89	1	63	8	33	3	107	1	68
	TOTAL	35	65	1	153	1	67	34	62	1	161	1	68	36	61	3	178	1	73

Tabel 3
Klasifikasi PNS Berdasarkan Jabatan Struktural dan Fungsional
Tahun 2011 - 2013

NO	UNIT KERJA	Jumlah Jabatan Struktural				Jumlah Jabatan Struktural				Jumlah Jabatan Struktural				Pejabat Fungsional			Staf			JUMLAH		
		Eselon				Eselon				Eselon				2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
		2011		2012		2011		2012		2013												
		I	II	III	JML	I	II	III	JML	I	II	III	JML									
1	Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit	-	1	7	8	-	1	8	9	-	1	8	9	79	114	119	4	3	3	91	126	131

9.3. Fasilitas Pelayanan Rumah Sakit

Ruang lingkup pelayanan di RSKD Duren Sawit adalah Pelayanan Kesehatan kepada masyarakat yang membutuhkan, dengan kekhususan pelayanan Jiwa dan Narkoba. Upaya pelayanan yang dilakukan oleh RSKD Duren Sawit , adalah :

9.3.1. Rawat Jalan (RAJAL)

Pelayanan Rawat Jalan RSKD Duren Sawit terdiri dari poli spesialis yang terintegrasi dalam mendukung visi & misi RSKD Duren Sawit sebagai Rumah Sakit Khusus Jiwa dan Narkoba meliputi :

❖ Klinik Psikiatri tumbuh kembang anak

Adalah Penanganan kasus tumbuh kembang secara komprehensif dengan pendekatan multidisiplin melalui layanan terpadu.

❖ Klinik Psikogeriatri (Psikiatri dewasa & usia lanjut)

Adalah Penanganan kasus pada pasien (≥ 60 tahun) dengan gangguan psikiatri disertai atau tanpa komplikasi fisik

❖ Klinik Psikosomatis

Adalah Keluhan keluhan fisik yang dirasakan oleh seseorang, yang timbul akibat adanya faktor stress Psikis. Klinik ini terdiri dari :

- a. Dokter spesialis kedokteran jiwa (psikiater)
- b. Dokter spesialis penyakit dalam (Intemist)

- c. Dokter spesialis paru (Pulmonologist)
- d. Dokter spesialis saraf (Neurologist)
- e. Dokter spesialis kulit (Dermatologist)
- f. Dokter spesialis mata (Ophthalmologist)
- g. Dokter gigi (dentist)
- h. Psikolog

❖ Poliklinik kesehatan peduli remaja (PKPR)

Merupakan layanan kesehatan RSKD. Duren Sawit bagi para remaja yang ingin berkonsultasi mengenai keluhan masalah fisik dan psikis serta masalah lingkungan sosial didalam masa perkembangan remaja.

❖ Layanan kesehatan jiwa masyarakat (Keswamas)

Adalah Suatu orientasi kesehatan jiwa yang mencakup semua aktivitas kesehatan jiwa yang dilaksanakan pada masyarakat dengan menitikberatkan upaya promotif, preventif tanpa mengabaikan tindakan kuratif dan rehabilitatif.

❖ Klinik napza, pemeriksaan HIV test & VCT

Adalah Pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui adanya antibody terhadap HIV dalam darah pasien dengan cara 3 kali pemeriksaan dengan reagen berbeda.

Selain itu RSKD Duren Sawit juga didukung oleh dokter spesialis dan psikolog klinis yang terdiri dari :

- ❖ Poli Syaraf
- ❖ Poli Penyakit Dalam
- ❖ Poli Telinga, Hidung & Tenggorokan (THT)
- ❖ Poli Kebidanan & Penyakit kandungan

- ❖ Poli Penyakit Kulit & Kelamin
- ❖ Poli Gigi & Mulut dan Spesialistik Orthodonti
- ❖ Poli Psikologi
- ❖ Poli Paru
- ❖ Poli Mata

9.3.2. Rawat Inap (RANAP)

Pelayanan rawat inap RSKD Duren Sawit terdiri dari :

- ❖ Rawat Inap Psikiatri
- ❖ Instalasi Kedaruratan Emosi dan Perilaku (Rawat akut & sub akut)
- ❖ Rawat inap terpadu gangguan jiwa/ penyalahgunaan narkoba dengan komplikasi fisik (HIV/AIDS)
- ❖ Rawat Inap untuk kondisi khusus / KLB
- ❖ Rawat Inap Rehab Mental kelas I dan II

Tabel 4
Jumlah tempat tidur di RSKD Duren Sawit Tahun 2011 - 2013

NO	UNIT	JUMLAH TEMPAT TIDUR		
		2011	2012	2013
1	Ruang Berry	24	26	24
2	Ruang Aprikot	21	18	14
3	Ruang Arbey	29	29	29
4	Ruang Belimbing	32	34	31
5	Ruang Durian	6	6	6
6	Ruang Delima	12	12	12
7	Ruang Dukuh	12	12	12
8	HCU	-	-	3
9	Cempedak	-	-	-
10	Bengkoang	-	11	15
	TOTAL	136	148	146

9.3.3. Instalasi Gawat Darurat (IGD)

- Gawat Darurat Umum
- Gawat Darurat Psikiatri & Napza

9.3.4. Pelayanan Penunjang

- Laboratorium :
 - ✓ Kimia
 - ✓ Gula darah
 - ✓ Hematologi
 - ✓ Serologi
 - ✓ Bakteriologi
 - ✓ Liquor
 - ✓ Transudat/Exsudat
 - ✓ Urine
 - ✓ Tinja
 - ✓ Analisa Gas Darah
 - ✓ Radio Assy
 - ✓ Lain-lain
- Radiology :
 - ✓ Foto tanpa bahan kontras
 - ✓ Foto dengan bahan kontras.
 - ✓ Foto dengan rol film
 - ✓ Flouroskopi
 - ✓ Foto Gigi :Dento Alveolar, Panoramic dan Cephalographi

- ✓ C.T Scan
- ✓ Ultrasonografi (USG)
 - Farmasi / Apotik
 - Pelayanan Gizi dan Gizi Klinis
 - Fitness Center untuk umum.
 - Senam (osteoporosis, revitalisasi otak, DM, dll)

9.3.5. Instalasi Kedaruratan Emosi & Perilaku

- ❖ Penanganan Kedaruratan Jiwa
- ❖ Ruang Observasi
- ❖ Ruang rawat Inap Akut
- ❖ Ruang Rawat Inap Sub Akut
- ❖ Ruang Tenang

9.3.6. Instalasi Rehabilitasi

- ❖ Rehabilitasi Medik
- ❖ Rehabilitasi Mental

Dengan tahap kegiatan :

- ✓ Seleksi
- ✓ Okupasi Terapi
- ✓ Latihan Kerja Percobaan
- ✓ Latihan Kerja Pengarahan
- ✓ Evaluasi

6 Maret 2014

Ruang Duren – Perawat yang sedang bertugas saat itu Suyatno

Pukul 08.00 – 10.00 WIB

Sengaja penulis datang pada pukul tersebut karena pada waktu-waktu tersebut merupakan waktu perawat melakukan terapi yang disebut dengan *interaksi*, yaitu proses dialog dengan pasien secara individu untuk menggali permasalahan pasien. Satu-persatu pasien dipanggil untuk duduk berhadapan dengan perawat di kursi yang telah disiapkan. Hampir tidak ada jarak antara kursi perawat dengan pasien..hanya berjarak kurang lebih 30 cm..sehingga memungkinkan perawat bisa melihat ekspresi pasien lebih dalam. Terkadang, di dalam berinteraksi dengan pasien, perawat menyentuh tangan atau pundak pasien, selain sebagai upaya agar lebih dekat dengan pasien, juga sebagai upaya perawat untuk memberikan rasa nyaman dan aman karena kehadiran perawat untuk mendengarkan, dan menjadi teman atau sahabat yang ingin membantu.

Sebelum melakukan interaksi, perawat mengenalkan terlebih dahulu penulis kepada pasien mengenai maksud keberadaan penulis. Maksudnya agar pasien tidak merasa terganggu dengan kedatangan orang asing selain perawat. Karena biasanya, menurut perawat, ada beberapa pasien yang tidak mau diajak interaksi dengan perawat karena ada orang lain yang ada di ruang perawat, karena malu atau takut.

Di dalam interaksi, perawat juga mencoba menggali informasi tentang latar belakang secara pribadi kehidupan pasien. Pertanyaan-pertanyaan spesifik biasanya seputar tentang : pernah dipukul / memukul orang ? pernah mengalami tindakan asusila ? pengalaman yang tidak menyenangkan ? riwayat gangguan jiwa keluarga ? bagian tubuh mana yang dibenci atau disukai ? Pertanyaan-pertanyaan untuk mengetest sejauh mana respon pasien tentang lingkungan sosial juga disampaikan, misalnya masalah politik, masalah ekonomi, dan lainnya.

Di ruang Duren ini juga (yang merupakan tempat pasien gaduh) ada pasien yang bisa diajak ngobrol dengan lancar..Mas Yatno mengatakan bahwa pasien tersebut adalah pasien berulang. Pasien tersebut bernama Hamzah, yang merupakan pasien ketergantungan narkoba. Keluhan gangguannya ia mengaku sering diganggu oleh suara-suara yang memaki-

makinya. Terapi yang diajarkan perawat adalah meminta pasien mengikuti cara menghilangkan gangguan tersebut, yaitu dengan cara **menghardik**, menutup kedua telinga sambil mengucapkan “*pergi-pergi, kamu suara palsu*” dengan suara keras, sampai gangguan hilang. Karena Hamzah sedang tidak dalam kondisi mengalami gangguan (halusinasi), maka ia lancar menirukan apa yang diajarkan perawat.

Hamzah sangat fasih melantunkan bacaan surat-surat dalam Al-Quran. Bahkan dari sikapnya ketika *ngobrol* dengan perawat, tidak Nampak kalau pasien ini adalah pasien gangguan jiwa. Gaya bicaranya yang *humble*, diselingi dengan candaan dan juga punya wawasan yang cukup luas. Penulis tertarik untuk ikut *nimbrung* obrolan mereka. Dan kamipun terlibat obrolan. Tetapi lama-kelamaan memang, Hamzah mulai tidak *nyambung*, dan perawat menghentikan proses interaksi. Sementara Hamzah berinteraksi dengan kami, pasien lain terlihat sibuk sendiri, seperti bicara hal yang tidak jelas sambil berteriak, mondar-mandir, ada yang di kamar sedang tidur, ada juga yang terus-menerus memperhatikan penulis karena merasa asing ada orang lain.

Selanjutnya, sambil membiarkan pasien beristirahat, perawat tetap melakukan pengawasan terhadap para pasien dengan monitor *CCTV* yang terhubung ke ruang-ruang kamar dan sudut-sudut yang tidak bisa dilihat langsung melalui ruang perawat. *CCTV* ini hanya berada di ruang akut (Duren), akan tetapi mampu untuk melihat ruangan-ruangan lain yang ada di sub akut, baik ruang Delima maupun ruang Dukuh, sehingga di monitor Nampak berbagai aktivitas-aktivitas pasien, dari yang tidur, lalu lalang, sampai yang sedang di fiksasi.

Senin, 24 Maret 2014

Pukul 08.00 – 10.00

Ruang Duren (Akut)

Perawat yang bertugas : Adang dan Jefry

Kondisi AC Indoor di ruang perawatan sedang rusak, sehingga udara terasa panas dan *pengab*. Kondisi demikian diperparah dengan bau tidak sedap karena aktivitas BAK dan BAB pasien secara sembarangan. Penulis diwajibkan memakai masker bersama perawat dan petugas medis lainnya. Ketika teknisi AC sedang sibuk memperbaiki kerusakan, pintu ruangan sedikit terbuka..hal ini dimanfaatkan oleh sebagian pasien untuk berusaha keluar ruangan. Untuk mencegah pasien kabur, dengan dibantu petugas security perawat memasukkan pasien tersebut ke kamar tidur dan dikunci dari luar. Setelah perbaikan selesai, maka aktivitas berjalan seperti biasa.

Interaksi perawat dengan pasien berjalan lancar jika pasien kooperatif. Bahkan pasien dengan perilaku kekerasan bisa diajak interaksi dengan baik bila tidak dalam kondisi halusinasi. Bahkan pasien tersebut diajak *ngobrol* di luar ruang perawatan tanpa khawatir kabur. Sentuhan-sentuhan kecil kerap dilakukan perawat untuk memberi rasa aman dan nyaman dan juga sekedar penghargaan dan pujian karena pasien bersedia diajak *ngobrol*. Ritawati (35 tahun) pasien jiwa halusinasi sebelum ditanya oleh perawat langsung saja mau menceritakan masalah-masalahnya mengapa sampai dia dibawa ke RSKD. Namun kondisi lain juga terjadi di ruangan ini, dimana Ardiansyah (21 th), pasien jiwa gelisah ini sangat sulit diajak *ngobrol* karena selalu tertawa dan bicara sendiri. Untuk memanggilnya saja, perawat butuh bantuan pasien lain yang coba membujuk agar mau datang ke perawat. Sesekali perawat mencoba bersuara keras untuk mengalihkan perhatiannya, akan tetapi sekejap kemudian asik dengan dirinya sendiri. Ardiansyah sudah dirawat dari tanggal 13 maret di ruang akut, artinya sudah 11 hari pasien ini belum bisa dipindahkan ke ruang selanjutnya. Menghadapi pasien seperti ini, biasanya perawat tidak memaksa, membiarkan saja sampai pasien mau.

Ruang Belimbing (pasien laki-laki) kategori Tenang

11 Februari 2014

Pukul 13.30 – 16.00

Perawat bertugas : Pak Karkim (42 th) dan Rianty (25 th)

Suasana ruangan Nampak tenang, berjalan seperti layaknya orang-orang yang sedang berdiskusi dan bercanda. Tidak ada penampakan pasien yang diikat atau dikurung, walaupun beberapa pasien ada saja yang masih menyendiri dan mengalami halusinasi. Perawat yang bertugas juga santai, beberapa kali kesempatan terlihat ngrobrol dengan pasien. Sementara pasien-pasien lain sedang asik ngobrol dan duduk-duduk di kursi panjang. Rata-rata pasien sudah bisa berinteraksi dengan baik, terhadap perawat maupun dengan rekannya sesama pasien. Di ruang tenang ini, pasien-pasien lebih tertib dan patuh terhadap perintah perawat. Pasien juga diajari cara bersosialisasi yang baik dengan orang lain, seperti sikap dan gaya bicara, dan juga intonasi. Gaya bicara perawat seperti orang tua yang mengajari anaknya.

Pasien *ngompol* juga masih ditemui di sini, perawat dengan bantuan pasien lain membantu menggantikan celana pasien ngompol tersebut. Uniknya, walaupun pasien di sini rata-rata stabil emosi dan perilakunya (berkelakuan baik), namun masih banyak pasien yang tidak tahu dimana dia sekarang berada, hari apa, tanggal berapa, bahkan namanya siapa. Ketika waktu makan siang tiba, pasien berbaris rapi dan berdoa terlebih dahulu sebelum namanya dipanggil untuk menerima jatah makan siangnya. Setelah makan siang, pasien diijinkan untuk istirahat (keluar dari ruang terkunci), setelah itu, pasien wajib masuk kamar untuk beristirahat sampai sore hari untuk sesi interaksi berikutnya.

Di ruang Tenang ini juga penulis melihat pasien yang dijemput oleh keluarganya karena dianggap sudah “sembuh”. Setelah mengganti baju pasien dengan baju yang dibawa keluarganya, pasien ini sedikit melakukan *ritual* pamitan kepada teman-teman pasien, kepada perawat, dan juga petugas medis lain yang kebetulan berada di sana.

Ruang Duren (Akut)

3 Maret 2014, Pukul 08.30 – 11.00

Perawat : Dewi dan Dian

Ketika penulis datang, beberapa pasien yang tadinya duduk-duduk di lantai serentak berdiri dan menghampiri ke arah penulis yang berada di ruang perawat. Karena ruang perawatan dengan ruang perawat dibatasi dengan kaca, mereka berjejer di depan kaca sambil memperhatikan penulis. Menurut informasi dari perawat, mereka adalah pasien baru dengan gangguan jiwa *waham*. Pasien jiwa waham biasanya memang menunjukkan perilaku yang selalu ingin tahu. Setengah berbisik mereka tanya ke perawat tentang siapa penulis dan maksud keberadaan penulis. Selanjutnya yang menarik adalah perubahan sikap dan ekspresi wajah pasien yang tadinya merasa curiga dengan kedatangan penulis, tetapi setelah dikenalkan oleh perawat, mereka menunjukkan sikap bersahabat dengan melempar senyum dan anggukan kepala ke penulis. Salah satu pasien tersebut bernama Haikal (29 th). Haikal merupakan pasien jiwa dengan waham wali. Dia mengaku selama 15 tahun dikendalikan oleh roh jahat. Uniknya, ketika berada di rumah, dia merasa dirinya adalah wali, tetapi ketika berada di RS, dia sadar dia bukan wali.

Lain halnya dengan Doni (23 th) pasien dengan PK (Perilaku Kekerasan). Doni sangat sulit diajak komunikasi dengan perawat, selalu bicara sendiri dan tidak jelas apa yang diucapkannya. Bahkan ketika perawat sedikit menaikkan volume suaranya, Doni cenderung marah. Selanjutnya perawat menghentikan interaksi dan menyuruh Doni untuk masuk ke kamar. Giliran Syafei (35 th), pasien dari panti yang mengaku sering mengalami gangguan makhluk halus. Pada saat interaksi, perawat terus mendengar apa yang dibicarakan Syafei. Syafei juga bercerita dia tidak mau minum obat selama di panti, karena sering merasa pusing. Tidak mau kontrol juga karena jaraknya jauh dari rumah, tidak punya ongkos. Yang bersangkutan juga bercerita pengalamannya di panti, dia sering mengalami perlakuan yang tidak baik, dikurung di tempat yang bau dan kotor.

Setelah beberapa kali observasi di ruang ini, penulis beranggapan bahwa tidak selalu pasien yang dirawat di ruang *pasien gaduh* ini berperilaku gaduh. Banyak yang bersikap lembut dan sopan kepada perawat. Setelah selesai berinteraksi dengan perawat, ada yang sempat mengucapkan “terimakasih” kepada perawat, bahkan dengan inisiatif mengembalikan kursi yang dipakainya ke tempat semula. Bahkan ada pasien yang meminta

penulis untuk membukakan pintu ruangan karena ingin pulang karena sudah kangen dengan keluarganya dan tidak betah berada di RS.

7 Maret 2014 Pukul 15.00 – 18.00 WIB

Ruang Delima (sub Akut-Perempuan)

Perawat : Ana dan Dewi SR (Kadang-kadang bertukar tugas dengan perawat laki-laki)

Pasien-pasien wanita ini rata-rata berusia 20 – 40 tahun, berasal dari berbagai suku dan etnis. Dari pengamatan penulis, ada pasien dari etnis tionghoa, dari Ambon, Batak, Jawa, Sunda, dan lain-lain. Tidak hanya kebutuhan MCK yang butuh bantuan perawat, dalam hal berdandan / merias diri juga merupakan kebutuhan yang tidak terlewatkan sebagai seorang wanita. Pasien-pasien yang habis mandi, diarahkan untuk merias diri, dari merapikan rambut sampai menggunakan riasan-riasannya wajah, minimal bedak. Dalam hal pakaian, sudah menjadi ketentuan RS setiap pasien wajib menggunakan pakaian seragam pasien (warna hijau) dan tanpa pakaian dalam. Pasien di ruang sub akut ini boleh dijenguk oleh keluarganya pada jam-jam tertentu, termasuk membawakan makanan untuk pasien, tetapi tidak boleh membawakan pakaian.

Satu hal yang mencolok adalah bahwa tidak ada keseimbangan antara perawat yang bertugas dengan jumlah pasien. 2 orang perawat harus mengangani 12 pasien kategori sub akut, kadang lebih dari 12 orang. Suasana sibuk dan repot sangat terasa di ruang ini, di mana perawat bolak-balik untuk masuk ke ruang perawatan untuk membantu pasien yang membutuhkan perawatan tambahan, belum lagi jika ada pasien fiksasi yang otomatis semua kebutuhannya dibantu oleh perawat. Hal ini terpaksa dilakukan oleh manajemen RSKD karena alasan keterbatasan anggaran APBD DKI.

Kesibukan terlihat lebih ketika datang waktu makan siang. Begitu petugas pembawa nasi kotak terlihat memasuki ruang perawat, seketika itu juga pasien berhamburan menuju pintu ruang perawatan. Perawat terlihat sangat kewalahan, apalagi sikap pasien yang rata-rata ingin dapat jatah makan duluan saling himpit di pintu ruang perawat. Dengan di bantu petugas pembawa makanan, perawat akhirnya membagi jatah makan pasien satu-per satu. Walaupun begitu, ada saja pasien yang tidak peduli situasi tersebut, melainkan hanya berdiam diri di kamar. Perawat yang melihat itu datang membawakan makan si pasien ke kamar dan di letakkan di samping pasien. Sampai batas waktu tertentu pasien tidak makan juga, maka perawat akan masuk dan memaksa makan si pasien dengan sedikit ancaman dan suara tinggi. Biasanya pasien tersebut mau makan disuapi oleh perawat.

Ketika tiba waktu mandi, pasien diingatkan untuk mandi. Bagi yang sudah bisa, langsung mandi tanpa bantuan perawat. Perawat hanya menyiapkan keperluan mandi saja, seperti sikat gigi, sabun dan shampoo, serta handuk. Tetapi pasien yang tidak bergerak juga disuruh mandi, perawat memandikan di kamar mandi.

Sabtu, 9 Agustus 2014

Ruang Akut dan Sub Akut, Pukul 12.00 – selesai

Perawat : Dewi dan Aris

Endang Indriati (53 th), pasien jiwa depresi akibat konflik rumah tangga (perceraian). Latar belakang pasien dari keluarga berada, sebelumnya ia adalah kepala kantor wilayah pada instansi pemerintahan. Latar Belakang pendidikan S2 USA. Pasien diisolasi (dikurung dalam ruangan) karena menggigit ketika perawat coba bantu kebutuhannya. Pasien terus berteriak-teriak dan menggedor pintu minta keluar dari kamar isolasi. Setiap orang yang lewat di depan pintu dia berteriak minta tolong dibukakan. Setelah dilakukan pemeriksaan dokter, diketahui kepala pasien terdapat luka (*borok*) di kepala karena terlalu banyak kutu yang bersarang, sehingga pasien selalu menggaruk kepalanya.

Mengetahui hal tersebut, perawat memanggil petugas medis lain untuk mencukur rambut pasien. Dengan dibantu petugas security dan pasien lain, Endang kemudian ditarik paksa dari ruang isolasi ke ruang depan untuk dicukur. Pasien ini melakukan perlawanan dan berusaha kabur ketika hendak dicukur, akan tetapi karena dipegangi oleh beberapa orang, dia tidak bisa kemana-mana. Sambil petugas medis mencukur rambutnya, pasien berteriak minta tolong. Setelah dicukur bersih, pasien disuruh mandi oleh perawat, namun tidak dihiraukan oleh pasien. Sampai pada akhirnya pasien *diseret* ke dalam kamar mandi dan dikunci dari luar. Terus-menerus pasien berteriak sambil menggedor pintu kamar mandi minta tolong. Sampai batas waktu tertentu, kira-kira 15 menit pasien terus-terusan berbuat seperti itu, akhirnya dengan terpaksa perawat memandikan pasien dan membawanya ke kamar isolasi setelah mandi.

Sampai tiba makan siang, perawat terus mendampingi pasien, terutama pasien baru yang masih belum terbiasa dengan suasana rumah sakit. Terlihat seorang pasien kira-kira usia 55-60 tahun masih bingung dirinya berada di mana. Mau digantikan bajunya oleh perawat juga tidak mau, akhirnya perawat membiarkannya dulu. Makan siang juga dibantu oleh perawat sambil disuapi. Setelah makan siang, tidak banyak kegiatan yang dilakukan oleh perawat maupun pasien. Pasien dibiarkan bebas beristirahat atau melakukan aktivitas sepanjang tidak membahayakan dirinya dan pasien lain. Sementara pasien bersantai, perawat terus memantau melalui *cctv*.

5 Juni 2014, Pukul 08.30 – selesai

Sub Akut / Ruang Dukuh (Pasien laki-laki)

Perawat : Rianti dan Lia

Terlihat ada pasien di dalam kamar yang mencoba mengganggu pasien lain yang sedang tidur, dan menurut penulis hal ini berpotensi terjadinya pertengkaran. Penulis coba informasikan kepada perawat yang bertugas, namun reaksi perawat biasa saja dan menganggap itu hal yang wajar. Tambahnya lagi, selama itu tidak sampai menimbulkan hal-hal yang membahayakan tidak menjadi persoalan. Pasien-pasien tersebut menurutnya hanya iseng saja mengusir rasa bosan.

Roy Agustin (22 th), pasien fiksasi baju karena terus saja gelisah dan cenderung merusak barang/property yang ada di ruang perawatan. Menurut perawat, Roy sudah merobek baju seragam pasien hingga dua kali.

Ruang Duren (AKut), 4 Juni 2014

Pukul 08.00 – 10.00

Robin (25th), pasien halusinasi yang belum mampu berkomunikasi dengan baik dengan perawat. Robin tidak ingat bagaimana latar belakang dan asal-usulnya sendiri. Ia hanya ingat kalau dia adalah pasien “tangkapan” petugas kamtib dari jalanan. Pertanyaan-pertanyaan yang dilontarkan perawat hampir semuanya tidak dimengerti dan dijawab oleh pasien. Beberapa kali perawat mencoba menanyakan hal yang sama, tetapi tidak dimengerti juga, hingga akhirnya perawat menyuruhnya beristirahat saja.

Hari ini ruang Duren hanya terisi 2 pasien saja, karena pasien yang lain sudah dipindahkan ke ruang lain untuk menjalani tahapan berikutnya, sehingga tidak banyak kegiatan yang dilakukan oleh perawat.

Akut, 23 Juli 2014

Pukul 08.30 – selesai

Perawat mengalami kesulitan pada saat berkomunikasi dengan Dikin (25th), pasien jiwa yang sangat tertutup. Perawat berulang-ulang dengan suara agak tinggi terus berusaha mendapatkan perhatian dari pasien untuk menggali permasalahan pasien. Pertanyaan-pertanyaan yang sifatnya hanya mengetest, misalnya “*2 + 2 berapa?*”, atau “*kalau mandi pake sabun nggak?*”, dll terus disampaikan perawat. Kalau jawabannya sesuai dengan apa yang ditanyakan, perawat memberikan pujian kepada pasien.

Demikian halnya Budiono (25th), pasien hasil razia petugas, yang sulit mengerti pertanyaan perawat. Sampai tiga kali ditanya hal yang sama tetapi tetap tidak mengerti dan perawat berganti pertanyaan yang lain. Pada akhirnya perawat menemukan cara untuk memperoleh jawaban dari pasien, yaitu dengan cara memberi *pilihan* jawaban untuk memancing reaksi pasien. Baru kemudian pasien menjawab sesuai dengan pilihan jawaban yang disediakan perawat. Misalnya, “*hobbynya apa?, main bola, mincing, atau makan?*” selanjutnya dijawab oleh pasien “*main bola*”. Ada yang menarik di sini, yaitu jika pertanyaan pribadi yang sifatnya serius, maka ekspresi wajah pasien ikut serius, tetapi bila pertanyaan yang sifatnya “menyegarkan”, maka pasien terlihat senang.

Ruang Belimbing (Tenang-Laki-laki)

Minggu, 10 agustus 2014

Acung (35th) pasien jiwa warga keturunan Tionghoa, dengan lugas menceritakan keluhannya kepada perawat. Setiap malam selalu terganggu suara bisikan-bisikan. Suara itu akan hilang setelah dirinya minum obat. Perawat selanjutnya mengingatkan dan mengkonfirmasi lagi tentang cara-cara mengatasi gangguan (mengusir suara) tersebut kepada Acung. Dalam interaksinya dengan perawat, Acung juga menceritakan dirinya merasa tidak berguna, ada perasaan malu yang amat sangat jika bertemu keluarganya nanti.

Wawancara Pra Penelitian

Sumber : Ibu Nini (narasumber)

Jabatan: Kabid. Keperawatan RSKD Duren Sawit

Masa Kerja : 15 Tahun

Hari / Tanggal : Selasa, 4 Maret 2014

Pukul : 10.15 – selesai

Tempat : Ruang Kerja Ibu Nini

Tanya Jawab : P = Penulis N = Narasumber

P : Siang bu !

N : Siang juga pak ! dari mana ya mas ? ada yang bisa saya bantu ?

P : iya..saya Lilik bu, dari Universitas Sahid Jakarta. Saya berencana riset di sini, sebelum kesini tadi saya sudah ketemu Pak Asep (Kadiklat). Beliau yang mengarahkan saya ketemu Ibu.

N : oke..risetnya tentang apa ya mas ?

P : iya..tentang keperawatan jiwa yang ada di sini bu, berkaitan dengan komunikasi terapeutik perawat dengan pasien..

N : oh gitu..jadi harus ada wawancara dengan perawat juga ya mas ?

P : Iya bu..karena memang objek risetnya perawat..

N : kira-kira kapan mulainya ? kalo dalam waktu dekat ini kayaknya ga bisa deh mas, karena kita mau ada pelatihan kira-kira 2 minggu.

P : Iya ga apa-apa bu, setelah selesai pelatihan saja... Tapi sebelum saya riset, saya mau minta data-data pra riset dulu bisa ya bu ?

N : oke mas..tapi tadi sudah ke pak Asep ya untuk urus administrasi dan lainnya ?

P : iya sudah semua bu.

N : iya..apa yang ingin diketahui dulu mas ?

P : iya bu, kira-kira jumlah pasien jiwa yang sedang dirawat di sini berapa orang ya bu?

N : kalo melihat data sekarang ada sekitar 92 orang. Itu belum termasuk pasien jiwa lain, misalnya kelainan jiwa seperti keterbelakangan mental dan sejenisnya..

P : Pasien-pasien itu asalnya dari mana bu? Apa dari hasil *garukan* satpol PP terus di bawa kesini atau dari pasien yang diantar keluarganya ?

N : 90% pasien kami berasal dari panti-panti laras yang bekerja sama dengan kami, yaitu ada Panti Laras Cengkareng, Ceger, Cipayung, dan Daan Mogot mas..sisanya ya ada juga yang memang pasien umum (dibawa langsung oleh keluarganya).

P : penempatannya seperti apa bu ?

N : untuk penempatan kita pisahkan berdasarkan tiga kategori ya mas, dari *Akut*, *Sub akut*, dan *Tenang*.

P : berapa lama mereka menempati ruang-ruang kategori itu bu ?

N : iya tergantung kondisi juga ya mas, tapi rata-rata kalo di akut itu tiga hari, sub akut tujuh hari, dan di tenang bisa dua minggu.

P : untuk perawat bu, latar belakang pendidikannya bagaimana ?

N : untuk SDM (perawat) kami semua lulusan D3 Keperawatan Jiwa, selain itu di sini juga diikutkan pelatihan-pelatihan kegawatdaruratan psikiatri..jadi sesuai dengan kompetensi. Mas..maaf ya saya kira cukup dulu ya..ini saya ditunggu rapat..

P : oh..iya ga apa-apa bu, lain waktu saya bisa ketemu ibu lagi ya..terimakasih bu.

Informan : Adang (Sunda / 38 th)

Ket : P = Peneliti

Jabatan : Ka. Tim

I = Informan

Lama Bekerja : 9 tahun

Unit : Ruang Duren

Kategori : Akut

Wawancara dilakukan pada hari Jum'at, 25 Juli 2014 pkl. 14.00 di sebuah ruangan kecil samping ruang perawatan duren (akut).

P : sebetulnya pertanyaannya simple-simpel aja sih mas, yang sering kita obrolin setiap saya ke sini ya..di sini kan ada..kalo saya sih menyebutnya kategori ya..ada akut, sub akut, dan tenang..kalo di sini gimana mas ? sama aja ya ? apa namanya, tahapan bukan ? inikan sebetulnya tahapan ya..dari akut, sub, terus tenang ya..

I : iya

P : dilihat dari kondisi pasien..kalo akut tuh begini..

I : pasiennya gaduh gelisah..kalo sub akut ga terlalu gaduh gelisah..jadi kondisinya kalo sub akut ini gaduh gelisah ini masih terkontrol. Kalo akut inikan gaduh gelisahnya pasien yang bener-bener gaduh gelisah. Bukan pasien yang kadang pasien yang ga gaduh gelisah masuk, karena kan larinya bukan kadang ya itu, kadang pasien tenang masuk sini..liat ruangan kosong, kan larinya ke situ. Itu kan yang menentukan masuknya akut ke sub akut kan bukan di sini, kita di sini tinggal nerima pasien. Yang menentukan adalah UGD

P : dokter ya

I : iya..jadi dari dokter di UGD..ini masuk Duren..kan akut, ini masuk Delima atau Duku kan sub akut..gitu. kan yang menentukan di sana, kita di sini tinggal melanjutkan aja. Walaupun gaduh gelisah kan ditangani dulu di UGD yang namanya gaduh gelisah kan di UGD udah ditangani, pasien sudah di injeksi, baru di lanjutkan di ruangan karena melihat kondisi pasien wah ini gaduh gelisah jadi masuk di ruang duren gitu. Jadi ruang duren ini kalo di rumah sakit umum itu adalah ICUnya gitu..jadi hanya pasien-pasien tertentu aja yang membutuhkan gitu.

P : kalo ga gaduh gelisah berarti ga masuk sini

I : bukan ga masuk sini tapi bisa masuk sub akut.

P : oh jadi bisa langsung masuk sub akut..kalo pasien berulang, sama ?

I : pasien berulang kalo pasiennya akut ya tetep masuknya di sini

P : kalo ga akut...

I : kalo ga akut ya masuknya sub akut.

P : waktu itu pernah ya waktu ..mungkin mas Adang masih inget pasien yang namanya Hamzah. Waktu itu sih yang lagi tugas mas Yatno..nah waktu interaksi sama mas yatno, pasiennya kan gitu ya..pas lagi ditanya sambil becanda-becanda..pasien ini ga keliatan gaduh gelisah, tapi memang sih dia sering ngoceh..pas interaksi sama mas Yatno tuh ditest..kamu bisa ini hafal ayat-ayat..? gitu kan..coba surat ini surat itu gitukan..eh terus koq fasih gitu mas..kita kayak ga lagi ngobrol sama pasien yang lagi sakit jiwa..biasa aja gitu..ada hal lucu dia ketawa, ada hal serius ya dia serius gitu kan, kadang becanda gitu.. saya jadi merasa kalo pasien ini ga lagi gangguan..

I : sakit ?

P : iya sakit gitu..nah saya langsung mikir gini..ini koq masuk akut ya..

I : itu kan yang menentukan dokter ya..jadi kita balik lagi. Dokter UGD menentukan atau dari poli menentukan ..oh dia harus masuk ini..pasti kan ditanya riwayatnya dulu..sebelum masuk ke ruangan itu riwayatnya kenapa dia di rumah ? ka nada cerita dari keluarga nih.

P : kronologisnya ya

I : kronologisnya dari keluarga di rumah dia mau melakukan..atau dia mau bunuh diri atau dia mau memukul ibunya atau ngerusak barang, atau mau bakar rumah atau apa..itu kan nanti dari kronologis itu oleh dokter disimpulkan oh ini harus ke sini..otomatis kan observasi..kan akut kan di sini kan ga lama-lama, kan perawatan ruang akut ini paling kan 3 atau 4 hari, makanya di sini kan adalah untuk observasi. Ya observasi..bener ga sih pasien ini pada saat di rumah ini sekalian dilihat karena cerita dari keluarganya juga mendukung bahwa ini pasien gaduh gelisah. Bisa aja nyampe sini tenang..emang pasien kayak model Hamzah ini emang pinter, karena pasien jiwa ini kalo masalah ingatannya masih inget semua, terkecuali kalo pasien gaduh gelisahnya udah terlalu lama biasanya ingetannya udah tumpul ya ga tau, kalo model Hamzah ini kan pastinya dia banyak bicara, dia juga rajin, rutin gitu kan, mungkin di saat masuk lagi ke sini karena obatnya tidak diminum lagi, akhirnya dia relaps gitu, relapsnya karena tidak minum obat. Trus dia tidak terkontrol di rumah, akhirnya marah-marahan. Dan dia juga mengakui kalo ada halusinasinya..ada yang nyuruh-nyuruh dia..

P : oo hamzah tuh halusinasi ya dia ?

I : ya..Hamzah itu kalo ga salah ada suara-suara bisikan..saya lupa-lupa inget, karena kan banyak pasien gitu kan, masalahnya kalo pasien itu yang banyak keluar-keluar kan karena halusinasinya, kadang dari halusinasi ini kan pasti bermacam-macam..gitu..ada yang nyuruh dia marah-marahan, nyuruh dia melakukan hal bunuh diri..karena yang berbahaya itu kan halusinasinya ini..yang nyuruh dia untuk marah-marahan..paling kalo marah-marahan ini kan cuma sebentar, kalo itu terjadi, habis itu udah kan..seperti itu sih biasanya pasien-pasien yang gaduh gelisah, beda kalo pasien yang marah-marahan karena ga terima dirawat di sini..itu lain lagi..

P : ada itu ?

I : ada juga, dia ga terima dirawat di sini ya marah-marahan, pengen pulang

P : artinya dia sadar donk sampe ga mau dirawat..itu pasien panti atau apa itu kayak gitu

I : ya bisa pasien panti ya bisa juga pasien umum, karena merasa kan, 1. Keluarga di rumah kan udah ga bisa nanganin, intinya kita di sini kan membantu untuk keluarga supaya..karena keluarga ini kan

udah ga mampu merawat dia gitu kan, akhirnya dibawa ke rumah sakit..di rumah sakit dia ga mau nerima ya tetep kita terapi di sini dengan terapi injeksi, dia udah selesai terapinya sih biasanya udah tenang, terima lagi sama keluarga..udah ga ada masalah lagi sih..seperti itu..ya jangankan orang yang sakit jiwa gitu kan, orang yang sakit penyakit umum aja, pasti ga mau dirawat di rumah sakit. Iya kan ? apalagi dengan kondisi pasien gini. Saya merasa ga sakit, saya ga sakit jiwa..saya sehat koq, karena sakit jiwa ini bukan sakit fisik, tetapi pikiran..orang yang sakit pikiran ini pasti merasa ga sakit.

P : sebetulnya setiap kategori itu, akut, sub akut, dan tenang itu masing-masing punya ini ya sasaran / tujuan gitu. Kalo di akut tuh tujuannya apa gitu, sub akut apa...

I : kalo di akut sendiri kan tujuannya kan supaya pasien lebih tenang, dalam arti tenangnya ini pasien terkendali dengan emosinya. Kalo dia dengan perilaku kekerasan berarti emosinya terkendali, kalo dia dengan resiko bunuh diri berarti dia aman dari bahaya bunuh dirinya..kalo dia dengan halusinasi, minimal dia udah bisa dengan control halusinasinya..gitu kan..jadi akut ini diusahakan yang penting dia bisa terkendali dulu. Kalo udah bisa lebih agak terkendali, agak tenang..belum bisa dikatakan tenang pindah dari ruang duren ini..agak tenang baru bisa dipindahkan ke ruangan sub akut..nah di sub akut inilah yang agak lama mengobservasi dia, baru diajarin kalo halusinasi diajarin mengontrolnya ya lebih ini lagi..

P : itu polanya sama ? di akut, sama persis ?

I : sama persis, Cuma kan yang di akut ini kan lebih banyak monitor. Di akut ini harus lebih banyak monitor, membantu dia kalo butuh sesuatu. Pasien difiksasi kan otomatis dibantu kebutuhan dia, mulai dari makan, minum, otomatis kan dibantu, itu kalo bener-bener dia difiksasi gitu kan..

P : interaksi sehari berapa kali mas ?

I : interaksi sesering mungkin, Cuma kalo diliat yang jaga kan ya ga mungkin, karena akhirnya banyak juga yang harus didokumentasi kan (dicatat)..ya kalo kita ada waktu lama ya kita ajak komunikasi. Karena pasien jiwa itu sendiri kalo diajak komunikasi terlalu lama lebih dari 20 menit itu udah ga bagus. Untuk komunikasi dengan pasien gangguan jiwa itu batasnya paling lama ya 15 menit – 20 menit. Itu paling lama 20 menit lah. Rata-rata sih 10 – 15 menit, kalo di ruang duren ini rata-rata segitu komunikasinya. Ya ada juga pasiennya yang minta 5 menit, kan kita tawarkan ke pasien.

P : ada juga yang nawar ?

I : ya kan kita tawarin dulu, kita ngobrol berapa menit..kontrak dulu berapa menit..(mau berapa menit ? 15 mau ?...ooh ga pak saya 10 menit aja)

P : ooh ada yang begitu mas ?

I : ada, sebenarnya sih itu ada. Kalo dalam pelajaran kan diajarkan seperti itu kan. Ya kalo dunia kerja kan udah..ya tergantung kondisi pasien ya

P : yang sering saya liat sih pasiennya sih kayaknya nurut aja mas Adang ajak ngobrol. Mereka ga yang “udah ya mas “, “udah ya pak” atau, “sebentar aja ya pak” gitu.

I : Ada juga memang pasien yang nurut aja..ada juga yang ga nurut..itukan memang jarang sekali..biasanya pasien yang ga mau diajak ngobrol itu biasanya pasien-pasien jiwa dengan perilaku

kekerasan. Pasien dengan perilaku kekerasan ini “ah udah ah ga mau ngobrol “..akhirnya dia pergi sendiri.

P : ooh gitu..pas lagi interaksi begitu..

I : iya. Dia bangun sendiri pergi, karena dia udah ga mau ditanya-tanya. “ngapain sih Tanya-tanya” gitu.

P : Kalo udah begitu berarti mas Adang ga berusaha nanya-nanya lagi ? udah gitu aja ?

I : ya kita samperin kenapa, ya udah kalo begitu sudah dulu trus bilang nanti kita lanjutin lagi setelah makan siang, kalo dia juga ga mau ya udah kita hanya observasi aja. Karena kalo di ruangan akut ini kan lebih mengarahkan untuk observasi. Sama aja kan kalo ruangan ICU juga lebih banyak kan untuk observasi..ya untuk komunikasi ya sangat minim..gitu

P : kalo model interaksi ada berapa macam sih mas selain ngobrol dipanggil gitu ? ada lagi ga, misalnya terapi lain di akut ini ? misalnya disuruh ngapain...untuk evaluasi selama observasi. Ada ga gitu ?

I : kalo komunikasi verbal kan secara langsung ya ..kalo komunikasi non verbal kan rata-rata..paling kalo pasiennya ga mau ngomong bisa pake bahasa isyarat kan..

P : iya misalnya pas lagi interaksi gitu kan pasien berhadapan dengan mas Adang..trus ngobrol berusaha menggali masalah, ngetest-ngetest dengan pertanyaan lagi dimana sekarang, mas pernah nanya pernah dipukul orang atau ga dan segala macam.. nah habis perawat interaksi begitu ada lagi ga modelnya ? misalnya mas Adang dateng ke pasien, misalnya siapa namanya tadi tuh..”dikin, tolong donk bantuin ini itu “, istilahnya hanya untuk mengecek aja sejauhmana gitu..

I : oo kalo manggil nama ibaratnya kan dia ada aktifitas gitu..1. biar dia ada aktifitas, dan juga dia biar tau temennya namanya ini gitu, itu kan salah satu terapi juga kan, jadi biar dia disitu itu nggak apa namanya, nggak diem terus, apalagi model pasien-pasien yang isolasi sosial, kan kayak Dikin kan diem aja, ya ga mau ngobrol kalo ga ditanya ya ga mau ngomong kan.

P : oo Dikin tuh pasien isolasi sosial ya ?

I : iya pasien isolasi sosial dia, diem aja, makanya dia kalo disuruh ini manggil gitu..jadi kan dia tau namanya, jadi kayak siapa sih misalnya M. Nuh sebelah sana..oo ternyata itu pasien namanya M. Nuh.. kan jadinya nanti kan walaupun dia ga ngobrol kan jadi tau nama oh ini namanya ini..itu salah satu sosialisasi yang dilakukan seperti itu dan dia juga supaya ada kegiatan dalam arti kalo dia dibiarin diem aja kan ga bagus juga. Kalo pasien isolasi sosial kalo dibiarin ya akan tambah bengong..nanti muncullah halusinasi.

P : itu pasien-pasien tipikal kayak Dikin gitu, mancingnya gimana biar dia mau ngomong ?

I : iya kita komunikasinya harus lebih aktif kitanya, pasien model gitu kita lebih aktif banyak nanya, paling dia jawabannya lebih pasif kan..kita yang nanya terus. Kadang kita harus kasih pilihan jawaban iya atau ga..bisa kita kasih pilihan bisa pake bahasa isyarat. Pasien isolasi sosial itu kan ga mau ngomong, Cuma pake bahasa isyarat atau pake tulisan.

P : oh gitu, ada juga ya..

I : iya ada juga

P : itu kayak kemaren..budiono., ketika mas Adang nanya “hobbynya apa”, gitu kan, dia ga bisa jawab..tapi begitu dipancing dikasih opsi gitu, apakah suka makan, apa suka main bola, baru dia bisa ambil jawaban itu salah satu..gitu kan.

I : iya memang kalo pasien jiwa seperti itu kan harus dikasih pilihan.

P : gitu ya, ga bisa langsung spontan sendiri ya..

I : iya, karena kan ibaratnya kan udah tumpul..ga ada respon, kita harus kasih respon yang lebih kuat baru dia akan merespon kembali.

P : jadi lebih banyak dia tuh mau berkomunikasi dengan kita tuh harus kita pancing dulu baru mau merespon ya..

I : iya, kita kasih pilihan, kalo ga gitu ya diem terus ga bakalan nanggapi.

P : Trus pasien-pasien yang banyak bicara terus seperti Haikal tuh gimana..?

I : pasien yang banyak bicara terus model Haikal kan pasien waham tuh..dia ada wahamnya, kalo ga salah juga dia halusinasi sih ada yang ngajak ngomong..tapi kadang ada wahamnya..kalo di kedokteran sendiri kan pasien itu namanya bipolar..kalo ngomong ya ngomong terus, kalo pasien-pasien gitu kita ga usah bantah, kita dengerin aja dulu sampai dia udah selesai, kita Tanya dia udah selesai..oke baru giliran kita yang nanya-nanya

P : jadi kita ikutin aja ya

I : iya, kalo kita bantah dia akan marah, jangankan pasien, orang yang lagi ngomong kita ga dengerin langsung kita *cut*, pasti marah kan..jadi seperti itu sama aja. Apalagi yang banyak bicara, emosi mereka sama aja seperti itu. Kita dengerin jangan sampai kita membantah dia atau mendukung dia gitu kan, bilang aja saya percaya sama yang dia ucapkan, tetapi belum bisa memahaminya..seperti itu. Dalam arti belum memahami, kita juga oke yang kita ucapkan apa yang bapak rasakan ? kalo waham “saya ini seorang bos” ya udah kita dengerin aja dulu, oke..bukan kita percaya sih sebenarnya “saya mengerti apa yang bapak ucapkan, tapi apa yang bapak ceritakan mungkin saya belum bisa untuk memahaminya”. Kalo kita bilang ga percaya kan otomatis dia marah kan, soalnya tersinggung kan akhirnya dia marah.

P : kalo udah marah ntar susah lagi dia ngomongnya ya..

I : ga juga sih, diajak ngomong susah sih ngga, cumin nanti spontan tiba-tiba dia marah kan. Jadi emang dibiarin aja dulu, dengerin aja dulu, sampai dia selesai ngomong baru kita gantian..

P : mas, kalo pasien yang suka mukul-mukul barang, mukul tempat tidur, gedor-gedor pintu, itu ada maksud apa yang mau disampaikan ke kita ?

I : kalo mukul barang biasanya dia ada halusinasi, ada suara bisikan, akhirnya dia kesel sama suara bisikan, makanya dia mukul barang. Kalo gedor pintu biasanya dia minta pulang..”pak pulang pak !”

gitu kan.. kalo ngelempar barang itu kan artinya dia lagi ada halusinasi secara tidak sengaja dia melempar-lempar barang, kan biasanya secara spontan dia begitu tanpa ada penyebabnya..biasanya ada suara halusinasi yang nyuruh dia yang bikin kesel dia, itu seperti itu..

P : oke, menurut mas Adang nih, apa sih kesulitan terbesar, yang paling susahya apa sih dalam keperawatan jiwa ini ?

I : yang paling sulit apa ya..kalo memang sudah tugas ya tetep harus dijalani, tetep harus dihadapi..tetapi juga harus selalu waspada gitu kan, apalagi yang namanya pasien jiwa kan..udah tanggung jawab suatu pekerjaan harus dijalankan, walaupun kondisi pasien kayak gimana..jadi kalo kondisi pasien gaduh gelisah ya paling kita amankan dia kan, minimal dia diisolasi atau difiksasi kan..difiksasi dulu supaya dia aman baru lapor dokter, sementara itu disuntik, abis itu dilepas. Masalahnya supaya dia lebih aman, bukan barangnya takut rusak, tapi yang ditakuti pasiennya itu cedera kan. Kalo udah pasien cedera yang bahaya kan, entah itu patah tulang, entah itu luka, kegendet, nantikan masalah barang kalo rusak bisa ditukar, karena pasien seperti itu ya tanpa piker panjang kan..

P : mas Adang udah berapa lama sih mas di sini ?

I : disini ya sama seperti mas Yatno, udah 9 tahun jalan.

P : sebelum di sini di mana mas ?

I : sebelum di sini ya ga bekerja di mana-mana sih.

P : ooh langsung di sini ya..

I : iya, pas lulus saya beberapa bulan langsung di sini. Lulus tahun 2004, dapet kerjaan bulan maret tahun 2005 langsung ke sini.

P : pas diterima di sini kan artinya mas Adang masih baru, artinya merawat pasien yang model begini kan masih baru..nah itu dulu gimana perasaan mas Adang ? ada rasa takut nggak dulu ?

I : rasa takut sih nggak,

P : kan tau ada pasien macem-mcem ..mungkin takut dipukul atau apa

I : ga sih, pertama kali merawat pasien jiwa ga ada rasa takut dipukul atau takut gimana, karena kan waktu di kampus kan kita diajarin kita tetep waspada aja terhadap pasien-pasien seperti ini gitu kan..dan pasien jiwa ga semuanya akan mukul kan..pasien yang akan mukul kan keliatan pasien gaduh gelisah yang ngamuk yang ngelawan ya itu yang mukul, gitu kan. Pasien tiba-tiba mukul jarang seperti itu kan..dan kerja pasti safety kan

P : pernah ngalamin ga mas ? kekerasan fisik gitu..

I : kalo dipukul tiba-tiba sih nggak ya.. kalo kepukul pada saat ngamanin dia ya pernah juga sih..diludahin kadang, pernah sih.. ditendang, paling mukul Cuma kena ujung-ujung aja gitu kan..

P : kalo udah gitu satpam yang turun ?

I : ya kalo udah kondisi pasiennya keras gitu kan kita minta bantuan satpam..pasti ga bisa dilakukan sendiri gitu kan..pasti harus lebih dari satu orang, kondisi di sini ya pasien gaduh gelisah jangan sampai berani untuk sendiri gitu..

P : jadi kalo tugas usahakan jangan sendiri gitu ?

I : ya maksudnya kalo lagi ada pasien yang kondisinya lagi ngamuk usahakan jangan tugas sendiri. Jadi harus tetep berdua, kalo kita gay akin, tapi kalo kita yakin ya kita masuk aja..kita bilang baik-baik sama pasiennya..”kita baik-baik di sini, kenapa ? mau ga dibantu?” “apa sih yang terjadi di rumah ?” ya kita gali aja di sini. Ya udah kita bantu, kita cari aja jalan keluarnya.. ya nanti biasanya pasiennya nerima, kalo dikerasin akan tambah keras, ya kekerasan harus dilawan dengan kelembutan. Ya nanti kalo kitanya menghargai pasti dia juga menghargai kita kan.

P : jadi sikap-sikap menghargai mereka masih ada ya ?

I : iya masih mereka tunjukin..ada juga yang ga, dan itupun langsung keliatan, kalo udah begitu minta bantuan satpam untuk ngamanin dia. Pasien langsung diamankan supaya nggak mengganggu pasien lain dan tidak terjadi cidera kan..

P : kalo pasien begitu tindakannya langsung difiksasi atau dikurung mas ?

I : kalo pasiennya gaduh gelisahnya udah grusak-grusuk ya pasti diisolasi, masalahnya kalo kita kurung doang pasti ga bakalan ini, pasti kan ngerusak kan di dalam, makanya langsung fiksasi. Kalo dia terapi injeksi kita kolaborasi dengan dokter kita injeks dulu..

P : suntik dulu ya..

I : iya kolaborasi dulu dengan dokter, kalo udah terapi suntik boleh ga ini dimajuin suntikannya, tadi kan disuntik jam sekian, boleh ga disuntik lagi dan gini gitu..ya mungkin pertamakali kita fiksasi dulu, karena ga ada yang lapor masalahnya kan kalo jaga sendiri, paling fiksasi dulu, diinjeksi, udah gitu baru dilepas.. nanti juga tenang kembali.

P : menurut pendapat mas Adang tentang pasien berulang..nah ini ka nada yang sampai 3x, 4 x, menurut mas adang apa yang menyebabkan mereka kembali kambuh ? pernah ga mas Adang berfikir apakah ada yang salah dengan pola pengasuhannya ?, apakah harus dibedakan, atau harus dikaji ulang, atau mungkin dari sisi si pasien itu sendiri gitu kan, ada yang ga sesuai dengan yang diarahkan,

I : kalo pasien relaps itu kan di sinikan kita sudah diajarkan cara mengontrol, contohnya mengontrol halusinasi sampai SP4 itu kan, SP4 sampai tentang pentingnya minum obat, akan tetapi kalo di rumah itu kan ga terkontrol lagi sama perawat..

P : kita ga ada home visit ya mas ?

I : visit ga ada kita, itu kan kembali sama keluarga. Pada saat pulang kan keluarga sudah diberitahu, kita selama di sini di rumah sakit ya kita selama ada di rumah sakit aja. Sebenarnya kan harusnya kan puskesmas yang lebih berperan kan..jadi puskesmas ini memantau pasien dengan kondisi gangguan jiwa, pasti mereka juga tau oh ini gangguan jiwa. Harusnya kan bisa memantau mereka, memantau minum obat, dia lagi komat-kamit, kalo memang kambuh lagi kan harusnya bisa dikembalikan lagi ke

sini. Jadi angka kekambuhan itu biasanya tergantung dari factor keluarga. Dari keluarga gimana merawat di rumah itu. Keluarganya masa bodoh ah nanti juga kalo lagi kumat masukin ke rumah sakit, ada juga yang seperti itu. Ga bayar ini..gitu kan ada juga pasien yang keluarganya bilang susah banget ga mau minum obat, pasien sendiri kurang apa ya namanya kesadaran..ya pasti yang nama kesadarannya pasti kurang ya..

P : kepatuhannya ya

I : kepatuhannya sih sebenarnya bukan ada di pasien tapi ada di keluarga, sampai di rumahpun jangan sampai obat itu dipegang sama pasien, yang memegang harus sama keluarga harus ada pendamping..pendamping dia itu harus ada dari keluarga yang mengingatkan dia minum obat, yang memberikan minum obat itu harus ada.

P : itu juga harus tiap hari, seumur hidup ya

I : iya setiap hari seumur hidup sampai dosis seminimal mungkin. Karena kan sakit seperti ini kan sama halnya seperti sakit yang penyakit darah tinggi atau penyakit gula, dimana dia membutuhkan terus obat tersebut..asupan terus. Ibaratnya kan pasien-pasien seperti ini kan ada syaraf-syarafnya yang menurun, susunan syarafnya udah menurun akhirnya kan mengganggu. Ibarat CPU sudah ada virus kan akhirnya mengganggu proses jalannya computer, akhirnya kan bikin kacau..nah sama aja seperti ini. Kan kayak gini akhirnya kan kalo udah ada salah satu di ininya udah ini kalo ga di support terus, kalo komputer dikasih antivirus, ya obat ini kan sebagai antivirusnya, tapi bukan antivirus buat mematikan virus tetapi buat merangsang dia supaya lebih rileks, supaya lebih dia tenang gitu kan..supaya dia bisa berpikir tenanglah, jadi ga terlalu tegang atau gimana..rata-rata tegang kan.

P : kalo pasien-pasien berulang mas, terapinya lebih mudah atau sama aja ? kalo diajak interaksi lagi apa lebih mudah atau balik lagi susah..?

I : untuk terapi maksudnya dalam...?

P : ya maksudnya dalam menjalani keperawatan lagi di sini

I : justru terkadang kalo pasien yang berulang ini terapinya kan dia udah tau, udah pernah, berarti kan tinggal mengulang-ulang aja kan..mengingatkan dia kembali, kalo dulu dia diajarkan cara mengontrol halusinasinya otomatis kan kita mengingatkan kembali, missal “coba dulu pernah belajar apa”. Maka sebelum ini kan pasti ditanya kamu pernah berobat ga di rumah sakit jiwa..gitu “dulu pernah belajar apa untuk ini – ininya” nantikan mengingatkan dia terus..

P : mengingatkan saja ya ?

I : ya mengingatkan sambil ya supaya mengerjakannya itu nanti jangan lupa. Nanti kalo di rumah untuk melakukan hal itu..gitu kan. Nah kemaren-kemaren kan dah lupa tuh, sambil kita Tanya “nanti mau ga masuk sini lagi?” rata-rata kan pada ga mau masuk sini lagi.

P : iya ada pasien yang terpaksa dibohongin keluarganya untuk di bawa kesini

I : ya karena ga mau minum obat lagi, kan rata-rata pasien ini merasa bosan minum obat. Kalo dia merasa “saya ga sakit koq, saya sudah sembuh”.akhirnya dia lepas minum obat, ga lama kemudian pasti akan timbul lagi gejala-gejalanya itu kambuh lagi. Ada juga yang merasa “wah pak, saya kalo ga

minum obat saya ga bisa tidur, ga tenang saya, saya merasa gelisah”..ada juga, banyakan pasien-pasien post-post rawat yang udah sembuh gitu kan, jadi tergantung keluarga juga sih sistemnya, dukungan keluarga. Kadang keluarganya kan ga mau tahu, “bodo ah biarin aja, nanti juga ini kan kumat masuk lagi ke rumah sakit”.

P : iya rata-rata keluarganya begitu ya..

I : karena kalo udah pasien sakit jiwa ini kan udah bosan, udah bolak-balik rumah sakit diobatin gini lagi-gini lagi. Kadang kan dari factor keluarganya ini kurang mendukung, apalagi kayak gini diasingkan. Sebenarnya kan faktor-faktor seperti ini kan perlu support yang kuat kan..dari keluarga dari lingkungan, mereka tuh harus diberdayakan. Makanya pasien jiwa ini tujuannya bukan menyembuhkan, tapi tujuannya adalah mengembalikan mereka kepada keluarga dan lingkungan sebagai manusia seperti umumnya..punya aktifitas sehari-hari seperti orang biasalah..mengembalikan lagi kepada keluarga dan kepada masyarakat dengan minum obat kan..kalo dengan minum obat dia akan bagus bisa berhubungan dengan masyarakat..

P : bersosialisasi

I : bersosialisasi lagi malahan bisa kerja

P : obatnya itu tebus di sini atau mereka bisa beli dimana aja ?

I : obatnya kalo sakit jiwa kan jarang di apotik-apotik, jadi di sini dan mereka juga setelah pulang dari sini kan nantikan 2 minggu kontrol, setelah dua minggu nanti tergantung kondisi pasien gimana, nanti sebulan sekali untuk kontrol.

P : itu kontrol terus ya

I : iya tetep

P : itu tadi pasien BPJS gratis terus ya ? termasuk obatnya juga ?

I : iya gratis, walaupun kalo ada obat yang harganya mahal nanti dikasih untuk berapa hari nanti dia balik lagi.

P : kalo beli di luar mahal ga obat itu ?

I : tergantung, sama aja kayak obat umum, ada yang mahal ada juga yang murah..

P : tablet ya..?

I : ada yang suntik, rata-rata tablet. Ada yang cairan, banyak macem.

P : kalo pasien kontrol obatnya suntik ya ?

I : nggak, suntik itu untuk menangani kegaduhgelisahannya aja. Klo ga gaduh gelisah ya ga disuntik, karena kan pasien gaduh gelisah ga mungkin disuruh minum obat. “apa-apaan ini, koq saya disuruh minum obat” kalo suntik kan ga usah disuruh lagi, langsung aja. Banyak macem sih kalo pasiennya ada yang udah ga mau minum obat ada yang suntik sebulan sekali juga, obat-obat maintenance nya juga, pasien yang sudah bagus tapi disuntik juga ada.

P : mas, kemaren saya Tanya sama bu Nini, “bu, apakah fiksasi di terapeutik apakah masih boleh bu?”, trus dijawab, “ya sebetulnya udah ga boleh mas, karena itu menyakiti pasien, tapi terpaksa mas, karena ini dan itu”.

I : jadi fiksasi ini sebenarnya adalah jalan terakhir, ga mungkin kita fiksasi kalo kondisi pasiennya ga gaduh gelisah banget..karena takutnya fiksasi ini dikatakan pemasangan, karena jangan disamain antara fiksasi dengan pemasangan. Kalo pemasangan yang dikenal di masyarakat kan artinya seterusnya, kalo di sini difiksasi saat kondisi pasiennya gaduh gelisah aja, kalo kondisinya tenang kan di lepas, jadi seperti itu

P : berapa lama biasanya pasien difiksasi ? ga seharian kan ?

I : ga lah, ga seharian. Kalo kondisinya udah bagus udah tenang kita lepas, gaduh gelisah lagi kita observasi dulu..gaduh gelisahnya sampai mana gitu kan, nanti besoknya gaduh gelisahnya kita laporkan ke dokternya..”nih dok, masih gaduh gelisah gini-gini..” biasanya kan obatnya yang dinaikin terapi obatnya itu..nanti kan bertahap kalo kondisinya masih gaduh gelisah lagi ya disuntik lagi gitu..jadi fiksasi dibutuhkan, karena apa..kita jangan bilang terapeutik dan tidak terapeutik, karena kondisi pasien gaduh gelisah adalah yang pertama mengamankan dia supaya dia tidak terjadi cedera karena kalo kayak gitu kan nyawa pun artinya dengan kondisi demikian kan bisa merenggut nyawa, makanya harus diamankan dengan cara fiksasi. Jadi kalo udah kita lepas, kalo pasiennya minta lepas ya kita lepas dengan perjanjian dengan pasiennya “kamu saya lepas kalo kamu tenang, kalo ga tenang akan saya seperti inikan lagi”. Rata-rata pasien “ga pak, saya akan tenang”. Ada juga pasien udah dilepas atau kita mau lepas masih marah-marah ya kita observasi dulu sampai dia tenang, jadi ga selamanya di fiksasi. Fiksasi sih ada banyak ya yang pertama fiksasi baju dan fiksasi diikat di tempat tidur. Biasanya sih kalo udah ngerusak barang difiksasi baju. Ngerusak barang dia pake tangan ya fiksasi baju dulu, atau dia manjat-manjat fiksasi baju juga.. kalo baju fiksasi masih ga ini juga barulah yang jalan terakhir diikat di tempat tidur.

P : kaki tangan diikat ya..

I : iya karena kakinya masih nendang-nendang.. ya udah itukan jalan terakhir, ya sebenarnya disuntik dulu, cuman kan disuntik itu di sini ga ada dokter jaga, maksudnya dalam arti dokter yang standby, harusnya kan kalo ada dokter standby duduk di situ, kondisi pasien gaduh gelisah, “oh ya udah kasih obat ini aja” ya kita langsung, pegang semuanya suntik, udah taro diobservasi, maksudnya kita isolasi kunci di kamar tinggal kita monitor. Kalo inikan dokter jaga juga ga ada, akhirnya ya jalannya tetep fiksasi, karena kita tujuannya adalah bukan menyakiti pasien, tapi mengamankan pasien gitu..

P : dokter cuman pagi doank ya mas ?

I : dokter psikiaternya pagi doank, lainnya on call kan kalo ada apa-apa. Dalam arti on call dokternya dokter jaga UGD. Dokter jaga UGD ke sini kan lumayan waktu, kita ga bisa, pasien nyawanya udah ini duluan kalo kondisi seperti itu kan..jadi kalo itu masih terbaik. Mungkin kalo udah ada dokter jaga, maksudnya standby di sini, mungkin fiksasi itu lama-kelamaan akan ga ada gitu, tetep ada cuman kondisi tertentu aja gitu kan..

P : iya..terakhir nih mas, tujuan dari perawatan secara keseluruhan buat pasien jiwa ini apa sih ? ya tadi kembali lagi seperti yang sudah saya bilang bahwa tujuan dari perawatan itu adalah mengembalikan pasien ke masyarakat gitu kan, bisa berinteraksi lagi dengan lingkungan, kondisi

pasiennya lebih produktif lagi. Karena pasien ini kan perawatannya bukan hanya di rumah sakit saja tetapi terus-menerus seumur hidup dia sampai dia bisa mandiri, dan itu kan jarang sekali, ada juga sih yang bisa mengendalikan diri sendiri, banyak juga sebenarnya,.

I : oke mas Adang, sementara cukup sambil saya liat-liat lagi ke lapangan..terima kasih banyak mas..

Informan : Suyatno (Jawa / 37 th)

Unit perawatan : Akut & Sub Akut

Lama Bekerja : 9 tahun

Lokasi wawancara : Café / rumah makan

Waktu : 11.00 – 12.00

P : Sepanjang yang saya tau sampai saat ini, sangat sulit untuk berkomunikasi dengan orang yang sakit jiwa. Oke gini mas Yatno, mas yatno kan udah berpengalaman sekian tahun bekerja sebagai perawat pasien gangguan jiwa. Bagaimana mas Yatno berinteraksi (komunikasi) dengan pasien dalam proses keperawatan ini ?

I : iya kalo pengalaman saya udah 10 tahun di situ, kalo di ruang IKEP udah 9 tahun..istilahnya kalo komunikasi dengan pasien istilahnya komunikasi terapeutik ya ..ya dalam pelaksanaannya kita SP (salam perkenalan) dulu mas..saling mengenal, ya seperti yang mas sering liat itu lah ya, namanya siapa, kenapa di bawa kesini, karena kan ruangnya ruang akut, pasien gelisah dan kita baru pertama kali komunikasi di situ, jadi Tanya keluarganya di mana, bisa di bawa ke sini kenapa, asalnya dari mana,

P : pertama pengen tau asal-usul, latar belakang dulu ya..

I : ya seperti identitaslah, seperti nama, asal-usul, tanggal lahir, dan kenapa di bawa ke sini..gitu..selanjutnya yang udah-udah kita langsung masuk ke persoalannya. Halusinasi misalnya, tentang isi, frekuensi, waktu..kalo misalnya PK, kenapa sih bisa marah

P: PK tuh apa mas ?

I : Perilaku Kekerasan

P : ooh perilaku kekerasan

I : “Kenapa sih bisa marah, penyebabnya apa “...”rebutan”...panti kan di sini kan rebutan, kalo ga rebutan makanan kalo ga rebutan apa gitu kan..nah kalo udah masuk itu, fase berikutnya tuh tindakannya..bisa tutup kuping dan menghardik..apalagi ada empat gitu..nah kalo di bawah itu Cuma 1,2,3 aja karena sasaran kita Cuma tenang dan kooperatif aja ga ada sasaran lain, jadi kalo sudah bisa menghardik yang kedua bercakap-cakap, kalo misalnya yang PK itu tarik nafas, trus mukul kasur bantal. Maksudnya untuk pelampiasan saja, kalo ada orang kan takutnya melukai orang, ada TV ya bakalan mecahin TV, kalo kasur bantal kan ga bakalan pecah gitu.. itu bisa di ajarkan dan bisa tidak, kalo memang pasiennya pro aktif bisa diajarkan ya di ajarkan tapi kalo tidak diloncati aja dulu, yang penting ada perubahannya dulu, kalo udah ya udah kita apa namanya nanya “anak ga setelah kita ngobrol-ngobrol”..bercakap-cakap gitu kan, kalo dia udah merasa enak dan nyaman..bagus!..trus ya tahap selanjutnya kontrak lagi waktu deh..di shift-shift berikutnya. Ada juga emang kalo pasien yang ga bisa ngomong neh..dateng dengan ngamuk, diborgol, saya kan megangin, sampai saya pernah dipukul mata saya..

P : datang diborgol kayak tahanan gitu mas ?

I : iya.., dulu saya pernah juga jemput pasien ditembusin dari direktur, “mas Yatno, coba liatin pasien di daerah metro apa namanya..? MetroTV di daerah sono..” ..”iya pak”.. saya Cuma bawa security sama supir, bertiga, saya ga tau kondisinya. “Pak gimana kondisinya?”, “ga tau, yang penting diliat aja dulu”.. sampai sana mas, orangnya ngamuk, di masyarakat mas ngamuknya bukan di kita, 10 orang mental katanya..ini kalo saya tau dia ngamuk, saya mestinya bawa 3 atau 4 security, biasanya gitu kan, ya paling ga kan komando kan di perawat..”ya udah gini aja deh, coba dulu nenangin”..ternyata ga bisa kan, udah dicoba mental-mental terus..”cari orang yang ditakutin sama dia”. Iya caranya begitu, cari orang yang ditakuti dan disegeni sama dia..ada 1, pertama dilawan juga, tapi ndeketin, trus dirangkul, udah gitu pegang tangannya, anaknya masuk pegang tangan satunya, kan dua udah?!, udah gitu baru kita kerjasama rubuhin pasien..jangan sampai nggak, soalnya kalo berdiri dia kuat tenaganya, kalo rubuh biasanya agak berkurang..kita injek atau apa gitu kan..kita borgol trus suntik mas..tapi biasanya ga tidur kalo pasien gaduh gelisah..kita borgol sampai rumah sakit. Sampai di rumah sakit sama juga masih caci maki..ga bisa diajak ngomong, ya udah kalo kondisi gitu kita suntik lagi intervalnya 1 jam dua jam kalo ga 4 jam supaya dia bisa relaksasi. Tujuan dia relaksasi biar bisa diajak komunikasi. Kalo ga bisa juga, akhirnya fiksasi atau iket tangan kaki di tempat tidur..udah kita tinggalin aja.

P : oo gitu

I : Ada juga pengalaman, saya di BSD waktu itu istrinya pejabat. Dia fan PDIP, jadi ngomongnya PDIP terus. “mas yatno (saya kan diceritain), gini sejarahnya ibu ini ngomong terus kacau tapi masalah PDIP, saya minta mas Yatno jangan pake baju seragam atau apa, pake atribut apa supaya ga ketahuan “. Nah saya dateng pake mobil ambulance dan mobil pribadi. Ambulance suruh jauh parker di sono biar ga ketahuan, saya pake mobil pribadi sama keluarganya. Nah saya masuk ke situ, ngoceh-ngoceh pak..masalah PDIP, ya udah saya masuk juga, mau ga mau saya harus ngikutin omongan dia ngomongin masalah PDIP kan. Ya udah dia masuk juga kan ngomongnya jadi nyambung kan, trus dia nanya diskotik suka..saya bilang aja juga suka, padahal saya ga pernah..saya ngikut-ngikut aja gitu kan..dia ibu-ibu istri pejabat di BUMN..ya udah dia akhirnya ngajakin ke tempat langganannya di diskotik. Akhirnya saya pura-pura nelpon untuk booking tempat di diskotik.. terus habis itu kita ngobrol lagi..trus ibunya ngajakin “udah yuk, kita berangkat aja”..ya udah berangkat, akhirnya yang berangkat aku, ibunya sama supirnya aja ..

P : berangkatnya kemana tuh ? ke rumah sakit sini ?

I : nahh iya rumah sakit, ke IKEP, tapi dia kan ga tau..pura-pura aja langganannya saya di sini gitu. Supir, dia sama saya..udah bertiga, ambulance di belakang jauh jangan ngikutin gitu kan..udah tuh di situ ngobrol aja PDIP doank, dari awal berangkat sampai rumah sakit ngobrol terus saya..untung bisa nyambung, kalo ga nyambung ga tau deh.

P : itu pokoknya mas Yatno ngikutin alurnya dia aja ya?

I : iya, saya ngikutin aja. Saya sms no mobil sekalian buat ngasih tau ambulance..kan takutnya nyasar atau ada apa kan kita ga tau ya..udah pas udah sampai “udah bu, kita udah sampai di diskotik”..akhirnya kita turun..”lha koq sepi” gitu kan..”iya kita karena masih di depan, ya udah masuk aja dulu”. Nah pas masuk tau dia, karena perawat kan pake baju seragamnya, nah ibu itu baru

tau, baru diem dia..saya ngumpet pak..saya ga mau, takutnya saya dimarahin kan, saya ngumpet biar temen aja yang gentian kerja gitu kan..di situ dibawa ke ruangan ngamuk dia, ga mau, dibopong akhirnya.

P : dia tahu kalo dia dibawa ke rs jiwa dia tau ?

I : tadinya ga tau setelah dia lihat ada perawat baru dia tau.

P : terus akhirnya ketemu juga sama mas Yatno di ruang perawatan?

I : ga , aku ngumpet sampe pulang. Besoknya baru ketemu, diangkat dari dokter ga dikasih apa-apa, paling Cuma diinjeksi doank trus tidur. Waktu itu sih dia ga ngomong apa-apa Cuma ngoceh-ngoceh aja..ga terima. Abis itu kita isolasi di kamar. Kalo diajak komunikasi kan ga mau.

P : trus pas ketemu mas Yatno lagi reaksinya gimana ?

I : dia agak lupa

P : ooh udah lupa dia..?

I : iya..untungnya agak lupa dia

P : berapa hari jaraknya smp ketemu mas Yatno ?

I : ya masuk kan dines pagi, hari berikutnya lagi saya baru masuk..ga tau pagi atau sore saya lupa.

P : 2 hari mungkin ya..

I : iya dia lupa sama saya, jadi ga inget..ya udah akhirnya biasa ngobrol..kalo seandainya dia nanya saya ga bakalan jawab, "ga tau saya mungkin itu temen" gitu kan..kan gitu triknya. Ya itu yang susah sama yang ga susah. Kalo kita ajak ngomong nyambung ya kita SP, kita ajarin cara-cara ngendaliin masalahnya.

P : kalo aku perhatiin mas Yatno tuh kalo ngomong sama pasien dibandingin sama mas Adang beda gitu.. Bedanya tuh kalo mas Adang tuh agak kenceng ngomongnya, mas Yatno kan santai pelan gitu.. sama pasien kliatan ngobrol biasa lah..itu emang mas Yatno bikin gitu ? apakah berlaku sama ke semua pasien ?

I : kalo suku saya Jawa dia Sunda, kalo pasien menurut saya kalo kondisinya susah saya agak keras, kerasnya juga ga teriak-teriak lah..kalo saya saya akui secara pribadi orangnya lemah..saya kan Jawa..*wong* kadang saya dipukul aja diem ibaratnya, mungkin saya serahin ke temen, artinya saya bisa ngendaliin diri kadang-kadang mas. Saya dipukul saya ga bertindak, tapi orang lain yang bertindak gitu.. saya bisa ngendaliin emosilah makanya agak pelan ga terlalu gimana gitu..

P : ditambah juga mungkin ya ini resiko pekerjaan gitu kan

I : kalo di keperawatan kan kita belajar ya..SP strategi pelaksanaan..cara kita ngobrol tadi ya perkenalan-perkenalan aja

P : itu mas yatno dapat dari pelatihan ?

I : iya pelatihan, kalo dulu kuliahku sama sekarang kan beda..kalo dulu tuh TUM tujuan umum dan tujuan khusus..belum ada SP mas, aku masuk situ aja tahun 2004/2005 kali ya, saya tau ada tujuan SP ya di situ..makanya dulu aku kuliah ga dapet, mngkin karena perkembangan ilmu kali kan..setelah pelatihan di situ baru saya dapat.

P : tapi itu tetep namanya pelatihan jiwa ya..

I : iya..karena pelatihan itu..namanya SP strategi pelaksanaan, ke 1 cara menghardik, ke 2 bercakap-cakap, dsb. Tahapnya sih sama aja mas, ada tahap pengenalan, terminasi sama evaluasi. Sama aja, di SP juga ada pengenalan, kontrak waktu, trus masuk terminasinya..masalahnya apa gitu kan.., abis terminasi evaluasi, “gimana tadi habis ngobrol seneng ga..?”, “tadi setelah kita ajarin bisa ga ngulang?”, kontrak waktu lagi untuk berikutnya, udah selesai...makanya terapeutik.

P : sama semua tuh, mau yang ngamuk apa yang ga sama strateginya ?

I : sama, makanya kalo pasien diem pun kita tetep ajak ngobrol.

P : diem sama sekali ga ngomong ?

I : iya tahapnya juga sama..Cuma kan SP nya ada SP isolasi sosial..beda SPnya..

P : kalo diem begitu mas Yatno panggil apa dia mau datang ?

I : ya kita deketin

P : ooh mas yatno datang ke kamar / ruangan ?

I : iya..

P : trus mancing dia mau ngomong gimana mas ?

I : ya biasa ngobrol sama aja. Namanya siapa, ajak salaman,

P : trus kalo dia tetep ga mau nyahutin / respon gimana mas ?

I : ya udah biarin aja. Yang penting tahap kita terlaksana, intinya di situ. Masalah ga respon ya namanya pasien jiwa. Ngomong berapapun ga bakal njawab., tapi urutan kita tetep jalankan, tahapannya tetep sama Cuma SPnya aja yang beda. Misalnya ya PK, PK itu pengenalan biasa, identitas, kontrak waktu. Abis itu terminasinya kenapa bisa terjadi masalah PK, trus cara mengendalikan..nah itu sama, tarik nafas dalam-dalam, cari kegiatan..ada juga sampai terakhir ga bisa-bisa mas..

P : lho berarti ga pindah-pindah donk ?

I : tetep pindah, tujuan kita kan tenang sama kooperatif doank, pokoknya kalo udah tenang udah kooperatif ya pindah..

P : ooh gitu..

I : tujuannya bukan karena bisa ini, udah tenang 3 hari pindah. Jadi sasaran mutu di IKEP begitu..

P : berarti kalo di sub akut beda lagi sasaran mutunya ?

I : sama IKEP itu satu gedung, jadi sasaran mutunya sama, tapi kalo yang di sono beda lagi yang di rehabilitasi..makanya kita bisa ga bisa yang penting personalnya dulu lah, bisa mandi, cuci sendiri udah bagus ya pindah.

P : nah sekarang gini mas, tadi kan mas yatno bilang perkenalan gitu ya setiap pasien baru, nah kalo pasien yang lupa tadi misalnya gini, di IKEP itukan 3 hari / 4 hari ya, hari pertama perkenalan nih, nah terus besoknya bisa ga lupa lagi sama mas yatno gitu ?

I : bisa

P : itu diulang lagi, perkenalan lagi ?

I : untuk tahapnya sama tapi kalo udah sekali dua kali pertemuan istilahnya perkenalannya udah beda lagi. Evaluasi kemaren, evaluasi yang pertama dulu, "kamu namanya siapa", kontrak waktu tetep, trus evaluasi " kemaren gimana" mengenai cara-cara yang kita ajarin, "suara-suara bisikan masih ada ga sih?" gitu. Terminasinya tetep Cuma diawalnya aja agak beda dikit.

P : kita kalo udah itu kan biasanya akrab trus lebih nyaman ngobrol sama orang..nah buat mereka tuh gimana, lain-lain ya ada yang bisa dan ada yang ga ? gmn ?

I : iya betul ada yang nggak..kayak sekarang kalo udah RM, Retardasi Mental..dia kan ga tau apa-apa, Cuma longa-longo..mondar-mandir, mau diajak berapaun komunikasi tetep begitu aja perilakunya. Hiperaktif kadang, susah..komunikasi berapapun ga bakalan bisa. RM kan modelnya kayak orang keturunan, beda kalo sama yang latar belakangnya bagus-bagus lah pendidikan, tamatan SMP, SMA, itu kan bisa, nah kalo tamatan SD, trus pada ga lulus..yang namanya gepeng, kan beda dan juga sama orang yang punya keluarga kan beda. Kalo yang masih punya keluarga, bagus masih inget, berobat pun masih suka negur "pak" masih inget dia..nah kalo gepeng..beda mas. Jadi tergantung latar belakang juga.

P : oo gitu ya..tergantung latar belakang juga.. nah gepeng-gepeng itu dirujuknya dari panti ya mas.?

P : iya..tapi yang aku liat dari panti ka nada keluarganya juga mas. Kalo dia dibawa ke durenawit itu keluarganya tau ga ?

I : jadi ada kategorinya mas, ada keluarga yang bawa ke panti, ada juga yang sengaja keluarga buang..artinya mereka tau udah taro di panti udah biarin aja.. Nah mereka (orang panti) tau kalo pasien ini ada punya keluarga, kalo yang keluarganya nganter, di kasih tau "pak, anaknya di bawa ke RSKD ". Dari panti yang kasih tau, tapi kalo sengaja dibuang, kalo masih mau nyari kadang ada yang nyari juga. Kalo ga, kalo pasien masih inget punya keluarga ya coba kita hubungin, "pak, bapak keluarga pasien ini" gitu.. "oh ya" "pasiennya sekarang di sini " kalo ga ya udah biarin aja, ntar kalo pulang ya balikin ke panti lagi.

P : Jadi memang udah kayak di buang ya..

I : iya memang dibuang.

P : kalo pasien baru mas, rata-rata itu kalo masuk ngamuk ga ?

I : Ga..ga semua, jadi kebanyakan gini. Kan alurnya kebanyakan dari panti ya..dari panti kan dokter meriksa, seminggu sekali atau dua minggu sekali ke panti. Dari sana diperiksa oleh dokter, banyak yang ngamuk-ngamuk misalnya, keluhannya ngomong sendiri, mondar-mandir, setelah masuk rumah sakit diikat, padahal keluhannya ga, biasa aja tenang..paling komat-kamit, mondar-mandir, tapi ngamuknya aga ada, karena mungkin pemicu di sana dip anti sesame pasien itu apa..kalo di sini ga, sementara di rumahnya ga ada pemicu atau apa mungkin ya, mungkin karena situasi atau gimana ya..ga tau juga, di sini mah tenang dia biasa aja

P : kalo mungkin pas dilihat di sini tenang ya..

I : iya biasa aja..jadi ngamuk-ngamuk tuh ga ada. Sehingga kalo di keperawatan kan pasien ngamuk harusnya PK, tapi kalo keluhannya ga ada, Cuma mondar-mandir..ya kondisinya jadi halusinasi yang ada, karena ga ngamuk PK ini sebetulnya resiko aja, resiko karena kejadian di panti.

P : iya..ya mungkin pengaruh dari panti juga ya..

I : iya..jadi ada yang ngamuk ada yang nggak.

P : inget ga mas waktu aku ke sana ada pasien namanya Hamzah..inget kan Hamzah..*sing njenengan kon moco surat opo* terus fasih begitu..?

I : oo ya

P : kan ga ada gelisah atau ngamuk..atau halusinasi atau apa pasien itu ? itu pas aku dateng udah hari ke berapa si pasien di situ ya

I : lupa saya halusinasi atau apa..pasiennya sih inget, tapi lupa udah berapa harinya..

P : aku tuh heran loh mas terus terang.. ini koq dilihat dari mana gilanya, orang pasien ga gila koq..*diajak ngomong yo nyambung ngono loh mas*..becanda ya becanda, serius yo serius..trus disuruh baca surat ini ya bener surat itu yang dibaca..aku sampai bingung koq alasannya apa pasien di bawa ke sini..

I : iya..kadang kalo alesan untuk masuk kan pasien gelisah di situ ya .., IKEP terutama yang di duren, pasien gelisah itu ngamuk, mondar-mandir, ga bisa tidur, ngoceh-ngoceh terus..nah itu kategori gelisah. Kalo komunikasi kemaren memang ga kliatan begitu ya, coba kalo mas lilik ngajak ngobrolnya lama..ntar biasanya baru ketahuan deh..ngaconya ga nyambungnya..kalo Cuma sebentar kadang masih nyambung. Tapi kalo ngamung 12 menit atau sampai 30 menit..baru keliatan pasiennya..

P : mas Adang pernah bilang kalo ngobrol sama pasien mereka itu paling 15 menit gitu..efektifnya, habis itu udah susah gitu..bener gitu ya mas ?

I : iya bener..

P : itu emang ada teorinya atau emang baru ditemuin di situ ?

I : kalo keperawatan kayaknya ga ada teori-teori begitu ya, ya Cuma tindakan komunikasi aja.

P : ooh jadi pengalam di situ aja ya..

I : ya..mungkin itu dokter kali yang tau teorinya ya.. kita pengalaman sih di lapangan

P : tapi mas Yatno pernah denger ga dari dokter begitu ?

I : kayaknya pernah sih..iya memang sebentar doank konsentrasi, udah ke sana ga ada konsentrasi lagi, nagco udah ngomongnya, makanya kalo sebentar nyambung kan, kalo lama pasti udah ga nyambung kebanyakan. Error udah.

P : kadang dia sendiri aja ga kenal siapa dia ya..kayak kemaren “namanya siapa” trus disebut siapa gitu..trus saya diliat di papan tuh “mas Adang ini namanya siapa? “ “si ini”.., “lha koq dia jawabnya ini?, ya begitu lah mas”. Beda-beda gitu..kalo misalnya dia di IKEP 4 hari mas, ditanyain terus juga namanya selama 4 hari itu ?

I : iya..dinamain tetep kan, dari pertama kan pasti nanya nama.

P : ga, maksudnya hari pertama disebut namanya ini, trus berikutnya disebut namanya lain ?

I : ooh ga lah, kalo perkenalan ya namanya yang kita panggil yang ada di papan. Atau bisa juga, misalnya namanya di papan Joko, trus kita panggil dia “Joko!” dia ga nyahut-nyahut..trus kita Tanya namanya siapa, dia bilang “ini!” ya udah selanjutnya kita panggil aja si “ini” namanya gitu..

P : ooh gitu..

I : iya ..kita panggil “ini” baru nyahut..ya udah kita panggilnya seterusnya “ini” ..

P : nah itu dapet nama tuh darimana? Dari panti ?

I : iya dari panti. Kalo nama ya ibaratnya sesuka mereka lah ya, karena biasanya saya ngalah, kalo dia tahu ya kasih nama sesuai dia..ya kalo ga tau, ya Bejo, ya Joko..terserah yang namain aja.

P : ooh gitu..makanya ada yang di sebut si Pulan juga ya..

I : iya, makanya kadang-kadang ada yang namanya Adam, Akin misalnya..ya yang kasih nama mereka-mereka juga.

P : trus gini mas, yang aku liat itu baik mas Yatno maupun mas Adang itu kalo manggil tuh langsung nama gitu kan..walaupun usia mereka itu kan udah ada yang sepuh gitu kan. Itu gimana ya koq ga pake Pak, BU, mas, atau mbak..?

I : iya, selama ini ga ada aturannya yang bgiu..ga tau juga ya apakah ada aturan yang baku ga tau juga ya.. Bapak atau apa gitu ya..Cuma kalo di papan, harusnya ada Nyonya, Ibu atau apa gitu ya.. tapi kalo manggil ya kita langsung aja nama, ga tau kenapa dulunya juga begitu soalnya.

P : dari pertama kali mas yatno masuk ke situ juga begitu ya

I : iya seniornya juga begitu..kadang-kadang kalo pas lagi *blong* ya nginget manggil pak ! ya pak, tapi jarang banget. Terus terang aja jarang, kebanyakan namanya.

P : pernah ga ada bedanya mungkin pas mas yatno panggil..”mas sini mas “, “pak sini pak”?

I : sama aja, karena kan kategorinya pasien gelisah. Kalo yang udah engkong-engkong ya panggil bapak lah, kan udah umur 60 atau berapa gitu..ya kalo yang seumuran dengan kita ya sama aja, kebanyakan kan seumuran kita kan. Usia 25, 35..

P : usia-usia produktif itu kan ya

I : iya. Malah masih ada yang baru 19 tahun, itu si agustin kan, makanya kita manggilnya nama biasa aja.

P : kalo saya liat mas, latar belakang suku pasien kan beda-beda ya mas, ada yang batak, cina, dll..itu ada cara khusus ga mas, kan budaya mereka beda..?

I : ga ada, semua sama. Jaminan sama, alat-alat juga sama. Ga da bedanya semuanya sama aja. Paling komunikasi kalo yang ga tau ya, kasih yang tau, misalnya kalo sunda ya kasih Adang karena dia sunda kan.. karena saya kan ga ngerti bahasa sunda, tapi kalo pelayanan yang lain semua sama.

P : gimana mas, kerja di situ nyaman ga mas ?

I : saya udah tiga kali pindah, di puskesmas, PT, dan sekarang paling nyaman di sini.

P : yang bikin nyaman apa mas ?

I : yang bikin nyaman ?

P : temen-temen perawatnya atau ?

I : lingkungan..betul. dulu waktu di puskesmas, di cilacap, kadang kan di UGDnya, rawat inap sih, jam 2 kadang bangun, jam 3 terima pasien, jahit apa gitu kan..capek, ga bisa tidur. Di PT, lingkungannya ga nyaman, ibaratnya tembok bisa berbicara, bisa denger gitu.. sama sekali ga nyaman. Di sini nyaman, umur kan hamper semuanya sepantaran.. enak jadinya buat temen gitu. Trus lingkungan kerja enak, pasien juga enak, santai..artinya kita capek di rumah, di sini ga terlalu capek. Waktu di PT atau di mana capek saya mas..kalo di sini saya bisa agak santai sedikitlah.

P : padahal di sini yang dihadapin bukan ini ya..maksudnya ga normal gitu kan..pekerjaan kita berhubungan dengan bukan orang seperti pada umumnya..tapi justru mas yatno merasa nyaman karena lingkungannya ya..

I : iya. Kita ibaratnya Cuma komunikasi doank. Kalo fisik kan pake pisau beneran, kalo ini kan Cuma ngomong..ya biasa-biasa aja.

P : tapi pernah ga mas, ngerasa bener-bener jengkel sama pasien ?

I : ya pernah, waktu dipukul pun sebenarnya saya juga kesel, namanya dari belakang..

P : itu mas yatno lagi kegiatan apa itu ?

I : lagi ngobrol sama ibunya, trus dia ga terima..

P : oh sama keluarganya, di ruang perawatan ?

I : dulu kan di UGD, kan mondar-mandir, trus saya lagi urusan di counter, terus tau-tau..plok!! “ngapain kamu ngobrol sama ibuku, ga mau saya” begitu..ga mau dia saya ngobrol sama ibunya, dari belakang mas..ya kesel juga jadinya kan..tapi untungnya ya bisa ngendaliin sih.

P : tapi pas di ruangan perawatan ga ada ya, ga pernah

I : ya kadang kesel.kalo AC di rusak, apa-apa di rusak

P : ooh property di rusak

I : iya..

P : nah ngerusaknya tuh kenapa, ada maksudnya atau dia iseng doank atau apa itu?

I : itulah mereka yang kita bina kan sebetulnya perilaku, perilaku mereka kan kacau. Kalo nendang-nendang pintu sampae jebol tuh dia pengen pulang., kadang kaca juga di tendang karena dia minta pulang..emng udah kacau perilakunya, mau dikasih obat udah berapa kali juga. Sekarang kayak yang diiket, si Roy, itu udah dikasih obat berapa aja, masih kacau aja perilakunya.

P : udah yang ke berapa kali dia masuk mas ?

I : ga tau deh udah berapa kali dia, udah beberapa kali sih. Mau dipakein baju, tetep aja main air, nyobekin baju, ga ada perubahan. Ya karena halusinasinya juga bisa mas. Makanya kan perilaku kacau karena bisikan juga kan..kadang kalo lagi interaksi saya nanya “kenapa sih koq suka ini itu?”..ya kadang ada yang nyuruh dia marah. Ada bisikan suruh mukul gitu kadang-kadang. Itu karena ada suara halusinasinya.

P : pernah mas yatno tanyain ?

I : pernah, emang ada yang nyuruh emang. “kenapa kamu pengen bunuh diri sih?”, “ada yang bisikin saya suruh mati”. Itu memang ada bisikannya.

P : ada lagi pasien si Oji ya..iniin gembok pintu..bunyiya keras gitu..maksud nya *opo kuwi* ?

I : bisa aja nyari perhatian mas. Karena ga diajak ngobrol..kan ada juga yang gitu-gitu pengen ngobrol juga mereka. Atau bisa juga ya pengen keluar juga.

P : trus juga baru kemaren saya liat, udah berkali-kali ke lapangan, baru kemren saya liat ada pasien yang iseng gangguin temenya ngajak berantem. Temennya lagi tidur di gangguin sampe teriak-teriak..kalo pasien kayak gitu gimana tuh mas ?

I : ada juga pasien iseng gangguin temennya ya..ya memang ada juga memang pasien yang perilakunya ga bener gitu ya. Ya perawat bilangin “jangan begitu, temennya lagi tidur” atau apa gitu ya..kalo emang ga bisa juga ya kita isolasi. Dikurung di kamar sendiri..kalo ga ntar ganggu lagi dia.

P : tapi ga seharian kan ?

I : kita komunikasi sama dia, kita tawarin lagi, mau tenang ga, mau ganggu temen ga, kalo tenang ya kita keluarin kalo gay a biarin aja dulu. Biasanya ada yang mau jawab, ada juga yang dengan perjanjian.

P : perjanjiannya gimana ?

I : gini, “kalo kamu mau tenang, ntar kamu ga saya apa-apain, ga saya kurung”, gitu kan, “tapi kalo kamu ga mau tenang nanti saya kurung terus”, gitu. Fiksasi misalnya, “kalo tenang, nurut saya lepas iketannya”, trus gertak juga “kalo masih ngamuk lagi, besok saya iket lagi” gitu. Kadang-kadang kayak si Roy kan diapa-apain juga ga mau nurut. Kadang kalo dengan alus-alus, maaf ya, pasien ngelunjak juga loh.

P : kalo dialusin kadang ngelunjak ?

I : iya bener, artinya kalo kita biasa merendah atau apa itu mereka berani. Kadang kelewatan berani.

P : kalo kita keras gitu ?

I : ada yang berani ada juga yang ga, ada juga yang berani juga ngelawan berantem juga ada. Aku aja pernah diajakin berantem

P : itu pasien ada yang tatoan juga tuh mas, itu dari gepeng juga ?

I : iya gepeng, dari keluarga juga ada.

P : Biasanya perilakunya lebih kasar atau gimana yang gepeng-gepeng itu ?

I : ga, sama aja sih. Di situ kan kondisi perilaku pasien kan emang gelisah. Kita ibaratnya semua pasien gelisah.

P : kenapa mas koq di akut itu pasien perempuan dan laki-laki di gabung ?

I : iya karena ga ada ruangan lain mas, khusus akut doank yang digabung.

P : ya kalo saya amati pasien cowok juga cewek sering ada yang telanjang mas. Apa ga “bahaya” itu ?

I : ya kekhawatiran untuk itu ada juga, makanya kita awasi terus jgn sampai ada yang kecolongan.

P : kita ngawasin dari cctv ya ? dari dulu cctv apa baru ?

I : iya..dari dulu cctv udah ada. Dulu malah ada fasilitas karambol sama catur .

P : itu buat siapa ? pasien ?

I : iya buat pasien, karena pasiennya gelisah itu karambol dibuang, catur dipatahin..sekarang udah ga ada lagi. Dulu itu, sekarang udah ga ada lagi. Ya begitulah saya nyaman sih kerja di sini..

P : menurut mas Yatno temen-temen yang lain tuh gimana ? kalo interaksi tuh apakah ada yang tipikalnya marah-marah mulu ?

I : sebenarnya harusnya kan sama ya..tergantung orangnya juga ya mas.kalo emang dasarnya sifatnya begitu ya udah, karakternya.. ya kalo saya orang Jawa ya begini, orang Padang ya begitu kan,

P : ya mungkin banyak orang yang ga tau termasuk saya, sebelum saya masuk ke durensawit mas, saya pikir memang kalo berhadapan dengan pasien spt ini ya harus galak mas, dibikin biar takut. Karena biasanya orang kalo takut kan nurut, ngapain aja..kan begitu. Nah aku masuk sini itu kan

karena ada temenku yang punya kerjaan di sini, dia sih bukan karyawan, tapi supplier obat di sini, dia sendiri juga ngomong gitu mas,,kalo perawat di sini tuh galak-galak, terutama yang di belakang (IKEP). Nah aku pikir kan emang harus begitu ya..nah kebetulan pas aku lagi nunggu temenku itu di lobby RS, pas lagi ada kegiatan senam setiap hari jumat buat pasien kan, nah aku liat sendiri ada pasien yang mau ke toilet laki-laki tapi salah masuk ke toilet wanita..ya sama perawat dibentakbentak gitu mas. Itu udah dua kali hal yang sama aku liat mas. Aku jadi mikir memang harus keras kalo menghadapi pasien spt ini, padahal ini kan terapeutik ya, yang saya tau kan teknik terapeutik ga begitu, harus lemah lembut, kasih sayang gitu kan..

I : yah tipikal orangnya aja mas, ya kadang-kadang kalo pasien fisikpun ada juga yang galak kan.

P : nak kalo ketemu pasien yang tipikalnya keras kalo ngomong mas, pas interaksi gitu mas yatno gimana ?

I : kalo aku biasanya pelan dulu. Ajak ngomong..tulis aja dulu..kalo ga bisa pelan juga ya udah tinggal aja dulu..

P : ooh tinggal aja, ga ikut keras ?

I : ga mas, saya tinggal aja..kesel juga soalnya..ntar lama-lama baru ngajak ngomong lagi gitu..ya namanya udah susah mau kita ajak gimana juga ga bakalan mau dia.

P : kalo pasien yang relaps mas, pastikan mereka familiar ya sama perawat, kayak roy agustin itu, masih nget ga sama mas yatno dia ?

I : kalo sama saya ga, tapi sama adang, sama made masih dia, mungkin nama saya susah kali ya. Tapi muka biasanya apal. Paling saya bilang "ah, kamu lagi" paling dia Cuma ngomong "eh iya pak" gitu juga.

P : mereka rata-rata masih inget juga ya..?

I : ya ada yang inget ada yang nggak mas, tergantung kondisinya. Ada juga yang blank.

P : itu kalo pasien berulang mesti masuknya dari IKEP dulu ya mas ?

I : iya, IKEP itu bisa akut dulu atau bisa langsung ke sub akut kalo pasien tenang.

P : yang bisa memutuskan pasien masuk akut atau sub akut ? dokter ?

I : iya dokter, perawat cuman nyaranin aja. "dok, ini pasien cukup tenang" gitu. Yah kebanyakan pasien-pasien kayak gini kan bolak-balik ke RS, 99 % pasien begini ya begitu..ga tau factor keturunan atau apa kali ya.. jadi artinya ya pasien begini nih seumur hidup yang saya tau, kecuali yang baru-baru karena stressor yang biasa.

P : beda ya ? jadi pasien yang memang turunan dari kecil sama pasien yang sakitnya ngalami hal-hal yang bisa menyebabkan dia begini pas udah gede tuh beda ya ?

I : beda

P : kalo yang baru-baru itu bisa sembuh ya ?

I : bisa, karena dulu pernah ada pasien yang di rumahnya itu sampai naik kea tap-atap katanya. Di sini di rawat beberapa hari udah pulang dan kondisinya bagus.

P ; stress dia ya ?

I : iya stress, ga tau stressornya apa masalah rumah tangga atau apa saya ga tau.

P : berapa lama sih mas rata-rata pasien di rawat mulai IKEP sampai tenang ?

I : yang saya tau di bawah (akut) 3, di sub akut 7 hari, dan di ruang depan tuh (belimbing) pasien ikut rehabilitasi mental 10x

P : 10x tuh dalam berapa hari mas ?

I : ya ga tau saya ya, belum pernah di belimbing saya. Yang saya tau pasien ikut rehabilitasi mental itu 10x. ya dengan standar itu mungkin kurang lebih ada 20 harian lah ya sampai dianggap sembuh.

P : tapi tetep dokter yang menilai kan ya pasien dianggap sembuh ?

I : iya, udah boleh pulang kalo sembuh.

P : *trus ibarate wong loro kan nek wis mari muleh, nek pasien jiwa ?*

I : ya namanya pasien jiwa sembuhnya kan masih ngaco juga, tapi yang penting kan perilakunya..bisa mengendalikan perilaku.

P ; jadi kita bisa menilai sembuh itu kalo perilakunya udah terkendali, tenang gitu ya..

I : iya. Karena memang perawatan itu fungsinya untuk mengendalikan perilaku yang kacau, ga bisa tidur, ga tenang gitu.

P : jadi dokter juga melihat yang penting tenang perilakunya terkendali gitu..

I : ya kalo menurut saya ya..

P : *lha ujung-ujunge balik meneh-balik meneh to ?*

I : iya *balik meneh*..kalo typhus jelas ya ilang penyakite..nah kalo ini yo balik lagi-balik lagi.

P : ya susah juga sih yam as, nama nya emosi koq yak an sewaktu-waktu bisa berubah, jangankan besok, pagi siang dan sore aja beda koq.

I : iya pasiennya kan labil, ga minum obat ya kacau lagi..telat sekali kacau lagi..sembuhnya darimana coba..

P : *yo wis mas, ngko kapan-kapan ngobrol-ngobrol lagi yaa suwun.*

Key Informan : Nini

Jabatan : Kabid. Keperawatan RSKD Duren Sawit

Usia : 45 Thun

Lama Bekerja : 15 Tahun

Lokasi wawancara : Ruang kerja yang bersangkutan

Hari / tanggal : Selasa, 22 Juli 2014

P : berkaitan dengan jabatan ibu sebagai kepala bidang keperawatan, menurut saya ibu memahami betul seluk beluk keperawatan, khususnya keperawatan jiwa di RSKD ini. Umumnya, saya sebagai peneliti dan umumnya masyarakat mengetahui bahwa orang dengan gangguan jiwa sulit untuk diajak berkomunikasi. Kadang bicaranya ga nyambung, yang ditanya A jawabannya B, menurut pengalaman ibu dalam keperawatan jiwa ini bagaimana ?

I : untuk menangani pasien ?

P : iya

I : jadi memang perawat kami, kami sudah bekal dengan ilmu ya. Jadi bentuknya dengan pelatihan, pelatihan yang kami adakan inhouse training ya. Dari mulai asuhan keperawatan kemudian bagaimana teknik untuk menangani pasien-pasien jiwa. Itu namanya pelatihan kedaruratan psikiatri. Jadi memang perawat-perawat yang ada di ruang rawat, khususnya rawat inap memang sudah mempunyai bekal pengetahuan melalui dengan kegiatan *inhouse training*. Tentunya mereka sesuai dengan kompetensi yang ada di ruangan, jadi seperti itu.

P : tipikal pasien itu macam-macam bu ya, ada yang diem saja, kemaren juga saya liat ada yang teriak-teriak, bahkan ada beberapa yang berpotensi untuk melakukan tindakan kekerasan. Penanganannya gimana bu ?

I : untuk menanganinya kita lihat dulu mengacu dari diagnose, dari diagnose medis tentunya kita punya diagnose keperawatan. Dari diagnose keperawatan, misalnya si pasien itu ditarik kemungkinan dia halusinasi pendengaran, jadi halusinasi pendengaran tentunya si pasien akan selalu mendengar bunyi-bunyi yang semestinya itu tidak ada. Kita dari segi keperawatan sudah memahami ilmu itu, bagaimana teknik untuk menghardik halusinasi, yang pertama itu apa yang harus dilakukan, bahwa apabila pasien mendengar bunyi-bunyian ya harus menutup telinga, baru katakan saya tidak mau mendengar suara-suara itu. Jadi teknik di lapangannya memang seperti itu. Jadi kalo pasien-pasien yang menarik diri, kita ga boleh paksa juga sampai nanti diagnose akhirnya didapat dan ditentukan oleh dokter yang merawat.

P : itu semua pasien latar belakangnya diketahui bu ? atau memang pasien ini sudah ada diagnosanya begini-begini ?

I : biasanya sih kita liat kronologisnya ya.

P : dari panti ya bu kebanyakan ?

I : iya dari panti, keluarga juga ada.

P : dari panti kita sudah dibekali dengan pengetahuan, ohh ini pasien begini, yang itu begitu, gitu bu ?

I : iya karena kan juga kerjasama ya dari durenawit, karena dari dokter dan perawatnya semua menggunakan dokter dan perawat Durenawit.

P : jadi kita yang ke sana atau gimana ?

I : iya kita yang ke sana. Dan kemudian kalo pasien-pasien itu akan control, mereka bawa ke RSKD.

P : kayak ruang IKEP (Akut), itu kan kapasitasnya sedikit ya bu ya, Cuma ada 6 ya. Nah itu berlaku sistem antrian atau gimana bu ?

I : kalo di lihat dari sistem antrian itu juga nggak ya, jadi kita lihat mana yang urgent itu yang harus masuk. Jadi memang nanti kalo keadaannya kepepet di ruangan, bagaimana teknik kita nanti di dalam yang mengatur.

P : kira-kira untuk berkomunikasi dengan mereka agar lebih efektif, ada ga bu waktu yang tepat ?

I : ada, tentunya setiap hari perawat akan melakukan komunikasi terapeutik, jadi selalu ada, jadi kontrak waktu. Kontrak waktu dengan pasien, tetapi kalo pasiennya belum bisa di ajak komunikasi, tentunya kita ga bisa paksa,

P : kontrak waktunya itu jadi perawat akan langsung ngomong kepada pasien, kapan kira-kira waktu untuk ngobrol dengan pasien begitu ?

I : iya.. jadi pasiennya kalo kita ingin melakukan komunikasi terapeutik, harus kita beritahu dulu.

P : berapa kali sehari ?

I : sekali per shift, kalo shift ada 3 berarti 3 x sehari.

P : shift malam juga mereka ada interaksi ?

I : shift malam interaksi sebelum mereka tidur

P : kemaren saya sempet ngobrol dengan teman-teman di keperawatan, pada saat mereka interaksi dengan pasien, itu rata-rata waktunya itu ga lama, Cuma 10 menit – 15 menit begitu, karena setelah itu mereka biasanya ga fokus dan cenderung ga betah atau gimana dengan perawat. Nah, apakah betul demikian ibu ?

I : iya jadi sesungguhnya pasien itu bukan tidak fokus dan tidak betah, kita melihat dari diagnosanya. Kalo diagnosanya dia halusinasi pendengaran atau penglihatan, kemudian waham, tentunya dia kan selalu bawaannya kalo dia halusinasi curiga tentu ada, menarik diri tentu dia ada. Jadi memang untuk melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien jiwa memang harus tau teknik dan diagnose, kalo misalkan dia dalam keadaan labil, atau tidak tenang, kita tidak bisa melakukan komunikasi, walaupun kita sudah kontrak waktu sekalipun. Kita juga ga bisa paksa untuk menanyakan dia,

misalkan dari nama saja ya, “coba sebutkan namanya siapa?” untuk mengenal jatidirinya dulu terlebih dahulu, dia harus berfikir panjang dan lama, artinya dia belum bisa untuk mengendalikan dirinya siapa dia, tetapi kalo dia dari komunikasi aja dia bisa untuk menyebutkan jatidirinya, umur, kemudian “anda berada di mana sekarang” misalnya si A, “sekarang di mana?” dia bisa, “saya berada di rumah sakit durenawit”, nah itu enak, kesannya sedikit dia akan bisa menceritakan kronologis dia masuk.

P : iya, saya sering di ruang IKEP, kalo di tenang itu kan rata-rata pasien sudah ini ya..stabil dan lumayan bisa beradaptasi

I : iya kalo di IKEP memang, namanya juga ruangan akut dan sub akut ya, tentunya sangat sulit, fasenya ini ya kalo dinilai dari ilmu kedokteran jiwa itu ya, “panscore”nya masiik dikatakan 45 pak, artinya memang belum bisa dia diajak komunikasi

P : jadi fase dalam terapeutiknya ga harus sesuai ?

I : ga..ga harus, memang sih seharusnya sesuai dengan rencana, tetapi tidak bisa dipaksakan. Tetapi ka nada riwayat pasien yang berulang, kalo dari panti itu kan berulang pak, kalo dia melakukan kesalahan sedikit, kirim lagi. Nah, SOP yang ada di sini, pasien-pasien datang, harus masuk IKEP.

P : wajib ?

I : wajib,

P : walaupun mungkin tidak gelisah atau gaduh ?

I : tidak gaduh..iya wajib masuk dulu di sana. Pokoknya dia harus masuk dalam keadaan “oh ini akut loh”. Nanti setelah diperiksa dokter atau 2 hari atau gimana, baru pindah ke sub akut., baru dia masuk ruang tenang..gitu..

P : saya sering temukan juga pasien di akut itu ..

I : ada yang tenang ?

P : banyak sekali justru yang tenang bu.

I : iya, itu yang udah berulang pak..

P : nah terkait dengan berulang ini bu, maaf mungkin ini sedikit sensitif, menurut ibu factor apa yang menjadi masalah pasien berulang, dari pasiennya atau justru dari pola pengasuhan keperawatannya ?

I : iya, biasanya kalo pasien-pasien berulang, kita kan memang rata-rata merawat pasien itu kiriman dari panti laras. Jadi di sana juga untuk melakukan kenapa dia harus masuk hanya menerima laporan mungkin sepihak ya, karena memang jumlah pasien di panti itu ratusan, jadi dia memang ga bisa langsung melihat..kemudian untuk masuk juga ke sini, kalo dokternya melakukan visit ke sana, kerjasama dengan perawat panti dan perawat kita, misalkan “dok, pasien ini semalaem begini-begini,” trus diperiksa oleh dokternya ya, mulai gaduh lagi ngaco lagi, kemudian di kasih pengantar lagi untuk rawat. Sesungguhnya bisa dia ngaco lagi itu karena rasa ketidaknyamanan dari petugas panti, oleh karena dipaksa atau bagaimana gitu..

P : jadi kalo dari panti kembali ke panti lagi bu ya?

I : iya. Ga boleh kembali ke keluarga, misalkan pasien itu kiriman panti, kemudian datang keluarganya, keluarganya mau ngejemput itu ga boleh. Jadi kita dikirim dari panti harus kembali ke panti. Nanti urusan keluarga yang akan mengambil, itu nanti keluarga yang berhubungan dengan pihak panti.

P : ooh begitu , kecuali kalo pasiennya langsung ke sini bu ya ?

I : iya, kalo pasien ke sini kan tentunya banyak sumber ya. Ada yang terlantar di bawa oleh polisi, ada yang di bawa oleh keluarga, kalo keluarga, ya harus keluarga lagi yang ambil, kita ga bisa kita pulangkan ke panti ga bisa, kecuali terlantar. Kalo terlantar iya.

P : terlantar artinya keluarga tidak lagi mau ngurus ya ?

I : iya

P : dari panti itu hasil razia dari jalan ya bu?

I : iya kalo pasien dari panti itu memang dari dinas sosial. Bisa razia jalanan, nanti dari pekerjaan dinas sosial yang memasukkan ke panti. Biasanya di sini kalo masuk terlantar, orang masyarakat umum yang bawa, misalnya polisi, nangkap orang di jalanan, dia ga tau prosedurnya, langsung dibawa ke durenawit..

P : oh ada juga ya bu ?

I : ada pak, itu yang dikatakan terlantar, terlantar umum yak arena kita ga tau siapa ini dari mana gitu kan, dicituk aja dari polisi, polisi yang bikin surat keterangan nanti.

P : iya kalo udah begitu nanti kan perawat juga ga tau latar belakangnya, pasien gimana-gimana, apakah pasien waham atau halusinasi segala macam, bahkan namanyapun perawat juga ga tau.

I : iya namanya juga ga tau, nanti kalo dia pada saat dilakukan komunikasi dia bisa menyebutkan nama ya nama itu, tapi nanti berganti pak, nanti di ruangan ngaco lagi, bilang "Adi" nanti di ruangan bilang lain. Jadi ya kita sumbernya dari awal aja. Yah memang unik sih merawat pasien jiwa pak

P : betul bu, makanya menarik buat saya.

I : iya kalo saya suka ya, soalnya kenapa, dengan belajar seperti itu kita bisa mampu mengendalikan diri kita sendiri, kalo saya seneng. Bisa mengendalikan, bagaimana fase kita untuk marah yang berlebihan, bisa untuk mengontrol diri. Jadi koping kita memang harus kuat, iya kalo saya seneng belajar-belajar gitu.

P : iya..di sini kalo saya menyebutnya ada 3 kategori perawatan, yaitu akut, sub akut, dan tenang. Apa sasaran dari tiap-tiap kategori itu bu ?

I : kalo sasaran kan tentunya, kalo sasaran dari segi keperawatan ya, jadi pasien-pasien yang sudah dilakukan triasi itu, sesuai dengan tempat. Jadi tidak ada kemunculan kegawatdaruratan di ruangan tenang. Jadi sasarannya bagaimana pasien itu diberikan terapi sesuai dengan diagnose yang dokter tentukan pada saat dia akut, dan bagaimana pasien itu nanti dikatakan sub akut, harus dipindahkan,

obatnya harus berganti seperti apa,. Itu kalo untuk sasaran dari segi keperawatan itu ya. Tetapi kalo dari dokter menilainya dengan panscore. Panscore kalo untuk keperawatan tidak terlalu banyak mengetahui ya., ilmu mereka dalam kejiwaan.

P : iya, kalo tujuan umum dari seluruh proses keperawatan itu sembuh. Sembuh mungkin di sini artinya berbeda ya bu, sembuh sebagai manusia normal pada umumnya atau sembuh sebagai pasien jiwa.

I : sepertinya kalo sembuh secara normal sih 50% ya, kalo dari segi keperawatan ya, karena kenapa, biasanya kalo pasien-pasien panti itu kan udah menetap ya , kemudian kalo yang umum, rata-rata keluarga malu ya untuk menerima mereka, jadi antisipasi untuk membantu kita tuh kayaknya ga ada, misalkan kita menyiapkan nih, untuk pulang ya, nanti pulang..”bu, ini tolong ya nanti kontrolnya harus sesuai dengan jadwal control”. Jadwal minum obat harus teratur, karena dimana kalo tidak teratur dia fase untuk kembali lagi gaduh ada, muncul kembali. Apalagi keterlambatan minum obat dan tidak control, pasti dia ngamuk-ngamuk.

P : peran keluarga terus gimana bu ?

I : peran keluarga..itulah kadang-kadang kita sulit ya, kadang-kadang kami melakukan home visit ya, bagi keluarga-keluarga yang sulit ya, itu memang kesulitan, jadi keluarga agak sedikit malu mempunyai keluarga dengan kelainan jiwa. Padahal sebenarnya kuncinya ada di keluarga loh mas, misalkan kita mempunyai keluarga, adik misalnya dengan kelainan jiwa, kalo kita asingkan dia, tidak masuk di lingkup kita, tentu dia akan muncul lagi halusinasinya. Tentu dia akan muncul lagi menarik diri..”loh saya kan baru aja dirawat di rumah sakit jiwa, di keluarga aja saya ga diterima koq, buktinya saya tidak dilibatkan dalam apapun”, gitu kan, tentu dia akan merasa dengan keadaan diri dia seperti itu, penekanan kembali mas. Penekanan kembali , akhirnya dia tidak bisa kepada siapa dia akan mengatakan kepada orang yang dipercaya. Ngamuk kan akhirnya dia, banting pintu, banting piring, berdiam diri..yang ada di persepsi keluarga bahwa dia ngamuk lagi., kambuh lagi jiwanya, padahal bukan itu sebenarnya, coba deh mau nerima dia, lakukan seperti bahwa dia bisa loh diterima keluarga dan masyarakat. Tentunya dia akan lebih bisa ya menggali perasaan. Saya pernah tuh, saya kan kalo lagi supervise suka juga berhubungan dengan pasien, Tanya-tanya..ada seorang ibu di Berry, dia cukup aktif ya kalo saya nilai, “pagi bu nini”, gitu “pagi” saya jawab. “ibu, koq masuk lagi?”, saya bilang gitu kan, “gimana ya suster, tuh anak saya, saya kan pengen minta lauk aja agak ngotot suster, saya kan kepingin banget nih habis dirawat pingin banget dibeliin buah, anak saya ga ngebeliin, kan saya bilang wajar aja saya pingin ini itu, koq mama minta ga dibeliin, gimana sih..? dikira saya sakit jiwa lagi.” “akhirnya saya dibohongin, katanya dibawa control, ga taunya saya langsung dirawat lagi, ini kan udah mau masuk puasa (waktu mau puasa kemaren), saya kan juga mau masak buat anak saya, trus ngurusin di rumah”. Gitu..artinya kan keinginan dia untuk diterima oleh keluarga tuh besar sekali, Cuma si anak menolaknya karena takut orangtuanya ngamuk. Keluar dari rumah, hanya minta buah saja tidak dipenuhi gitu. Saya waktu itu sempet mau ketemu anaknya, Cuma anaknya tidak pernah muncul, dan saya juga tidak pernah follow up karena kesibukan ya pak ya.

P : ya bu, apa yang ibu sampaikan tadi itu saya juga sering mendengar dan juga sering baca, bahwa masyarakat kita itu masih menganggap bahwa orang dengan gangguan jiwa itu aib gitu, bahkan sampai ada yang dikurung, dipasung, segala macem gitu kan. Prinsipnya sakit fisik dan psikis kan sama, mereka butuh dokter, semakin di diemin makin parah, karena mungkin awalnya hanya stress,

atau kecewa. Sebagai RS pemerintah bu, ada ga program yang mensosialisasikan ke masyarakat dengan tujuan memberikan pemahaman seperti itu bu?

I : sebenarnya sih sudah jalan program kami, ke puskesmas, ke lapangan langsung..bahkan kita mengundang setahun 2x keluarga-keluarga, keluarga dengan pasien

P : keluarga yang pernah di rawat di sini ?

I : iya keluarga dengan pasien yang pernah dirawat di sini kan, itu sudah jalan sistem itu, Cuma memang kembali lagi kepada keluarga sih. Walaupun kita udah bawa pasien-pasien mantan dirawat itu untuk diterima dengan baik, bagaimana cara merawatnya, bagaimana menjaga perasaannya, sudah diundang keluarga itu. Tapi ya mungkin setelah kembali lagi ke lingkungan keluarga ya itu lagi, rasa malu itu lagi.

P : pasien pulang itu selalu dibekali obat ?

I : selalu, minum obat seumur hidup ga bisa putus pasien jiwa. Sempet putus *hang* pak, iya pasti *hang*.

P : ya itu makanya banyak pasien yang berulang bu ya. Ok, kembali lagi dari segi komunikasi bu, apa yang bisa memotivasi pasien untuk mengungkapkan masalah dia, atau dia mau terbuka dengan perawat bu ?

I : jadi perawat tetep ya menggunakan komunikasi terapeutik, akan tetapi memang harus sejalan dengan dokter. Jadi ga bisa kita paksakan, tidak bisa. Kalo kita tetep memaksakan nanti pasien akan stress kembali, merasa koq sepertinya saya dipaksa, apalagi kalo dia waham, sangat sulit.

P : walaupun misalnya diajak interaksi ga mau, kedua kali juga ga mau, trus ketiga juga ga mau, trus selanjutnya ?

I : laporkan ke dokter. Nanti terapi yang dimainkan.

P : model terapinya ?

I : terapi obat, tetep oral. Mereka yang tau..

P : pasien di akut, saya pernah lihat melalui cctv ada yang difiksasi. Apakah di terapeutik fiksasi diperkenankan bu ?

I : untuk akut, kalo fiksasi sebenarnya ya tidak boleh, tetapi kenyataan di lapangan sangat sulit, karena kalo tidak dilakukan fiksasi, kemana-mana pak, walaupun sudah dikasih terapi injeksi, kita harus fiksasi. Nanti kita lihat perjalanan obatnya, berapa lama dia akan tenang, kita buka dulu..artinya dia rileks kan.. nanti kalo dia kembali lagi, misalkan terapi jangka panjang dia kembali ke tingkat ke kambuhannya, kita lihat aja, kalo kembali kambuh merusak lingkungan, itu kita harus fiksasi. Ga bisa kita diem kan akan mencelakai dirinya, ya sebetulnya untuk fiksasi udah ga ada. Ga boleh pasien disakiti, atau dipasung gitu kan..

P : secara keseluruhan apa bu kesulitan terbesar dalam keperawatan jiwa ini bu ?

I : kesulitan terbesar ya kita sih pertama keinginnya pasien itu ya bener-bener diterima oleh keluarga ya, ya maunya sembuh tanpa obat ya..maunya terapi dari keluarga itu..gitu, jadi jangan ketergantungan obat, tapi sulit. Ga mungkin, jadi saya sering Tanya ke pskiater ya..”dok, ada ga sih, misalkan dengan keluarga yang memang responnya baik ya, tahu mengenal gitu kan, apa bisa dilepas tanpa harus minum obat?”, “ga bisa, begitu obatnya dilepas aj, di kepalanya sudah *hang*”.

P : karena mungkin syarafnya udah rusak ya..

I : iya, udah rusak,

P : yang menjadi ukuran pasien selesai menjalani keperawatan ini apa bu ?

I : ya untuk pasien jiwa artinya mandiri ya, artinya dia bisa melayani kebutuhan dirinya sendiri,

P : itu dilihatnya di tenang ?

I : di tenang, semua dilihatnya di tenang. Dan kedua atas intruksi dokter. Bersikap kooperatif dan mandiri, sudah mampu memenuhi kebutuhan dirinya sendiri dari mulai makan, mandi terutama untuk kebersihan *personal higyne* dia sendiri. Karena kan pasien-pasien panti, personal higyne nya dilakukan sendiri. Begitu dia masuk di sini dengan blank, suruh mandi aja susah.

P : iya satu lagi bu, tentang rehabilitasi mental. Kegiatan di rehab mental itu kan diisi dengan kegiatan-kegiatan seperti menjahit, melukis, pertukangan, sampai dengan menyanyi. Di sini pasien di terapinya seperti apa bu ?

I : biasanya tergantung dari kemampuan pasien ya, kalo dia suka melukis ya diarahkan ke melukis, nyanyi ya nyanyi gitu kan.

P : ya instalasi rehab mental juga digunakan sebagai salah satu indicator untuk mengevaluasi pasien ya bu ?

I : iya, nantikan rehab mental juga akan memberikan laporan bahwa dia sudah mampu secara mandiri sesuai dengan bakat, begitu. Jadi semua terkait bekerja sama pak.

P : itu kegiatan di rehab mental frekuensinya berapa hari dan berapa kali ?

I : setiap hari satu kali selama dua minggu, kalo pasien sudah mampu ya tidak diikutkan lagi.

P : 2 minggu itu digabung dengan perawatan di tenang atau dipisah ?

I : iya selama di tenang aja. Untuk pasien tenang yang udah mampu, yang belum mampu ya ga boleh.

P : oh jadi masih ada kemungkinan ya pasien di tenang tiba-tiba gaduh lagi ?

I : bisa aja terjadi.

P : kalo begitu trus balik lagi ke IKEP?

I : balik..kita kembalikan ke IKEP, pokoknya namanya ruang tenang tidak boleh ada yang gaduh. Begitu dia gaduh sedikit, laporan ke dokter, pindah.

P : berapa lama rata-rata pasien menjalani masa perawatan bu ?

I : sebulan.

P : oke mungkin sementara cukup bu..terima kasih

I : cukup ya mas..iya sama-sama mas.

Informan : Riyanti (27 tahun)

Unit : Sub Akut & Tenang

Masa kerja : 4 tahun

Tempat wawancara : ruang perawatan

P : berapa lama mba rianti kerja di sini ?

I : kurang lebih 4 tahun

P : oh 4 tahun ya, masih tergolong baru ya..sebelum di sini pernah kerja mba di tempat lain ?

I : belum

P : habis lulus langsung ke sini ya..itu ya D3 Keperawatan Jiwa juga ya ?

I : iya

P : pas baru kerja di sini mba rianti perasaannya gimana, ada perasaan takut atau gimana mba ?

I : awalnya sih ada perasaan takut..kan sebelumnya ga tau kalo ini rumah sakit jiwa. Pas ini..aduh kayak pengen mundur aja, pengen ngundurin diri gitu ya..

P : pengen mundurnya kenapa itu ?

I : mungkin karena perasaan takut aja gitu..

P : takutnya takut sama apa ?

I : ya takut sama pasien. Karena ga pernah interaksi sebelumnya sama pasien. Kalo pas lagi kuliah aja kan Cuma sekilas ya prakteknya.

P : oh dulu pas kuliah juga ada praktek ya, dengan pasien langsung juga ?

I : iya, kaya interaksi begitu, kita juga nyari data ke pasien. Awalnya sih gitu, tapi dicoba ajalah, tapi lama-lama biasa, nyaman-nyaman aja.

P : nah pas pertama kali interaksi sama pasien langsung di sini, itu mba rianti pasti donk ya pake ilmu-ilmu yang didapat dari kuliah dulu. Kira-kira itu bisa diterapkan semua di sini ?

I : ga, ga bisa semua, Cuma ya beberapa aja, ya ga bisa kayak kita waktu praktek dulu. Waktu praktek juga kadang ga bisa juga kita terapin, kita kan sebelumnya kita bikin dulu, sebelum kita interaksi ke pasien kan kita bikin dulu SP namanya, ada TUK ada TUM terus komunikasi terapeutik segala macem, ya ga bisa juga..soalnya pasiennya kan kayak gini. Paling 2-3 menit ngobrol, udah mulai ini..jadi ga bisa kita lama gitu, 5 atau sampai 10 menit gitu.

P : jadi kalo udah begitu ya udah ga lagi mba rianti terapin yang udah dipelajari ya ?

I : iya, apa yang mau kita capai ya ga bisa tercapai saat pertama kali interaksi. Mungkin harus sering gitu, dua atau 3x interaksi.

P : iya kalo pasien-pasien yang diajak ngomong nyambung tuh enak gitu ya,

I : iya, masih labil susah, kita marahin lagi nanti dia gimana lagi galak lagi gitu..

P : sebelum interaksi mb rianti liat dulu ga “oh kalo pasien ini, harus begini-begini” gitu ?

I : kondisi pasien ya? Iya kalo kira-kira yang mengancam kita ya ga berani kita sendirian kita mengobrol,

P : oo gitu didampingi ya ?

I : paling kalo kita merasa takut ya panggil aja security.

P : oh ada disamping mb rianti pas lagi interaksi ya..kalo pasien-pasien yang susah ngomong gitu mba ? ga mau diajak interaksi

I : ga mau diajak interaksi ya ? nah itu yang biasanya paling susah kita motivasi juga. Emang susah, emang ga bisa sampai dia pulang pun emang bener-bener ga tercapai, apa yang kita mauin gitu.

P : kira-kira kalo disuruh milih nih, lebih nyaman interaksi sama pasien perempuan atau laki-laki?

I : kalo saya perempuan ya sama perempuan, kalo sama laki-laki kan resikonya lebih..takut. apalagi yang temperamennya tinggi kan..

P : pernah ngalamin kejadian ga enak ?

I : pernah sih waktu itu tiba-tiba dirangkul sama pasien laki-laki.

P : tapi hanya sekedar merangkul aja kan, ga mau ngapa-ngapain, ga mukul kan ?

I : ga, tiba-tiba langsung merangkul aja dari belakang. Ngeri juga.

P : kalo lagi ngobrol sama pasien mb, ada ga waktu yang tepat gitu, kira-kira jam berapa gitu ?

I : ya kalo planning khususnya sih ga ada, ya kalo pasien lagi begini (tenang) bisa kita ajak ngobrol. Ya kalo lagi pada gelisah kita liat-liat juga, ga bisa langsung.

P : untuk mancing biar mereka mau ngomong itu gimana ?

I : biasanya ya awalnya sih salam dulu, tanyain kegiatan dia apa, yang dilakukan di sini, udah makan belum, gimana perasaannya, bisa tidur atau ga..gitu-gitu aja sih. Tapi kalo pasiennya ga mau ngomong ya tetep aja walaupun kita pancing ya dia diem aja, ga ada respon.

P : kalo pasien-pasien yang agresif kayak tadi itu, lebih welcome ga kalo diajak interaksi ?

I : ga juga, kayak tadi tuh siapa..dia Cuma bilang “ada apa (ketus)”, gitu. Udah kita juga ga berani Tanya banyak-banyak. Udah dia langsung pergi lagi aja, ga bisa kita Tanya banyak-banyak. Kalo kita paksa ini, dia terus marah, resiko juga buat kita. Ntar nunggu lagi sampai keliatan dia tenang baru coba ngobrol lagi. Biasanya dipancingnya sih kalo yang agak labil gitu dipancing aja pake makanan,

P : pake makanan..?

I : iya biasanya “sini ngobrol dulu sama suster, nanti baru suster kasih makanan”, gitu, tapi kalo yang ngambek ya ngambek, ga mau. “ngobrol dulu baru kasih makanan”, langsung pergi dia, marah.

P : oh ada juga yang kayak begitu ya mba. Trus ini, kan rata-rata pasien itu usianya di atas mba rianti, agak risih ga mb rianti kalo langsung manggil namanya doank gitu, ga pake bu, pak, atau mbak gitu ?

I : sebenarnya agak risih juga, apalagi yang udah agak-agak tua kayak gini kan..

P : lha itu mb rianti manggil langsung nama gitu awalnya apa karena lihat yang senior juga begitu manggilnya ?

I : mungkin iya juga kali ya, senior-senior juga begitu manggilnya. Kadang kan ada yang lebih tua juga dari senior kan.

P : kalo di terapeutik, sama juga langsung manggil nama b gitu juga ?

I : nggak, kalo di terapeutik ga asih.

P : harus ada pak, bu gitu kan ?

I : iya, misalnya “dengan ibu siapa?”, “dipanggil ibu siapa?” kan gitu kan waktu kita bikin SP dulu waktu di perawatan waktu sekolah gitu..

P : ini kan sebenarnya terapeutik juga kan walaupun mereka pasien jiwa. Pernah ga sesekali manggil mereka dengan sapaan pak atau bu?

I : iya pernah sih

P : trus ada ga kliatan beda sikap pasien sama kita ?

I : sama aja sih, tapi dia kadang-kadang jadi lebih ini ke kita..jadi lebih kayak mereka itu anak asuh kita gitu..lebih ngehormatin kita gitu, walaupun kita lebih muda gitu.

P : ya karena di mata mereka mungkin mba rianti ini sebagai pengasuhnya gitu

I : iya..yang setiap hari ngerawat dia, yang setiap hari kasih makan.

P : setelah 4 tahun di sini mb rianti sekarang lebih rileks ya dalam komunikasi dengan pasien..oh sebelumnya di belimbing ya ?

I : iya di belimbing 2 tahun, trus di sini jalan dua tahun juga.

P : mba rianti kena shift malam juga ya ? kalo malam-malam ada pasien ngamuk gimana mb?

I : iya. Ya kita telepon security, nanti kita dibantu. Buat fiksasi atau apa gitu

P : pasien di fiksasi itu kenapa ? ngamuknya kenapa sampai di fiksasi ?

I : ngamuknya biasanya merusak, mengganggu temennya yang lain,

P : fiksasinya diapain ? diiket atau pake fiksasi baju ?

I : kadang liat tergantung kondisi ya, kalo ya Cuma sekedar mengganggu temen gitu, paling kita isolasi aja, nanti kita observasi, kalo dia udah mulai nendang-nendang pintu mungkin difiksasi baju. Tapi kalo ga mempan juga pake fiksasi baju, baru diiket.

P : kalo di terapeutik ga ada ya fiksasi ?

I : iya ga ada. Tapi kan terpaksa karena beresiko.

P : tadi mba rianti bilang Cuma 2-3 menit ya untuk ngobrol sama mereka ?

I : iya, kecuali kalo yang bener-bener kooperatif, kalo yang kayak gini (nunjuk pasien ngoceh sendiri) kita Tanya “masih denger suara-suara?” jawab “ga ada”, trus kita Tanya lagi “udah pernah diajarin caranya ngusir suara-suara?” jawab “ga tau”..udah .setiap kita interaksi jawabannya itu lagi-itu lagi.ya udah kadang kita mau Tanya apalagi bingung

P : kalo mau mincing supaya mereka mau jawab gitu kayak di akut tuh mas Adang saya pernah liat, “Budiono, hobbynnya apa?” diem aja pasiennya..trus ditanya lagi “main bola atau makan”..baru dia jawab “main bola”. Apa di sini juga begitu juga..?

I : iya bisa begitu.

P : kalo lagi pembagian jatah makan gini suka rebutan ga ?

I : ga juga sih..

P : kalo di belimbing itu kan udah ada terapi antrian gitu, trus berdoa sebelum makan.

I : iya kalo di sana dietnya udah beda, jadi si A begini si B begini, jadi dibedain trus antri nunggu dipanggil namanya satu-satu. Kalo di akut dan sub akut belum dterapin.

P : trus pasien juga udah pada buat kelompok pada ngobrol gitu kan, kalo di sini masih sendiri-sendiri, misah jauh-jauhan.

I : iya, kalo di sini

P : jadi kalo setelah kegiatan interaksi selesai ya udah dibiarin gitu aja ?

I : iya paling kita observasi aja. Kita liat satu-satu, takutnya nanti ada yang gelisah lagi.

P : ga disuruh ngobrol gitu ?

I : iya kita suruh ngobrol, “ayo, ngobrol sama temennya ya yang lain”. “jangan diem aja”, jawab “iya bu”. Iya-iya aja tapi tetep aja pada cuek masing-masing. Beda kan kalo di depan tuh (belimbing/tenang) tuh sudah ada banyak kegiatan kan, ada TAK, atau ngapain jadi mereka udah lebih bisa sosialisasi.

P : TAK itu apa mba ?

I : Terapi Aktivitas Kelompok. Cuma ada di belimbing dan berry kategori tenang.

P : itu mereka suruh berkelompok ya ?

I : biasanya 10 orang, nanti kita pake music, terapi music dulu trus nanti terapi aktivitas kelompoknya tentang sosialisasi atau apa gitu, jadi nanti nyebutin satu-satu siapa namanya, hobbynya apa, trus alamat di mana gitu..atau ga terapinya menggambar dan menyebutkan gambar atau baca artikel bisa juga di sana.

P : kalo yang di lantai 4 itu, rehab mental itu ngapain?

I : biasanya melukis, main music, menjahit..lebih ke arah ketrampilan. Kesenian juga ada.

P : nah mba, kalo pasien yang berulang gitu kalo ketemu mb rianti gimana, masih inget dia ?

I : ya biasanya sih masih inget, tapi lupa namanya "suster siapa ya" gitu. Trus interaksi biasanya lebih lancar.

P : kenapa mereka bisa masuk lagi ya ?

I : biasanya konsumsi obatnya putus. Keluarga kurang perhatian, biasanya kan kebanyakan pasien-pasien panti ya, di panti itu kan gitu ya saya pernah ke sana, pasien dikumpulin di lapangan trus dibagiin obat satu-satu sambil baris, kadang kan ga semua kita bisa control itu obat masuk ke mulut atau ga, takutnya dibuang.

P : iya, apalagi di panti itu katanya ratusan ya ?

I : iya ratusan, bisa 300 atau 500 orang.

P : wah..banyak bener mba..pernah ke sana mba? Yang di mana itu ?

I : pernah, daerah Jakarta Timur, Cipayung, Ceger situ.

P : wah itu missal ya mba..itu memang garukan dari jalan ya mba

I : iya. Garukan dari jalan. Biasanya kan disortir dulu, bisa di Kebon Kosong atau di Budi Mulya. kalo yang ada keluarga ya dikembalikan ke keluarga, kalo yang ga ada ya udah di situ, kadang juga ada titipan dari keluarga juga sih.

P : kasian ya mereka, mereka sendiri ga tau asal-usulnya dari mana, kayak kemaren tuh di akut ada yang ditanya "dari mana asalnya" dia jawab dari daerah di Jawa, trus ditanya lagi "koq bisa sampe di Jakarta gimana ceritanya", dia bilang ga tau.

I : iya kemaren juga gitu, "asalnya dari mana", "dari sini gitu"..ke Jakarta mau ngapain?" "mau kerja", katanya. "Koq bisa dibawa ke sini? Ditangkap ya?", "iya, KTP-nya ilang", cerita dia, kalo yang kooperatif ya kooperatif, jadi bisa di ajak cerita..

P : pernah ga ada kejadian salah garuk ga mba ? trus dibwa ke sini, misalnya bukan orang gangguan jiwa digaruk.

I : mungkin, kadang kita juga ga ngerti ya, jadi bertanya-tanya juga, kan ga tau kalo ini pasien sakit jiwa atau ga. Main garuk bawa ke sini. Orang mana ya, kalo ga salah orang Cina, jadi kita ga ngerti bahasa dia apa, kita ga ngerti, akhirnya dipindah ke belimbing ketemu juga sama orang cina, bisalah akhirnya komunikasi, nah yang cina satu ini bisa nerjemahin bahasa dia kan, dia nih bos perusahaan

di daerah Tangerang, alamatnya di sini-sini gitu, ya udah akhirnya ditelpon ke perusahaannya, dari perusahaan nelpon ke keluarganya, dari Cina dateng ke sini..begitu..kan mungkin satpol PP karena ga ngerti bahasanya, liat dia marah-marah abis kerampokan trus dibawa ke panti. Pokoknya karena ga bisa komunikasi dia ya udah, bawa. Kadang kasian.

P : iya, kadang saya juga mikir koq ini pasien ga keliatan sakit jiwa, ngomong juga nyambung, enak gitu.

I : iya, saya sendiri sebagai tenaga medis juga nih sebenarnya dia gila ga sih, gitu kan, apa karena ketangkep aja di jalan dia lagi ini, kecopetan atau KTP ilang, yak an gitu kadang kita juga bingung sendiri. Koq bisa sampe diagnosanya begini. Dulu pernah ada, orang dari Jawa juga sama kayak gitu, gara-gara kecopetan juga. Pas dia udah agak tenang ya, tadinya kan agak depresi juga, karena di satpol PP juga dipukulin, atau apa segala macem, dia kan ketakutan, pas agak tenang di sini baru dia bisa cerita. Dia kerja di pabrik di daerah mana, dia kasih tau pabriknya di sini, akhirnya ada temen kita di sini yang ketemu sama saudaranya, akhirnya dijemputlah di sini. Ya banyaklah kejadian-kejadian kayak gitu.

P : oke..mba rianti merasa nyaman di mana sih, seub akut atau pas di tenang dulu ?

I : iya sama aja sih, biasa-biasa aja, sama-sama resiko juga. Kalo di tenang tiba-tiba pasien ngamuk kan kita ga tau..

P : ada kemungkinan bisa ngamuk lagi sih ya..tapi kalo di tenang kan ruangnya ga ada batas kayak gini mba..kita campur jadi satu ruangan kan

I : iya, tapi lebih banyak yang kooperatif lebih banyak yang bisa bantuin kita kalo ada pasien yang bener-bener gelisah, kadang ada yang ngasih tau “bu, si ini tuh berantem sama si ini”, gitu. Jadi kita kan bisa antisipasi.

P : melihat tipikal pasien yang tingkahnya macem-macem kayak gini mb, bagaimana perasaan mba rianti?

I : iya ngeliat pasien yang aneh-aneh kayak gini kadang merasa kasian, ya jadi ada hiburan juga.

P : dulu kenapa mutusin jadi perawat jiwa mba ?

I : ya ga tau dulu sebenarnya awalnya gimana, malah justru dulu pengennya di umum, di anak gitu kan, tapi tiba-tiba di sini ya udahlah dijalanin aja, Ya lama-lama bisa nerima juga..bisa ngejalanin sepenuh hati gitu.

P : apa yang paling susah dalam proses keperawatan bagi pasien jiwa sehari-hari mba ?

I : mungkin yang paling susah tuh kalo disuruh mandi, kadang ada yang susah banget sampe kita bawain air, trus kita geret ke kamar mandi. Harus kita bukain bajunya, harus kita guyurin, harus kita sabunin yang bener-bener ga ngerti gitu.

P : setiap hari tuh mba dimandiin ?

I : ya kalo udah aga ini biasanya mereka mulai bisa mandi sendiri. Kita kasih semua perlengkapan mandi trus kita liatin, bener gak mereka mandi atau sekedar nongkrong doank di kamar mandi kan..

P : sampai (maaf) buang air juga kita yang urusin ?

I : kalo yang ga terlalu parah sih mereka bisa sendiri sih, tapi kalo yang masih dalam pengawasan penuh ya mau ga mau kita. Kita yang ngurusin semua, ganti pampers, kita yang bersihin kotorannya gitu. Ada juga ya kalo dari panti werda kan nenek-nenek.."ayo nek mandi"..kita bawa ke kamar mandi.

P : iya..kayaknya udah cukup mba rianti, karena yang lain-lain juga sama. Makasih banyak ya mba.

PEDOMAN WAWANCARA

No	Pertanyaan
1	Pada umumnya orang mengetahui, bahwa orang dengan gangguan jiwa sulit untuk diajak berkomunikasi, bicaranya sering tidak “nyambung”, sehingga maksud / isi komunikasi tidak tersampaikan. Sebagai perawat kejiwaan, bagaimana Bapak / Ibu berkomunikasi dengan mereka ?
2	Sepanjang yang saya (peneliti) tahu, tipikal perilaku orang “orang gila” bermacam-macam ; ada yang diam, <i>mengoceh</i> , sambil tertawa-tawa sendiri, dan ada yang marah-marah, cenderung melakukan tindakan kekerasan. Bagaimana Bapak/Ibu menangani mereka?
3	Dalam hal berkomunikasi dengan pasien, apakah ada hal yang membedakan ketika Bapak / Ibu pertama kali menjalani profesi sebagai perawat jiwa dengan sekarang ini setelah berpengalaman sekian tahun ?
4	Menurut bapak / ibu, kira-kira adakah waktu atau saat-saat yang tepat untuk berkomunikasi dengan pasien, sehingga komunikasi bisa berjalan dengan efektif ? kapan ?
5	Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk berkomunikasi dengan pasien sampai maksud / isi pesan tersampaikan ?
6	Mengingat emosi dan perilaku pasien berbeda, apakah ada <i>trik-trik</i> khusus untuk memancing motivasi pasien ke arah penyembuhan ?
7	Apa kesulitan terbesar Bapak/Ibu dalam proses keperawatan jiwa ini ? Mengapa ?
8	Dalam dunia kesehatan, termasuk psikiatri, dikenal metode terapeutik. Apakah <i>fixasi</i> (mengikat pasien) termasuk juga bagian dari metode terapeutik di dalam keperawatan jiwa ?
9	Apa yang menjadi ukuran, sehingga setiap pasien jiwa dapat dikategorikan “sembuh” atau dinyatakan selesai menjalani proses keperawatan jiwa ?

10	Menurut pengamatan saya, pasien yang sudah dinyatakan “sembuh” kemudian diperbolehkan pulang, namun beberapa waktu kemudian kembali lagi, dan itu bisa berulang-ulang. Menurut bapak / ibu, apakah ada yang salah dengan pola pengasuhan keperawatan ?
----	--



YAYASAN KESEJAHTERAAN, PENDIDIKAN DAN SOSIAL SAHID JAYA
**SEKOLAH PASCASARJANA
UNIVERSITAS SAHID JAKARTA**

Nomor : 05/SPS-01/S/F-1/2014
Lampiran : -----
Perihal : *Permohonan Ijin Pengumpulan Data/Wawancara*

Kepada Yth,

Direktur RSKD Duren Sawit
Jalan Duren Sawit Baru No. II Jakarta Timur
di -
Tempat

Teriring salam dan doa semoga Bapak/Ibu dalam menjalankan tugas sehari-hari selalu dalam keberkahan dari Tuhan YME.

Disampaikan dengan hormat bahwa yang tersebut di bawah ini :

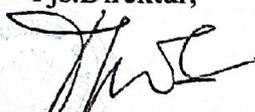
Nama	: Lilik Murdiyanto
Program Studi	: Magister Ilmu Komunikasi
Kekhususan	: Public Relation
N P M	: 201122320003
Judul Tesis	: Pola Komunikasi Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa.

Adalah mahasiswa semester akhir pada Program Studi Magister Ilmu Komunikasi Sekolah Pascasarjana Universitas Sahid Jakarta yang sedang melakukan penelitian dalam rangka penyusunan tesis.

Sehubungan dengan hal tersebut di atas mohon kiranya Bapak/Ibu memberi kesempatan kepada yang bersangkutan untuk melakukan wawancara/pengumpulan data penelitian tesis di lembaga/institusi yang Bapak/Ibu pimpin.

Demikian kami sampaikan, atas perkenan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Jakarta, 7 Januari 2014
Sekolah Pascasarjana Universitas Sahid
Pjs.Direktur,


Dr. Titi Widaningsih, MSi

Tembusan Yth,
1. Ketua Prog. Studi MIK
2. Pertinggal



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
RUMAH SAKIT KHUSUS DAERAH DUREN SAWIT
Jl. Duren Sawit Baru No. 2, Jakarta Timur. Telp. (021) 8628686, Fax. (021) 8628659
JAKARTA

Kode Pos : 13440

28 Januari 2014

Nomor : 201 /084
Lampiran : -
Hal : Jawaban Permohonan Ijin Lahan Praktek

Kepada Yth;
Direktur Sekolah Pascasarjana
Universitas Sahid Jakarta
di -
Jakarta

Berdasarkan Surat dari Sekolah Pascasarjana Universitas Sahid Jakarta No. 05/SPS-01/01/S/F-1/1/2014 Perihal Permohonan Ijin Pengumpulan Data/Wawancara di RSKD Duren Sawit Prov. DKI Jakarta yang akan diselenggarakan pada :

Tanggal : 3 Februari – 3 Maret 2014
Tempat : Ruang Perawatan
Nama Peserta : Lilik Murdiyanto
NPM : 201122310003
Judul : Pola Komunikasi Perawat dengan Pasien Gangguan Jiwa

Dengan ini kami memberikan izin untuk melakukan kegiatan tersebut di Rumah Sakit Khusus Daerah Duren Sawit. Adapun keterangan yang dapat diberikan serta pelaksanaannya harus memenuhi ketentuan – ketentuan sebagai berikut :

1. Seluruh data yang diperoleh hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah dan bukan untuk dipublikasikan.
2. Bila kegiatan PKL/Magang/Penelitian telah selesai, peserta kegiatan tersebut wajib melaporkan hasil kegiatan tersebut ke bagian DIKLAT RSKD Duren Sawit
3. Mematuhi Peraturan dan Tata Tertib Rumah Sakit khususnya di unit bersangkutan.

Demikian jawaban kami, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.



Direktur RSKD Duren Sawit
DKI Jakarta

Dr. F.B. Nyoman Banjar, MKM
NIP. 69361101989011001