

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Komunikasi merupakan salah satu dari aktivitas manusia yang dikenali oleh semua orang namun sangat sedikit yang dapat mendefinisikannya secara memuaskan. Komunikasi memiliki variasi yang tidak terhingga seperti; saling berbicara satu sama lain, televisi, penyebaran informasi, gaya rambut kita, kritik sastra dan masih banyak lagi (Fikse 2014, 1). Komunikasi yang kita lakukan selalu dengan berhadapan muka (langsung tanpa media), kita sebut komunikasi tatap muka, dengan orang – orang yang berada dan paling dekat dengan kita (Liliweri 2015, 7).

Menurut Wood (1997), *Communications as a sytemic process in which individuals interact with and though symbols to create and interpret meanings.* Berdasarkan definisi ini, Wood memandang bahwa komunikasi adalah suatu proses yang sistematis dalam berinteraksi antar individu, dengan menggunakan berbagai simbol – simbol dalam rangka menciptakan dan menginterpretasi dari makna atau arti (Enjang 2009, 12). Komunikasi memiliki komponen dasar di antaranya pengirim pesan, saluran atau media, penerima pesan dan *feedback*. Adanya keterkaitan dan pengaruh komponen satu dengan yang lainnya, hal ini dapat dilihat dari pentingnya komunikasi di segala aspek kehidupan baik keluarga, lingkungan pertemanan maupun masyarakat.

Komunikasi di dalam kehidupan menjadi suatu jembatan untuk mengantar kita kepada berbagai kebutuhan, karena itu komunikasi merupakan bagian yang penting dari kehidupan. Dalam keseharian, kita banyak menghasilkan waktu untuk berkomunikasi dari pada beraktivitas lainnya, dan dapat dipastikan bahwa berkomunikasi hampir disemua aspek kehidupan (Enjang 2009, 9).

Proses komunikasi dipengaruhi beberapa faktor menurut *Potter & Perry* (1993), yaitu perkembangan, persepsi, nilai, latar belakang sosial budaya, emosi, jenis kelamin pengetahuan, peran dan hubungan, lingkungan, dan jarak. Dari proses ini psikiater melakukan komunikasi dengan pasien / kliennya dan juga melalui bentuk komunikasi secara verbal dan non-verbal. Menurut *As Hornby*, komunikasi memiliki peranan yang sangat penting selain dalam menjalani kehidupan salah satunya pada bidang keperawatan / terapeutik, dimana komunikasi yang dapat menentukan keberhasilan atau kegagalan dari kesembuhan pasien. Terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Maka disini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi psikiater (Damaiyanti 2010, 3-11).

Tujuan komunikasi terapeutik menurut Purwanto, (1994), salah satunya adalah membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan. Hubungan terapeutik psikiater

dengan pasien / klien merupakan keterampilan komunikasi, pemahaman tingkah laku manusia dan kekuatan pribadi untuk meningkatkan pertumbuhan pasien. Fokus hubungan adalah pada ide pasien, pengalaman dan perasaan pasien. Psikiater dan pasien / klien mengidentifikasi area yang memerlukan eksplorasi dan evaluasi secara periodik terhadap tingkat perubahan pasien. Peran tidak akan berubah dan hubungan tetap konsisten berfokus pada masalah pasien. Hubungan terapeutik ini memiliki tahap dalam membina pasien / klien, disetiap tahapnya mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh psikiater (Damaiyanti 2010, 11-21).

Komunikasi terapeutik biasanya dilakukan oleh perawat profesional (psikiater) yang pada umumnya mempunyai tujuan, berfokus kepada pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) dan membutuhkan bantuan. Gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) sebagai penyakit psikologis juga memiliki hubungan dengan komunikasi antarpersonal yaitu hubungan keluarga maupun pertemanan untuk bersosialisasi, adapun noise atau hambatan semua jenis gangguan yang bersumber dari faktor – faktor seperti *self-awareness*, *self-perception*, persepsi, motivasi, hambatan mental yang mengganggu kelancaran pengiriman dan penerimaan pesan (Liliweri 2011, 41).

Menurut Yosep (2007), penyakit kejiwaan atau gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) adalah kumpulan dari keadaan – keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan fisik, maupun dengan jiwa (Damaiyanti 2010, 63). Gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) ini yang mempengaruhi emosi, pikiran dan tingkah laku seseorang. Meskipun jiwa dan fisik terpisah dua hal ini

saling berkaitan satu sama lain. Bagi sebagian orang gangguan kesehatan jiwa dianggap sebagai suatu penyakit yang dikaitkan dengan gangguan tingkah laku yang berat seperti kekerasan, agitasi, perilaku seksual yang tidak pantas, akan tetapi gangguan kesehatan jiwa ada yang berpotensi membahayakan, melukai atau mengancam jiwa pasien atau orang disekitarnya.

Menurut data dari WHO (2010) yang dikutip dari portal berita kementerian kesehatan republik indonesia bahwa angka bunuh diri di Indonesia mencapai 1,6 hingga 1,8% per 100.000 jiwa. Lebih dari 19 juta orang berusia diatas 15 tahun terkena gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta orang berusia diatas 15 tahun diperkirakan telah mengalami depresi (Jayani, 2019. <http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-49987127>).

Gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) pada remaja atau dewasa muda sangatlah rentan mengalami gejalanya. Karena banyak sekali persepsi atau kesalahan komunikasi yang di alami banyak remaja atau dewasa muda. Berdasarkan permasalahan tersebut, maka peneliti tertarik mengambil judul penelitian **“Komunikasi Terapeutik Antara Psikiater Dengan Pasien Yang Mengalami Gangguan Kesehatan Jiwa (*Mental Illness*) Di RSUD Waled Kabupaten Cirebon”**.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan tersebut, peneliti merumuskan permasalahan yaitu :

“Bagaimana komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) di RSUD Waled Kabupaten Cirebon?”.

1.3 Identifikasi Masalah

Setelah peneliti merumuskan masalah, selanjutnya dapat mengidentifikasi masalah tersebut sebagai berikut:

- 1) Bagaimana komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) di RSUD Waled Kabupaten Cirebon?
- 2) Bagaimana fase hubungan terapeutik yang dilakukan psikiater terhadap pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) di RSUD Waled Kabupaten Cirebon?
- 3) Bagaimana psikiater membangun *Rapport* komunikasi terapeutik dalam upaya menyembuhkan pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) di RSUD Waled Kabupaten Cirebon?

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini antara lain:

- 1) Untuk mengetahui komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) di RSUD Waled Kabupaten Cirebon?
- 2) Untuk mengetahui fase hubungan terapeutik yang dilakukan psikiater terhadap pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) di RSUD Waled Kabupaten Cirebon?
- 3) Untuk mengetahui psikiater membangun *Rapport* komunikasi terapeutik dalam menyembuhkan pasien yang mengalami gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) di RSUD Waled Kabupaten Cirebon?

1.5 Kegunaan Penelitian

Setiap penelitian tentu mempunyai manfaat yang diharapkan berguna, baik secara teoritis maupun praktis. Manfaat secara praktis meliputi manfaat bagi peneliti dan pembaca, adapun kegunaan penelitian ini, yaitu:

1.5.1 Kegunaan Toritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi ilmiah untuk mengembangkan keilmuan komunikasi khususnya mengenai Komunikasi Terapeutik, yang dapat dimanfaatkan oleh pihak lain dalam penelitian lebih lanjut. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan ilmu kepada RSUD Waled Kabupaten Cirebon mengenai komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien yang mengalami

gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) di RSUD Waled Kabupaten Cirebon.

1.5.2 Kegunaan Praktisi

Adapun kegunaan praktis dalam penelitian yang di lakukan, di antaranya:

- 1) Bagi RSUD Waled Kabupaten Cirebon (psikiater dan perawat) penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan refetrensi dalam melakukan komunikasi terapeutik lebih efektif dalam perawatan dan penyembuhan pasien.
- 2) Bagi pasien penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan kesehatan dan wawasan.
- 3) Bagi peneliti dan pembaca diharapkan hasil penelitian ini akan memberikan wawasan pengetahuan tentang masalah yang akan diteliti, sehingga dapat diperoleh gambaran yang lebih jelas mengenai kesesuaian fakta dilapangan dengan teori.

1.6 Kerangka Pemikiran

1.6.1 Komunikasi

Komunikasi merupakan salah satu dari aktivitas manusia yang dikenali oleh semua orang namun sangat sedikit yang dapat mendefinisikannya secara memuaskan. Komunikasi memiliki variasi yang tidak terhingga seperti; saling berbicara satu sama lain, televisi, penyebaran informasi, gaya rambut kita, kritik sastra dan masih banyak (Fikse 2014, 1). Komunikasi yang kita lakukan selalu dengan berhadapan muka (langsung tanpa media), kita sebut komunikasi tatap muka, dengan orang – orang yang berada dan paling dekat dengan kita (Liliweri 2015, 7).

Komunikasi merupakan proses yang menjadi dasar pertama memahami hakikat manusia, dikatakan sebagai proses karena ada aktivitas yang melibatkan peranan banyak elemen atau tahapan yang meskipun terpisah – pisah, namun semua tahapan ini saling terkait sepanjang waktu (Liliweri 2011, 35). Hakikat komunikasi adalah proses pernyataan antar manusia, yang dinyatakan itu adalah pikiran atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan bahasa sebagai alat penyalurannya (Uchjana 1993, 28). Seperti yang dikatakan *Ashley Montagu*, kita belajar menjadi manusia melalui komunikasi. Kepribadian terbentuk sepanjang hidup kita, selama itu pula komunikasi menjadi penting untuk pertumbuhan pribadi kita (Rakhmat 2018, 16).

Menurut *Wood* (1997), *Communications as a systemic process in which individuals interact with and through symbols to create and interpret*

meanings. Berdasarkan definisi ini, *Wood* memandang bahwa komunikasi merupakan suatu proses sistematis suatu proses yang sistematis dalam berinteraksi antar individu, dengan menggunakan berbagai simbol – simbol dalam rangka menciptakan makna atau arti (Enjang 2009, 12). Komunikasi memiliki komponen dasar diantaranya pengirim pesan, saluran atau media, penerima pesan dan *feedback*. Adanya keterkaitan dan pengaruh komponen satu dengan yang lainnya, hal ini dapat dilihat dari pentingnya komunikasi disegala aspek kehidupan baik keluarga, lingkungan pertemanan maupun masyarakat.

Komunikasi dalam kehidupan menjadi jembatan untuk mengantar kita pada berbagai kebutuhan, karena itu komunikasi merupakan bagian dari kehidupan. Dalam keseharian, kita lebih banyak menghasilkan waktu untuk berkomunikasi daripada aktivitas lainnya, dan dapat dipastikan bahwa kita berkomunikasi hampir disemua aspek kehidupan (Enjang 2009, 9). Sebagai jembatan untuk mengantar pada kebutuhan sehari – hari, menurut *Potter & Perry* komunikasi memiliki komponen (Damaiyanti 2010, 2) :

- 1) Komunikator, adalah penyampai informasi atau sumber informasi
- 2) Komunikan, adalah penerima informasi atau memberi respon terhadap stimulus yang disampaikan oleh komunikator.
- 3) Pesan, adalah gagasan atau pendapat, fakta, informasi atau stimulus yang disampaikan.
- 4) Media komunikasi, adalah saluran yang dipakai oleh komunikator untuk menyampaikan pesan.
- 5) “*encoding*”, adalah perumusan pesan oleh komunikator sebelum disampaikan kepada komunikan.

- 6) “*decoding*”, adalah penafsiran pesan oleh komunikan pada saat menerima pesan.

Dalam komunikasi juga memiliki suatu tingkatan hubungan salah satunya, komunikasi interpersonal. Komunikasi Interpersonal adalah komunikasi antar orang – orang secara tatap muka, yang menginginkan setiap peserta menangkap reaksi lain secara langsung baik secara verbal maupun non verbal (Enjang 2009, 138). Terdapat pula bentuk – bentuk dari komunikasi sehingga memudahkan kita dalam mengkategorikan, yaitu:

- 1) Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal adalah sarana utama untuk menyatakan pikiran, perasaan dan maksud seseorang. Komunikasi atau bahasa verbal menggunakan kata – kata yang merepresentasikan berbagai aspek realitas individual seseorang (Enjang 2009, 75). Menurut *Potter & Perry* dalam (Damaiyanti 2010, 5), komunikasi verbal mempunyai karakteristik jelas dan ringkas. Perbendaharaan kata mulai dimengerti, mempunyai arti denotatif dan konotatif, intonasi mampu mempengaruhi isi pesan, kecepatan bicara yang memiliki tempo dan jeda yang tepat, serta disertai unsur humor.

- 2) Komunikasi Non Verbal

Komunikasi non verbal mempunyai dampak besar daripada verbal. Stuart dan Sundeen dalam (Damaiyanti 2010, 7) mengatakan bahwa sekitar 7% pemahaman dapat ditimbulkan karena kata – kata, sekitar 30% karena bahasa paralinguistik dan 55% karena bahasa

tubuh. Komunikasi non verbal dapat disampaikan melalui beberapa cara, yaitu penampilan fisik, sikap tubuh dan cara berjalan, ekspresi wajah dan sentuhan. Secara tidak langsung kita bisa mengetahui kebenaran pesan yang disampaikannya. Karena menurut Deddy Djamaludin Malik, melalui komunikasi nonverbal seseorang dapat mengetahui suasana emosional seseorang (Enjang 2009, 69).

Komunikasi verbal dan non verbal menurut *Potter & Perry* (1993) mempunyai hubungan yang saling mempengaruhi satu sama lain, diantaranya dalam pengunulungan – syarat verbal dan non verbal dengan mengatakan hal yang sama tapi dengan cara yang berbeda, kontradiksi – isyarat verbal dan non verbal menyampaikan pesan yang berbeda, komplementasi – pesan non verbal ditambah ke pesan verbal, penekanan – isyarat non verbal menekankan pesan verbal, relasi dan regulasi – isyarat non verbal mengindikasikan kapan harus melalui atau berhenti berbicara, dan substitusi – isyarat non verbal digunakan untuk menggantikan kata – kata (Damaiyanti 2010, 9).

Implikasinya, untuk memahami orang dengan baik, selain memperhatikan kata – kata, kita pun harus memperhatikan dan memahami komunikasi verbal dan non verbal dengan baik (Rahman 2013, 92). Dengan ini proses komunikasi akan berlangsung dengan sesuai, namun ada beberapa faktor yang mempengaruhi komunikasi menurut *Potter & Perry* (Damaiyanti 2010, 3-5), diantaranya:

- 1) Perkembangan
- 2) Persepsi
- 3) Nilai
- 4) Latar belakang sosial budaya
- 5) Emosi
- 6) Jenis kelamin
- 7) Pengetahuan
- 8) Peran dan hubungan
- 9) Lingkungan
- 10) Jarak

Judy C. Pearson & Paul E. Nelson mengemukakan bahwa komunikasi mempunyai dua fungsi umum. Pertama, untuk kelangsungan hidup sendiri yang meliputi: keselamatan fisik, meningkatkan kesadaran pribadi, menampilkan diri kita sendiri kepada orang lain dan mencapai ambisi pribadi. Kedua, untuk kelangsungan hidup masyarakat, tepatnya untuk memperbaiki hubungan sosial dan mengembangkan keberadaan suatu masyarakat (Mulyadi 2016, 5). Adapun *noise* atau hambatan semua jenis gangguan yang bersumber dari faktor – faktor seperti *self-awareness*, *self-pereption*, persepsi, motivasi, hambatan mental yang mengganggu kelancaran pengiriman dan penerimaan pesan (Liliweri 2011, 41).

1.6.2 Komunikasi Terapeutik

1.6.2.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Menurut *As Hornby*, terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Maka disini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk

membantu atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi psikiater (Damaiyanti 2010, 11).

Komunikasi terapeutik termasuk ke dalam komunikasi kesehatan, karena pada hakikatnya komunikasi yang dilakukan di ranah kesehatan yang dilakukan untuk mendorong tercapainya keadaan atau status yang sehat secara utuh, baik fisik, mental maupun sosial. Komunikasi merupakan inti dari usaha untuk menjaga kesehatan. Seorang dokter, perawat, dan bidan harus mampu berkomunikasi dengan pasien untuk mendapatkan data yang cukup dan akurat tentang kondisi pasien, dengan bertanya kepada pasien, menafsirkan pesan, dan menggali informasi lebih lanjut (Junaedi dan Sukmono 2018, 5-6).

Menurut Purwanto (1994) dalam (Damaiyanti 2010, 11), komunikasi terapeutik memiliki tujuan, diantaranya:

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

Dengan memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, psikiater akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan dan akan meningkatkan profesi. Manfaat komunikasi terapeutik (Damaiyanti 2010, 12), adalah:

- 1) Mendorong dan menganjurkan kerjasama antara psikiater dengan pasien melalui hubungan psikiater – pasien.
- 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan, dan mengkaji masalah dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh psikiater.

Syarat komunikasi terapeutik (Damaiyanti 2010, 12), menurut *Stuart & Sudeen* ada dua persyaratan dasar, yaitu:

- 1) Semua komunikasi harus ditujukan untuk menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan.
- 2) Komunikasi yang menciptakan saling pengertian harus dilakukan terlebih dahulu sebelum memberikan sarana, informasi maupun masukan.

Persyaratan – persyaratan untuk komunikasi terapeutik ini dibutuhkan untuk membentuk hubungan psikiater – pasien sehingga pasien memungkinkan untuk mengimplementasikan proses keperawatan. Prinsip – prinsip komunikasi terapeutik menurut *Carl Rogers* dalam (Damaiyanti 2010, 13) adalah:

- 1) Psikiater harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
- 2) Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
- 3) Psikiater harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
- 4) Psikiater harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.
- 5) Psikiater harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah – masalah yang dihadapi.
- 6) Psikiater harus mampu menguasai perasaan sendiri secara bertahap untuk mengetahui dan mengatasi perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi.
- 7) Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
- 8) Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati bukan tindakan yang terapeutik.
- 9) Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
- 10) Mampu berperan sebagai *role model* agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu psikiater perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik mental, spiritual, dan gaya hidup.
- 11) Disarankan untuk mengekspresikan perasaan bila dianggap mengganggu.
- 12) *Altruisme* untuk mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
- 13) Berpegangan pada etika dengan berusaha sedapat mungkin mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- 14) Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap diri sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

Menurut *Egan* dalam (Damaiyanti 2010, 14) mengidentifikasi lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi terapeutik, yaitu:

- 1) Berhadapan; artinya dari posisi ini adalah saya siap untuk anda.
- 2) Mempertahankan kontak mata; kontak mata pada level yang sama berarti menghargai pasien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
- 3) Membungkuk ke arah pasien; posisi ini menunjukkan keinginan untuk menyatakan atau mendengar sesuatu.
- 4) Memperlihatkan sikap terbuka; tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi dan siap membantu.
- 5) Tetap rileks; tetap dapat mengendalikan keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respon terhadap pasien, meskipun dalam situasi yang kurang menyenangkan.

1.6.2.2 Fase Hubungan terapeutik psikiater dengan pasien.

Hubungan terapeutik dimana psikiater memaksimalkan keterampilan komunikasi, pemahaman tingkahlaku manusia dan kekuatan pribadi untuk meningkatkan pertumbuhan pasien. Fokus hubungan adalah pada ide pasien, pengalaman dan perasaan pasien.

King cit Varcarolis (1990) menggambarkan hubungan terapeutik sebagai pengalaman belajar bagi pasien dan psikiater.

Tujuan hubungan terapeutik menurut *Stuart & Sundeen* dalam (Damaiyanti 2010, 21), yang diarahkan kepada pertumbuhan pasien meliputi:

- 1) Relasi diri, penerimaan diri, dan rasa hormat terhadap diri sendiri.
- 2) Identitas diri yang jelas dan rasa integritas diri yang tinggi.
- 3) Kemampuan membina hubungan interpersonal yang intim, saling tergantung dan mencintai.
- 4) Peningkatan fungsi dan kemampuan memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realitas.

Dalam membina hubungan terapeutik (berinteraksi) psikiater mempunyai 4 tahap yang pada setiap tahapnya mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh psikiater menurut *Stuart & Sundeen* (Damaiyanti 2010, 21-28), yaitu:

- 1) Fase Prainteraksi

Prainteraksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien. Anda perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang dimiliki. Jika merasakan ketidak pastian maka anda perlu membaca kembali, diskusi dengan teman sekelompok atau diskusi dengan tutor. Jika saudara telah siap maka anda perlu membuat rencana interaksi dengan pasien. Fase ini dibagi menjadi 3, diantaranya:

- a. Evaluasi diri
- b. Penetapan tahapan hubungan/interaksi
- c. Rencana interaksi

2) Fase Perkenalan/Orientasi

a. Fase perkenalan

Perkenalan merupakan kegiatan yang anda lakukan saat pertama kali bertemu dengan pasien. Hal – hal yang perlu dilakukan adalah memberi salam, memperkenalkan diri psikiater, menanyakan nama pasien, menyepakati pertemuan (kontrak), menghadapi kontrak, memulai percakapan awal, menyepakati masalah pasien, dan mengakhiri perkenalan.

b. Fase orientasi

Fase orientasi dilaksanakan pada awal setiap pertemuan kedua dan seterusnya. Tujuan fase orientasi adalah memvalidasi kekurangan data, rencana yang telah dibuat dengan keadaan pasien saat ini dan mengevaluasi hasil tindakan yang lalu. Umumnya dikaitkan dengan hal yang telah dilakukan bersama pasien, yaitu memberi salam, memvalidasi data pasien, dan mengingat kontrak.

3) Fase Kerja

Fase kerja merupakan inti hubungan perawatan pasien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Tujuan tindakan keperawatan adalah:

- a. Meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien akan dirinya, perilakunya, perasaannya, pikirannya. Tujuan ini sering disebut tujuan kognitif.
- b. Mengembangkan, mempertahankan dan meningkatkan kemampuan pasien secara mandiri menyelesaikan masalah yang dihadapi. Tujuan ini sering disebut tujuan afektif dan psikomotor.
- c. Melaksanakan terapi/teknikal keperawatan.
- d. Melaksanakan pendidikan kesehatan.
- e. Melaksanakan kolaborasi.
- f. Melaksanakan observasi dan monitoring.

4) Fase Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari setiap pertemuan psikiater dan pasien. Terminasi dibagi menjadi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir.

1.6.3 Gangguan Kesehatan Jiwa (*Mental Illness*)

Menurut Yosep (2007), dari berbagai penyelidikan dikatakan bahwa gangguan kesehatan jiwa adalah kumpulan dari keadaan- keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan fisik maupun dengan jiwa. Keabnormalan terlihat dari berbagai macam gejala, yang terpenting

diantaranya adalah ketegangan (*tension*), rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan – perbuatan yang terpaksa (*convulsive*), histeria, rasa lemah, dan tidak mampu mencapai tujuan, takut pikiran – pikiran dan sebagainya (Damaiyanti 2010, 63-64).

Sumber penyebab gangguan kesehatan jiwa dipengaruhi oleh faktor – faktor yang terus menerus mempengaruhi menurut Yosep (Damaiyanti 2010, 64), yaitu:

- a. Berdasarkan faktor – faktor psikologik (psikogenetik) atau psikoedukatif.
 - a) Interaksi ibu – anak: normal (rasa percaya dan aman) atau abnormal berdasarkan kekurangan, distorsi, dan keadaan yang terputus (perasaan tak percaya dan kebimbangan).
 - b) Peranan ayah.
 - c) Persaingan antara saudara kandung.
 - d) Intelegensi.
 - e) Hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permainan, dan masyarakat.
 - f) Kehilangan yang mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu atau rasa salah.
 - g) Konsep diri, pengertian identitas diri sendiri lawan peranan yang tidak menentu.
 - h) Keterampilan, bakat, dan kreativitas.
 - i) Pola adaptasi dan pembelaan sebagai reaksi terhadap bahaya.
 - j) Tingkat perkembangan emosi.
- b. Berdasarkan faktor – faktor sosio – budaya (sosiogenik) atau sosiokultural.
 - a) Kestabilan keluarga.
 - b) Pola mengurus anak.
 - c) Tingkatan ekonomi.
 - d) Perumahan: perkantoran lawan pedesaan.

Menurut Sundari (2005) gejala umum gangguan kesehatan jiwa yang muncul pada seseorang yang mengalaminya (Damaiyanti 2010, 65-67), di antaranya:

a. Keadaan fisik

Gejala fisik dapat dirasakan oleh yang bersangkutan, kadang – kadang dapat diketahui juga oleh orang lain. Beberapa contohnya sebagai berikut:

- a) Suhu badan berubah.
- b) Denyut nadi menjadi cepat.
- c) Berkeringat banyak.
- d) Nafsu makan kurang.
- e) Gangguan sistem organ dalam tubuh.

b. Keadaan mental

Orang yang normal mempunyai kemampuan berpikir teratur, dapat menarik kesimpulan secara sehat. Bagi seseorang yang sedang mengalami gangguan jiwa, misalnya mengalami kekecewaan yang mendalam. Kemampuan berpikir menjadi kacau karena diselingi rangsangan – rangsangan lain. Bila berpikir secara baik akan memakan waktu yang lama. Nampak adanya tanda – tanda :

- a) Ilusi.
- b) Halusinasi.
- c) Obsesi.
- d) Kompulsi.
- e) Fobia.
- f) Delusi.

c. Keadaan emosi

Emosi merupakan bagian dari perasaan yang bergejolak, sehingga dapat disaksikan. Penampakan itu berupa perubahan tingkah laku, sikap sedih atau sebaliknya gembira.

- a) Sering merasa sedih.
- b) Sering merasa tegang.
- c) Sering merasa girang.

Menurut data dari WHO (2010) yang dikutip dari portal berita Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bahwa angka bunuh diri di Indonesia mencapai 1,6 hingga 1,8% per 100.000 jiwa. Lebih dari 19 juta orang berusia diatas 15 tahun terkena gangguan mental emosional, dan lebih dari 12 juta orang berusia diatas 15 tahun diperkirakan telah mengalami depresi (Jayani, 2019. <http://www.bbc.com/indonesia/indonesia-49987127>).

Terdapat banyak sekali jenis gangguan kesehatan jiwa (*mental illness*) namun diantaranya adalah gangguan kecemasan (*Anxiety*), gangguan mood (*Bipolar*), dan *self-harm*.

a. Gangguan kecemasan (*anxiety*)

Gangguan kecemasan (*anxiety*) yaitu suatu perasaan takut atau khawatir yang tidak menyenangkan. Gangguan anxietas didiagnosis jika secara jelas terdapat perasaan cemas yang dialami secara subjektif. DSM-IV-TR mengajukan enam kategori utama, yaitu

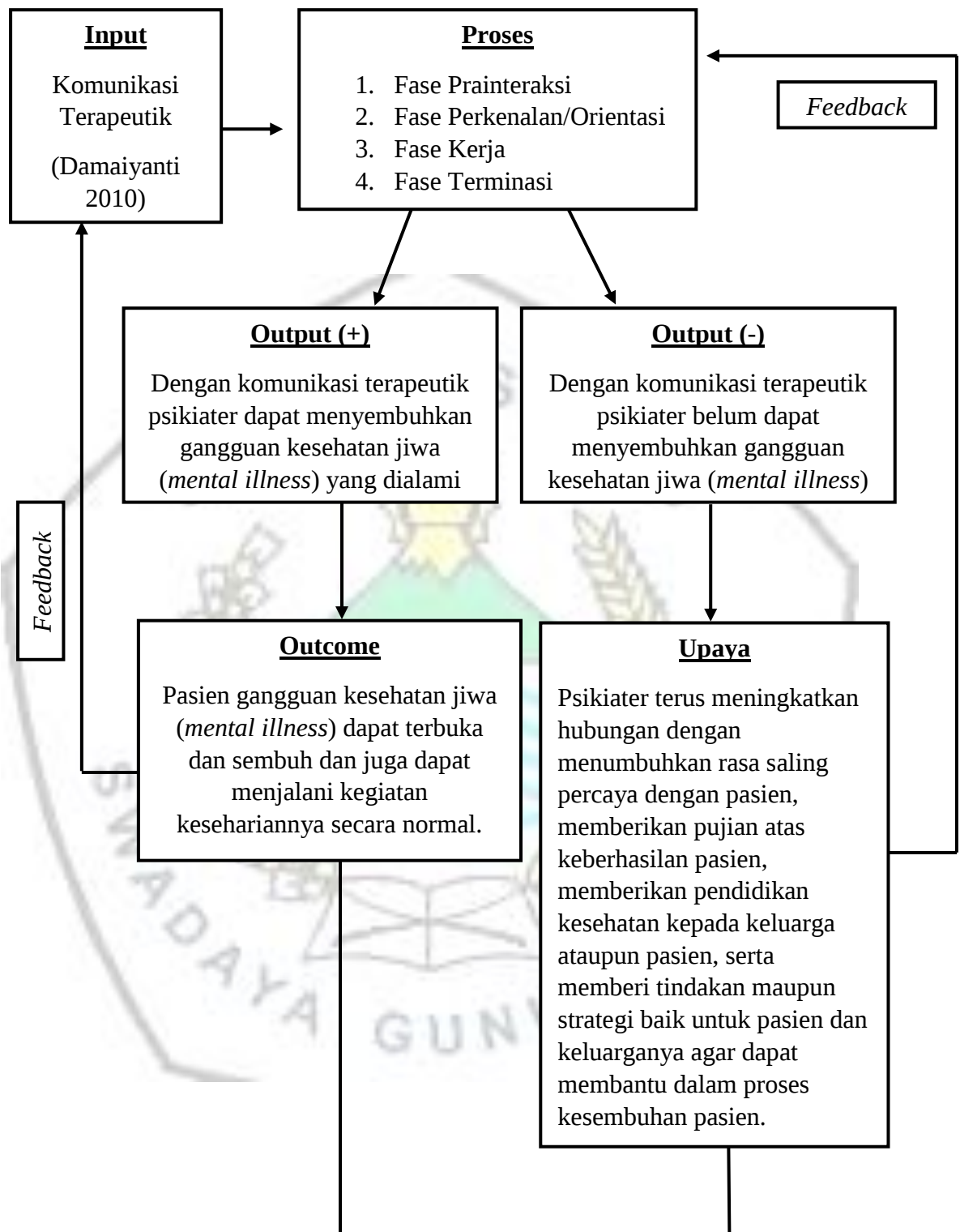
fobia, gangguan panik, gangguan anxietas menyeluruh, gangguan obsesif kompulsif, gangguan stres pascatrauma, dan gangguan stres akut (Davison, Neale dan Kring 2014, 182).

b. Gangguan mood (*Bipolar*)

Gangguan mood (*bipolar*) adalah kondisi emosional atau mood yang intens, namun merupakan kesedihan maupun kegembiraan amat sangat yang tidak beralasan atau mudah tersinggung yang disertai hiperaktivitas, banyak berbicara, pikiran yang melompat – lompat, perhatian yang mudah teralih, dan rencana yang tidak praktis atau kebesaran (*grandiose*) (Davison, Neale dan Kring 2014, 373).

c. Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan utama dalam pikiran, emosi, dan perilaku – perilaku yang terganggu, dimana berbagai pemikiran tidak saling berhubungan secara logis, persepsi dan perhatian yang keliru, afek yang datar atau tidak sesuai, dan berbagai gangguan aktivitas motorik. Pasien skizofrenia menarik diri dari orang lain dan kenyataan, seringkali masuk kedalam kehidupan fantasi yang penuh delusi dan halusinasi (Davison, Neale dan Kring 2014, 444).



Gambar 1.1
Kerangka Pemikiran.

1.7 Definisi Dan Oprasionalisasi Konsep Penelitian

1.7.1 Definisi konsep penelitian

a. Komunikasi

Komunikasi merupakan proses yang menjadi dasar pertama memahami hakikat manusia, dikatakan sebagai proses karena ada aktivitas yang melibatkan peranan banyak elemen atau tahapan yang meskipun terpisah – pisah, namun semua tahapan ini saling terkait sepanjang waktu.

b. Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu atau pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi psikiater. Komunikasi terapeutik termasuk ke dalam komunikasi kesehatan, karena pada hakikatnya komunikasi yang dilakukan di ranah kesehatan yang dilakukan untuk mendorong tercapainya keadaan atau status yang sehat secara utuh, baik fisik, mental maupun sosial.

c. Gangguan Kesehatan Jiwa (*Mental Illness*)

Gangguan kesehatan jiwa adalah kumpulan dari keadaan-keadaan yang tidak normal, baik yang berhubungan fisik maupun dengan mental. Keabnormalan terlihat dari berbagai macam gejala, yang terpenting diantaranya adalah ketegangan (*tension*), rasa putus asa dan murung, gelisah, cemas, perbuatan – perbuatan yang

terpaksa (*convulsive*), histeria, rasa lemah, dan tidak mampu mencapai tujuan, takut pikiran – pikiran dan sebagainya.

d. Psikiater

Psikiater adalah profesi dokter spesialisik yang memiliki spesialisasi dalam diagnosis dan penanganan gangguan emosional. Psikiater tidak hanya menangani masalah gangguan jiwa berat, tetapi juga ringan.

e. Pasien

Pasien adalah seseorang yang menerima perawatan medis. Sering kali, pasien menderita penyakit atau cedera dan memerlukan bantuan dokter atau tenaga ahli untuk memulihkannya.

1.7.2 Operasional Konsep Penelitian

Berikut adalah operasional konsep penelitian:

Tabel 1.1
Operasional Konsep Penelitian.

Konsep Penelitian	Dimensi	Parameter
Komunikasi Terapeutik (Damaiyanti 2010)	Fase Prainteraksi	a. Evaluasi diri psikiater. b. Penetapan hubungan interaksi dengan pasien. c. Rencana interaksi dengan pasien.

	Fase Perkenalan / Orientasi	a. Perkenalan memberi salam. b. Memperkenalkan diri psikiater. c. Menanyakan nama pasien. d. Menyepakati hubungan / kontrak e. Menghadapi kontrak f. Memvalidasi keadaan pasien. g. Mengingat kontrak.
	Fase Kerja	a. Meningkatkan pengertian dan pengenalan pasien akan dirinya, perilakunya dan pikirannya. b. Mengembangkan, mempertahankan, dan meningkatkan kemampuan pasien secara mandiri

		menyelesaikan masalah yang dihadapi c. Melaksanakan terapi / teknik keperawatan. d. Melaksanakan pendidikan kesehatan. e. Melaksanakan kolaborasi. f. Melaksanakan observasi dan monitoring.
	Fase Terminasi	a. Terminasi sementara dan akhir dengan mengevaluasi hasil, tindak lanjut dan kontrak yang akan datang.

1.8 Metode Yang Digunakan

1.8.1 Metode Penelitian Yang Dilakukan

Metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Berdasarkan hal tersebut terdapat empat kata kunci yang perlu diperhatikan yaitu, cara ilmiah, data, tujuan, dan kegunaan. Metode yang di gunakan peneliti adalah metode penelitian kualitatif.

Metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, di gunakan untuk meneliti pada kondisi objek yang alamiah, (sebagai lawannya eksperimen) dimana penelitian adalah kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi (Sugiyono 2017, 1-9).

Pada penelitian kualitatif ini peneliti memfokuskan pada metode studi kasus, yaitu uraian dan penjelasan komperhensif mengenai berbagai aspek seorang individu, kelompok, suatu organisasi (komunitas), suatu program atau situasi sosial. Sebagai metode multidimensional dan menelaan suatu kasus secara menyeluruh, hasil dari studi kasus dapat menyarankan pertanyaan – pertanyaan atau hipotesis – hipotesis yang dapat diuji melalui survei atau eksperimen (Mulyana 2013, 201-203)

1.8.2 Informan dan Teknik Pemilihan Informan

a) Informan

Informan merupakan sumber data atau dapat diartikan sebagai orang yang di ajak wawancara dan diminta untuk memberikan data/informasi. Adapun informan dalam penelitian ini adalah pihak – pihak yang terkait dengan tempat penelitian, di antaranya:

(1) Informan Kunci

Psikiater RSUD Waled Kabupaten Cirebon.

(2) Informan Pendukung.

a. Perawat RSUD Waled Kabupaten Cirebon.

b. Pasien RSUD Waled Kabupaten Cirebon.

b) Teknik Pemilihan Informan

Teknik pemilihan informan, salah satunya teknik *non probability sampling*, yaitu pengambilan sampel yang tidak memberi peluang/kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel, teknik sampel ini meliputi, sampling sistematis, kuota, aksidental, *purposive*, jenuh, *snowball*. Namun teknik pemilihan triangulasi yang dilakukan peneliti adalah teknik *purposive sampling*. Penggunaan teknik *purposive* ini mempunyai suatu tujuan atau dilakukan dengan sengaja, teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu atau sampel yang sangat ahli dalam bidang yang peneliti ambil (Sugiyono 2017, 218).

1.8.3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian, karena tujuan utama penelitian adalah mendapatkan data. Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai *setting* sebagai sumber dan berbagai cara. Dari segi cara teknik pengumpulan data, maka dapat dilakukan dengan observasi (pengamatan), interview (wawancara), kuesioner (angket), dokumentasi dan gabungan ke empatnya (Sugiyono 2017, 224-241).

a. Observasi (Pengamatan)

Nasution (1998) menyatakan bahwa, observasi adalah dasar semua ilmu pengetahuan. Marshall (1995) juga menyatakan bahwa observasi mengarahkan peneliti tentang perilaku dan makna dari perilaku tersebut. Peneliti dalam melakukan pengumpulan data menyatakan terus terang kepada sumber data, bahwa ia sedang melakukan penelitian.

Pengamatan dilakukan terhadap psikiater RSUD Waled Kabupaten Cirebon untuk melihat, mewawancarai, mencatat secara sistematis terhadap unsur – unsur, gejala – gejala serta tingkah laku aktual pada objek yang diteliti untuk mengetahui kondisi yang sebenarnya.

b. Wawancara (*Interview*)

Esterberg (2002) mendefinisikan wawancara/*interview* merupakan pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Wawancara digunakan sebagai teknik pengumpulan data apabila peneliti ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan permasalahan yang harus diteliti.

Peneliti menggunakan wawancara semi-struktur, yaitu dimana dalam pelaksanaannya lebih bebas bila dibandingkan dengan wawancara terstruktur. Tujuan dari wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat, dan ide – idenya.

c. Dokumentasi

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya – karya monumental dari seseorang. Dokumen yang berbentuk gambar, misalnya foto, gambar hidup, sketsa dan lain – lain. Peneliti melakukannya dengan cara membaca berita atau informasi yang relevan yang terkait dengan penelitian ini.

d. Studi Pustaka

Studi pustaka diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan

sumber data yang telah ada, sekaligus peneliti menguji kredibilitas data. Pengumpulan dan sumber data ini dengan melakukan penelaahan melalui buku, literatur, catatan, serta berbagai laporan yang berkaitan dengan masalah yang ingin dipecahkan.

1.8.4 Teknik Keabsahan Data

Teknik keabsahan data merupakan salah satu teknik yang penting dalam menentukan validitas dan reabilitas data yang diperoleh dalam penulisan ini. dalam penelitian kualitatif, temuan atau data yang dapat dinyatakan valid apa bila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti. Dalam penulisan ini teknik keabsahan data yang digunakan adalah triangulasi. Menurut *William Wiersma* (1986) triangulasi dalam pengujian kredibilitas ini diartikan sebagai pengecekan data dari berbagai sumber dengan berbagai cara, dan berbagai waktu.

Dalam penelitian ini digunakan salah satu jenis triangulasi yaitu triangulasi sumber. Triangulasi sumber untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber (Sugiyono 2017, 273). Hal ini dapat dicapai dengan jalan (Moleong 2017, 331):

- a. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara.

- b. Membandingkan apa yang dikatakan orang didepan umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi.
- c. Membandingkan apa yang dikatakan orang – orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.
- d. Membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan orang rakyat biasa, orang yang berpendidikan menengah atau tinggi, orang berada atau orang pemerintahan.
- e. Membandikan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.

Jadi triangulasi merupakan cara terbaik untuk menghilangkan perbedaan – perbedaan kontruksi kenyataan yang ada dalam konteks suatu studi sewaktu mengumpulkan data tentang berbagai kejadian dan hubungan dari berbagai pandangan. Dengan kata lain bahwa triangulasi, peneliti dapat me-recheck temuannya dengan jalan membandingkannya dari berbagai sumber, metode atau teori.

Miles & Huberman (Sugiyono 2017, 246-252), mengemukakan bahwa aktifitas dalam analisis data kualitatif dilakukan secara interaktif dan berlangsung secara terus menerus sampai tuntas, sehingga datanya sudah jenuh. Aktifitas dalam analisis data yaitu:

- a. Reduksi data, yaitu merangkum, memilih hal – hal yang pokok, memfokuskan pada hal – hal yang penting, dicari tema dan polanya. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberikan gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

- b. Penyajian data, yaitu bentuk uraian singkat, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart*, dan sejenisnya. Dengan mendisplaykan data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi , merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami tersebut.
- c. Verifikasi, yaitu kesimpulan dalam menjawab rumusan masalah yang dirumuskan sejak awal, tetapi mungkin juga tidak, karena seperti yang telah ditemukan bahwa masalah dan rumusan masalah dalam penelitian kualitatif masih bersifat sementara dan akan berkembang setelah penelitian berada di lapangan.

1.9 Lokasi dan Jadwal Penelitian

1.9.1 Lokasi

Peneliti mengambil lokasi di RSUD Waled Kabupaten Cirebon, Jl. Prabu Kiansantang No.4, Waled Kota, Waled, Cirebon, Jawa Barat. Alasan peneliti memilih lokasi di RSUD Waled Kabupaten dikarenakan adanya ketertarikan permasalahan yang akan diteliti di skripsi ini dan karakteristik objek penelitian dengan peneliti.

Kode Pos : 45187

Telp/Fax : (0231) 661126 / (0231) 664091

e-mail : brsud.waled@gmail.com

1.9.2 Jadwal Penelitian

Penelitian akan direncanakan pada bulan Maret 2020. Diawali dengan melakukan tahap persiapan literatur, pengamatan. Tahap pelaksanaan seperti bimbingan dan pembuatan proposal, seminar proposal, penelitian sampai dengan sidang skripsi. Lebih jelasnya ada pada tabel di bawah ini:

Tabel 1.2
Jadwal Penelitian.

[illegible]