

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Istilah komunikasi tidak asing lagi di telinga kita, berbagai sisi kehidupan tidak lepas dari perilaku komunikasi baik verbal maupun non verbal. Proses komunikasi pada hakikatnya adalah proses penyampaian pikiran atau perasaan oleh seseorang (komunikator) kepada orang lain (komunikan), pikiran bisa merupakan gagasan, informasi, opini, dan lain-lain yang muncul dari benaknya. Perasaan bisa berupa keyakinan, kepastian, keragu-raguan, kekhawatiran, kemarahan, keberanian, keberanian, kegairahan, dan sebagainya yang timbul dari lubuk hati (Onong, 2011: 11). Fungsi dari komunikasi menurut Judy C. Person dan Paul E. Nelson adalah pertama, untuk kelangsungan hidup diri sendiri yang meliputi keselamatan fisik, meningkatkan kesadaran diri, menampilkan sisi kita sendiri kepada orang lain dan mencapai ambisi pribadi. Kedua, untuk kelangsungan hidup masyarakat, tepatnya untuk memperbaiki hubungan sosial dengan keberadaan suatu masyarakat (Mulyana, 2005:5).

Komunikasi menggunakan dua sistem dalam berkomunikasi yaitu komunikasi verbal dan non verbal. Larry A. Samovar dan Richard E. Porter mendefinisikan komunikasi non verbal mencakup semua rangsangan (kecuali rangsangan verbal) dalam suatu setting komunikasi,

yang dihasilkan oleh individu dan penggunaan lingkungan oleh individu, yang mempunyai nilai pesan potensial bagi pengirim atau penerima. Pesan-pesan non verbal sangat berpengaruh dalam berkomunikasi. Sebagaimana kata-kata, kebanyakan isyarat non verbal juga tidak universal, melainkan terikat oleh budaya, jadi dipelajari, bukan bawaan.

Oleh karena itu, komunikasi sangat penting bagi kehidupan kita. Salah satunya dalam psikologi komunikasi dimana komunikasi sebagai sebuah ilmu yang mempelajari peristiwa mental dan behavioral ketika manusia berkomunikasi. Tujuannya sendiri adalah tidak lain untuk memahami perilaku komunikasi individu. Berhasil tidaknya suatu komunikasi adalah apabila kita mengetahui dan mempelajari komponen-komponen yang terkandung dalam proses komunikasi. Komponen-komponen tersebut adalah pengirim pesan (*sender*), penerima pesan (*receiver*), pesan (*message*), saluran (*channel*) dan umpan balik (*feed back*). Dalam proses komunikasi ini selalu diusahakan menjadi komunikasi yang efektif, karena komunikasi yang tidak efektif adalah komunikasi yang tidak bertujuan. Komunikasi yang efektif dimaksudkan apabila penerima pesan memberikan umpan balik kepada pengirim pesan yang diterima secara langsung.

Komunikasi juga merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antar manusia dan pengalaman ilmu untuk menolong sesama memerlukan kemampuan khusus dan kepedulian sosial yang besar. Komunikasi juga merupakan proses kompleks yang melibatkan perilaku

dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan sekitarnya.

Maka komunikasi itu sendiri dapat dijadikan alat terapi/suatu metode terapi pada profesi-profesi tertentu, yang dalam menjalankan tugasnya sangat sering berhubungan dengan orang lain. Kegiatan yang berhubungan dengan hal ini adalah profesi psikologi, konseling kegiatan medis atau keperawatan, dan klinik alternatif sehingga komunikasi ini berfungsi sebagai alat terapi yang kemudian disebut dengan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik digunakan manusia sebagai upaya untuk melakukan penyembuhan dari suatu penyakit.

Komunikasi merupakan aspek yang penting yang harus dimiliki oleh perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien. Komunikasi yang diterapkan oleh perawat kepada klien merupakan komunikasi terapeutik (*therapeutic communication*). Komunikasi terapeutik adalah suatu pengalaman bersama antara perawat dengan klien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien (Mundakir, 2006:116). Dalam hubungan ini, klien merasa dihargai, diterima, dan diarahkan. Klien dengan sukarela akan mengekspresikan perasaan dan pikirannya, sehingga beban emosi dan ketegangan yang dirasakannya dapat hilang sama sekali dan kembali seperti semula. Komunikasi terapeutik memandang gangguan kesehatan yang bersumber pada gangguan komunikasi, pada ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan dirinya (Marhaeni, 2009:5). Oleh karena itu, tujuan dari komunikasi terapeutik adalah

membantu pasien memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran, membantu mengambil tindakan yang efektif untuk pasien, membantu memengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan diri sendiri.

Komunikasi terapeutik ini terlihat jelas dalam tindakan keperawatan yaitu komunikasi antara perawat dan pasien yang merupakan salah satu hal yang harus dikuasai oleh perawat. Hal itu akan menentukan keberhasilan komunikasi terapeutik yang dilakukan dalam kesembuhan pasien. Perlu adanya hubungan saling percaya yang didasari oleh keterbukaan, memahami dan pengertian akan kebutuhan, harapan dan kepentingan masing-masing.

Penyakit mental, disebut juga gangguan mental, penyakit jiwa, atau gangguan jiwa, adalah gangguan yang mengenai satu atau lebih fungsi mental. Penyakit mental adalah gangguan otak yang ditandai oleh terganggunya emosi, proses berpikir, perilaku, dan persepsi (penangkapan panca indra). Penyakit mental ini menimbulkan stress dan penderitaan bagi penderita (dan keluarganya). Penyakit mental dapat mengenai setiap orang, tanpa mengenal umur, ras, agama, maupun status sosial-ekonomi. Penyakit mental bukan disebabkan oleh kelemahan pribadi. Sekitar 20% dari kita akan mengalami gangguan mental pada suatu waktu dalam hidup kita. Gangguan mental yang mungkin dialami oleh tiap orang itu berbeda-beda dalam hal jenis, keparahan, lama sakit, frekuensi kekambuhan, dan cara pengobatan

(http://www.geocities.com/almarams/MentDis_What.htm/) diakses
09/02/2016 pada 02.25 WIB.

Komunikasi terapeutik ini biasanya dipraktekkan di tempat-tempat pelayanan kesehatan seperti klinik dan rumah sakit. Salah satu tempat yang menerapkan komunikasi terapeutik dalam proses penyembuhan pasien adalah Rumah Sakit Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta (RSJ Ghrasia DIY). Dalam rumah sakit ini, komunikasi terapeutik terjadi antara dokter dengan pasien, perawat dengan pasien ataupun dokter dengan keluarga pasien dan perawat dengan keluarga pasien. Komunikasi terapeutik di sini sangat penting bagi kesembuhan para pasien mengingat sakit yang diderita oleh pasien rata-rata berhubungan dengan masalah kejiwaan dan susahny berkomunikasi secara normal. Pada hal ini yang diutamakan adalah perawat sebagaimana diketahui bahwa perawat diharuskan memiliki interaksi yang intensif terhadap pasien. Disini peran dari seorang perawat sangat penting bagi kesembuhan pasien.

Berdasarkan hasil pengamatan atau pra penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada waktu berada di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta, diketahui bahwa pasien dengan gangguan kejiwaan kelas C dari berbagai macam tipe paling banyak dirawat di rumah sakit ini. Penelitian ini mengambil gangguan kejiwaan kelas C karena pasien dengan gangguan kejiwaan kelas C tersebut yang paling ringan dan masih dapat diajak untuk berinteraksi meskipun dengan batasan waktu tertentu. Perawat di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta dididik untuk

dapat mengatasi hambatan komunikasi yang diderita oleh pasien, sehingga dapat menjadi jembatan bagi dokter untuk melakukan tindakan selanjutnya dan juga dapat menginformasikan kepada keluarga pasien mengenai kondisi dari pasien setiap harinya. Perawat tersebut cukup membantu pihak rumah sakit dan keluarga pasien terutama untuk pasien yang menderita gangguan kejiwaan dan depresi mendalam.

Gangguan jiwa menurut Dr. Tun Kurniasih Bastaman (Ketua Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia) adalah penderita mengalami gangguan dalam fungsi sosial dengan orang lain. Gangguan kejiwaan kelas C itu sendiri dikenal dengan skizofrenia. Skizofrenia adalah merupakan gangguan jiwa kronik yang memiliki karakteristik gejala positif seperti waham, halusinasi, dan gelisah, namun juga dimungkinkan ada gejala negatif seperti afek tumpul, apatis, dan isolasi sosial (Davidson dkk, 2006:144).

Komunikasi terapeutik ini lebih diutamakan dilakukan oleh seorang perawat karena perawat merupakan tenaga kesehatan yang paling lama dan sering berinteraksi dengan pasien/klien. Komunikasi terapeutik ini juga memerlukan empati dari seorang perawat sehingga perawat dapat merasakan apa yang diderita oleh pasien sehingga proses penyembuhan dapat lebih mudah dilakukan. Oleh karena itu, penelitian ini mencoba mengelaborasi terkait dengan komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien gangguan kejiwaan di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta dan apa hambatan komunikasi yang dihadapi oleh pasien saat

melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien di lingkungan RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta tersebut.

Adapun yang menjadi pertimbangan mengapa penelitian ini dilakukan di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta antara lain adalah; secara kelembagaan RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta adalah rumah sakit negeri kelas A yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis luas oleh pemerintah ditetapkan sebagai rujukan tertinggi atau disebut pula sebagai rumah sakit pusat. Di sisi lain, pemilihan ini dilakukan karena RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan satu-satunya rumah sakit yang menangani masalah penyakit syaraf dan kejiwaan di Yogyakarta. (<http://gudeg.net/direktori/1420/rumah-sakit-jiwa-ghrasia/>) diakses 06/02/2016 pada 10.00 WIB.

Tingkat kesembuhan yang diharapkan oleh RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta pada pasien gangguan kejiwaan kelas C ini adalah pasien sudah mampu untuk mengurus dirinya sendiri, mampu untuk berkomunikasi secara baik, berfikir secara positif mengenai masa depannya, dan mampu untuk kembali dikehidupan normal seperti sebelumnya.

Penelitian ini merupakan penelitian replikasi dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Dian Lestari (2012) yang berjudul “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Komunikasi Terapeutik di RS PKU Muhammadiyah Bantul”. Perbedaan penelitian ini dengan

penelitian sebelumnya adalah pada variabel yaitu Langkah-Langkah Komunikasi Terapeutik dan objek penelitiannya yakni di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta. Dari uraian yang telah dipaparkan, maka penelitian ini diberi judul; “Langkah-Langkah Komunikasi Terapeutik antara Perawat dengan Pasien Gangguan Kejiwaan Kelas C di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan kegelisahan akademik di atas, maka masalah-masalah dalam penelitian ini dirumuskan dalam bentuk pertanyaan penelitian (*question research*) berikut ini : “Bagaimana langkah-langkah komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien gangguan kejiwaan di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta?”.

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan dari rumusan masalah yang telah ditetapkan diatas, maka penelitian ini memiliki tujuan sebagai berikut :

1. Untuk mendeskripsikan bagaimana komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien gangguan kejiwaan kelas C di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta?
2. Untuk mendeskripsikan apa saja hambatan komunikasi yang dihadapi oleh perawat dalam berkomunikasi dengan pasien gangguan kejiwaan di RS Jiwa Ghrasia Istimewa Yogyakarta?

D. Manfaat Penelitian

Sebagai sebuah penelitian ilmiah, penelitian ini diharapkan memiliki manfaat praktis maupun akademis bagi RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta dan perawat di rumah sakit serta pihak-pihak yang berkontribusi dalam pengembangan komunikasi terapeutik, antara lain sebagai berikut :

1. Manfaat Praktis

- a. Bagi RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam meningkatkan kualitas layanan komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien.
- b. Bagi perawat, hasil penelitian ini dapat dijadikan saran untuk lebih memudahkan cara berkomunikasi dengan pasien di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

2. Manfaat Akademis

- a. Bagi program studi Ilmu Komunikasi, penelitian ini diharapkan mampu memberikan kontribusi pada pengembangan penelitian dalam disiplin ilmu komunikasi khususnya pada komunikasi interpersonal.
- b. Hasil dari penelitian ini yaitu dapat dijadikan sebagai referensi untuk penelitian-penelitian sejenis atau penelitian lanjutan.

E. Kerangka Teori

1. Komunikasi Terapeutik

Berbicara mengenai komunikasi terapeutik, maka hal utama yang harus diketahui adalah definisi, ciri atau karakteristik yang melatarbelakangi komunikasi terapeutik tersebut serta apa tujuan dan juga manfaat, hambatan, juga faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik tersebut :

A. Definisi Komunikasi Terapeutik

Ada beberapa definisi mengenai komunikasi terapeutik, diantaranya:

Komunikasi terapeutik menurut Reusch seperti dikutip Jalaludin Rakhmat (2003:5) komunikasi terapeutik 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-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. Secara singkat, bahwa meluruskan jiwa seseorang bisa dicapai dengan cara meluruskan caranya berkomunikasi.

Selain itu, definisi lain mengatakan bahwa komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara perawat dengan klien. Persoalan yang mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan klien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan klien, perawat membantu dan klien menerima bantuan (Lalongkoe, 2013:63).

Berdasarkan dari beberapa definisi yang dikemukakan para ahli di atas dapat disimpulkan bahwa, komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dirancang dan direncanakan secara sadar oleh perawat dengan maksud membangun hubungan kepercayaan demi kesembuhan pasien. Melalui pengalaman bersama antara perawat-klien bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien.

Dalam konteks pelayanan kesehatan secara keseluruhan komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang terjalin dengan baik, komunikatif dan menyembuhkan atau paling tidak melegakan serta memuat pengguna merasa nyaman dan akhirnya puas. Maka dari itu, komunikasi terapeutik sangat diperlukan untuk mendukung proses rehabilitasi dengan tujuan mengembalikan pasien ke kondisi semula atau setidaknya mendekati kondisi normal.

B. Ciri Komunikasi Terapeutik

Ciri atau karakteristik dari komunikasi terapeutik itu sendiri ada 3 hal, yakni:

1. *Genuiness* (keikhlasan)

Saat membantu pasien diharapkan perawat dapat menyadari tentang nilai, sikap, dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan pasien.

2. *Empathy* (empati)

Merupakan perasaan “pemahaman” perawat pada apa yang dirasakan oleh pasien, dan juga kemampuan perawat dalam merasakan “dunia pribadi pasien”.

3. *Warmth* (kehangatan)

Dengan adanya kehangatan diharapkan perawat dapat mendorong pasien untuk mengekspresikan apa yang dirasakan dalam bentuk perbuatan tanpa ada rasa takut disalahkan. Dengan adanya suasana yang hangat perawat dapat menunjukkan penerimaannya terhadap keberadaan pasien (Arwani, 2002:54-57).

Selain itu, terdapat beberapa karakteristik dari seorang perawat yang dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik. Karakteristik tersebut antara lain :

1. Kejujuran (*trustworthy*)

Kejujuran merupakan modal utama agar dapat melakukan komunikasi yang bernilai terapeutik, tanpa kejujuran mustahil dapat membina hubungan saling percaya. Klien hanya akan

terbuka dan jujur pula dalam memberikan informasi yang benar hanya bila yakin bahwa perawat dapat dipercaya.

2. Tidak membingungkan dan cukup ekspresif

Dalam berkomunikasi hendaknya perawat menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti oleh klien. Komunikasi nonverbal harus mendukung komunikasi verbal yang disampaikan. Ketidaksesuaian dapat menyebabkan klien menjadi semakin bingung.

3. Bersikap positif

Bersikap positif dapat ditunjukkan dengan sikap yang hangat, penuh perhatian dan penghargaan terhadap klien. Roger mengatakan inti dari hubungan terapeutik adalah kehangatan, ketulusan, pemahaman yang empati dan sikap yang positif.

4. Empati bukan simpati

Sikap empati sangat diperlukan dalam asuhan keperawatan, karena dengan sikap ini perawat akan mampu merasakan dan memikirkan perasaan klien seperti yang dirasakan dan dipikirkan oleh klien. Dengan empati seorang perawat dapat memberikan alternatif pemecahan masalah bagi klien, karena meskipun ia turut merasakan permasalahan yang dirasakan kliennya, tetapi ia tidak turut larut dalam masalah tersebut sehingga perawat dapat memikirkan masalah yang dihadapi klien secara objektif. Sikap simpati membuat perawat tidak

mampu melihat permasalahan secara objektif karena ia terlibat secara emosional dan turut larut didalamnya.

5. Mampu melihat permasalahan klien dari kacamata klien

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus berorientasi pada klien. Untuk itu agar dapat membantu memecahkan masalah klien, perawat harus memandang permasalahan tersebut dari sudut pandang klien. Untuk itu perawat harus menggunakan *teknik active listening* dan kesabaran dalam mendengarkan ungkapan klien. Jika perawat menyimpulkan dengan tergesa-gesa dengan tidak tidak menyimak secara keseluruhan ungkapan klien akibatnya dapat fatal, karena dapat saja diagnosa yang dirumuskan perawat tidak sesuai dengan masalah klien dan akibatnya tindakan yang diberikan dapat tidak membantu bahkan merusak klien.

6. Menerima klien apa adanya

Jika seseorang diterima dengan tulus, seseorang akan merasa nyaman dan aman dalam menjalin hubungan intim terapeutik. Memberikan penilaian atau mengkritik klien berdasarkan nilai-nilai yang diyakini perawat menunjukkan bahwa perawat tidak menerima klien apa adanya.

7. Sensitif terhadap perasaan klien

Tanpa kemampuan ini hubungan yang terapeutik sulit terjalin dengan baik, karena jika tidak sensitif perawat dapat

saja melakukan pelanggaran batas privasi dan menyinggung perasaan klien.

8. Tidak mudah terpengaruh oleh masa lalu klien ataupun diri perawat sendiri

Seseorang selalu menyesali tentang apa yang telah terjadi pada masa lalunya tidak akan mampu berbuat yang terbaik hari ini. Sangat sulit bagi perawat untuk membantu klien, jika ia sendiri memiliki segudang masalah dan ketidakpuasan dalam hidupnya (Roger, 2005 dikutip dari Lalongkoe, 2013:69-70).

C. Tujuan dan Manfaat Komunikasi Terapeutik

Dengan memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, perawat akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi.

Tujuan dari komunikasi terapeutik sendiri adalah :

1. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan beban 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 ego nya.

3. Memengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri
(Purwanto, 1993:21)

Sedangkan manfaat dari komunikasi terapeutik itu sendiri adalah :

1. Mendorong dan menganjurkan kerjasama antara perawat dengan pasien melalui hubungan perawat-klien.
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan, dan mengkaji masalah dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat (Christina, dkk, 2003:49-50).

D. Hambatan dalam Komunikasi Terapeutik

Hambatan komunikasi terapeutik dalam hal kemajuan hubungan perawat-klien terdiri dari tiga jenis utama: Resistensi, Transferensi, dan Kontransferensi. Hal ini timbul dari berbagai macam alasan dan mungkin terjadi dalam bentuk yang berbeda, tetapi semuanya menghambat komunikasi terapeutik. Perawat harus segera mengatasinya.

Oleh karena itu hambatan ini menimbulkan perasaan tegang baik bagi perawat maupun bagi klien. Untuk lebih jelasnya marilah kita bahas satu persatu mengenai hambatan komunikasi terapeutik tersebut:

1. Resisten

Resisten adalah upaya klien untuk tetap tidak menyadari aspek penyebab anseitas yang dialaminya. Klien merupakan keengganan alamiah atau penghindaran verbaliasi yang dipelajari atau mengalami peristiwa yang menimbulkan masalah aspek diri seseorang. Perilaku resisten biasanya diperlihatkan oleh klien selama fase kerja, karena fase ini sangat banyak berisi proses penyelesaian masalah.

2. Transferens

Transferens adalah respon tidak sadar dimana klien, mengalami perasaan dan sikap terhadap perawat yang pada dasarnya terkait dengan tokoh dalam kehidupannya dimasa lalu. Sifat yang paling menonjol adalah ketidaktepatan respon klien dalam intensitas dan penggunaan mekanisme pertahanan.

3. Kontransferens

Kebutuhan terapeutik yang dibuat perawat bukan oleh klien, merujuk pada respon emosional spesifik oleh perawat terhadap klien yang tidak tepat dalam isi maupun hubungan terapeutik atau ketidaktepatan dalam intensitas emosi. Reaksi ini biasanya berbentuk salah satu dari tiga jenis reaksi sangat mencintai, reaksi sangat membenci, reaksi sangat bermusuhan atau membenci dan reaksi sangat cemas (Ridhyalla, 2015:43).

Untuk mengatasi hambatan komunikasi terapeutik, perawat harus siap untuk mengungkapkan perasaan emosional yang sangat kuat

dalam konteks hubungan perawat-klien. Awalnya, perawat harus mempunyai pengetahuan tentang hambatan komunikasi terapeutik dan mengenali perilaku yang menunjukkan adanya hambatan tersebut. Latar belakang perilaku digali baik klien atau perawat bertanggung jawab terhadap hambatan terapeutik dan dampak negatif pada proses terapeutik.

E. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Komunikasi Terapeutik

Tujuan umum dari sebuah proses komunikasi adalah efektivitas. Dengan demikian, tujuan sebuah komunikasi terapeutik tidak lain adalah kesembuhan pasien. Adapun langkah-langkah yang dapat ditempuh oleh konselor dalam membina hubungan yang baik dengan klien, antara lain:

1. Menerima klien secara ikhlas

Dalam hal ini, konselor harus menunjukkan sikap-sikap yang ramah dan bersahabat di mata klien. Ia harus menerima klien apa adanya, tanpa prasangka, curiga, apalagi *underestimate* yang bisa menyebabkan hubungan jauh dari akrab. Ketulusan ataupun keikhlasan ini adalah sebuah komitmen dalam upaya menyembuhkan pasien dari penyakitnya.

2. Menumbuhkan kepercayaan klien

Dalam diri klien harus ada rasa percaya bahwa konselor akan mampu menyelesaikan permasalahan yang dialami klien. Klien juga harus percaya bahwa rahasianya dijamin oleh konselor, sehingga tak satu orang pun yang mengetahui hal ini. Apa yang dilakukan konselor

diyakini sebagai sebuah perbuatan yang tujuannya untuk kebaikan klien.

3. Mewujudkan keterbukaan diri

Dalam sebuah proses komunikasi terapeutik, kadang-kadang klien tidak terbuka dengan konselor dan cenderung untuk menutupi masalahnya. Hal ini dimungkinkan klien merasa malu. Jika hal ini terjadi, maka proses komunikasi akan menjadi sulit sehingga terapi yang dilakukan mungkin akan mengalami kekeliruan. Konselor sebisa mungkin harus bisa mendorong klien untuk berbicara banyak, tidak hanya mengangguk dan menggeleng. Intinya semakin banyak klien terbuka untuk berbicara, semakin mudah konselor untuk membantu menyelesaikan masalah (Suciati, 2015:204-205).

2. Langkah-Langkah Komunikasi Terapeutik

A. Fase Pra-Interaksi

Masa pra-Interaksi mulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Dijelaskan bahwa seorang terapis akan mengeksplorasi perasaan dirinya sendiri, fantasi, kecemasan dan ketakutan dirinya sendiri (terapis) dalam menghadapi pasien, sehingga kesadaran dan kesiapan diri terapis untuk melakukan hubungan dengan pasien dapat dipertanggungjawabkan (Keliat, 1996:65).

Maka dari itu, seorang terapis dapat mengetahui data-data tentang klien dan merencanakan pertemuan pertama dengan klien. Perawat juga dapat bertanya kepada dirinya sendiri mengenai

kesiapannya untuk berinteraksi dan berkomunikasi dengan klien. Dengan begitu, seorang terapis akan menambah pengalamannya agar lebih efektif dalam memberikan asuhan terapeutiknya.

Tahap ini disebut juga tahap apersepsi di mana perawat menggali lebih dahulu kemampuan yang dimiliki sebelum kontak/berhubungan dengan klien termasuk kondisi kecemasan yang menyelimuti diri perawat sehingga terdapat dua unsur yang perlu dipersiapkan dan dipelajari pada tahap pra-interaksi yaitu unsur diri sendiri dan unsur klien (Uripni, dkk, 2002:56).

B. Fase Orientasi/Introduksi

Adalah fase awal interaksi antara perawat dengan klien yang bertujuan untuk merencanakan apa yang akan dilakukan pada fase selanjutnya. Pada fase ini perawat dapat melakukan:

- 1) Memulai hubungan dan membina hubungan saling percaya. Kegiatan ini mengindikasikan kesiapan perawat untuk membantu klien,
- 2) Memperjelas keluhan, masalah, atau kebutuhan klien dengan mengajukan pertanyaan tentang perasaan klien, dan
- 3) Merencanakan kontrak/kesepakatan yang meliputi lokasi, kapan, dan lama pertemuan; bahan/materi yang akan diperbincangkan; dan mengakhiri hubungan sementara (Anjaswarni, 2013:7).

Dalam memulai interaksi atau hubungan terapeutik, menumbuhkan kepercayaan seorang klien sangat penting. Klien yang memiliki pengalaman interpersonal yang menyakitkan akan sulit

menerima dan terbuka pada orang asing. Tugas dari perawat adalah bagaimana ia dapat mengeksploitasi pikiran, perasaan, perbuatan klien, dan mengidentifikasi masalah, serta merumuskan tujuan untuk klien.

Pada tahap pengenalan ini tidak ada pembatasan diri antara perawat-klien dalam konteks komunikasi terapeutik. Perawat menjadi rujukan pertama untuk mengutarakan keluhan yang dirasakan sehingga klien membuka diri. Dari keterbukaan tersebut akan dapat memudahkan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan.

C. Fase Kerja

Adalah fase yang terpenting karena menyangkut kualitas hubungan perawat-klien dalam asuhan keperawatan. Selama berlangsungnya fase kerja ini, perawat tidak hanya mencapai tujuan yang telah diinginkan bersama tetapi yang lebih bermakna adalah bertujuan untuk memandirikan klien. Pada fase ini perawat menggunakan teknik-teknik komunikasi dalam berkomunikasi dengan klien sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan (sesuai kontrak) (Anjaswarni, 2013:8).

Tahap kerja merupakan tahap untuk mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah dibuat pada tahap orientasi. Perawat menolong klien untuk mengatasi cemas, meningkatkan kemandirian, dan tanggung jawab terhadap diri sendiri serta mengembangkan mekanisme koping konstruktif (Nurjannah, 2001).

Kecemasan yang dihadapi oleh klien rata-rata terjadi dalam fase ini. Namun, demi kebaikan dari klien maka fase ini tidak dapat dihindari dan harus disikapi dengan baik serta diterima demi kesembuhan dari klien tersebut. Tetapi bagaimanapun juga bila hal ini tidak mendapat persetujuan dari klien maka hal tersebut tidak akan dilakukan oleh perawat.

Tindakan ini hanya akan dilakukan bila ada persamaan persepsi, ide, dan pikiran antara klien dengan perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan akhir dari pelayanan keperawatan yakni dengan mempercepat proses kesembuhan sehingga sangat diperlukan adanya kemandirian sikap dari klien dalam mengambil keputusan.

Pada fase kerja, pasien akan dieksplorasi *stressor* yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan, dan perbuatan pasien. Maka dari itu, perawat akan membantu pasien dalam mengatasi kecemasan, meningkatkan kemandirian dan tanggung jawab pada diri sendiri. Perawat dengan pasien akan bekerjasama untuk mengidentifikasi masalah dan menyusun tujuan spesifik yang berorientasi pada masalah klien.

Kemudian untuk menanggapi pesan yang disampaikan oleh pasien, seorang perawat dapat menggunakan beberapa teknik dalam

berkomunikasi. Teknik yang biasanya digunakan saat perawat berhadapan dengan pasien antara lain yaitu:

1. Mendengar aktif

Keuntungan yang diperoleh jika mampu mengembangkan ketrampilan mendengar aktif adalah:

- a) Pasien dan keluarga merasa didengar dan dipahami
- b) Pasien dan keluarga merasa dirinya berharga dan penting
- c) Pasien dan keluarga menjadi mudah untuk mendengarkan apa yang kita sampaikan
- d) Pasien dan keluarga merasa nyaman
- e) Pasien dan keluarga mampu berkomunikasi

2. Mengajukan pertanyaan

Tujuannya untuk mendapatkan informasi yang spesifik apa yang disampaikan oleh pasien dan keluarga, antara lain:

- a) Pertanyaan terbuka, yaitu memberikan dorongan kepada pasien untuk memilih topik yang akan digunakan. Contoh: “Apa yang sedang Anda pikirkan?”
- b) Pengulangan pertanyaan, yaitu mengulang kembali pikiran utama yang telah diekspresikan oleh pasien dan keluarga. Contoh: “Anda mengatakan bahwa Ibu Anda telah meninggalkan Anda ketika Anda berusia 5 tahun?”
- c) Pertanyaan klarifikasi, berupaya untuk menjelaskan ide atau pikiran pasien yang tidak jelas atau meminta pasien untuk menjelaskan artinya. Contoh: “Saya tidak jelas apa yang Anda maksudkan, dapatkah Anda memperjelasnya kembali?”

- d) Pertanyaan refleksi, yaitu mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan dan isi pembicaraan kepada pasien. Contoh: "Anda tampak tegang dan cemas, apakah ini berhubungan dengan pembicaraan ibu Anda semalam?"
- e) Pertanyaan berbagi persepsi, yaitu meminta pasien untuk memastikan pengertian perawat tentang apa yang sedang dipikirkan dan dirasakan oleh pasien. Contoh: "Anda tersenyum tetapi saya merasa bahwa Anda sangat marah terhadap saya?"

3. Memberikan informasi

Memberikan tambahan informasi merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk pasien dan keluarga. Pada teknik komunikasi tidak dibenarkan petugas kesehatan memberikan nasehat kepada pasien karena tujuan tindakan ini adalah memfasilitasi pasien dalam mengambil keputusan. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam memberikan informasi adalah:

- a) Gunakan bahasa yang sederhana dan mudah dimengerti pasien
- b) Katakan dengan jelas
- c) Gunakan kata-kata yang positif
- d) Tunjukkan sikap yang antusias

4. Memberikan umpan balik

Tahap-tahap yang perlu diperhatikan dalam melakukan umpan balik:

- a) Pelajari hasil kerjanya dengan teliti. Beri tanda pada hal-hal yang perlu diperbaiki
- b) Ketika menyampaikan umpan balik perlihatkan contoh-contoh dari kesalahan yang telah dibuat
- c) Kembangkan argumen mengenai dampak negatif yang bisa muncul dari kesalahan yang dibuat
- d) Pastikan penerima umpan balik menyadari kekeliruan, kekurangan, atau kesalahan
- e) Gali lebih dalam mengenai hambatan yang ditemui
- f) Dorong penerima umpan balik untuk menemukan jalan keluar dan langkah-langkah untuk memperbaiki tugasnya/cara kerjanya
- g) Buat kesepakatan mengenai perbaikan yang akan dilakukan (Anita Murwani dan Istichomah, 2009, 21-24).

Selain itu, seorang perawat juga perlu memperhatikan sikap tertentu untuk melakukan komunikasi terapeutik, antara lain:

1. Berhadapan, arti posisi ini adalah “saya siap untuk Anda”.
2. Mempertahankan kontak mata, kontak mata pada level yang sama berarti menghargai klien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.
3. Membungkuk ke arah klien, posisi ini menunjukkan keinginan untuk mengatakan atau mendengarkan sesuatu.

4. Mempertahankan sikap terbuka, tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan berkomunikasi.
5. Tetap relaks, tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respons pada klien.
6. Berjabat tangan, menunjukkan perhatian dan memberikan kenyamanan pada pasien serta penghargaan atas keberadaannya (Anita Murwani dan Istichomah, 2009:20-21).

D. Fase Terminasi

Dalam fase terminasi ini merupakan fase persiapan mental untuk membuat kesimpulan dan mempertahankan batas hubungan, fase ini juga mengantisipasi masalah yang akan timbul, dan fase ini memungkinkan ingatan pasien pada pengalaman perpisahan sebelumnya sehingga pasien merasa sunyi, menolak, dan depresi (Anita Murwani dan Istichomah, 2009:30).

Pada fase ini, perawat memberi kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan keberhasilan dirinya dalam mencapai tujuan terapi dan ungkapan perasaannya. Selanjutnya perawat merencanakan tindak lanjut pertemuan dan membuat kontrak pertemuan selanjutnya bersama klien. Fase ini merupakan fase yang sulit untuk kedua belah pihak dalam hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim yang telah terbina berada pada tingkat yang optimal. Perawat dan juga klien akan merasakan kehilangan.

Untuk membina hubungan yang terapeutik ini perawat perlu mengetahui proses komunikasi yang dapat membantu pasien memecahkan masalahnya. Yang harus ada dalam proses komunikasi adalah :

- a. *Sender* (pemberi pesan); individu yang bertugas mengirimkan pesan.
- b. *Receiver* (penerima pesan); seseorang yang menerima pesan, bias berbentuk pesan yang sudah diinterpretasikan.
- c. Pesan; informasi yang diterima, bisa berupa kata, ide atau perasaan. Pesan akan efektif bila jelas dan terorganisasi yang diekspresikan oleh si pengirim pesan.
- d. Media; metode yang digunakan dalam pesan yaitu kata, bisa dengan cara ditulis, diucapkan, diraba, dan dicium.
- e. Umpan balik; penerima pesan memberikan informasi/pesan kembali kepada pengirim pesan dalam bentuk komunikasi yang efektif. Umpan balik merupakan proses yang kontinu karena memberikan respons pesan dan mengirimkan pesan berupa stimulus yang baru kepada pengirim pesan (Anita Murwani dan Istichomah, 2009:17-18).

Semua perilaku individu (pengirim dan penerima) adalah komunikasi yang akan memberi efek pada perilaku. Pesan yang disampaikan dapat verbal maupun non verbal. Seorang perawat hadir secara utuh (fisik dan psikologis) pada waktu berkomunikasi dengan

pasien. Perawat tidak cukup hanya mengetahui teknik dan isi komunikasi, tetapi yang sangat penting adalah sikap atau penampilan dalam berkomunikasi (Keliat, 1996:65).

Terminasi juga terjadi saat perawat telah mengakhiri tugasnya. Terminasi suatu hubungan dapat membangkitkan perasaan kehilangan dari hubungan terdahulu. Mengakui perasaan yang muncul akan membantu menghilangkan kesedihan dan mempelajari ketrampilan yang sehat dalam mengatasi perpisahan dan kehilangan. Akhir dari hubungan terapeutik, sesingkat apapun, dapat menjadi waktu yang sangat berharga bagi perawat dan juga klien untuk memeriksa pencapaian tujuan dan meninjau ulang waktu yang telah dihabiskan bersama. Tinjauan ulang ini dapat membawa keberhasilan dan kedekatan bagi kedua belah pihak. Saat mengakhiri hubungan terapeutik ini memerlukan periode resolusi yang dengan tepat sebagai fase resolusi. Bagian yang paling memuaskan dalam pekerjaan sebagai seorang perawat adalah kepedulian terhadap pasien.

Menurut Parson (Hidayat, 2006:6), untuk mencapai penyembuhan ada beberapa tahapan yaitu:

1. Tahap gejala

Pada tahap ini seseorang mengalami proses dengan ditandai adanya perasaan tidak nyaman dan gejala suatu penyakit yang dirasakan.

2. Tahap asumsi terhadap penyakit

Pada tahap ini seseorang akan melakukan interpretasi terhadap sakit yang dialaminya dan akan merasakan keraguan pada kelainan atau gejala yang dirasakan, adanya kecemasan dan ketakutan.

3. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan

Pada tahap ini melakukan atau mengadakan hubungan dengan pelayanan kesehatan.

4. Tahap ketergantungan

Tahap ini yaitu tahap mendapatkan pengobatan dan ketergantungan terhadap obat sampai mendapatkan kesembuhan.

5. Tahap penyembuhan

Tahap ini merupakan tahap terakhir untuk menuju proses kembalinya kemampuan untuk beradaptasi.

Dalam proses pengobatan, perawat berperan penting dalam memberikan perhatian kepada pasien dalam segala hal yang mencakup kesehatan pasien. Penyembuhan dapat disimpulkan sebagai suatu proses untuk pulih dari sakit dengan adanya bantuan pihak medis dan proses pengobatan. Untuk mencapai proses penyembuhan harus ada sikap saling percaya, sikap suportif dan saling terbuka (Jalaludin Rakhmat, 1994:89).

F. Metodologi Penelitian

Kata “metode” berasal dari bahasa Yunani “*methodos*” yang mempunyai arti jalan atau cara. Dalam kaitannya dengan penelitian, maka penelitian adalah cara kerja yang berdasarkan disiplin ilmiah untuk mengumpulkan, menganalisis, mengintrepetasikan fakta-fakta (Koentjaraningrat, 1981:16). Jadi dapat disimpulkan bahwa metode adalah suatu prosedur atau cara-cara untuk mengetahui sesuatu yang mempunyai langkah-langkah sistematis.

Metode penelitian digunakan agar suatu penelitian dapat tersusun dengan baik terarah dan rasional dengan menggunakan jenis dan teknik tertentu. Penelitian ini menggunakan metode studi deskriptif kualitatif.

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini dikategorikan penelitian deskriptif kualitatif yaitu mengemukakan gambaran atau pemahaman (*understanding*) mengenai bagaimana dan mengapa suatu gejala atau realitas komunikasi terjadi (Pawito, 2007:35). Kita tidak puas bila hanya mengetahui apa masalahnya secara eksploratif, tetapi ingin mengetahui juga bagaimana peristiwa tersebut terjadi. Dengan demikian penemuan-penemuan penelitian deskriptif lebih luas dan lebih terperinci. Dikatakan lebih luas karena kita meneliti tidak hanya masalahnya sendiri, tetapi juga variabel-variabel lain yang berhubungan dengan masalah itu. Lebih

terperinci karena variabel-variabel tersebut diuraikan atas faktor-faktornya.

Penelitian deskriptif memiliki ciri sebagai berikut :

1. Penelitian deskriptif merupakan penelitian kualitatif dengan tujuan mendeskripsikan variabel-variabel utama subjek studi misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status marital, sosial ekonomi, dan lain-lain yang disesuaikan dengan tujuan penelitian.
2. Pada penelitian deskriptif murni tidak dibutuhkan kelompok kontrol sebagai pembanding karena yang dicari adalah prevalensi penyakit atau fenomena tertentu, atau untuk memperoleh gambaran tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan.
3. Terdapatnya hubungan sebab-akibat hanya merupakan perkiraan yang didasarkan atas tabel silang yang disajikan.
4. Hasil penelitian hanya disajikan sesuai dengan data yang diperoleh tanpa dilakukan analisis yang mendalam. Penyajian data hasil penelitian deskriptif dapat berupa tabel distribusi frekuensi, tabel silang dan grafik. Perhitungan yang dilakukan hanya berupa presentase, proporsi, rata-rata, rasio, simpangan baku, dan lain-lain sesuai skala ukuran data yang diperoleh.
5. Penelitian deskriptif merupakan penelitian pendahuluan dan digunakan bersama-sama dengan hampir semua jenis penelitian, misalnya untuk menentukan kriteria objek studi.
6. Pengumpulan data dilakukan dalam satu saat atau satu periode tertentu dan setiap subjek studi selama penelitian hanya diamati satu kali.

7. Pengumpulan data dilakukan dengan pendekatan *cross sectional* berupa *sampling survey* atau data sekunder dari rekam medis.
8. Penelitian deskriptif dapat dilakukan pada wilayah terbatas seperti desa atau kecamatan atau meliputi wilayah yang besar seperti Negara (Budiarto, 2004:32).

Berdasarkan penjelasan mengenai penelitian deskriptif di atas, maka yang menjadi fokus penelitian ini adalah langkah-langkah dan hambatan komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien gangguan kejiwaan kelas C di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta. Langkah-langkah dan hambatan komunikasi terapeutik tersebut kemudian dideskripsikan, direduksi, dianalisa dan diinterpretasikan.

2. Lokasi Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti mengambil lokasi di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta (atau disingkat menjadi RSJ Ghrasia DIY). Rumah sakit jiwa tersebut terletak di Jl. Kaliurang Km. 17 Pakem Kecamatan Sleman Daerah Istimewa Yogyakarta. Alasan pemilihan lokasi ini dikarenakan rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit yang satu-satunya menangani penyakit syaraf dan kejiwaan di Daerah Istimewa Yogyakarta.

3. Teknik Pengumpulan Data

Untuk memperoleh data yang cukup untuk dikaji dan dilakukan sebuah penelitian, maka penelitian ini menggunakan beberapa teknik pengumpulan data di bawah ini :

A. Observasi

Observasi adalah seluruh kegiatan pengamatan terhadap suatu objek atau orang lain. Seperti ciri-ciri, motivasi, perasaan-perasaan dan iktikad orang lain. Kesemuanya ini merupakan salah satu bentuk observasi perilaku manusia (Rangkuti, 1997:42).

Jenis observasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasi partisipan (*participant observation*), yaitu bagian dari kerja lapangan budaya. Sepenuhnya kegiatan ini dilakukan di lapangan dan membutuhkan suatu jalinan hubungan yang baik antara peneliti dengan komunitas baru yang akan akan diobservasi (Endraswara, 2006:140). Selain itu, peneliti juga ikut ambil bagian sampai tingkat tertentu dalam kegiatan atau proses-proses penting di dalam masyarakat yang diteliti, di samping tinggal bersama dalam pengamatan (Pawito, 2007:114-115).

Observasi yang dilakukan oleh peneliti adalah dengan terjun langsung ke lokasi observasi untuk mengetahui secara langsung komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien gangguan kejiwaan kelas C di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta.

Observasi ini merupakan langkah awal dalam proses pengumpulan data dalam penelitian ini, adapun observasi ini dilakukan terhadap perawat yang sedang melakukan komunikasi terapeutik dalam bentuk verbal antarpribadi dalam berbagai aktivitasnya di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta. Melalui observasi ini diharapkan dapat memperoleh data terkait dengan strategi komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dan pasien gangguan kejiwaan di RS Jiwa Daerah Istimewa Yogyakarta.

B. Wawancara

Wawancara (*interview*) adalah teknik pengumpulan kebutuhan yang paling umum digunakan. Wawancara yang peneliti gunakan adalah wawancara mendalam. Wawancara mendalam (*indepth interview*) itu sendiri adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan *interview guide*, dimana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama. Dengan demikian, kekhasan wawancara mendalam adalah keterlibatannya dalam kehidupan informan. (Bungin, 2007:108).

Wawancara merupakan metode yang paling mudah, jika sistem yang dianalisis tidak terlalu besar. Langkah-langkah dasar dalam teknik wawancara adalah :

- a. Memilih target wawancara
- b. Mendesain pertanyaan-pertanyaan untuk wawancara
- c. Persiapan wawancara
- d. Melakukan wawancara
- e. Menindaklanjuti hasil wawancara (Fatta, 2007:69).

Adapun jenis wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara dengan menggunakan pedoman wawancara (*interview guide*) pada umumnya dengan lebih memfokuskan pada persoalan-persoalan yang menjadi pokok dari minat penelitian (Pawito, 2007:132). Jenis wawancara ini juga sering disebut dengan wawancara mendalam (*in-dept interview*) (Pawito, 2007:132). Wawancara mendalam (*dept interview*) adalah seperti survei, metode yang memungkinkan pewawancara untuk bertanya kepada responden dengan harapan untuk memperoleh informasi mengenai fenomena yang ingin diteliti (West dan Turner, 2008:83).

Akan tetapi, wawancara mendalam berbeda dari survei dalam banyak hal. Pertama, wawancara mendalam kebanyakan dibuat semistruktur oleh pewawancara. Wawancara mendalam dilihat oleh peneliti sebagai sebuah kolaborasi antara pewawancara dan partisipan, di mana apa yang ingin didiskusikan oleh partisipan

sama pentingnya dengan apa yang ingin didiskusikan oleh pewawancara. Para peneliti yang memilih wawancara mendalam tertarik terhadap arah yang ingin ditentukan oleh responden dalam wawancara.

Kedua, wawancara mendalam biasanya dilakukan antara satu sampai tiga jam. Peneliti lebih tertarik dalam memperoleh data dan gambaran yang mendalam daripada mengumpulkan informasi dari ratusan responden. Selanjutnya, wawancara mendalam biasanya dilakukan oleh si peneliti sendiri. Tetapi, sekarang sudah mungkin untuk melaksanakan wawancara mendalam melalui internet (Garner, 1999 dalam West dan Turner, 2008:83). Wawancara mendalam ini dilakukan guna memperoleh data yang akurat sehingga dapat dijadikan sebagai bahan analisis data dan mempermudah interpretasi data.

Adapun wawancara tersebut dilakukan dengan perawat dan pasien gangguan kejiwaan. Selain itu, guna mendapatkan data yang akurat dan tidak bersifat spekulatif, maka peneliti juga melakukan wawancara (*interview*) kepada pihak-pihak terkait terutama mereka yang turut serta dalam pengelolaan di RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien gangguan kejiwaan.

C. Studi Pustaka

Selain kedua metode di atas, pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan cara mempelajari dan mencatat dari berbagai sumber literatur yang berkaitan dengan penelitian ini untuk melengkapi data. Studi pustaka (*library research*) adalah pencarian sumber-sumber atau opini pakar tentang suatu hal yang berkaitan dengan tujuan penelitian (George, 2008 dalam Djiwandono, 2015:27). Dengan kata lain, studi pustaka merupakan pengkajian beberapa sumber pustaka (yang umumnya terdapat di perpustakaan) yang terkait dengan variabel-variabel utama atau topik sebuah penelitian. Maka dapat dikatakan bahwa hampir setiap jenis penelitian memasukkan studi pustaka sebagai salah satu langkah yang ditempuh dalam keseluruhan penelitian (Djiwandono, 2015:27).

Studi pustaka digunakan untuk mencari teori-teori dan data yang dibutuhkan dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data melalui literatur-literatur, dokumen-dokumen, buku-buku yang menyajikan data sesuai dengan permasalahan yang diteliti. Studi kepustakaan ini diperoleh dari bahan pustaka atau menggali data sekunder dari buku-buku, literatur yang berkaitan dengan fokus penelitian (Sutopo, 2000:21).

Untuk melengkapi dan memperkuat data yang diperoleh melalui observasi dan wawancara (*interview*). Maka penulis juga

melakukan dokumentasi terhadap beberapa dokumen yang dianggap penting dan menunjang dalam penelitian ini terutama yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien. Sehingga data yang diperoleh dan diolah dapat diuji dan dapat dipertanggung jawabkan.

4. Teknik Pengambilan Informan

Informan adalah orang yang dimanfaatkan untuk memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Informan berkewajiban dengan sukarela menjadi anggota tim penelitian walaupun hanya bersifat informal. Syarat seorang informan yaitu harus jujur, taat pada janji, patuh pada peraturan, suka berbicara, tidak termasuk anggota salah satu kelompok yang bertikai dalam latar penelitian, dan mempunyai pandangan tertentu tentang peristiwa yang terjadi (Moeloeng, 2007:132).

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik pengambilan sampel bola salju (*snowball sampling*). *Snowball sampling* adalah teknik penarikan sampel yang mula-mula dilakukan dalam jumlah kecil (informan kunci) kemudian sampai yang terpilih pertama disuruh memilih sampel berikutnya, yang akhirnya jumlah sampel akan bertambah banyak seperti bola salju yang bergelinding makin lama makin besar. (Lusiana, dkk, 2015:43)

5. Teknik Analisis Data

Sebagaimana telah dijelaskan diatas bahwa penelitian ini adalah penelitian kualitatif, maka setelah semua data dikumpulkan, alur kegiatan selanjutnya adalah pengolahan data, yakni dalam hal ini menggunakan model interaktif (*interactive model*). Sehingga langkah-langkah analisi data dalam penelitian ini melalui beberapa komponen sebagai berikut:

A. Pengumpulan data

Data yang diperoleh dari hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi dicatat dalam catatan lapangan yang terdiri dari dua bagian yaitu deskriptif dan reflektif. Catatan deskriptif adalah catatan alami (catatan tentang apa yang dilihat, didengar, disaksikan, dan dialami sendiri oleh peneliti tanpa adanya pendapat dan penafsiran dari peneliti tanpa adanya pendapat dan penafsiran dari peneliti terhadap fenomena yang dialami). Sedangkan catatan reflektif adalah catatan yang berisi kesan (misalnya komentar, pendapat, dan tafsiran peneliti tentang temuan yang dijumpai, dan merupakan bahan rencana pengumpulan data untuk tahap berikutnya).

B. Reduksi data

Setelah data terkumpul, selanjutnya dibuat reduksi data, guna memilih data yang relevan dan bermakna, memfokuskan data yang mengarah untuk memecahkan masalah, penemuan, pemaknaan, atau untuk menjawab pertanyaan penelitian. Kemudian menyederhanakan dan menyusun secara sistematis dan menjabarkan hal-hal penting tentang hasil temuan dan maknanya. Pada proses reduksi data, hanya temuan data atau temuan yang berkenaan dengan permasalahan penelitian saja yang direduksi. Sedangkan data yang tidak berkenaan dengan masalah penelitian dibuang. Dengan kata lain reduksi data digunakan untuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan dan membuang yang tidak penting, serta mengorganisasikan data, sehingga memudahkan peneliti untuk menarik kesimpulan.

C. Penyajian data

Penyajian data dapat berupa bentuk tulisan atau kata-kata, gambar, grafik dan tabel. Tujuan sajian data adalah untuk menggabungkan informasi sehingga dapat menggambarkan keadaan yang terjadi. Dalam hal ini, agar peneliti tidak kesulitan dalam penguasaan informasi baik secara keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari hasil

penelitian, maka peneliti harus membuat naratif, matrik, atau grafik untuk memudahkan penguasaan informasi atau data tersebut. Dengan demikian peneliti dapat tetap menguasai data dan tidak tenggelam dalam kesimpulan informasi yang dapat membosankan. Hal ini dilakukan karena data yang terpencar-pencar dan kurang tersusun dengan baik dapat mempengaruhi peneliti dalam bertindak secara ceroboh dan mengambil kesimpulan yang memihak, tersekat-sekat dan tidak mendasar. Untuk display data harus disadari sebagai bagian dalam analisis data.

D. Penarikan kesimpulan

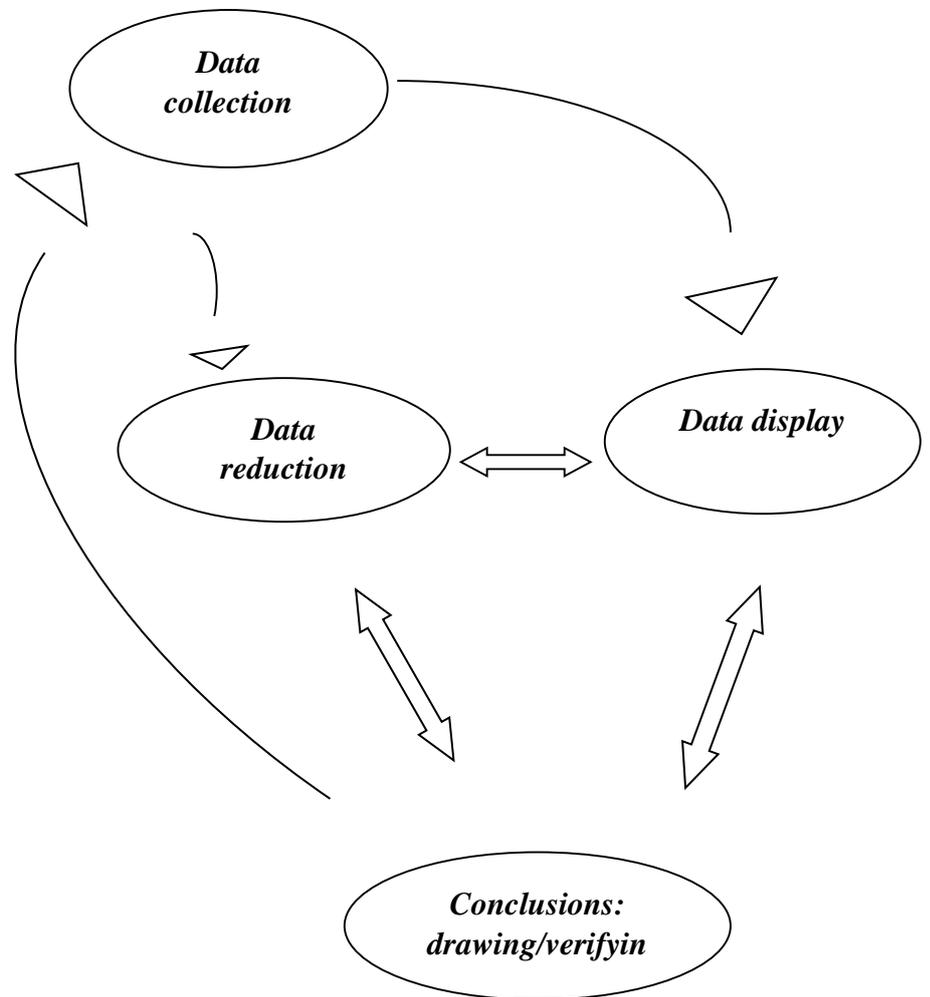
Penarikan kesimpulan dilakukan selama proses penelitian berlangsung seperti halnya proses reduksi data, setelah data terkumpul cukup memadai maka selanjutnya diambil kesimpulan sementara, dan setelah data benar-benar lengkap maka diambil kesimpulan akhir.

Sejak awal penelitian, peneliti selalu berusaha mencari pola, tema, hubungan, persamaan, hal-hal yang sering timbul, hipotesis, dan sebagainya. Kesimpulan yang diperoleh mula-mula bersifat tentative, kabur, dan diragukan akan tetapi dengan bertambahnya data baik dari hasil wawancara maupun hasil observasi dan dengan

diperolehnya keseluruhan data hasil penelitian. Kesimpulan-kesimpulan itu harus diklarifikasikan dan diverifikasikan selama penelitian berlangsung.

Data yang ada kemudian disatukan ke dalam unit-unit informasi yang menjadi rumusan kategori-kategori dengan berpegang pada prinsip holistik dan dapat ditafsirkan tanpa informasi tambahan. Data mengenai informasi yang dirasakan sama disatukan ke dalam satu kategori, sehingga memungkinkan untuk timbulnya kategori yang sudah ada (Miles dan Huberman, 1984:23).

Bagan 1. 1 Components of Data Analysis: Interactive Model



Sumber : (Miles dan Huberman, 1994:12)

6. Validitas Data

Validitas merupakan ukuran yang menunjukkan tingkat kevalidan suatu instrument/kuesioner (Sitinjak, dkk, 2004:42). Validitas mengacu pada kemampuan instrument pengumpulan data untuk mengukur apa yang harus diukur (Dempsey, 1997:79). Dengan demikian menurut penulis data yang valid adalah data yang tidak

berbeda antara data yang dilaporkan oleh peneliti dengan data yang terjadi pada objek penelitian.

Dalam uji validitas, penulis mengambil uji *triangulasi*. Triangulasi merupakan cara pemeriksaan keabsahan data yang paling umum digunakan. Cara ini dilakukan dengan memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data untuk pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Patton, dalam Sutopo, 2006:92). Jenis triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah triangulasi sumber yaitu sumber untuk menguji kredibilitas data dilakukan dengan cara mengecek data yang telah diperoleh melalui beberapa sumber. Dalam hal ini penulis mencoba memvalidasi beberapa data yang diperoleh baik melalui observasi, dokumentasi, dan wawancara terhadap beberapa narasumber.

G. Sistematika Penulisan

Untuk mempermudah penulisan dalam penelitian ini, maka penelitian ini akan ditulis dengan sistematika pembahasan berikut ini:

Bab satu ; *Pendahuluan* yang terdiri dari latar belakang masalah, rumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, kerangka teori, metode penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab dua ; *Gambaran Umum Objek Penelitian* yaitu Profil RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta mulai dari letak geografis, sejarah berdiri dan perkembangannya, motto dan falsafah, visi misi, dan tujuan

rumah sakit, jenis pelayanan, struktur dan uraian tugas keperawatan, dan data perawat rumah sakit.

Bab tiga ; *Sajian Data dan Pembahasan Sajian Data* terdiri dari profil perawat dan pasien rumah sakit, dan langkah-langkah komunikasi terapeutik, sedangkan pembahasan meliputi strategi komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien, analisis strategi komunikasi terapeutik tersebut, dan hambatan-hambatan komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien.

Bab empat ; *Penutup* yang terdiri dari kesimpulan yang merupakan ringkasan dari pembahasan sebelumnya yang merupakan temuan-temuan penting dalam penelitian ini, yang kemudian diakhiri dengan apa yang disarankan oleh penulis kepada RS Jiwa Ghrasia Daerah Istimewa Yogyakarta.