

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dalam kehidupan sehari-hari, komunikasi sangatlah penting. Manusia sangatlah membutuhkan komunikasi agar dapat hidup berdampingan dengan orang lain. Setiap berinteraksi, kita tidak bisa terlepas dari komunikasi. Komunikasi mempunyai banyak sekali makna dan sangat bergantung pada konteks pada saat komunikasi dilakukan. Dalam setiap bentuk komunikasi setidaknya dua orang saling mengirimkan lambang-lambang yang memiliki makna tertentu. Lambang-lambang tersebut bisa bersifat verbal berupa kata-kata, atau sifat nonverbal berupa ekspresi atau ungkapan tertentu dan gerak tubuh (Supratiknya, 1995:30). Tetapi bagaimana komunikasi yang dilakukan psikiater dengan pasien gangguan jiwa dalam proses penyembuhannya?

Selama ini orang mengetahui bahwa komunikasi hanya digunakan untuk percakapan sehari-hari. Padahal komunikasi bisa digunakan juga sebagai alat untuk melakukan proses penyembuhan. Apalagi proses penyembuhan itu digunakan untuk para penderita gangguan jiwa yang pada kenyataannya mereka kurang bisa menguasai dirinya sendiri. Berkomunikasi dengan para penderita

saja berbeda dengan penyakit-penyakit lainnya karena penyakit gangguan jiwa cenderung mengalami gangguan konsep diri dan mereka cenderung asyik dengan dirinya sendiri.

Penyakit gangguan jiwa umumnya tidak hanya disebabkan oleh satu faktor tunggal saja melainkan berbagai macam kombinasi faktor, karena faktor yang satu dengan yang lainnya saling mempengaruhi. Berbagai macam penyebab gangguan jiwa umumnya berasal dari kombinasi biologis-psikologik-sosio budaya. Menurut Damaiyanti, ada beberapa masalah tentang penyakit gangguan jiwa diantaranya waham kebesaran, waham curiga dan halusinasi. Waham kebesaran adalah meyakini bahwa dia memiliki kebesaran atau kekuasaan khusus, diucapkan berulang kali tetapi tidak sesuai kenyataan. Waham curiga adalah meyakini bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau menciderai dirinya, diucapkan berulang kali tapi tidak sesuai kenyataan. Sedangkan yang dimaksud halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan sensori persepsi, merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan, pengecapan perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada (Damaiyanti, 2008:87&107).

Seseorang dikatakan sehat jiwa jika dia mampu menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat dan lingkungan. Penyesuaian diri yang baik berdampak pada terwujudnya keharmonisan jiwa sanggup

menghadapi masalah, dan merasa bahagia

(<http://animefans.informe.com/forum/sehat-jiwa-penting-dt68.html> akses 27

Februari 2009). Apabila masyarakat tidak memperhatikan kesehatan jiwa maka dapat terkena gangguan jiwa.

Gangguan kesehatan jiwa walaupun tidak langsung menyebabkan kematian, namun akan menimbulkan penderitaan yang mendalam bagi individu dan keluarganya, baik mental maupun materi. Sampai saat ini masyarakat masih mengutamakan pada keluhan fisik dan kurang memperhatikan adanya keluhan mental emosional yang melatarbelakangi keluhan fisik tersebut. Orang seringkali menolak bila dirujuk untuk menjalani terapi dalam bidang kesehatan jiwa, sehingga penanganan masalah kesehatan jiwa terabaikan dan terapi menjadi tidak ampuh. Akibatnya sering terjadi pemborosan, baik dalam pemberian obat maupun pemeriksaan yang sebenarnya tidak diperlukan. Salah satu penyebabnya adalah kurangnya pengertian masyarakat tentang kesehatan jiwa. Bila mendengar kata-kata kesehatan jiwa, yang terpikir adalah orang yang berperilaku aneh, memalukan atau menakutkan (Manggala, 2008:18).

Karena orang masih belum menyadari masalah kesehatan jiwa, maka untuk upaya penyembuhannya masih belum maksimal. Seharusnya masyarakat mulai memperhatikan kesehatan jiwanya agar tidak berujung pada masalah kesehatan jiwa dan menjadikan beban.

Seharusnya agar tidak terus menerus menjadi beban, sebaiknya para penderita gangguan jiwa harus diperhatikan lebih serius. Tetapi keluarga yang salah satu anggota keluarganya menderita gangguan jiwa lebih cenderung untuk mengurung di dalam ruangan. Belum banyak upaya penyembuhan yang dilakukan oleh masyarakat. Padahal menurut Dosen Psikiatri Fakultas

serius dan berkelanjutan, penderita gangguan jiwa bisa sembuh” (<http://saradbali.com/edisi106/lipsus2.html> akses 20 Mei 2009). Untuk upaya penyembuhan itulah sebaiknya penderita gangguan jiwa dibawa ke rumah sakit jiwa. Disini para penderita gangguan jiwa akan memperoleh penyembuhan dari tenaga kesehatan seperti psikiater.

Dalam menangani kasus-kasus tentang penyakit gangguan jiwa sangat dibutuhkan kehadiran psikiater. Psikiater adalah dokter spesialis di bidang kesehatan jiwa. Psikiater mempunyai peran yang sangat penting dalam memberikan penyembuhan pada gangguan jiwa, karena penderita gangguan jiwa tidak terletak pada fisiknya tetapi pada jiwanya. Penderita gangguan jiwa juga cenderung lebih asik dengan dirinya sendiri. Seorang psikiater berusaha menolong pasien agar ia dapat bebas dari gejala penyakit pada saat proses terapi. Dalam berkonsultasi, psikiater mengajak pasien untuk menentukan sendiri pilihan dalam bertindak, setelah memperhitungkan resiko yang akan dihadapi dan bagaimana cara mengatasinya. Psikiater bertugas untuk meluruskan cara berkomunikasi mereka, agar mereka bisa kembali ke masyarakat dan menjalani kehidupan yang normal.

Rumah sakit jiwa adalah rumah sakit yang khusus menangani para penderita gangguan jiwa. Disinilah peran psikiater sebagai salah satu tenaga kesehatan sangat dibutuhkan. Dalam menangani pasien gangguan jiwa, sangat dibutuhkan kecerahan dan kemampuan agar para penderita gangguan jiwa tidak

akan berdampak yang baik terhadap proses terapeutik yang dikelolanya nanti. Menurut dr. Wini Christina, SpKj, salah satu psikiater di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta, dalam proses terapeutik, psikiater berusaha untuk membangun hubungan interpersonal dengan pasiennya, sehingga pasien akan percaya, nyaman dan terbuka untuk mengeluarkan permasalahannya. Seperti petikan wawancara berikut :

Di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala menerapkan bagaimana proses terapeutik psikiater dengan pasiennya. Setiap proses komunikasi terapeutik, psikiater tidak langsung menanyakan apa yang dialami oleh pasien. Psikiater membuka pembicaraan dengan hal-hal yang membuat pasien tidak merasa tertekan dengan pertanyaan yang diajukan psikiater. Psikiater berusaha membangun komunikasi agar pasien bisa percaya, nyaman dan terbuka. Apabila pasien percaya, nyaman dan terbuka, maka psikiater bisa lebih mudah untuk menggali apa yang dialami oleh pasiennya dan pasien juga akan menuruti apa yang dikatakan psikiater. Dengan demikian psikiater bisa memberikan edukasi kepada pasien, contohnya seperti tata cara pemberian obat dan waktu yang tepat untuk memberikan obat. Hal inilah yang berpengaruh pada proses pengobatannya (wawancara dengan dr. Wini Christina, SpKj, psikiater Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala pada 2 Juni 2009).

Komunikasi yang dilakukan psikiater ini bertujuan untuk menggali informasi tentang apa yang sedang dirasakan oleh pasien gangguan jiwa. Sehingga psikiater bisa bertindak untuk melakukan penanganan selanjutnya.

Selain itu, kelebihan komunikasi yang dilakukan psikiater adalah, psikiater bisa langsung mengetahui keadaan pasiennya karena secara akademis

psikiater lebih disiapkan untuk menguasai tentang hal-hal yang berkaitan dengan

masalah penyakit gangguan jiwa. Psikiater juga melakukan proses terapi secara langsung sehingga psikiater langsung mengetahui penanganan apa yang harus dilakukan untuk masalah yang dialami pasiennya. Inilah yang membedakan antara komunikasi terapeutik yang dilakukan psikiater dan perawat. Sedangkan komunikasi psikiater yang dilakukan perawat adalah lebih bertujuan untuk mendampingi apabila pasien akan makan, mandi, melakukan aktivitas sehari-harinya dan ketika minum obat, tetapi tetap sesuai dengan anjuran dari psikiater (wawancara dengan dr.Kresman, SpKj, direktur Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta pada tanggal 13 Oktober 2009).

Keefektifan komunikasi interpersonal adalah karena komunikator dapat mengetahui situasi komunikasi yang sedang berlangsung, dan cara yang paling efektif adalah dengan bertatap muka. Komunikasi dengan bertatap muka dilakukan agar komunikator bisa mengetahui perubahan tingkah laku pada diri komunikan. Karena dalam komunikasi interpersonal membutuhkan umpan balik secara langsung.

Melalui komunikasi interpersonal ini komunikator bisa menggali komunikannya melalui individu dan dapat mengetahui apa yang menjadi keinginannya dan selanjutnya dapat timbul kecocokan dan hubungan yang baik. Apabila sudah terjalin hubungan yang baik, maka psikiater dapat membuat proses penyembuhan dengan lebih mudah dan membangkitkan rasa percaya diri.

Dicinilah psikiater dituntut untuk dapat berinteraksi dengan pasien.

masalah penyakit gangguan jiwa. Psikiater juga melakukan proses terapi secara langsung sehingga psikiater langsung mengetahui penanganan apa yang harus dilakukan untuk masalah yang dialami pasiennya. Inilah yang membedakan antara komunikasi terapeutik yang dilakukan psikiater dan perawat. Sedangkan komunikasi psikiater yang dilakukan perawat adalah lebih bertujuan untuk mendampingi apabila pasien akan makan, mandi, melakukan aktivitas sehari-harinya dan ketika minum obat, tetapi tetap sesuai dengan anjuran dari psikiater (wawancara dengan dr.Kresman, SpKj, direktur Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta pada tanggal 13 Oktober 2009).

Keefektifan komunikasi interpersonal adalah karena komunikator dapat mengetahui situasi komunikasi yang sedang berlangsung, dan cara yang paling efektif adalah dengan bertatap muka. Komunikasi dengan bertatap muka dilakukan agar komunikator bisa mengetahui perubahan tingkah laku pada diri komunikan. Karena dalam komunikasi interpersonal membutuhkan umpan balik secara langsung.

Melalui komunikasi interpersonal ini komunikator bisa menggali komunikannya melalui individu dan dapat mengetahui apa yang menjadi keinginannya dan selanjutnya dapat timbul kecocokan dan hubungan yang baik. Apabila sudah terjalin hubungan yang baik, maka psikiater dapat membuat proses penyembuhan dengan lebih mudah dan membangkitkan rasa percaya diri.

Disinilah psikiater dituntut untuk dapat berinteraksi dengan pasien psikiatri.

merasa dirinya dihargai dan tidak merasa lebih rendah dari psikiater. Untuk itulah sebaiknya pasien dibawa ke rumah sakit agar memperoleh perawatan yang lebih intensif.

Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta yang terletak di Jl. Jayaningpranan 7 dan 13 Yogyakarta adalah salah satu rumah sakit yang khusus menangani tentang penyakit gangguan jiwa. Di rumah sakit inilah psikiater mengaplikasikan ketrampilannya dalam melakukan komunikasi terapeutik untuk proses kesembuhan pasiennya. Terapi yang digunakan untuk proses penyembuhannya menggunakan terapi somatik (obat), dan terapi psikososial (terapi perilaku, terapi berorientasi pada keluarga, terapi kelompok, psikoterapi individual).

Peneliti mengambil di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta dikarenakan di rumah sakit ini psikiater lebih intensif dalam melakukan proses terapeutik yaitu dua kali dalam sehari. Sehingga psikiater bisa langsung mengetahui respon apa yang diberikan pasien pada saat proses terapi dan psikiater juga bisa langsung melakukan penanganan selanjutnya. Selain itu peneliti mengambil pasien *autistik* dikarenakan jumlah pasien ini paling banyak yaitu 3 orang dan pasien ini mempunyai kondisi yang bermacam-macam diantaranya mengamuk (gaduh), kooperatif dan acuh. Pasien *autistik* adalah pasien yang asyik menyukai dunianya sendiri. Pasien tersebut kurang bisa bersosialisasi dengan lingkungan di sekitarnya karena dia lebih suka menyendiri

sehingga psikiater harus bisa mengalihkan dia dari dunianya pada saat berinteraksi. Pasien juga sudah mengalami gangguan jiwa selama bertahun-tahun dan menjalani rawat inap selama waktu kurun tertentu di rumah sakit. Untuk itulah peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian di rumah sakit ini.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka dapat ditarik suatu rumusan masalah sebagai berikut :

“Bagaimanakah komunikasi terapeutik psikiater dengan pasien gangguan jiwa *autistik* di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta?”

C. Tujuan Penelitian

Terkait dengan rumusan masalah yang sudah ditetapkan diatas, maka penelitian ini memiliki tujuan sebagai berikut :

1. Untuk mendeskripsikan bagaimana komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien gangguan jiwa.
2. Untuk mendeskripsikan respon pasien dalam komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien gangguan jiwa.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

- a. Bagi psikiater, dapat digunakan untuk meningkatkan kemampuannya dalam melakukan proses komunikasi terapeutik dengan pasien gangguan jiwa.
- b. Bagi masyarakat, dapat digunakan sebagai referensi untuk menambah pengetahuan tentang pentingnya kesehatan jiwa.

2. Manfaat Akademis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai salah satu referensi bagi penelitian selanjutnya dalam mempelajari komunikasi terapeutik psikiater dengan pasien gangguan jiwa.

E. Kerangka Teori

1. Komunikasi Interpersonal

a. Definisi Komunikasi Interpersonal

Dalam kehidupan sehari-hari, bentuk komunikasi yang sering kita lakukan adalah komunikasi interpersonal atau komunikasi antar pribadi. Komunikasi interpersonal akan berjalan dengan baik apabila

dua pihak yang berkomunikasi dapat memahami pesan yang disampaikan.

Komunikasi interpersonal menurut De Vito dalam Liliweri bahwa, komunikasi interpersonal merupakan pengiriman pesan-pesan dari seorang dan diterima oleh orang lain, atau sekelompok orang dengan efek dan umpan balik yang langsung (Liliweri, 1991:12). Dalam proses komunikasi ini, psikiater memberikan pesan-pesan kepada pasien dan pasien menerima pesan kemudian pasien memberikan umpan balik secara langsung. Menurut R. Wayne Pace, komunikasi interpersonal adalah proses komunikasi yang berlangsung antara dua orang atau lebih secara tatap muka (Cangara, 1998:32).

Pendapat lain dari Dean C. Barnlund dalam Liliweri, komunikasi interpersonal biasanya dihubungkan dengan pertemuan dua orang, atau tiga orang, atau mungkin empat orang yang terjadi secara spontan dan tidak berstruktur (Liliweri, 1991:12). Ada juga pendapat menurut Tan, *interpersonal communication* (komunikasi interpersonal) adalah komunikasi tatap muka antara dua orang atau lebih orang (Liliweri, 1991:12). Sedangkan pendapat menurut Potter dan Perry, komunikasi interpersonal adalah interaksi antara dua orang atau kelompok kecil.

Komunikasi ini merupakan inti dari praktik keperawatan karena dapat

terjadi antara perawat dan klien serta keluarga, perawat dengan perawat, dan perawat dengan tim kesehatan lain (Damaiyanti, 2008:3).

Definisi komunikasi interpersonal menurut De Vito dilihat dari tiga sudut pandang :

1) Definisi Berdasarkan Komponen

Komunikasi interpersonal didefinisikan dengan mengamati komponen-komponen utamanya yaitu penyampaian pesan oleh satu orang dan penerimaan pesan oleh orang lain atau sekelompok kecil orang, dengan berbagai dampaknya dan dengan peluang untuk memberikan umpan balik segera.

2) Definisi Berdasarkan Hubungan Diadik

Komunikasi interpersonal sebagai komunikasi yang berlangsung diantara dua orang yang mempunyai hubungan yang mantab dan jelas. Dengan definisi ini hampir tidak mungkin ada komunikasi diadik (dua orang) yang bukan komunikasi antar pribadi.

3) Definisi Berdasarkan Pengembangan

Komunikasi interpersonal dilihat sebagai akhir dari perkembangan dari komunikasi yang bersifat tak pribadi (impersonal) pada satu ekstrim menjadi komunikasi pribadi atau intim pada ekstrim lain (Devito, 1997:231).

Dalam proses terapi penyembuhan untuk pasien sangat dibutuhkan komunikasi interpersonal antara pasien dengan psikiater.

Hal ini bertujuan untuk memulihkan kembali kesehatan para penderita

gangguan jiwa baik secara fisik, sikap, sifat dan psikisnya yang mengalami gangguan demi mendapatkan kenyamanan dalam hidupnya.

2. Komunikasi Terapeutik

Dalam membina komunikasi, psikiater menggunakan komunikasi interpersonal atau yang disebut komunikasi terapeutik. Dalam berhubungan dengan pasien, seorang psikiater harus mempertahankan hubungan kerja yang baik dan menjadikan prioritas utama. Psikiater juga harus memasang perhatian sepenuhnya kepada apa yang sedang dibicarakan oleh pasien ketika sedang berbicara (Lubis & Sylvia, 2005:38). Dalam membina hubungan hubungan yang baik tentu dibutuhkan berbagai faktor, yang meliputi : percaya (*trust*), sikap suportif (*supportiveness*), dan sikap terbuka (*open-mindedness*). Apabila faktor-faktor tersebut dapat dipenuhi maka akan dapat tercapai hubungan yang baik antara psikiater dengan pasien gangguan jiwa (Rakhmat, 2005:120).

Menurut Rogers dalam Ellis, unsur inti dari hubungan pertolongan adalah kehangatan dan ketulusan, pemahaman yang empatik dan perhatian positif yang tidak bersyarat. Unsur-unsur ini diperlukan untuk mendapatkan perubahan yang konstruktif bagi pasien dalam situasi terapeutik dimana pendekatan tersebut dihadapi. Sedangkan menurut Gellman

dipertimbangkannya beberapa sifat lain, seperti sifat kongkrit, kesegaran dan konfrontasi akan lebih memungkinkan hasil yang positif (Ellis, 1994:142).

Menurut W.F. Maramis (2005:163), pemeriksaan dan pengobatan akan berjalan dengan lebih mudah, bila penderita menganggap dokter sebagai seorang yang selalu siap untuk menolong, sabar, dan dapat dipercaya. Hal itu dilihat dari kepribadian dokter, dari tingkah laku dan ucapan-ucapannya. Semua itu harus demikian sehingga penderita tidak akan mendapat kesan bahwa dokter itu tidak sabar, sering menuduh atau menuntut, sering memberi kritik, suka curiga atau gampang marah.

a. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Purwanto, 1993:20). Dalam hal ini komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang tujuannya untuk penyembuhan pasien terutama dari sisi psikologi atau kejiwaan.

Menurut Ruesch, komunikasi dewasa ini banyak digunakan untuk teknik penyembuhan jiwa, dimana dengan menggunakan metode komunikasi terapeutik seorang terapis mampu mengarahkan bentuk komunikasi sedemikian rupa sehingga pasien dengan gangguan jiwa dihadapkan pada situasi dan pertukaran pesan yang dapat menimbulkan hubungan sosial yang bermanfaat. Lebih jelasnya, komunikasi terapeutik memandang gangguan jiwa bersumber pada gangguan komunikasi, yakni terletak pada ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan dirinya. Pendeknya, meluruskan jiwa orang yang diperoleh dengan

meluruskan caranya berkomunikasi, maka para penderita gangguan jiwa dapat hidup dengan normal kembali (Rakhmat, 2005:5).

Menurut Stuart dan Sundeen dalam bukunya yang berjudul *Hubungan Terapeutik Perawat – Klien* (1987), menjelaskan :

Komunikasi terapeutik sangat diperlukan untuk mendukung proses rehabilitasi dengan tujuan mengembalikan pasien ke kondisi semula atau setidaknya mendekati pada kondisi normal. Dengan demikian, komunikasi terapeutik peranannya sangat besar dirasakan ketika seorang *therapist* (penyembuh) misalnya dokter, perawat atau psikolog melakukan usaha rehabilitasi atas pemulihan pasiennya. Melalui komunikasi terapeutik inilah dapat diperoleh informasi yang akurat mengenai keluhan yang diderita oleh pasien sebagai pedoman pengambilan metode pemulihan atau terapi yang dipilih. Di sisi lain, pasien akan mendapatkan motivasi atau dorongan semangat dalam memulihkan kondisinya, atau hal yang sangat penting dari aktivitas komunikasi terapeutik yaitu dapat menghasilkan tujuan utama terapist serta harapan pasien dalam menjalani proses rehabilitasi dengan segala harapan, segala sesuatu yang dihasilkan dari kegiatan komunikasi terapeutik antara *therapist* dengan pasien menjadi suatu komunikasi yang intensif dan efektif.

Dengan melakukan komunikasi terapeutik, berarti seorang *therapist* telah melakukan hubungan terapeutik. Dalam melakukan hubungan terapeutik ini seorang psiklater dituntut untuk membina hubungan terapeutik yang sesuai dengan tingkat perkembangan pasiennya dan juga diharapkan mampu menggali semua informasi tentang hal yang dialami oleh pasien untuk proses penyembuhan

pasiennya. Dengan demikian psikiater dapat membantu memecahkan masalah yang dihadapi oleh pasien.

Sedangkan dalam arti secara umum, komunikasi terapeutik atau dalam bahasa medis disebut psikoterapi nyaris meliputi semua interaksi dan komunikasi manusia untuk mewajarkan dan mendamaikan kejiwaannya (dalam diri sendiri dan dalam pergaulannya), yang diterapkan pada segala macam masalah hidup dan masalah kehidupan bersama (Lubis & Sylvia, 2005:9).

Arnold P. Goldstein mengembangkan apa yang disebut "*relationship-echachment methods*" (metode peningkatan hubungan) dalam psikoterapi. Dalam metode ini terdapat tiga prinsip :

1. Makin baik hubungan interpersonal, makin terbuka pasien mengungkapkan perasaannya.
2. Makin baik hubungan interpersonal, makin cenderung ia meneliti perasaannya secara mendalam beserta penolongnya (psikolog).
3. Makin baik hubungan interpersonal, makin cenderung ia mendengar dengan penuh perhatian dan bertindak atas nasihat yang diberikan penolongnya (Rakhmat, 2005:120).

Hubungan interpersonal yang baik dapat dinyatakan bahwa makin baik hubungan interpersonal, maka makin terbuka seseorang untuk mengungkapkan tentang dirinya sehingga makin efektif komunikasi

yang berlangsung diantara komunikasi. Menurut Jalaludin Rakhmat (2005:138), sikap terbuka bisa mendorong timbulnya saling pengertian, saling menghargai, dan saling mengembangkan kualitas hubungan interpersonal.

Dalam hal ini, komunikasi interpersonal mempunyai hubungan yang sangat erat dengan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik tidak terlepas dari psikologi, yang dimana psikologi merupakan ilmu mengenai kejiwaan, dan hubungan antara psikologi dengan komunikasi terletak dari bagaimana pesan dari seorang individu menjadi stimulus yang menimbulkan respon bagi individu lainnya. Pesan yang disampaikan tersebut bisa berupa lambang-lambang atau simbol-simbol dari perilaku manusia. Pada saat pesan sampai pada diri komunikator, psikologi melihat ke dalam proses penerimaan pesan, menganalisa faktor-faktor personal dan situasional yang mempengaruhinya, dan menjelaskan berbagai corak komunikasi ketika sendirian atau dalam kelompok (Rakhmat, 2005:5). Disini pesan tersebut disampaikan oleh psikiater dengan menanyakan kondisi yang dialami oleh pasien dan pasien merespon pesan tersebut dengan menceritakan kondisi yang

b. Tahap-tahap Komunikasi Terapeutik

Menurut Shawn C. Shea dalam bukunya yang berjudul Wawancara Psikiatri : Seni Pemahaman, dalam proses komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien dibagi menjadi 5 fase, yaitu :

1) Fase perkenalan

Dalam fase perkenalan ini dimulai ketika psikiater dan pasien bertemu untuk pertama kalinya. Apabila dalam fase ini bisa berjalan baik maka hanya akan berjalan beberapa menit saja, tetapi apabila tidak berlangsung baik maka akan berlangsung sangat sulit dan bahkan bisa memburuk. Pada fase perkenalan akan membentuk kesan awal tentang psikiater sampai akhir pertemuan. Kesan pertama inilah yang akan menentukan jalannya terapi. Shea mengungkapkan bahwa :

Tujuan dari wawancara selama perkenalan masih relatif sederhana : mengikutsertakan pasien dengan menurunkan ansietas pasien. Tujuan praktisi dan tujuan pasien sesungguhnya sama pada tahap wawancara ini, pendeknya untuk membantu pasien merasa lebih mudah. Untuk mencapai tahap keadaan yang lebih nyaman, praktisi mungkin ingin menjawab pertanyaan ini baik langsung maupun tidak langsung. Jika dilakukan dengan sensitif, ansietas awal pasien seharusnya mulai menurun dan wawancara mulai akan berlangsung (Shea, 1989:66-69).

Pada fase perkenalan biasanya tidak terasa beralih ke fase

pembukaan dimana psikiater menunjukkan sikap sikap kepada

pasien dengan gerakan tubuh dan juga tampil tanpa memihak dan menekankan keinginan untuk mendengarkan pendapat dari pasien. Selain itu pada tahap ini psikiater juga mulai menggali perasaan yang dialami oleh pasiennya. Psikiater juga harus bisa mengikuti alur cerita dari pasien itu sendiri.

Dalam hal ini adalah sangat bijaksana untuk mengikuti keinginan pasien. Akan sangat tidak sesuai untuk mengikuti secara kaku bentuk dari perkenalan dengan pasien. Bentuk perkenalan adalah petunjuk bukan peraturan. Jika dilakukan dengan baik, fase ini akan dapat memberikan awal dari ikatan yang kuat, bagi pasien akan sangat berterima kasih terhadap rasa penerimaan yang diciptakan oleh praktisi yang sensitif. Dalam fase berikutnya pasien akan banyak berbicara dan praktisi mendengarkannya dengan penuh perhatian (Shea, 1989:73).

Dengan demikian apabila psikiater bisa menerima pasien dengan baik maka psikiater bisa lebih mudah untuk mengidentifikasi masalah yang dihadapi oleh pasiennya.

2) Fase pembukaan

Dalam fase ini, psikiater mulai memfokuskan pertanyaan-pertanyaan pada topik-topik yang lebih khusus, setelah secara tidak langsung mendengarkan cerita dari pasien. Psikiater berusaha mengidentifikasi masalah yang dialami pasiennya dan membina komunikasi terbuka. Pada fase pembukaan, pasien memiliki dua tujuan utama : (1) memutuskan apakah setuju untuk berbagi

persoalan pribadi dengan psikiater, dan (2) untuk memutuskan persoalan pribadi mana yang akan diceritakan.

Dengan pertanyaan pertama praktisi terhadap keadaan pasien yang mendesak, fase pembukaan dimulai. Hal itu berakhir ketika praktisi mulai memfokuskan pertanyaan-pertanyaan pasien pada topik-topik yang lebih khusus yang dianggap penting oleh praktisi, setelah mendengarkan si pasien secara langsung. Untuk kebanyakan hal, pasien telah memutuskan pada akhir dari fase pembukaan apakah mereka pada dasarnya menyukai atau tidak wawancara tersebut. Pendekatan fase pembukaan umumnya berlangsung terus dalam garis penunjuk. Sekali praktisi harus mengakhiri perkenalannya. Pertanyaan terbuka digunakan untuk mengembalikan wawancara kepada pasien secara tingkatan verbal (Shea, 1989:73-74).

Dengan pertanyaan terbuka maka akan memberikan kesempatan pasien untuk berbicara pada waktu yang nyaman dengan psikiater. Pada fase ini psikiater hanya berbicara sedikit dan lebih banyak pasien menceritakan tentang interpersonalnya. Psikiater juga menetapkan cara yang baik dan efektif untuk membentuk isi wawancara itu sendiri. Selain itu psikiater juga tidak hanya menanyakan tentang diri pasien tetapi juga menggali hubungan keluarga pasien.

3) Fase inti

Pada fase ini, psikiater yang baik tidak hanya terus menerus mendengar dengan empati, tetapi juga aktif menggali apa yang dirasakan pasien. Dalam hal ini ketrampilan psikiater dalam

menggali informasi dari pasien sangat dibutuhkan. Proses terapi dapat berlangsung dengan baik dan efisien apabila psikiater mempunyai ketrampilan dalam melakukan proses terapi. Apabila psikiater tidak mempunyai ketrampilan maka hanya akan berlangsung dengan kaku dan canggung.

Praktisi yang baik tidak melulu mendengar dengan empati, mereka secara aktif menggali. Aliran wawancara yang lancar memiliki banyak dari elemen struktural yang sama ini. Salah satu kunci untuk mencetuskan aliran pembicaraan yang alami selama isi wawancara terdiri atas belanja untuk beralih dengan lembut dari satu topik ke topik lain sambil mengumpulkan isyarat-isyarat dari pernyataan yang diwawancarai. Pewawancara sadar topik mana yang paling berhubungan dengan suatu wawancara triase dan dengan hati-hati dapat memandu percakapan pada topik ini. Bila dalam topik yang diharapkan, pewawancara memperoleh keuntungan dari cara percakapan alami sehingga mengembangkan topik itu sepenuhnya. Jika dilakukan dengan baik, pewawancara telah menyusun wawancara tanpa disadari. Praktisi menciptkana suatu pencampuran yang kuat dengan yang diwawancara sambil secara efisien mengumpulkan data dasar strategis untuk mengambil keputusan (Shea, 1989:110-111).

Ketika psikiater bisa melakukan wawancara dengan baik, maka psikiater akan lebih efisien untuk menentukan tindakan apa yang akan diambil untuk menentukan langkah selanjutnya dalam proses penanganan pasien. Tindakan tersebut diambil berdasarkan dari data yang diambil dari wawancara yang dilakukan antara psikiater dengan pasien. Menurut Lubis dan Sylvia (2005:17),

psikiater harus fasih untuk membahas hal-hal yang lebih

pasien dari pengertian simbolik asosiatif dan regresif dalam ekspresi verbal pasien, untuk itu psikiater tidak hanya mengerahkan kemampuan intelektual dan rasionalnya saja.

4) Fase penutupan

Dengan berlangsungnya wawancara maka secara tidak sadar, proses wawancara akan berakhir dan akan timbul ketegangan pada diri pasien. Ketegangan ini muncul dari keluhan pasien karena dia berfikir apakah akan memperoleh bantuan setelah terjadinya proses wawancara.

Pasien seringkali merasa sangat lega hanya dengan mengeksplorasi masalah-masalahnya dengan gaya yang menunjukkan seorang pendengar yang penuh perhatian. Hal yang seharusnya diingat dari salah satu tujuan utama dari praktisi selama fase penutupan wawancara terdiri atas memadukan wawancara keinginan pasien untuk kembali pada perjanjian yang kedua untuk mengikuti rujukan praktisi. Tentu saja, jika pasien memutuskan tidak untuk mematuhi rekomendasi praktisi, maka wawancara telah mengalami kegagalan (Shea, 1989:147).

Tujuan dari fase ini adalah agar pasien bisa mengikuti anjuran dari psikiater. Tetapi apabila pasien tidak mematuhi anjuran dari psikiater, maka wawancara mengalami kegagalan. Ada beberapa alasan pasien akan kembali lagi, diantaranya :

a) Pasien merasa bahwa sesuatu telah diperoleh dari wawancara

- b) Pasien merasa nyaman dengan psikiater.
- c) Pasien merasa bahwa psikiater juga merasa nyaman dalam berinteraksi.
- d) Pasien mempercayai psikiater.
- e) Pasien merasa bahwa psikiater mungkin dapat memberi bantuan pada masa mendatang.
- f) Pasien merasa bahwa psikiater tampak sederhana dan mudah ditemui.
- g) Pasien merasa bahwa psikiater tampak seimbang dan tenang.

Pada fase penutupan membutuhkan waktu, sehingga psikiater harus dapat meluangkan waktu yang tepat sehingga terjadi penutupan. Penutupan yang terburu-buru dapat memungkinkan pasien tidak utuh dan tidak pasti mengenai apa yang terjadi. Pasien juga akan mempersepsikan sebagai penolakan. Sehingga pada fase ini psikiater seharusnya tidak tampak tergesa-gesa, penuh perhatian, dan tenang. Terdapat unsur memberi dan menerima pada fase penutupan. Psikiater benar-benar berminat dalam opini-opini pasien dan merasa ini dapat membantu pasien untuk mencapai kesembuhan.

5) Fase terminasi

Fase terminasi terdiri atas kata-kata penutup aktual dan gerakan tubuh dari pewawancara dan yang diwawancarai. Kehangatan harus ditunjukkan agar dapat meningkatkan pemahaman antara dua orang yang telah bekerja sama. Terminasi berfungsi sebagai suatu kehilangan kecil bagi pasien. Dalam merespon kehilangan tersebut, pasien memperlihatkan perilaku yang memberi kesan perasaan-perasaan ketergantungan dan kesulitan dengan perpisahan. Reaksi yang ditunjukkan pasien bermacam-macam. Pasien akan merasa cemas pada psikiater untuk memastikan tanda persetujuan atau penerimaan. Sikap kehangatan yang ditunjukkan oleh psikiater akan lebih tepat karena kehangatan dibangkitkan oleh dua orang yang telah bekerja sama dalam suatu usaha untuk meningkatkan pemahaman (Shea, 1989:154).

c. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut Heri Purwanto, tujuan komunikasi terapeutik adalah :

- 1) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien merasa pada hal yang

- 2) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- 3) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri (Purwanto, 1993:21).

d. Ciri-ciri Komunikasi Terapeutik

Menurut Arwani, ciri-ciri komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut :

1) Iklas (*Genuiness*)

Semua perasaan negatif yang dimiliki pasien harus bisa diterima dan pendekatan individu dengan verbal maupun non verbal akan memberikan bantuan kepada pasien untuk mengkomunikasikan kondisinya secara tepat.

2) Empati (*Empathy*)

Merupakan sikap jujur dalam menerima kondisi pasien. Obyektif dalam memberikan penilaian terhadap kondisi pasien dan tidak berlebihan.

3) Kehangatan (*Warmth*)

Kehangatan dan sikap permisif yang diberikan, diharapkan pasien dapat memberikan dan mewujudkan ide-idenya tanpa rasa takut, sehingga pasien bisa mengekspresikan perasaannya lebih mendalam (<http://dwiherawanners.blogspot.com/2009/01/komunikasi-terapeutik-pasien-iiwa.html> akses 12 Juni 2009)

e. Syarat-syarat Komunikasi Terapeutik

Manfaat komunikasi terapeutik menurut Christina adalah :

- 1) Mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat atau petugas kesehatan dengan pasien melalui hubungan perawat atau petugas kesehatan – klien.
- 2) Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan, dan mengkaji masalah dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat atau petugas kesehatan (Damaiyanti, 2008:12).

F. Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan jenis data kualitatif. Metode deskriptif adalah suatu model dalam meneliti status sekelompok manusia, suatu objek, suatu set kondisi, suatu sistem pemikiran ataupun suatu kelas peristiwa pada masa sekarang. Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan bagaimana komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien gangguan jiwa dan mendeskripsikan respon pasien pada saat proses komunikasi terapeutik antara psikiater dengan pasien gangguan jiwa.

Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif, penelitian deskriptif adalah:

Data yang dikumpulkan berupa kata-kata, gambar, dan bukan angka-angka. Hal ini disebabkan oleh adanya penerapan metode kualitatif. Selain itu, semua yang dikumpulkan berkemungkinan menjadi kunci terhadap apa yang sudah diteliti (Moleong, 1998:6).

Sedangkan menurut Whitney (1960) dalam Nazir, metode deskriptif adalah :

Pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat. Penelitian deskriptif mempelajari masalah-masalah dalam masyarakat, serta tatacara yang berlaku dalam masyarakat serta situasi-situasi tertentu, termasuk tentang hubungan, kegiatan-kegiatan, sikap-sikap, pandangan-pandangan, serta proses yang sedang berlangsung dan pengaruh-pengaruh dari suatu fenomena

Penelitian deskriptif bertujuan sebagai berikut :

- 1) Mengumpulkan informasi aktual secara rinci yang melukiskan gejala yang ada.
- 2) Mengidentifikasi masalah atau memeriksa kondisi dan praktek-praktek yang berlaku.
- 3) Membuat perbandingan atau evaluasi.
- 4) Menentukan apa yang dilakukan orang lain dalam menghadapi masalah yang sama dan belajar dari pengalaman mereka untuk menetapkan rencana dan keputusan pada waktu yang akan datang (Rakhmat, 1993:25)

2. Lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta Jl. Jayaningpranan 7 dan 13 Yogyakarta. Peneliti melakukan

penelitian di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta karena rumah

sakit ini merupakan salah satu rumah sakit yang khusus menangani masalah kejiwaan dan pelayanan terhadap gangguan syaraf. Selain itu karena di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala, psikiaternya berkomunikasi langsung dengan pasiennya dan dalam melakukan proses komunikasi terapeutik lebih intensif yaitu sehari dua kali.

3. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan kurang lebih selama 4 bulan, terhitung dari tanggal :

11 Februari – 11 Juni 2010.

4. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara mendalam (*indepth interview*)

Dalam penelitian kualitatif menggunakan teknik wawancara secara mendalam. Menurut Muhadjir, penelitian kualitatif lebih mementingkan kedalaman, keluwesan, adaptif dan terbuka mengingat dalam penelitian kualitatif lebih mementingkan proses dan maknanya dibandingkan dengan produknya, maka dalam wawancara diupayakan

kepada responden dipersiapkan terlebih dahulu dalam bentuk pedoman wawancara (*interview guide*). Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menggunakan wawancara secara mendalam (*indepth interview*) antara peneliti dengan informannya agar memperoleh data tentang komunikasi terapeutik psikiater dengan pasien gangguan jiwa dengan latar belakang *trouble maker*. Wawancara dilakukan kepada psikiater dan pasien gangguan jiwa yang sudah dalam keadaan tidak mengamuk dan dilakukan di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta.

b. Observasi

Observasi adalah mengamati (*watching*) dan mendengar (*listening*) perilaku seseorang selama beberapa waktu tanpa melakukan manipulasi atau pengendalian, serta mencatat penemuan yang memungkinkan atau memenuhi syarat untuk digunakan ke dalam tingkat penafsiran analisis (Black & Dean, 1999:286). Observasi dilakukan dengan melihat dan mengamati secara langsung perilaku/tanggapan pasien gangguan jiwa ketika diterapi oleh psikiater. Observasi sangat penting karena memungkinkan peneliti dapat melihat secara langsung bagaimana proses komunikasi terapeutik yang dilakukan psikiater terhadap pasiennya. Selain itu, peneliti juga dapat langsung mengetahui umpan balik yang diberikan pasien dalam bentuk verbal maupun non-verbal.

verbal. Observasi dilakukan untuk pasien gangguan jiwa yang masih agak tenang.

Pemanfaatan observasi menurut Guba dan Lincoln, seperti yang dikutip Moleong (1998) :

- 1) Teknik pengamatan didasarkan atas pengamatan secara langsung. Pengamatan secara langsung merupakan alat yang ampuh untuk mengecek suatu kebenaran. Jika suatu data yang diperoleh kurang meyakinkan, peneliti bisa menanyakan kepada subyek, tetapi apabila ingin memperoleh keyakinan tentang keabsahan data tersebut, peneliti mengamati sendiri yang berarti mengalami langsung peristiwanya.
- 2) Teknik pengamatan memungkinkan peneliti dapat melihat dan mengamati sendiri, kemudian mencatat perilaku dan kejadian sebagaimana yang terjadi pada keadaan sebelumnya.
- 3) Pengamatan memungkinkan peneliti mencatat peristiwa dalam situasi yang berkaitan dengan pengetahuan proporsional maupun pengetahuan yang langsung diperoleh dari data.
- 4) Jika peneliti merasa ragu terhadap hasil yang diperoleh (misalnya ada jarak antara peneliti dengan yang diwawancarai) maka jalan terbaik untuk mengecek kepercayaan dan data tersebut adalah dengan jalan memanfaatkan pengamatan.
- 5) Teknik pengamatan memungkinkan peneliti mampu memahami situasi-situasi yang rumit untuk perilaku yang kompleks.
- 6) Dalam kasus-kasus tertentu yang mana teknik komunikasi lainnya tidak dimungkinkan, maka pengamatan dapat menjadi alat yang sangat bermanfaat (Moleong, 1998:125-126)

c. Studi Pustaka

Studi pustaka adalah dengan menggunakan buku-buku referensi yang berkaitan dengan masalah penelitian, artikel, internet serta data yang relevansi dari Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta. Sumber tertulis lainnya adalah dokumen pribadi, yaitu tulisan tentang diri seseorang yang ditulisnya sendiri (Moleong, 1998:114).

5. Teknik Pengambilan Informan

Teknik pengambilan informan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode *purposif sampling*, yaitu memilih orang-orang tertentu karena dianggap berdasarkan penilaian tertentu dan mewakili statistik, tingkat signifikansi, dan prosedur pengujian hipotesis, tidak berlaku bagi rancangan *sampling nonprobabilitas* (Rakhmat, 1993:81). Informan penelitian ini adalah psikiater dan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta. Data diperoleh dengan melakukan wawancara mendalam dengan informan penelitian yaitu psikiater dalam pendekatan komunikasi terapeutik dengan pasien gangguan jiwa rawat inap dalam proses terapi yang dilakukan di rumah sakit. Psikiater yang dijadikan informan ada dua orang dimana masing-masing psikiater memberikan komunikasi terapeutik terhadap satu pasien gangguan jiwa yang memiliki gejala yang sama yaitu *autistik*

Informan dalam penelitian ini adalah pasangan psikiater dengan pasien sebagai berikut :

Psikiater	Pasien	Lamanya Perawatan
1. dr. Rini, SpKj	Inisial Rb	2 tahun
2. dr. Arsanti, SpKj	Inisial Yn	2 bulan
3. dr. Rini, SpKj	Inisial Bb	4 bulan

Informan dipilih dengan menggunakan metode *purposif sampling* ditentukan dengan kriteria sebagai berikut :

1. Informan dari psikiater adalah psikiater yang paling sering melakukan proses komunikasi terapeutik terhadap pasien *autistik*.
2. Informan dari pasien adalah pasien gangguan jiwa dengan latar belakang masalah yang sama yaitu *autistik*.
3. Informan dari pasien *autistik* adalah karena jumlah pasien paling banyak yaitu berjumlah 3 orang sehingga diambil semua dan pasien tersebut mempunyai kondisi yang bermacam-macam diantaranya mengamuk (gaduh), kooperatif dan acuh. Pasien *autistik* adalah pasien yang asyik menyukai dunianya sendiri. Pasien tersebut kurang bisa bersosialisasi dengan lingkungan di sekitarnya karena dia lebih suka menyendiri sehingga psikiater harus bisa menyalurkan dia di lingkungan rumah.

berinteraksi. Pasien juga sudah mengalami gangguan jiwa selama bertahun-tahun dan menjalani rawat inap selama waktu kurun tertentu di rumah sakit.

6. Teknik Analisa Data

Dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis data kualitatif, dimana data kualitatif adalah analisis yang dapat menghasilkan data deskriptif yang berupa kata-kata tertulis dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati (Sugiyono, 1999 : 78).

Menurut Moleong (1998), analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesis kerja seperti yang disarankan oleh data.

7. Validitas Data

Untuk mengecek keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan meliputi pengukuran validitas atau member check yaitu pemeriksaan keabsahan data, dengan cara data yang sudah dikumpulkan lalu dianalisis dan

Apabila masih ada kekurangan data, maka dilakukan perbaikan kembali dengan teknik triangulasi data. Teknik keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber data. Triangulasi adalah upaya untuk mengecek kebenaran data tertentu dengan data yang diperoleh dari sumber lain (Moleong, 1998:178)

Pendapat tersebut mengandung makna bahwa dengan menggunakan metode triangulasi dapat mempertinggi validitas, memberi kedalaman hasil penelitian sekaligus sebagai pelengkap apabila data yang diperoleh dari sumber pertama masih ada kekurangan. Agar data yang diperoleh ini semakin dapat dipercaya, maka data yang dibutuhkan tidak hanya dari satu sumber saja tetapi berasal dari sumber-sumber lain yang masih terkait informasi penelitian. Validitas data dapat diperoleh dengan membandingkan data hasil wawancara dengan data hasil pengamatan maupun data dokumentasi yang diperoleh dari peneliti di lapangan.

8. Sistematika Penulisan

Guna memperoleh gambaran tentang permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini, maka dalam sistematika pembahasan diperlukan uraian yang sistematis yaitu dengan menyajikan sistem per-bab. Dalam

penyusunan ini digunakan sistematika penulisan yang terdiri dari empat bab yaitu :

Bab satu : berisi tentang latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, landasan teori dan kerangka teori yang telah ada dan berhubungan dengan permasalahan penelitian untuk dijadikan landasan didalam melakukan penelitian, metode penelitian, keabsahan data, analisis data dan sistematika penulisan.

Bab dua : berisi gambaran umum Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta yang berisi penjelasan tentang profil rumah sakit, sejarah rumah sakit, arti dan nama rumah sakit, visi dan misi, motto dan falsafah, tujuan, jenis pelayanan, dan bagan struktur organisasi.

Bab tiga : membahas tentang hasil penelitian dan pembahasan data yang diperoleh dan dianalisa sehingga dapat dihasilkan suatu kesimpulan.

Bab empat : berisi kesimpulan yang menyimpulkan suatu pembahasan dan karya ilmiah ini secara umum dan khusus, implikasi atau kegunaan hasil penelitian, serta akan dikemukakan pula saran-saran yang dituikan untuk dijadikan dasar dalam perbaikan-perbaikan di masa yang akan

BAB II

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT KHUSUS PURI NIRMALA YOGYAKARTA

A. Profil Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta (dikutip dari dokumen Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala bulan Desember tahun 2007)

1. Pendiri : Prof.DR.Dr. KPH. Soejono Prawirohadikusumo, SpS, SpKj
(K)
 2. Direktur : dr. R.A. Kresman, SpKj
 3. Berdiri sejak : tahun 1972
 4. Lokasi : Jl. Jayaningprangan No. 13 Yogyakarta
- Kelurahan : Pakualaman**
- Kecamatan : Pakualaman**
- Kota : Yogyakarta**
- Propinsi : Daerah Istimewa Yogyakarta**

B. Sejarah Berdirinya

Termin 1 (RS Puri Nirmala Jl. Taman Siswa)

Pada waktu bagian syaraf dan jiwa Fakultas Kedokteran UGM yang ada di Rumah Sakit Pugeran mempunyai lokasi yang sangat tidak strategis maka Kepala Bagian Syaraf dan Jiwa Fakultas Kedokteran UGM yang waktu itu dipegang oleh dr. R. Soejono Prawiroharjo memohon kepada Dekan Fakultas Kedokteran UGM (Prof.dr.R.Soewasono) untuk dapat melebarkan diri ditempat yang strategis. Kemudian dipilih Jl. Taman Siswa Yogyakarta. Setelah permohonan tersebut dirundingkan dengan Staf Dekan maka hal tersebut disetujui dan dibukalah Rumah Sakit Syaraf dan Jiwa Fakultas Kedokteran UGM di Jl. Taman Siswa no. 74. Pada waktu itu pembukaannya dihadiri oleh Prof.dr. Soewasono dan Prof.dr. Ismangun. Mengenai peralatan medik dan kedokteran maupun rumah tangga, dipinjami oleh Fakultas Kedokteran UGM (antara lain 6 tempat tidur) dan jumlah tersebut sudah dikembalikan. Lama kelamaan Rumah Sakit tersebut dianjurkan untuk berdiri sendiri diluar Fakultas Kedokteran UGM, maka sejak tanggal 20 Maret 1972 berdirilah Rumah Sakit Syaraf dan Jiwa Puri Nirmala. Pada waktu itu bagian syaraf dan jiwa sudah menjadi anggota PNPNch (Perhimpunan Neurolog Psychiatry Neuro-chirurgi) dan mendapat tugas menyelenggarakan kongres yang ke 2 (dua) dari PNPNch di Yogyakarta. Kongres berlangsung sukses di Hotel Ambarukmo Yogyakarta

Pada waktu itu Rumah Sakit Puri Nirmala menempati bangunan di Jl. Taman Siswa nomor 74. Dan beberapa tahun kemudian membuka cabang di Jl. Taman Siswa nomor 97 yang diberi nama Puri Nirmala unit II dan cabang yang ke III ada di Tirtodipuran nomor 37 Yogyakarta. Tahun 1981 Puri Nirmala unit I yang pada waktu itu masih kontrak telah habis masa kontraknya dan tidak bisa diperpanjang lagi.

Kemudian secara kebetulan ada tanah yang akan dijual di Jl. Jayaningpranan yaitu :

- a. Di Jl. Jayaningpranan nomor 13 milik keluarga Ketua Yayasan dan atas perkenan pada waktu itu KGPAA Paku Alam VIII dapat didirikan Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Unit I. Karena pada waktu itu luas tanah belum dapat memenuhi syarat untuk didirikannya sebuah Rumah Sakit maka dengan perantaraan keluarga Ketua Yayasan dapat dibeli sebidang tanah yang akhirnya dijadikan
- b. Di Jl. Jayaningpranan nomor 4 Yogyakarta yang kemudian diberi nama Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Unit II. Dan untuk Neurologi dibelikan sebidang tanah di desa Catur Tunggal, Depok, Sleman, Yogyakarta (dalam perkembangan selanjutnya menjadi RSII khusus neurologi dan psikiatri)

C. Arti Nama dan Logo Rumah Sakit

Puri Nirmala mempunyai arti puri adalah tempat, nirmala adalah tanpa atau bebas, dan mala adalah penyakit. Jadi puri nirmala berarti tempat yang bebas dari penyakit.

D. Visi dan Misi

1. Visi

Atas dasar meningkatkan sumber daya manusia di era globalisasi Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala memberikan pelayanan kesehatan yang optimal, terpadu menyeluruh serta terjangkau oleh lapisan masyarakat.

2. Misi

a. Memberikan pelayanan kesehatan jiwa yang optimal, terpadu dan menyeluruh serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.

b. Memberdayakan fasilitas dan sumber daya yang ada secara efektif dan

E. Motto dan Falsafah Rumah Sakit

1. Motto

“MENGUPAYAKAN JIWA YANG SEHAT”

2. Falsafah Rumah Sakit

Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala adalah Rumah Sakit Khusus yang memberikan pelayanan kesehatan jiwa secara optimal, terpadu dan menyeluruh serta memberdayakan fasilitas dan sumber daya yang ada untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang layak dengan berdasar pada Pancasila dan Undang-undang Dasar 1945 serta memperhatikan nilai-nilai etika profesi kedokteran dan bersifat sosial.

F. Tujuan Rumah Sakit

Adapun tujuan Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala adalah :

- 1. Menampung penderita penyakit jiwa (mental disorder)**
- 2. Merehabilitir para penderita penyakit jiwa untuk dapat dikembalikan kepada masyarakat.**
- 3. Memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang kesehatan yang meliputi usaha preventif dan promotif**

G. Jenis Pelayanan

1. Fasilitas Pelayanan

- a. Rawat Jalan :- Jiwa
 - Psikologi
 - Sosiologi

a.1. Melayani pasien baru

a.2. Melayani pasien lama (kontrol/ konsultasi)

b. Rawat Inap (buka 24 jam)

c. Farmasi

d. Instalasi Gawat Darurat

e. *Electro Kardiograf* (EKG)

f. Produk Unggulan : "*Blietzkrieg Theraphy*"

Blietzkrieg Theraphy adalah suatu cara pengobatan kilat yang ditemukan oleh (alm) Prof.DR.Dr. KPH. Soejono Prawirohadikusumo, SpS, SpKj (K). Beliau adalah seorang pendiri Rumah Sakit Khusus "Puri Nirmala". Dalam kesemuanya ini beliau menemukan metode

pengobatan terhadap penyakit skizofrenia selama 7 hari. Dalam metode ini diterapkan terapi terhadap penderita penyakit skizofrenia yaitu :

- 7 hari menetap di rumah sakit tanpa dikunjungi dan ditunggu oleh keluarga.**
- Terapi yang intensif (*atypical neuroleptic, typical neuroleptic, SSRI, SSRE, antibiotic baru, ECT, orientasi psikososial*).**
- Rehabilitasi yang singkat**
- Mempersingkat waktu menetap di rumah sakit**
- *Zero bed rate***
- Sehari sebelum pulang pasien mendapatkan suntikan *modecad* yang dapat bekerja di tubuh selama 1 (satu) bulan.**
- Setelah penderita meninggalkan rumah sakit pasien mendapatkan pengobatan yang sama persis sewaktu tinggal di rumah sakit hanya saja dengan mengurangi dosis pada setiap obat.**
- Setelah 1 (satu) bulan tinggal di rumah akan diadakan evaluasi ulang di rumah sakit (kontrol di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala).**

2. Fasilitas Kamar

a. Kamar Kelas Utama

Terdiri atas 4 kamar dengan jumlah 4 tempat tidur, 4 almari pakaian.

b. Kamar Kelas 1

Terdiri atas 6 kamar dengan jumlah 6 tempat tidur, 6 almari pakaian.

c. Kamar Kelas 2

Terdiri atas 6 kamar dengan jumlah 12 tempat tidur.

d. Kamar Kelas 3

Terdiri atas 4 kamar dengan jumlah 18 tempat tidur.

3. Jumlah Karyawan atau Personil

Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta mempunyai karyawan sebanyak 62 orang pada tahun 2009 dengan rincian sebagai berikut :

a. Tenaga Dokter Spesialis : 6 orang

b. Tenaga Dokter Umum : 3 orang

c. Tenaga Psikolog : 1 orang

d. Tenaga Sosiolog : 1 orang

- e. Apoteker : 1 orang
- f. Asisten Apoteker : 5 orang
- g. EEG/ ECG : 1 orang
- h. Tenaga Perawat : 9 orang
- i. Tenaga Pembantu Perawat : 8 orang
- j. Tenaga Rumah Tangga : 2 orang
- k. Tenaga Rekam Medis : 2 orang
- l. Tenaga Sumber Daya Manusia : 2 orang
- m. Tenaga Sumber Daya Manusia : 1 orang
- n. Tenaga Sekretariat : 1 orang
- o. Tenaga Keuangan : 1 orang
- p. Tenaga Humas : 1 orang
- q. Tenaga Keamanan/ Kebersihan : 8 orang
- r. Tenaga Dapur : 6 orang

Keterangan :

Tugas dan Tanggung Jawab

Adapun tugas-tugas dan tanggung jawab setiap bagian sebagaimana dikutip dari bagian Umum, adalah sebagai berikut :

1) **Direktur**

Menciptakan suasana kerja dalam pelayanan yang harmonis kepada : staf maupun masyarakat yang memerlukan jasa pelayanan kesehatan, dan memimpin serta menyusun kebijaksanaan pelaksanaan, pengawasan melekat dalam tugas-tugas Rumah Sakit sesuai perundang-undangan yang berlaku.

2) **Humas**

3) **Perawatan**

Mengontrol data pasien rawat inap, mengatur jadwal kerja dan hubungan

... hubungan dan bagaimana setiap rumah sakit dan

Melayani permintaan obat untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap; mengontrol stock obat; perencanaan, pengadaan, peracikan, penyimpanan dan pendistribusian perbekalan farmasi.

5) **Penunjang Medis**

6) **Administrasi**

Bertanggung jawab memeriksa dan memasukkan kelengkapan, mengarsipkan ke dalam buku dan menyimpan status pasien baik rawat jalan maupun rawat inap, membuat laporan bulan, dan mengurus surat-surat.

7) **Keuangan**

Mengontrol administrasi keuangan pasien rawat inap, dan menghitung pemasukan serta pengeluaran Rumah Sakit.

8) **Sumber Daya Manusia**

9) **Rumah Tangga**

Memanfaatkan, memelihara dan bertanggung jawab atas barang-barang

Selalu siap apabila sewaktu-waktu ada pasien yang datang untuk dilayani.

12) Rawat Inap

Merawat dan melayani kebutuhan pasien, melaporkan kondisi masing-masing pasien pada saat dokter *visite*.

13) EEG / ECG

14) Psikologi

Melakukan pemeriksaan psikologi terhadap pasien rawat inap dan pasien rawat jalan yang membutuhkan, serta melakukan psikoterapi terhadap pasien dan atau keluarganya.

15) Sosiologi

Melakukan pemeriksaan sosiologi terhadap pasien rawat inap dan pasien rawat jalan yang membutuhkan.

16) Sekretariat

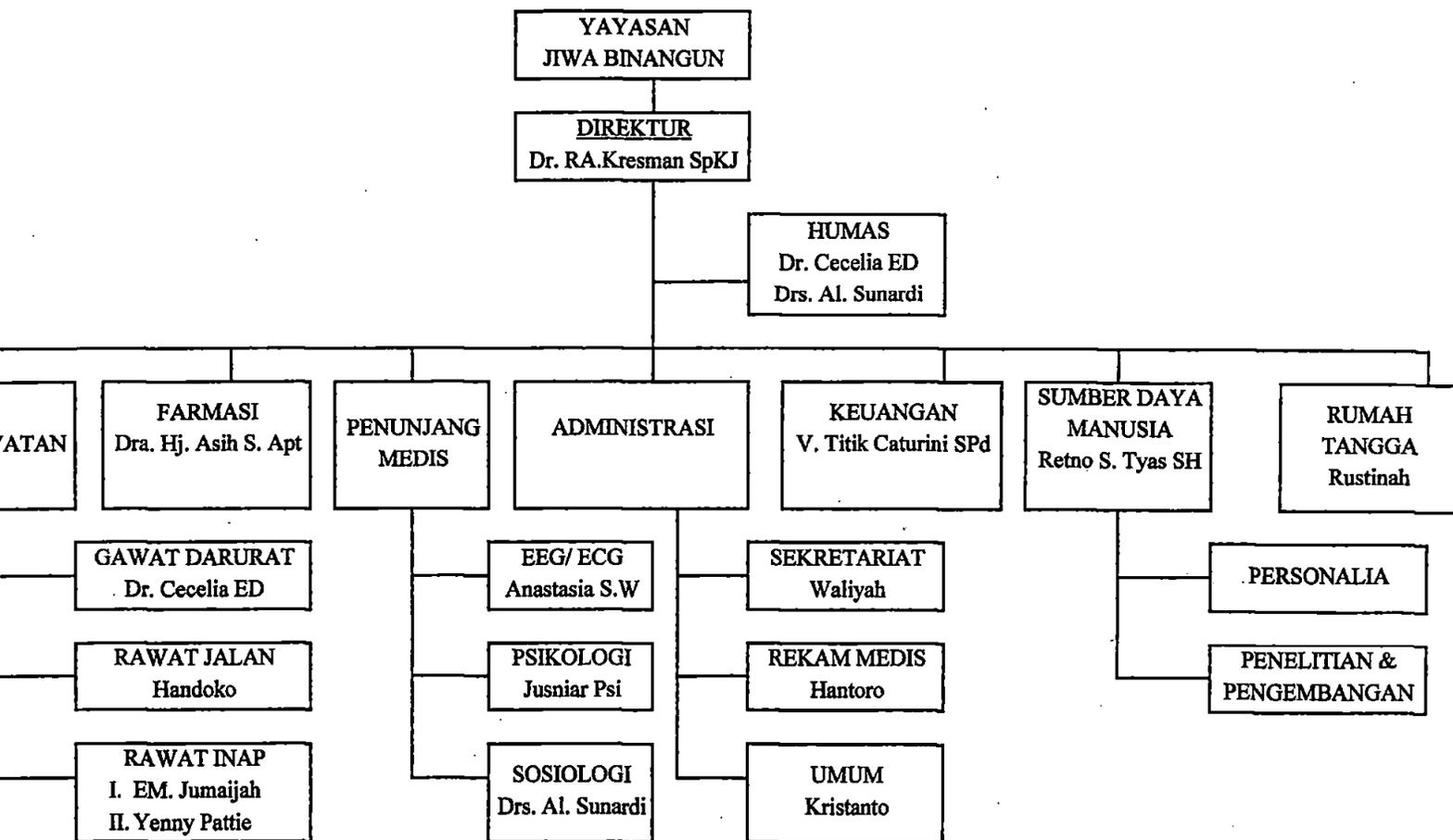
17) Rekam Media

18) Umum

19) Personalia

20) Penelitian dan Pengembangan

STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT KHUSUS PURI NIRMALA YOGYAKARTA



SK Direktur No. 18/ VII/ RSK/ 2007

I. Data Pasien Yang Dirawat

Nama Pasien	Penyebab	Umur	Jenis Kelamin
SS	Pasien re opname	42 tahun	Perempuan
SP	Masalah remaja	19 tahun	Laki-laki
Aj	Sering emosian	41 tahun	Laki-laki
Spn	Masalah ekonomi	35 tahun	Perempuan
Bs	Pulang berlayar menjadi bingung		Perempuan
Rd	Mengganggu lingkungan	46 tahun	Perempuan
Yy	Mengganggu keluarga	41 tahun	Laki-laki
Rb	Pengaruh gen, karena skripsi	45 tahun	Laki-laki
Bdt	Pengaruh obat- obatan	41 tahun	Perempuan
Sgt	Mengganggu keluarga	30 tahun	Laki-laki
Bb	Usia yang cukup untuk menikah	56 tahun	Laki-laki

	tapi belum menikah		
Yn	Gangguan jiwa sejak remaja	34 tahun	Perempuan
Cn	Mengganggu keluarga	41 tahun	Laki-laki