

**PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM
PENANGANAN PASIEN GANGGUAN JIWA DI RUMAH SAKIT JIWA
PROVINSI BALI**

Tirtawati, Anak Agung Rai
Program Studi PPKN FKIP Universitas Dwijendra
E-mail : a.a.raitirtawati57@gmail.com

ABSTRACT

Therapeutic communication is one way that can be used to help the healing process of the patient. This research was conducted to see the implementation of therapeutic communication in handling mental disorder patient according to Standard Operational Procedure (SOP) at Bali Provincial Mental Hospital 2017. The formulation of the problem is "How is the application of therapeutic communication in handling mental patients in Mental Hospital of Bali Province"

The study is located in RSJ Bali Province which is a government hospital located in Bangli Regency. This research uses qualitative approach and object approach method using empirical approach. Selection of research subjects using purposive sampling which amounted to 13 nurses and methods of data collection using observation techniques, questionnaires, unstructured interviews and documentation. This study uses descriptive statistical analysis techniques used to examine the percentage of the percentage, which is then deepened with a qualitative study.

The result of the research on the application of therapeutic communication in phase I (orientation phase) between the nurse and the mental disorder patient is 71% of the results in phase II (work phase) is 77%, then the result of research on the application of therapeutic communication in phase III (termination phase) is 67%. In addition to the above three phases, therapeutic attitudes of nurses and communication techniques are also investigated. The results of research on the application of therapeutic attitude of nurses in conducting therapeutic communication in mental disorder patients is 88% and nurse communication technique in applying therapeutic communication is 92%. In general, the results of research on the application of therapeutic communication in the treatment of gangguan soul patients at RSM Jiwa Bali Province has been implemented optimally

Keywords: *Therapeutic Communication, Mental Disorders*

ABSTRAK

Komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara yang dapat digunakan untuk membantu proses penyembuhan pasien. Penelitian ini dilakukan untuk melihat penerapan komunikasi terapeutik dalam menangani pasien gangguan jiwa sesuai Standar Operasional Prosedur (SOP) di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali tahun 2017. Rumusan masalahnya adalah "Bagaimana penerapan komunikasi terapeutik dalam menangani pasien gangguan jiwa di Rumah sakit Jiwa Provinsi Bali"

Penelitian berlokasi di RSJ Provinsi Bali yang merupakan rumah sakit pemerintah bertempat di Kabupaten Bangli. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dan metode pendekatan objek menggunakan pendekatan empiris. Pemilihan subjek penelitian menggunakan *purposive sampling* yang berjumlah 13 perawat dan metode pengumpulan data menggunakan teknik observasi, kuesioner, wawancara tidak terstruktur dan dokumentasi. Penelitian ini menggunakan teknik analisis statistik deskriptif yang digunakan sebatas mengkaji besaran presentase, yang kemudian diperdalam dengan kajian secara kualitatif.

Hasil penelitian terhadap penerapan komunikasi terapeutik pada fase I (fase orientasi) antara perawat dengan pasien gangguan jiwa ialah sebesar 71% hasil pada fase II (fase kerja) ialah sebesar 77%, kemudian hasil penelitian pada penerapan komunikasi terapeutik pada fase III (fase terminasi) ialah sebesar 67%. Selain ketiga fase di atas, sikap terapeutik perawat dan teknik komunikasi juga diteliti. Hasil penelitian terhadap penerapan sikap terapeutik perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa ialah sebesar 88% dan teknik komunikasi perawat dalam menerapkan komunikasi terapeutik ialah sebesar 92%. Secara umum hasil penelitian terhadap penerapan komunikasi terapeutik dalam penanganan pasien gangguan jiwa di RSJ Jiwa Provinsi Bali penerapannya telah terlaksana secara optimal

Kata Kunci : Komunikasi Terapeutik, Gangguan Jiwa

I. PENDAHULUAN

Masalah Komunikasi merupakan hal yang sangat penting, karena dengan adanya komunikasi kita dapat memperoleh atau bertukar informasi. Kegunaan dan manfaat dari komunikasi dapat dirasakan di segala bidang. Dalam dunia kesehatan salah satu contohnya, komunikasi merupakan inti landasan dalam membina hubungan agar proses penanganan pasien dapat tercapai, komunikasi tersebut ialah komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang perawat dapat membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi (Suryani, 2006:7). Kegunaan komunikasi terapeutik adalah mendorong dan menganjurkan kerja sama melalui hubungan tenaga medis dengan pasien. Kualitas hubungan ini akan memberikan dampak terapeutik yang mempercepat proses kesembuhan pasien.

Komunikasi amat erat kaitannya dengan perilaku dan pengalaman kesadaran manusia. Kurangnya komunikasi akan menghambat perkembangan kepribadian dan mental seseorang yang juga dapat berpengaruh pada kemampuan berkomunikasi seseorang. Dalam dunia kesehatan, penanganan pasien khususnya pasien dengan penyakit gangguan jiwa meskipun memerlukan obat-obatan sebagai landasan dari pengobatan, pelayanan kesehatan jiwa terhadap pasien haruslah berlangsung efektif, tenaga medis spesialis jiwa haruslah terampil berkomunikasi terapeutik dengan pasien. Penanganan pasien tidak hanya

berorientasi pada teknik pengobatan, tetapi juga komunikasi yang tentunya sangat membantu pasien dalam proses penyembuhan atau dapat menumbuhkan rasa percaya diri dan harapan sembuh.

Penanganan pasien berarti segala tindakan medis yang dilakukan oleh tenaga medis/kesehatan dengan mutu sebaik-baiknya, menggunakan tata cara dan teknik berdasarkan ilmu kedokteran, kode etik yang berlaku, serta dapat dipertanggungjawabkan yang bertujuan untuk kesembuhan pasien (Anireon, 1984).

Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali adalah rumah sakit di Provinsi Bali yang memberikan pelayanan kesehatan jiwa. Walaupun prioritas pelayanan Rumah Sakit Jiwa adalah pasien dengan gangguan jiwa, tetapi juga dilengkapi pelayanan pendukung lain seperti Rehabilitasi Narkoba, Rehabilitasi Mental, Fisioterapi, Laboratorium dll. Jumlah Tenaga kesehatan di RSJ Provinsi Bali khususnya bagian keperawatan terbilang cukup banyak, berdasarkan Bank Data RSJ Provinsi Bali, tercatat RSJ Provinsi Bali memiliki 204 orang perawat. Sebagai salah satu bentuk pelayanan terhadap pasien yang baik dibutuhkan komunikasi untuk menciptakan hubungan antara perawat dengan pasien sehingga dapat memenuhi kebutuhan dan terciptanya sebuah komunikasi yang baik yang menumbuhkan rasa percaya pasien

kepada perawat bahwa pasien akan dirawat dengan sebaik-baiknya dan harapannya pasien akan mendapatkan kesembuhan (Atik, 2011:24).

Penerapan komunikasi terapeutik merupakan kunci penting guna mewujudkan hal tersebut. Maka dari itu penelitian ini penting dilakukan untuk melihat penerapan komunikasi terapeutik dalam penanganan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali.

II. LANDASAN TEORI

Pengertian Komunikasi

Pada hakikatnya adalah proses penyampaian pikiran atau perasaan oleh seseorang kepada orang lain yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya. Komunikasi antar manusia hanya bisa terjadi, jika ada seseorang yang menyampaikan pesan kepada orang lain dengan tujuan tertentu, artinya komunikasi hanya bisa terjadi kalau didukung oleh adanya sumber, pesan, media, penerima, dan efek. Unsur-unsur ini bisa juga disebut komponen atau elemen komunikasi .

Komunikasi menjadikan orang dapat saling berbagi informasi, bertukar pikiran, berbagi rasa, dan memecahkan permasalahan. Setiap orang baik disadari atau tidak melakukan komunikasi secara verbal maupun non verbal.

Proses komunikasi tersebut tidak lepas dari unsur-unsur komunikasi menurut Machmud (dalam Atik, 2011:8) :

- 1).Pesan-pesan yang disampaikan dengan menggunakan penyandian atau simbol baik yang berupa bahasa verbal maupun non verbal. Sumber proses komunikasi yaitu pengirim dan penerima pesan.
- 2). Penerima, yaitu orang yang menerima pengiriman pesan dan membalas pesan yang disampaikan oleh sumber, sehingga dapat diketahui arti sebuah pesan.
- 3).Lingkungan waktu komunikasi berlangsung meliputi saluran penyampaian dan penerimaan pesan serta lingkungan alamiah saat

pesan disampaikan. Saluran penyampaian pesan melalui indra manusia yaitu: pendengaran, penglihatan, pengecap, dan perabaan

Tujuan Komunikasi

Daryanto (2010:83) menyatakan dalam bukunya yang berjudul “ilmu komunikasi” bahwa ada empat tujuan dari komunikasi, yaitu:

- 1) Menemukan: salah satu tujuan komunikasi adalah menyangkut penemuan diri.
- 2) Berhubungan: membina dan memelihara hubungan dengan orang lain.
- 3) Meyakinkan: dalam perjumpaan dengan orang lain kita berupaya meyakinkan orang lain melalui suatu komunikasi yang kita ciptakan.
- 4) Bermain: kita menggunakan banyak perilaku komunikasi untuk bermain dan menghibur diri.

Jenis Komunikasi

1) Komunikasi Verbal

Jenis komunikasi yang paling lazim digunakan dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit adalah pertukaran informasi secara verbal terutama pembicaraan dengan tatap muka. Komunikasi verbal biasanya lebih akurat dan tepat waktu. Kata-kata adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide atau perasaan, membangkitkan respon emosional, atau menguraikan obyek, observasi dan ingatan. Sering juga untuk menyampaikan arti yang tersembunyi, dan menguji minat seseorang. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk berespon secara langsung. Komunikasi verbal yang efektif harus:

(1) Jelas dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Makin sedikit kata-kata yang digunakan makin kecil kemungkinan terjadinya kerancuan. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara

lambat dan mengucapkannya dengan jelas. Penggunaan contoh bisa membuat penjelasan lebih mudah untuk dipahami. Ulang bagian yang penting dari pesan yang disampaikan. Penerimaan pesan perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa dan dimana. Ringkas, dengan menggunakan kata-kata yang mengekspresikan ide secara sederhana. Contoh: “Katakan pada saya dimana rasa nyeri anda” lebih baik daripada “saya ingin anda menguraikan kepada saya bagian yang anda rasakan tidak enak.”

(2) Perbendaharaan Kata

Komunikasi tidak akan berhasil, jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan. Banyak istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran, dan jika ini digunakan oleh perawat, klien dapat menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting. Ucapkan pesan dengan istilah yang dimengerti klien. Daripada mengatakan “Duduk, sementara saya akan mengauskultasi paru-paru anda” akan lebih baik jika dikatakan “Duduklah sementara saya mendengarkan paru-paru anda”.

(3) Arti denotatif dan konotatif

Arti denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata. Kata serius dipahami klien sebagai suatu kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menggunakan kata kritis untuk menjelaskan keadaan yang mendekati kematian. Ketika berkomunikasi dengan klien, perawat harus hati-hati memilih kata-kata sehingga tidak mudah untuk disalah

tafsirkan, terutama sangat penting ketika menjelaskan tujuan terapi, terapi dan kondisi klien.

- (4) Selaan dan kesempatan berbicara
Kecepatan dan tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Selaan yang lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain mungkin akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap klien. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata-kata tidak jelas. Selaan perlu digunakan untuk menekankan pada hal tertentu, memberi waktu kepada pendengar untuk mendengarkan dan memahami arti kata. Selaan yang tepat dapat dilakukan dengan memikirkan apa yang akan dikatakan sebelum mengucapkannya, menyimak isyarat nonverbal dari pendengar yang mungkin menunjukkan. Perawat juga bisa menanyakan kepada pendengar apakah ia berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan perlu untuk diulang.

(5) Waktu dan relevansi

Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap pesan. Bila klien sedang menangis kesakitan, tidak waktunya untuk menjelaskan resiko operasi. Kendatipun pesan diucapkan secara jelas dan singkat, tetapi waktu tidak tepat dapat menghalangi penerimaan pesan secara akurat. Oleh karena itu, perawat harus peka terhadap ketepatan waktu untuk berkomunikasi. Begitu pula komunikasi verbal akan lebih bermakna jika pesan yang disampaikan berkaitan

dengan minat dan kebutuhan klien.

(6) Humor

Tertawa membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stres, dan meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Humor merangsang produksi *catecholamines* dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi *ansietas*, memfasilitasi relaksasi pernapasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dengan klien.

2) Komunikasi Non-Verbal

Komunikasi non-verbal adalah pemindahan pesan tanpa menggunakan kata-kata. Merupakan cara yang paling meyakinkan untuk menyampaikan pesan kepada orang lain. Perawat perlu menyadari pesan verbal dan non-verbal yang disampaikan klien mulai dari saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan, karena isyarat non-verbal menambah arti terhadap pesan verbal. Menurut Purba (2003:3) Perawat yang mendeteksi suatu kondisi dan menentukan kebutuhan asuhan keperawatan. Komunikasi non-verbal teramati pada :

(1) Meta komunikasi

Komunikasi tidak hanya tergantung pada pesan tetapi juga pada hubungan antara pembicara dengan lawan

bicaranya. Metakomunikasi adalah suatu komentar terhadap isi pembicaraan dan sifat hubungan antara yang berbicara, yaitu pesan di dalam pesan yang menyampaikan sikap dan perasaan pengirim terhadap pendengar. Contoh: tersenyum ketika sedang marah.

(2) Penampilan Personal

Penampilan seseorang merupakan salah satu hal pertama yang diperhatikan selama komunikasi. Delapan puluh empat persen dari kesan terhadap seseorang berdasarkan penampilannya Bentuk fisik, cara berpakaian dan berhias menunjukkan kepribadian, status sosial, pekerjaan, agama, budaya dan konsep diri. Perawat yang memperhatikan penampilan dirinya dapat menimbulkan citra diri dan profesional yang positif. Penampilan fisik perawat mempengaruhi persepsi klien terhadap pelayanan/asuhan keperawatan yang diterima, karena tiap klien mempunyai citra bagaimana seharusnya penampilan seorang perawat. Walaupun penampilan tidak sepenuhnya mencerminkan kemampuan perawat, tetapi mungkin akan lebih sulit bagi perawat untuk membina rasa percaya terhadap klien jika perawat tidak memenuhi citra klien.

(3) Intonasi (Nada Suara)

Nada suara pembicara mempunyai dampak yang besar terhadap arti pesan yang dikirimkan, karena

emosi seseorang dapat secara langsung mempengaruhi nada suaranya. Perawat harus menyadari emosinya ketika sedang berinteraksi dengan klien, karena maksud untuk menyamakan rasa tertarik yang tulus terhadap klien dapat terhalangi oleh nada suara perawat.

(4) Ekspresi wajah

Hasil suatu penelitian menunjukkan enam keadaan emosi utama yang tampak melalui ekspresi wajah: terkejut, takut, marah, jijik, bahagia dan sedih. Ekspresi wajah sering digunakan sebagai dasar penting dalam menentukan pedapat

I.5.4. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Sebagaimana disinggung pada pembahasan sebelumnya, komunikasi merupakan salah satu media yang sangat efektif guna mempengaruhi sikap seorang tanpa harus melakukan paksaan. Oleh banyak kalangan, komunikasi dikembangkan dalam setiap kehidupan, termasuk dalam konteks komunikasi kesehatan. Dalam melakukan atau memberikan pelayanan kepada pasien diawali dengan melakukan komunikasi terlebih dahulu. Komunikasi tersebut ditujukan guna menjalin hubungan interpersonal antara perawat dengan pasien sehingga proses keperawatan dapat dilakukan secara lancar dan efektif sesuai dengan yang direncanakan.

Komunikasi dalam bidang keperawatan merupakan proses untuk menciptakan hubungan antara tenaga kesehatan dan pasien untuk

mengenal kebutuhan pasien dan menentukan rencana tindakan serta kerjasama dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Oleh karena itu komunikasi terapeutik memegang peranan penting memecahkan masalah yang dihadapi. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi proporsional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien. Pada komunikasi terapeutik terdapat dua komponen penting yaitu proses komunikasinya dan efek komunikasinya (Setianti, 2007:13).

I.5.5 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut Purwanto dan Heri (1994:45), tujuan dari komunikasi terapeutik adalah:

- 1) Membantu pasien memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran mempertahankan kekuatan ego.
- 2) Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk mengubah situasi.
- 3) Menghilangkan keraguan membantu dalam pengambilan tindakan yang efektif dan mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya.

I.5.6. Dasar-Dasar Komunikasi Terapeutik

Menurut Machmud (dalam Atik, 2011:16), bahwa perbedaan mendasar yang membedakan komunikasi sosial dan komunikasi terapeutik:

Menurut Machmud (dalam Atik, 2011:16), bahwa perbedaan mendasar yang membedakan komunikasi sosial dan komunikasi terapeutik :

- 1) Perawat harus mampu menggali dirinya sendiri sebelum perawat tersebut mengenali pasiennya. Kondisi ini diciptakan sendiri oleh perawat sehingga pasien

akan percaya ketika perawat memberikan tindakan keperawatan.

- 2) Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, percaya, dan menghargai. Perawat dan pasien harus saling menghargai, perawat tidak boleh menganggap pasien rendah, dan bodoh. Pasien harus dihargai dan dimanusiakan sebagai pasien yang terhormat.
- 3) Perawat harus memahami, menghayati nilai yang dianut oleh pasien. Perawat harus mengerti bahwa pasien mempunyai adat, nilai budaya yang berbeda-beda, sehingga perawat bisa memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan adat dan nilai luhur yang dianut oleh pasien.
- 4) Perawat harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental. Pasien yang dirawat di rumah sakit tidak hanya sakit secara fisik tetapi juga mental dan emosional. Perawat harus bisa memahami pemenuhan kebutuhan tersebut sampai kebutuhan fisiologis pasien benar-benar terpenuhi.
- 5) Perawat harus dapat menciptakan suasana yang aman dan nyaman bagi pasien. Pasien yang dirawat di rumah sakit merasakan suasana yang asing, terlebih bagi pasien yang baru pertama kali merasakan perawatan di rumah sakit. Perawat diharapkan mampu menciptakan suasana yang nyaman dan aman bagi pasien, misalnya dengan mengurangi kegaduhan, mengatur jam kunjung, mengatur jam perawatan dan pengobatan.
- 6) Perawat harus mampu menguasai perasaannya secara bertahap

untuk mengetahui dan mengatasi perasaan sedih, marah, dan frustrasi.

- 7) Mampu mempertahankan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensi.
- 8) Memahami dengan baik arti simpati sebagai sifat tindakan terapeutik dan yang bukan terapeutik.
- 9) Kejujuran dan keterbukaan komunikasi merupakan dasar hubungan terapeutik.
- 10) Perawat sebagai individu yang merawat pasien diharapkan mampu memerankan model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan sehingga perawat perlu mempertahankan suatu kondisi sehat secara fisik, mental sosial, spiritual dan gaya hidup.
- 11) Perawat harus mampu menciptakan suasana yang memungkinkan bagi pasien untuk berkembang tanpa rasa takut.
- 12) Perawat diharapkan dalam memberikan sesuatu tindakan apapun tidak mengharapkan balasan apapun dari pasien. Setiap atau segala jenis tindakan yang dilakukan oleh perawat harus dapat dipertanggungjawabkan secara lisan maupun tulisan.
- 13) Memperhatikan etika dengan berusaha agar setiap pengambilan keputusan didasarkan atas prinsip kesejahteraan manusia.

I.5.7. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Tiga hal mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik menurut Arwani (dalam Atik, 2011:28), yaitu sebagai berikut:

- 1) Ikhlas (*Genuiness*)
Perawat yang mempunyai sikap yang tulus dan ikhlas dapat

diungkapkan dengan keterbukaan, kejujuran, keikhlasan dan peran aktif dalam berkomunikasi dengan pasien. Respon yang tulus tidak mencerminkan kepura-puraan dan diungkapkan secara spontan sesuai dengan tanggung jawab dan wewenangnya. Keuntungan bagi pasien dengan cirri keikhlasan dan ketulusan perawat adalah:

- (1) Pasien merasa bebas untuk mengekspresikan pikiran dan emosi sesungguhnya.
- (2) Mengembangkan perasaan percaya kepada perawat.
- (3) Menyediakan informasi yang dapat dipergunakan.
- (4) Merasakan suasana rileks.
- (5) Menikmati suasana ketulusan.

2) Empati (*Empathy*)

Empati adalah kemampuan untuk menempatkan diri pada posisi orang lain, serta memahami bagaimana perasaan orang lain dan hal yang menyebabkan reaksi tanpa emosi seseorang terbawa dalam situasi emosi orang lain. Keuntungan empati bagi pasien adalah:

- (1) Empati meningkatkan perasaan berhubungan dengan orang lain.
- (2) Memberikan peningkatan harga diri yang menerima empati.
- (3) Respon empati meningkatkan kesadaran diri dan wawasan serta membantu pasien memutuskan bagaimana mengatasi sebuah situasi.

Empati memiliki beberapa aspek yang berhubungan dengan sikap positif pasien terhadap perawat :

(1) Aspek Mental

Aspek mental berarti memahami seseorang secara emosional dan intelektual. Kemampuan untuk melihat dunia orang lain dengan menggunakan cara pandang orang lain tersebut.

(2) Aspek Verbal

Kemampuan mengungkapkan secara verbal suatu pemahaman terhadap perasaan dan alasan reaksi emosi pasien. Aspek verbal memerlukan keakuratan dan ketepatan, kejelasan dan kealamiahannya.

(3) Aspek Non Verbal

Aspek non verbal yang diperlukan adalah kemampuan untuk menunjukkan empati dengan kehangatan dan kesejatan. Tahap dalam melakukan empati terdiri atas beberapa tahap penting, yaitu:

- a) Membersihkan pikiran seseorang dari suatu pikiran yang mengganggu.
- b) Mendengarkan.
- c) Mengkonsentrasikan pesan verbal dan non verbal untuk mengerti perasaan dan alasan reaksi pasien.
- d) Mengatakan pada diri sendiri "orang ini ingin mendengarkan apa darinya"
- e) Menyampaikan respon empatik yang mencakup; keakuratan, natural, kejelasan, kehangatan, kesejatan.
- f) Meneliti apakah respon empatik yang dilakukan seseorang tersebut berjalan efektif.

3) Hangat (*Warmth*)

Kehangatan dan sikap permisif yang diberikan, diharapkan pasien dapat memberikan dan mewujudkan ide-ide nyata perasaan takut, sehingga pasien bisa mengekspresikan perasaannya lebih mendalam. Posisi tubuh yang dapat menurunkan kehangatan adalah:

- (1) Mengangkat bahu tanda tidak peduli atau tidak tahu.
- (2) Menyilangkan tangan.
- (3) Menyilangkan kaki
- (4) Mengepalkan tinju.

Hal-hal yang dapat merusak kehangatan sikap seseorang antara lain :

- (1) Melihat sekeliling pada saat berkomunikasi dengan orang lain.
- (2) Mengetuk-ngetuk dengan jari.
- (3) Mundur tiba-tiba.
- (4) Tidak tersenyum.

Hambatan-hambatan untuk dapat menunjukkan kehangatan antara lain:

- (1) Terburu-buru
- (2) Emosi berlebihan
- (3) Terkejut
- (4) Penilaian tentang orang lain sehingga membuat seseorang mengalihkan perhatian pada suatu masalah.

I.5.8. Manfaat Komunikasi Terapeutik

Berikut adalah beberapa manfaat dari komunikasi terapeutik.

- 1) Mendorong sekaligus menganjurkan kerja sama antara perawat dengan pasien
- 2) Melakukan identifikasi guna mengungkapkan perasaan pasien sekaligus mengevaluasi tindakan yang dilakukan

3) Memberikan pengertian mengenai gangguan kesehatan yang dihadapi oleh pasien sekaligus membantu mengatasinya

4) Mencegah tindakan negatif pasien akibat gangguan kesehatan yang dideritanya.

I.5.9 Proses Komunikasi Terapeutik

Sumber komunikasi yaitu pengirim pesan atau sering disebut komunikator yaitu orang yang menyampaikan atau menyiapkan pesan. Komunikator dalam hal ini adalah para perawat yang tugas utamanya ialah membantu pasien dalam mengatasi masalah sakit akut, sakit kronis, dan memberikan pertolongan pertama pada pasien dalam keadaan gawat darurat.

Komunikator memiliki peranan penting untuk menentukan keberhasilan dalam membentuk kesamaan persepsi dengan pihak lain yakni pasien. Kemampuan komunikator mencakup keahlian atau kredibilitas daya tarik dan keterpercayaan merupakan faktor yang sangat berpengaruh dan menentukan keberhasilan dalam melakukan komunikasi. Unsur komunikasi terapeutik selain komunikator, yaitu pesan merupakan salah satu unsur penting yang harus ada dalam proses komunikasi. Tanpa kehadiran pesan, proses komunikasi tidak terjadi. Komunikasi akan berhasil bila pesan yang disampaikan tepat, dapat dimengerti, dan dapat diterima komunikan. Menurut Effendy dan Onong (2000:16) mengatakan bahwa komunikasi akan berhasil bila pesan yang disampaikan memenuhi syarat sebagai berikut:

- 1) Pesan harus direncanakan

- 2) Pesan menggunakan bahasa yang dapat dimengerti kedua belah pihak
- 3) Pesan itu harus menarik minat dan kebutuhan pribadi penerima
- 4) Pesan harus berisi hal-hal yang mudah dipahami
- 5) Pesan yang disampaikan tidak samar-samar.

I.5.10 Tahap interaksi pada komunikasi terapeutik

Menurut Wood (dalam Setianti, 2007:17), bahwa pada umumnya hubungan antar pribadi berkembang melalui tahap-tahap yaitu:

1) Tahap Prainteraksi

Tahap ini adalah fase/waktu saat perawat merencanakan pendekatan sebelum memasuki hubungan dengan pasien. Fase ini penting bagi perawat untuk mempersiapkan diri agar tercapai hubungan terapeutik dengan pasien. Hal-hal yang harus dilakukan perawat pada fase ini adalah sebagai berikut :

- (1) Menggali/mengenalii perasaan sendiri (*soliter attitude = solitude*). Apakah perawat merasa cemas/gelisah/resah, sedih atau ada perasaan lain pada saat akan melakukan hubungan terapeutik atau tidak. Apabila perasaan cemas berlebihan, maka perlu teknik-teknik untuk mengurangi kecemasan atau perlu bantuan perawatan lain.
- (2) Menggali/mengukur kemampuan teknik dan pengetahuan diri perawat akan menentukan keberhasilan komunikasi terapeutik.

- (3) Mengkaji informasi mengenai pasien baik dari catatan rekam medis maupun dari petugas kesehatan lainnya yang meliputi identitas pasien, diagnosis medis, kondisi pasien saat ini, kondisi psikologi pasien dan informasi lainnya sehingga perawat dapat memperkirakan persoalan yang akan timbul pada saat melakukan hubungan terapeutik dan perkiraan pemecahan masalah yang akan diambil.

(4) Merencanakan lokasi/tempat yang nyaman untuk berinteraksi, waktu yang tepat, dan materi yang akan dikomunikasikan dalam hubungan terapeutik antara perawat dan pasien.

2) Tahap Orientasi.

Pada tahap ini antara petugas dan pasien terjadi kontak dan pada tahap ini penampilan fisik begitu penting karena dimensi fisik paling terbuka untuk diamati. Kualitas-kualitas lain seperti sifat bersahabat, kehangatan, keterbukaan dan dinamisme juga terungkap. Dapat dilakukan pada terapi ini ialah pengenalan, mengidentifikasi masalah dan mengukur tingkat kecemasan diri pasien.

3) Tahap kerja

Tahap ini merupakan pengenalan lebih jauh. Menurut Purwanto (dalam Setianti, 2007:17), tahap ini untuk meningkatkan sikap penerimaan satu sama lain untuk mengatasi kecemasan, melanjutkan pengkajian dan evaluasi masalah yang ada. De Vito (dalam

Setianti, 2007:17) mengatakan, komunikasi pada tahap ini mengikatkan pada diri kita untuk lebih mengenal orang lain dan juga mengungkapkan diri kita. Pada tahap ini termasuk pada tahap persahabatan yang menghendaki agar kedua pihak harus merasa mempunyai kedudukan yang sama, dalam artian ada keseimbangan dan kesejajaran kedudukan. Liliweri (dalam Setianti, 2007:18) mengemukakan, persahabatan mempunyai beberapa fungsi, yaitu :

- (1) Membagi pengalaman agar kedua pihak merasa sama-sama puas dan sukses
- (2) Menunjukkan hubungan emosional.
- (3) Membuat pihak lain menjadi senang.
- (4) Membantu sesama kalau dia berhalangan untuk suatu urusan.

4) Tahapan terminasi

Pada tahap ini menurut Purwanto (dalam Setianti, 2007:18), terjadi pengikatan antar pribadi yang lebih jauh, merupakan fase persiapan mental untuk membuat perencanaan tentang kesimpulan perawatan yang didapat dan mempertahankan batas hubungan yang ditentukan, yang diukur antara lain mengantisipasi masalah yang akan timbul karena pada tahap ini merupakan tahap persiapan mental atas rencana pengobatan, melakukan peningkatan komunikasi untuk mengurangi ketergantungan pasien pada petugas. Terminasi merupakan akhir dari setiap

pertemuan antara petugas dengan klien.

Menurut Uripni (dalam Setianti, 2007:18), menyebutkan bahwa tahap terminasi dibagi dua, yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari setiap pertemuan, pada terminasi ini klien akan bertemu kembali pada waktu yang telah ditentukan, sedangkan terminasi akhir terjadi jika klien selesai menjalani pengobatan. Penjelasan Perawat-Klien Baru datang, yang perlu dijelaskan oleh perawat kepada klien yang baru datang adalah meliputi:

- (1) Peraturan-peraturan rumah sakit
- (2) Peraturan jam berkunjung
- (3) Peraturan makan sehari 3 kali
- (4) Makanan yang perlu dimakan (dietnya) atau bila ada keluarga yang membawa makanan sendiri
- (5) Bel di meja bila keperluan memanggil perawat
- (6) Jam kunjungan dokter
- (7) Bagi klien yang bisa jalan, perlu diberitahu tempat kamar mandi, WC dan sebagainya.
- (8) Waktu jam mandi
- (9) Memperkenalkan teman sekamar pasien

I.5.11.Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik

Perawat harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai-nilai yang dianut. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai. Menurut Machfoedz dan Machmud

(2009:9), prinsip-prinsip komunikasi yang harus dilakukan oleh seorang perawat adalah sebagai berikut:

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

Komunikasi merupakan proses yang melibatkan orang lain, maka perlu menerapkan teknik-teknik terapeutik supaya komunikasi dapat berjalan lancar dan tepat.

I.5.12 Teknik Komunikasi Terapeutik

Tiap klien tidak sama oleh karena itu diperlukan penerapan tehnik berkomunikasi yang berbeda pula. Teknik komunikasi menurut Stuart & Sundeen (1950) dan Wilson & Kneisl (1920), sebagaimana dikutip oleh Purba (2003:4) bahwa teknik komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut:

- 1) Pandang klien ketika sedang bicara:
 - (1) Pertahankan kontak mata yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan.
 - (2) Sikap tubuh yang menunjukkan perhatian dengan tidak menyilangkan kaki atau tangan.
 - (3) Hindarkan gerakan yang tidak perlu.
 - (4) Anggukan kepala jika klien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik.
 - (5) Condongkan tubuh ke arah lawan bicara.
- 2) Menunjukkan penerimaan

Menerima tidak berarti menyetujui. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau tidak setuju. Tentu saja sebagai perawat kita tidak harus menerima semua perilaku klien. Perawat sebaiknya menghindari ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggelengkan kepala seakan tidak percaya. Berikut ini menunjukkan sikap perawat yang menggelengkan kepala seakan tidak percaya. Berikut ini menunjukkan sikap perawat yang

- (1) Mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan.
- (2) Memberikan umpan balik verbal yang menapakkan pengertian.
- (3) Memastikan bahwa isyarat non-verbal cocok dengan komunikasi verbal.
- (4) Menghindarkan untuk berdebat, mengekspresikan keraguan, atau mencoba untuk mengubah pikiran klien.

Perawat dapat mengganggu kepalanya atau berkata “ya”, “saya mengikuti apa yang anda ucapkan.”

- 3) Menanyakan pertanyaan yang berkaitan.

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai klien. Paling baik jika pertanyaan dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata dalam konteks sosial budaya klien. Selama pengkajian ajukan pertanyaan secara berurutan.

- 4) Mengulang ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri. Dengan mengulang kembali ucapan klien, perawat memberikan umpan balik sehingga klien mengetahui bahwa pesannya dimengerti dan mengharapakan komunikasi berlanjut. Namun perawat harus berhati-hati ketika menggunakan metode ini, karena pengertian bisa rancu jika pengucapan ulang mempunyai arti yang berbeda.

Contoh:

- K : “saya tidak dapat tidur, sepanjang malam saya terjaga”
- P : “ Saudara mengalami kesulitan untuk tidur...”

- 5) Klarifikasi

Apabila terjadi kesalahpahaman, perawat perlu menghentikan pembicaraan untuk mengklarifikasi dengan menyamakan pengertian, karena informasi sangat penting dalam memberikan pelayanan keperawatan. Agar pesan dapat sampai dengan benar, perawat perlu memberikan contoh yang konkrit dan mudah dimengerti klien.

Contoh:

- “Saya tidak yakin saya mengikuti apa yang anda katakan”

- 6) Memfokuskan

Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi bahan pembicaraan sehingga lebih spesifik dan dimengerti. Perawat tidak seharusnya memutuskan pembicaraan klien ketika menyampaikan masalah yang penting, kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi yang baru.

Contoh:

“Hal ini nampaknya penting, nanti kita bicarakan lebih dalam lagi”.

- 7) Menyampaikan hasil observasi
Perawat perlu memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya, sehingga dapat diketahui apakah pesan diterima dengan benar. Perawat menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh syarat non-verbal klien. Menyampaikan hasil pengamatan perawat sering membuat klien berkomunikasi lebih jelas tanpa harus bertambah memfokuskan atau mengklarifikasi pesan.

Contoh:

- “Anda tampak cemas”.
- “Apakah anda merasa tidak tenang apabila anda...”

- 8) Menawarkan informasi
Tambahkan informasi ini memungkinkan penghayatan yang lebih baik bagi klien terhadap keadaannya. Memberikan tambahan informasi merupakan pendidikan kesehatan bagi klien. Selain ini akan menambah rasa percaya klien terhadap perawat. Apabila ada informasi yang ditutupi oleh dokter, perawat perlu mengklarifikasi alasannya. Perawat tidak boleh memberikan nasehat kepada klien ketika memberikan informasi, tetapi memfasilitasi klien untuk membuat keputusan.

- 9) Diam
Diam memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk mengorganisir pikirannya. Penggunaan metode diam memerlukan keterampilan dan ketetapan waktu, jika tidak

maka akan menimbulkan perasaan tidak enak. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi terhadap dirinya sendiri, mengorganisir pikirannya, dan memproses informasi. Diam memungkinkan klien untuk berkomunikasi terhadap dirinya sendiri, mengorganisir pikirannya, dan memproses informasi. Diam terutama berguna pada saat klien harus mengambil keputusan.

- 10) Meringkas

Meringkas adalah pengulangan ide utama yang telah dikomunikasikan secara singkat. Metode ini bermanfaat untuk membantu topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pada pembicaraan berikutnya. Meringkas pembicaraan membantu perawat mengulang aspek penting dalam interaksinya, sehingga dapat melanjutkan pembicaraan dengan topik yang berkaitan.

Contoh:

- “Selama beberapa jam, anda dan saya telah membicarakan...”

- 11) Memberikan penghargaan

Memberi salam pada klien dengan menyebut namanya, menunjukkan kesadaran tentang perubahan yang terjadi menghargai klien sebagai manusia seutuhnya yang mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sendiri sebagai individu. Penghargaan tersebut jangan sampai menjadi beban baginya, dalam arti kata jangan sampai klien berusaha keras dan melakukan segalanya demi mendapatkan pujian atau persetujuan atas perbuatannya. Dan tidak pula dimaksudkan

untuk menyatakan bahwa ini “bagus” dan yang sebaliknya “buruk”. Perlu mengatakan “Apabila klien mencapai sesuatu yang nyata, maka perawat dapat mengatakan demikian.”

Contoh:

- “Selamat pagi Ibu Sri.” Atau “Assalamualaikum”
- “Saya perhatikan Ibu sudah menysisir rambut ibu”.

12) Menawarkan diri

Klien mungkin belum siap untuk berkomunikasi secara verbal dengan orang lain atau klien tidak mampu untuk membuat dirinya dimengerti. Seringkali perawat hanya menawarkan kehadirannya, rasa tertarik, tehnik komunikasi ini harus dilakukan tanpa pamrih.

Contoh:

- “Saya ingin anda merasa tenang dan nyaman”

13) Memberi kesempatan kepada klien untuk memulai pembicaraan.

Memberi kesempatan pada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Biarkan klien yang merasa ragu-ragu dan tidak pasti tentang peranannya dalam interaksi ini perawat dapat menstimulasinya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan.

Contoh:

- “ Adakah sesuatu yang ingin anda bicarakan?”
- “ Apakah yang sedang saudara pikirkan?”
- “ Darimana anda ingin mulai pembicaraan ini?”

14) Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan

Tehnik ini menganjurkan klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan yang mengindikasikan bahwa klien sedang mengikuti apa yang sedang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya. Perawat lebih berusaha untuk menafsirkan dari pada mengarahkan diskusi/pembicaraan

Contoh:

- “...teruskan...!”
- “...dan kemudian...?”
- “Ceritakan kepada saya tentang itu...”

15) Menempatkan kejadian secara teratur akan menolong perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu *perspektif*.

Kelanjutan dari suatu kejadian secara teratur akan menolong perawat dan klien untuk melihatnya dalam suatu *perspektif*. Kelanjutan dari suatu kejadian secara teratur akan menolong perawat dan klien untuk melihat kejadian berikutnya sebagai akibat kejadian yang pertama. Perawat akan dapat menentukan pola kesukaran interpersonal dan memberikan data tentang pengalaman yang memuaskan dan berarti bagi klien dalam memenuhi kebutuhannya.

Contoh :

- “Apakah yang terjadi sebelum dan sesudahnya”.
- “Kapan kejadian tersebut terjadi”.

16) Menganjurkan klien untuk menguraikan persepsinya

Apabila perawat ingin mengerti klien, maka ia harus melihat segala sesungguhnya dari

perspektif klien. Klien harus merasa bebas untuk menguraikan persepsinya kepada perawat. Ketika menceritakan pengalamannya, perawat harus waspada akan timbulnya gejala ansietas.

Contoh:

- “Ceritakan kepada saya bagaimana perasaan saudara ketika akan dioperasi”
- “Apa yang sedang terjadi”.

17) *Refleksi*

Refleksi menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri. Apabila klien bertanya apa yang harus ia pikirkan dan kerjakan atau rasakan maka perawat dapat menjawab: “Bagaimana menurutmu?” atau “Bagaimana perasaanmu?”. Dengan demikian perawat mengindikasikan bahwa pendapat klien adalah berharga dan klien mempunyai hak untuk mampu melakukan hal tersebut, maka iapun akan berpikir bahwa dirinya adalah manusia yang mempunyai kapasitas dan kemampuan sebagai individu yang terintegrasi dan bukan sebagai bagian dari orang lain.

Contoh:

- K : “Apakah menurutmu saya harus mengatakannya kepada dokter?”
- P : “Apakah menurut anda, anda harus mengatakannya?”
- K : “Suami saya sudah lama tidak datang mengunjungi saya, tidak menelpon saya, kalau dia datang saya tidak ingin berbicara dengannya.

P : “Ini menyebabkan anda marah”.

I.5.13.Faktor-Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik

Terdapat beberapa kondisi yang terjadi sehingga mempengaruhi proses komunikasi perawat dan pasien, sehingga dalam pelaksanaannya tidak tercapai tujuan yang direncanakan. Menurut Anita (dalam Atik, 2011:24), bahwa kondisi ataupun faktor yang bisa mempengaruhi isi pesan dan sikap dalam penyampaian pesan komunikasi terapeutik antara perawat dan pasien dapat dikelompokkan sebagai berikut:

1) Perkembangan

Penyampaian isi pesan dan sikap dalam berkomunikasi harus disesuaikan dengan penerima pesan, apakah penerima pesan adalah anak-anak, remaja, dewasa ataupun lanjut usia.

2) Persepsi

Merupakan pandangan seseorang terhadap suatu kejadian, yang dibentuk oleh harapan dan pengalaman. Mekanisme penyerapan pandangan seseorang sangat terkait dengan fungsi panca indera. Proses penyerapan stimulan yang dihimpun dan ditafsirkan oleh otak membentuk sebuah persepsi. Persepsi berpengaruh pada proses komunikasi karena persepsi merupakan dasar terjadinya komunikasi. Kesamaan persepsi antara komunikator dan komunikan sangat dibutuhkan sehingga pesan dapat tersampaikan sesuai dengan yang dimaksudkan.

3) Nilai

Merupakan standar yang mempengaruhi perilaku

sehingga sangat penting bagi pemberi pelayanan kesehatan untuk menyadari nilai seseorang. Komunikasi keperawatan dipengaruhi oleh nilai-nilai yang dimiliki oleh perawat dan pasien. Nilai yang dianut oleh perawat dalam komunikasi kesehatan berbeda dengan nilai yang dimiliki oleh pasien. Perawat harus berpegang pada nilai-nilai profesionalisme dalam berkomunikasi. Perawat tidak perlu marah kepada pasien yang tidak kooperatif terhadap suatu rencana tindakan yang akan dilakukan, namun harus lebih memotivasi pasien untuk lebih cepat sembuh melalui nilai-nilai yang dianut oleh pasien.

- 4) Latar belakang sosial budaya
Latar belakang sosial dan budaya menciptakan gaya berkomunikasi. Sosial budaya merupakan faktor yang membatasi cara bertindak dan berkomunikasi.
- 5) Emosi
Emosi adalah perasaan subyektif tentang suatu peristiwa di sekelilingnya. Kekuatan emosi dipengaruhi oleh cara seorang mengendalikan diri dalam menunjukkan kesanggupan atau kemampuannya berhubungan dengan orang lain. Perawat dalam melakukan komunikasi harus bersikap profesional dalam mengendalikan diri, mengetahui perasaan atau melibatkan emosi dan merasakan apa yang dirasakan oleh pasien, sehingga komunikasi antara perawat dan pasien dapat berjalan dengan baik dan efektif.
- 6) Pengetahuan
Perbedaan tingkat pengetahuan dapat menjadi

kendala dalam komunikasi antara perawat dan pasien. Orang awam membutuhkan penjelasan tentang penyakit yang diderita dengan keterangan yang lebih sederhana dan bahasa yang mudah dimengerti. Dibutuhkan kecakapan dalam menempatkan diri sesuai dengan tingkat pengetahuan dan mumpuni dalam memahami tingkat pengetahuan pasien.

- 7) Peran dan hubungan
Gaya komunikasi harus disesuaikan dengan peran yang sedang dilakukan oleh seorang perawat. Seorang perawat akan merasa nyaman dan bersikap terbuka ketika berkomunikasi dengan sesama perawat. Berbeda ketika seorang perawat berkomunikasi dengan dokter atau orang yang memegang jabatan lebih tinggi. Komunikasi akan berjalan lancar apabila kedua pihak saling mengenal, sehingga lawan komunikasi akan leluasa mengemukakan perasaan atau sesuatu yang dialami dan dirasakan.
- 8) Lingkungan.
Komunikasi akan berjalan lebih efektif jika dilakukan dalam lingkungan yang menunjang. Kondisi lingkungan yang kondusif merupakan faktor pendukung yang positif bagi berlangsungnya komunikasi. Perawat berwenang mengendalikan suasana pada waktu pasien berkumpul di suatu ruangan untuk menunggu giliran pelayanan kesehatan. Bersikap tenang dan berbicara dengan jelas ketika menyampaikan informasi kepada pasien dan keluarganya.

1.5.14 Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah penyakit yang dialami oleh seseorang yang memengaruhi emosi, pikiran dan tingkah laku mereka, diluar kepercayaan budaya dan kepribadian mereka serta menimbulkan hendak berdaya bagi kehidupan mereka dan keluarga. Gangguan jiwa dapat dialami oleh masyarakat dari berbagai kalangan dan tingkat usia baik anak-anak, remaja, dewasa dan lanjut usia.

I.5.15 . Penyebab Gangguan Jiwa

- 1) Peristiwa yang sangat menekan
Hidup ini dengan berbagai macam pengalaman dan peristiwa. Beberapa diantaranya dapat membuat orang sangat khawatir dan tertekan. Hampir semua orang akan belajar bagaimana cara menghadapi peristiwa tersebut dan melanjutkan hidup. Tetapi kadang-kadang peristiwa tersebut dapat menyebabkan timbulnya gangguan jiwa. Berbagai peristiwa hidup yang dapat menyebabkan stress hebat yaitu pengangguran, kematian orang yang dicintai, masalah ekonomi seperti terlilit hutang, kesepian, konflik rumah tangga, kekerasan, trauma dan lain-lain.
- 2) Latar belakang keluarga yang sulit
Orang yang masa kecilnya tidak berbahagia karena kekerasan atau penelantaran secara emosional lebih rentan menderita gangguan jiwa seperti depresi dan kecemasan saat ia dewasa.
- 3) Penyakit otak
Retardasi mental, demensia dan gangguan emosional yang disebabkan infeksi otak, AIDS,

cedera kepala, epilepsi dan stroke. Belum ada patologi otak yang berhasil dikenali pada banyak kasus gangguan jiwa. Meskipun ada bukti yang menunjukkan bahwa banyak gangguan disertai dengan perubahan kimiawi otak seperti *neurotransmitter*.

- 4) Hereditas atau *genetic*
Merupakan faktor yang penting pada gangguan jiwa berat. Tetapi jika salah satu orang tua mengalami gangguan jiwa, risiko terhadap anak akan mengalami gangguan jiwa sangat kecil. Hal ini karena gangguan jiwa ini juga di pengaruhi oleh factor-faktor lingkungan seperti halnya penyakit fisik seperti diabetes atau penyakit jantung.
- 5) Gangguan medis atau penyakit fisik
Seperti gagal ginjal, penyakit hati, kadang-kadang dapat menyebabkan gangguan jiwa. Beberapa jenis obat-obat juga ada yang dapat menimbulkan depresi.

I.5.16. Tanda dan Gejala Gangguan Jiwa

Berikut adalah beberapa tanda dan gejala dari gangguan jiwa menurut Ade Herman (2011:18) :

- 1) Gangguan Kognitif
Kognitif adalah suatu proses mental dimana seorang individu menyadari dan mempertahankan hubungan dengan lingkungan baik lingkungan dalam maupun lingkungan luar (fungsi mengenali). Proses kognitif meliputi :
 - (1) Sensasi dan persepsi
 - (2) Perhatian
 - (3) Ingatan
 - (4) Asosiasi

- (5) Pertimbangan
- (6) Pikiran
- (7) Kesadaran
- 2) Gangguan perhatian
Perhatian adalah pemusatan konsentrasi energi, menilai dalam suatu proses kognitif yang timbul dari luar akibat suatu rangsangan.
- 3) Gangguan Ingatan
Ingatan (kenangan, memori) adalah kesanggupan mencatat, menyimpan, memproduksi isi dan tanda-tanda kesadaran.
- 4) Gangguan Asosiasi
Asosiasi adalah proses mental yang dengannya suatu perasaan, kesan atau gambaran ingatan cenderung menimbulkan kesan atau gambaran ingatan respon konsep lain yang sebelumnya berkaitan.
- 5) Gangguan Pertimbangan
Pertimbangan (penilaian) adalah suatu proses mental untuk membandingkan/menilai beberapa pilihan dalam suatu kerangka kerja dengan memberikan nilai-nilai untuk memutuskan maksud dan tujuan dari suatu aktivitas.
- 6) Gangguan Pikiran
Pikiran umum adalah meletakkan hubungan antara berbagai bagian dari pengetahuan seseorang.
- 7) Gangguan Kesadaran
Kesadaran adalah kemampuan seseorang dalam mengadakan hubungan dengan lingkungan serta dirinya melalui panca indera dan mengadakan pembatasan terhadap lingkungan serta dirinyasendiri.
- 8) Gangguan Kemauan
Kemauan adalah proses dimana keinginan-keinginan dipertimbangkan yang kemudian diputuskan sampai mencapai tujuan.
- 9) Gangguan Emosi dan Afek
Emosi adalah pengalaman yang sadar dan memberikan pengaruh pada aktivitas seluruh tubuh serta menghasilkan sensasi organik dan kinetis. Afek adalah kehidupan perasaan atau nada perasaan emosional seseorang, menyenangkan atau tidak, yang menyertai suatu pikiran, biasa berlangsung lama dan jarang disertai komponen fisiologis.
- 10) Gangguan Psikomotor
Psikomotor adalah gerakan tubuh yang dipengaruhi oleh keadaan jiwa. Bentuk-bentuk gangguan *psikomotor* adalah sebagai berikut :
 - (1) Aktivitas yang meningkat :
 - a) Aktivitas dan pergerakan yang berlebihan dengan intensitas respon yang meningkat.
 - b) Hipertonitas, peningkatan tegangan otot.
 - c) Gaduh gelisah kakatonik, aktivitas motorik yang tampaknya tak bertujuan, berkali-kali dan seakan-akan tidak dipengaruhi rangsangan dari luar.
 - (2) Aktivitas yang menurun
 - a) Aktivitas dan pergerakan berkurang dengan intensitas respon yang menurun.
 - b) Kelambanan motoris, aktivitas berkurang menyeluruh misal pada orang stupor kakatonik.
 - c) Keadaan tunos dan kontraksi otot yang

abnormal dapat
menyeluruh atau
sebagian saja.

d) Kehilangan fungsi otot
baik sebagian atau

(3) Faktor lingkungan, yaitu polsuh y

I.5.17. Jenis – Jenis Penyakit Gangguan Jiwa

Terdapat beberapa macam jenis
penyakit kejiwaan, antara lain :

1) *Schizofreni*

Para penderita *schizofrenia* ini
ada disintegrasi pribadi dan
kepecahan pribadi. Tingkah laku
emosional dan intelektualnya jadi
ambiguous (majemuk), serta
mengalami gangguan serius, juga
mengalami regresi atau dementia
total. Pasien selalu berusaha
melarikan diri dari kenyataan
hidup dan berdiam dalam dunia
fantasinya. Tampaknya dia tidak
bisa memahami lingkungannya
dan responnya selalu maniacal
atau kegila-gilaan. Perilaku
penderita *schizofrenia* adalah:
tingkah laku yang kegila-gilaan,
suka tertawa, untuk kemudian
menangis tersedu-sedu, mudah
tersinggung, marah tanpa sebab,
dan menjadi kekanak-kanakan.

Berdasarkan buku Pengantar
Psikologi dalam Keperawatan,
Faktor-faktor penyebab
Schizofrenia adalah :

- (1) Faktor biologis, yaitu faktor
gen yang melibatkan
schizofrenia, obat-obatan,
anak keturunan dari ibu
schizofrenia, anak kembar
yang identik ataupun fraternal
dan abnormalitas cara kerja
otak.
- (2) Faktor psikologis, yaitu
factor-faktor yang
berhubungan dengan
gangguan pikiran, keyakinan,
opini yang salah,

ketidakmampuan membina,
mempertahankan hubungan
sosial, adanya delusi dan
halusinasi yang abnormal dan
gangguan afektif.

2) Gangguan Mental Organik

Menurut Hawari (2003 : 17)
gangguan mental organik adalah
kegaduhan, kegelisahan, dan
kekacauan dalam fungsi kognitif
(alam pikiran), afektif (alam
perasaan/emosi), dan psikomotor
(perilaku), yang disebabkan oleh
efek langsung NAPZA terhadap
susunan saraf perilaku penderita
gangguan mental organik:
menurunnya fungsi intelektual
dan memori, gangguan dalam
bahasa dan berbicara, disorientasi
waktu ruang dan orang,
gangguan motorik, gangguan
dalam pembuatan keputusan
tindakan, ketidakstabilan
perasaan dan emosi, dan
perubahan kepribadian.

3) Gangguan Penggunaan NAPZA

Penyalahgunaan/ketergantungan
NAPZA adalah suatu kondisi
yang dapat dikonseptualisasikan
sebagai suatu gangguan jiwa,
yaitu gangguan mental dan
perilaku (*mental and behavior
disorder*) akibat penyalahgunaan
NAPZA. Penyalahgunaan
NAPZA dapat membuat
seseorang menjadi kecanduan,
dapat membuat seseorang
menjadi berhalusinasi, kerja
organ tubuh seperti jantung dan
otak lebih cepat dari biasanya,
menekan sistem syaraf pusat dan
mengurangi aktivitas fungsional
tubuh. Perilaku penderita
gangguan penggunaan NAPZA
sering mengalami kesulitan
dalam mengendalikan
penggunaan alkohol, psikoaktif,

sakau, sering murung, gugup, insomnia, apabila putus alkohol atau zat psikoaktif pasien sering berkeringat, mual pada pagi hari dan sering berhalusinasi.

4) Gangguan *Psikotik*

Gangguan *Psikotik* adalah gangguan mental di mana kepribadian seseorang yang sangat bingung dan seperti orang yang kehilangan kontak dengan realitas. Ketika hal ini terjadi, seseorang menjadi tidak yakin tentang apa yang nyata dan apa yang tidak nyata dan biasanya mengalami halusinasi, delusi, ucapan yang kacau dan inkoherensi. Perilaku penderita gangguan psikotik adalah sering mendengar suara-suara aneh, kebingungan, was-was, sering menaruh rasa curiga kepada orang lain, pembicaraan yang aneh atau kacau, keadaan emosional yang labil dan ekstrim.

5) Gangguan *Bipolar*

Gangguan *Bipolar* adalah gangguan mental yang menyerang kondisi psikis seseorang yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang sangat ekstrim berupa depresi dan mania. Suasana hati penderitanya dapat berganti secara tiba-tiba antara dua kutub (*bipolar*) yang berlawanan yaitu kebahagiaan (mania) dan kesedihan (depresi) yang ekstrim. Perilaku penderita gangguan *bipolar* adalah bicara cepat, berkurangnya kebutuhan tidur, perhatian mudah beralih, peningkatan suasana perasaan dan mudah tersinggung, merasa diri penting secara berlebihan, suasana perasaan menurun atau sedih dan tiba-tiba perasaan merasa senang.

6) Gangguan *Depresif*

Menurut pieter (2010 : 119) Gangguan *Depresif* adalah gangguan perasaan yang ditandai dengan adanya perasaan sedih yang berkepanjangan dan terus-menerus yang dapat mengganggu kehidupan sosial dan kondisi fisik yang menurun. Adapun faktor-faktor penyebab timbulnya depresi yaitu :

- (1) Stress berat
- (2) Penyakit fisik kronis
- (3) Kematian anggota keluarga
- (4) Kematian orang yang dicintai
- (5) Perceraian atau kehilangan pekerjaan

7) Gangguan *Neurotik*

Gangguan *Neurotik* adalah gangguan di mana gejalanya membuat distress yang tidak dapat diterima oleh penderitanya. Hubungan sosial mungkin akan sangat terpengaruh tetapi biasanya tetap dalam batas yang dapat diterima. Gangguan ini relatif bertahan lama atau berulang tanpa pengobatan. Perilaku penderita gangguan neurotik adalah penderita menghindari atau membatasi aktivitas sebab rasa takut yang timbul karena objek/situasi tertentu, kesulitan untuk bepergian ketempat umum, kadang-kadang disertai gejala fisik (berdebar, napas pendek, asma).

8) Retardasi Mental

Keterbelakangan mental (*Mental Retardation*) adalah suatu keadaan yang ditandai dengan fungsi kecerdasan yang berada di bawah rata-rata yang disertai dengan dengan kurangnya kemampuan menyesuaikan diri, yang mulai tampak pada awal

kelahiran. Perilaku penderita gangguan retardasi mental yaitu;

- (1) Pada anak-anak : kelambatan perkembangan (berjalan, berbicara, buang air kecil dan besar), kesulitan dalam menyelesaikan tugas sekolah sesuai dengan kemampuan anak lain yang sebaya, dan dapat juga disertai problem pada tingkah laku.
- (2) Pada remaja : kesulitan bergaul dengan sebaya, kadang-kadang disertai perilaku seksual yang tidak sesuai.
- (3) Pada dewasa : kesulitan dalam melaksanakan tugas sehari-hari (memasak, membersihkan rumah), problem yang berkaitan dengan perkembangan kematangan sosial (menikah, mencari pekerjaan, mengasuh anak).

9) Gangguan Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja

Menurut Townsend (1999) diagnosis gangguan jiwa pada anak-anak dan remaja adalah perilaku yang tidak sesuai dengan tingkat usianya, menyimpang bila dibandingkan dengan norma budaya, yang mengakibatkan kurangnya atau terganggunya fungsi adaptasi. Dasar untuk memahami gangguan yang terjadi pada bayi, anak-anak, dan remaja dengan menggunakan teori perkembangan. Penyimpangan dari norma-norma perkembangan merupakan tanda bahaya penting adanya suatu masalah. Perilaku penderita gangguan kesehatan jiwa anak dan remaja yakni; kecemasan yang mendadak dan berlebihan, tidak dapat ditenangkan atau

dihibur, bereaksi secara dahsyat terhadap peristiwa yang biasa terjadi, menolak perubahan lingkungan, gejala motorik janggal, cara bicara tidak normal, sulit kontak mata, dan mutilasi diri.

10) *Epilepsi*

Epilepsi adalah sekelompok gangguan *neurologis* jangka panjang yang cirinya ditandai dengan serangan-serangan *epileptik*. Serangan *epileptik* ini episodenya bisa bermacam-macam mulai dari serangan singkat dan hampir tak terdeteksi hingga guncangan kuat untuk periode yang lama. Dalam epilepsi, serangan cenderung berulang, dan tidak ada penyebab yang mendasari secara langsung sementara serangan yang disebabkan oleh penyebab khusus tidak dianggap mewakili epilepsi. Perilaku penderita epilepsi adalah kehilangan kesadaran atau perubahan kesadaran yang berulang kali, disertai kejang umum (mulut berbusa dan mengompol) atau tanpa kejang sama sekali melainkan seperti orang bengong, bisa disertai dengan gejala fisik atau psikis, terjadi perubahan kesadaran disertai dengan gerakan automatisme seperti keluyuran dan gerakan mengunyah berulang.

11) Tindakan Bunuh Diri

Menurut Pieter (2010 : 119) secara demografi usaha keinginan bunuh diri lebih banyak dilakukan oleh wanita dibandingkan dengan pria. Namun yang sering berhasil melakukan bunuh diri yaitu pria. Dari sisi tingkat usia, maka yang

memiliki resiko tinggi untuk bunuh diri dilakukan oleh anak remaja akhir usia 19 tahun atau lebih dan kelompok usia 45 tahun atau mereka yang berusia di atas 65 tahun. Faktor-faktor yang memicu timbulnya bunuh diri yaitu: riwayat teraniaya, disfungsi keluarga, kesulitan dalam hubungan, terlibat hukum atau tindak kriminal, masalah keuangan yang serius, trauma kehilangan yang sangat serius, isolasi sosial yang ekstrim, distress spiritual, merasa tidak ada pada masa depan, anggota kelompok pemujaan, riwayat bunuh diri dari keluarga, terlebih dahulu melakukan ancaman bunuh diri.

II. METODE

2.1. Metode Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif. Berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena sosial dan masalah manusia. Penelitian ini merupakan penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis maupun lisan dari orang atau perilaku yang diamati. Dalam penelitian ini peneliti mendeskripsikan mengenai penerapan komunikasi terapeutik dalam penanganan pasien gangguan jiwa di RSJ Provinsi Bali.

2.2 Rancangan Penelitian

Metode pendekatan objek dalam penelitian ini menggunakan pendekatan empiris, yaitu meneliti gejala yang sudah ada. Dalam penelitian ini digunakan pendekatan empiris untuk

memahami secara baik dan mendalam dalam menarik kesimpulan mengenai penerapan komunikasi terapeutik dalam penanganan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali. Adapun aspek pokok yang akan diukur secara operasional dapat dilihat pada tabel berikut:

2.3 Sumber Data

2.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari sumber pertama dari subjek penelitian, yakni hasil pengisian kuesioner yang diperoleh.

2.3.2 Data Sekunder

Data sekunder adalah data primer yang telah diolah lebih lanjut menjadi bentuk-bentuk tabel, grafik, diagram, gambar, dan sebagainya sehingga menjadi lebih informatif. Data sekunder digunakan oleh peneliti untuk diproses lebih lanjut. Penulis mengumpulkan data sekunder dari berbagai sumber media cetak, internet, dan buku-buku pustaka.

2.4 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

2.4.1. Teknik Pengumpulan Data

1) Observasi

Teknik observasi digunakan untuk menggali data dari sumber data yang berupa peristiwa, tempat, atau lokasi, dan benda, serta rekaman gambar. Observasi dapat dilakukan pada RSJ Provinsi Bali yg berlokasi di Kabupaten Bangli

2) Kuesioner

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini, adalah dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data dari responden. Kuesioner yang digunakan ditujukan kepada para

perawat yang menangani pasien gangguan jiwa di RSJ Provinsi Bali.

3) Wawancara Tidak Terstruktur

Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara bebas, yaitu peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang berisi pertanyaan yang akan diajukan secara spesifik, dan hanya memuat poin-poin penting masalah yang ingin digali dari responden. Rincian dari topik pertanyaan pada wawancara yang tak terstruktur disesuaikan dengan pelaksanaan wawancara di lapangan

4) Teknik Dokumentasi

Teknik dokumentasi ini dilakukan untuk menunjang pengumpulan data dengan mengumpulkan dan mempelajari dokumen-dokumen yang relevan dengan penelitian. Data ini merupakan data yang diperoleh dari dokumentasi berupa foto-foto hasil kegiatan, majalah, internet, profil lembaga dan lain-lain mengenai informasi-informasi terkait penelitian. Tujuan dengan menggunakan teknik ini adalah mendapatkan informasi yang mendukung analisis dan interpretasi data..

2.5 Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan teknik analisis statistik deskriptif dan ditunjang dengan analisis deskriptif kualitatif. Analisis statistik deskriptif yang digunakan sebatas hanya untuk mengkaji besaran persentase dari suatu fenomena yang diteliti. Angka-angka besaran persentase tersebut kemudian diperdalam dengan kajian secara diskriptif kualitatif.

III. PEMBAHASAN

Penerapan Komunikasi Terapeutik oleh Perawat

Terdapat 4 fase dalam penerapannya : yaitu fase pra interaksi, Fase Interaksi, fase Standar Operasional Prosedur (SOP) RSJ Provinsi Bali selain keempat fase tersebut terdapat aspek penting lainnya yang perlu diperhatikan yaitu sikap terapeutik serta teknik komunikasi.

Fase yang pertama yaitu fase pra interaksi yaitu fase dimana perawat mengumpulkan data tentang pasien gangguan jiwa serta membuat rencana pertemuan seperti kegiatan, waktu dan tempat. Selain itu, perawat juga harus mempersiapkan mental dan emosinya, agar tidak menghambat proses komunikasi terapeutik yang nantinya dapat berakibat negatif terhadap kesehatan pasien gangguan jiwa.

Perawat harus dapat mengenali perasaan, perilaku dan kepribadiannya secara pribadi maupun sebagai pemberi pelayanan kesehatan. Kesadaran diri perawat ini diharapkan dapat membuat perawat menerima perbedaan dan keunikan pasien. Kesadaran diri yang mantap akan mempengaruhi terapi aktifitas kelompok, untuk membantu mengenal siapa sebenarnya diri seseorang pada aspek perilaku, pikiran, dan perasaan. Seperti yang diungkapkan oleh informan KP "Fase Pra interaksi itu fase persiapan sebelum kita menangani pasien, perawat harus ada persiapan yang dilakukan yaitu kesiapan diri perawatnya, misalkan bagaimana emosinya saat ini, bagaimana dia menilai kemampuan dia untuk berinteraksi dengan pasien".

Selanjutnya dari hasil kuisioner yang telah dibagikan kepada 13 orang perawat diperoleh hasil sebagai berikut :

- 1) Fase 1 yaitu fase orientasi adalah fase perkenalan antara pasien gangguan jiwa dengan perawat, sebelum tindakan medis dilakukan. Fase ini dimulai dengan memberikan salam, memperkenalkan nama perawat dan pasien, memanggil nama kesukaan, menyampaikan tujuan interaksi.

Selain itu dilakukan juga validasi data seperti menanyakan bagaimana perasaan pasien hari ini dan memvalidasi masalah pasien gangguan jiwa. Dalam fase ini perawat juga membuat kontrak dalam menentukan waktu, tempat dan topik untuk pertemuan berikutnya.

Pada fase ini terdapat 9 pertanyaan yang berhubungan dengan fase perkenalan, maka dari 13 perawat akan diperoleh 117 respon. Dari 117 respon yang diperoleh didapatkan 83 respon yang menyatakan melakukan komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa, 32 respon menyatakan kadang-kadang dan hanya 3 respon yang menyatakan tidak menerapkan komunikasi terapeutik. Hasil yang telah penulis peroleh selanjutnya penulis hitung dengan menggunakan diagram pie sebagai berikut :

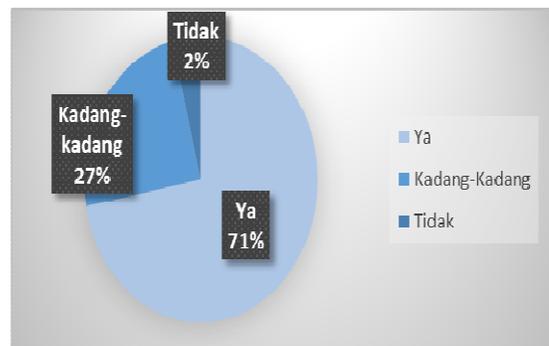
Terdapat beberapa kondisi yang terjadi sehingga proses komunikasi terapeutik fase orientasi tidak dapat sama persis

Diagram .1 Respon Penerapan Komunikasi Terapeutik Fase Orientasi

Prosedur (SOP). Seperti yang diungkapkan oleh informan AB “Kesulitan ada juga, ya bukan sering tapi ada lah dalam seminggu 1-2 kali. Permasalahannya pasien menolak membicarakan masalahnya, ada pasien yang membisu kaya menarik diri dan juga pasien dengan diagnosa ISOS. Sehingga sulit kami untuk memulai komunikasi sampai validasi data. Adalagi pasien yang

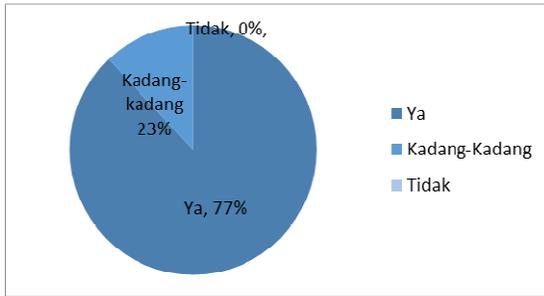
agresif, mengamuk, gelisah, serta yang mengalami gangguan jiwa tipe waham, pasien seperti ini merasa bahwa pendiriannya lah yang paling benar, dalam menghadapi pasien seperti ini jangan pernah sekali-sekali menganggap apa yang dikatakan adalah salah, walaupun sebenarnya memang salah. Jadi, biarkan dia berbicara lalu arahkan sedikit-sedikit kepada pasien dengan kenyataan yang sebenarnya”. Begitu menurut informan AB kesulitan dalam fase orientasi.

2) Fase 2 yaitu fase kerja yang mana pada fase ini diharapkan perawat melaksanakan langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai rencana. Pada fase ini terdapat 1 buah pertanyaan yang berhubungan dengan fase kerja. Dari 13 respon yang penulis peroleh, 10 respon yang menyatakan melakukan komunikasi terapeutik, 3 orang menyatakan kadang kadang melakukan komunikasi terapeutik pada pasien dan tidak ada respon yang



menyatakan tidak menerapkan komunikasi terapeutik. Hasil yang telah penulis peroleh selanjutnya penulis hitung :

Diagram : 2 Respon Penerapan Komunikasi Terapeutik Fase Kerja



Seperti halnya pada fase orientasi terdapat beberapa hambatan dalam penerapan komunikasi terapeutik fase kerja sehingga tidak dapat sama persis dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP). Seperti yang diungkapkan oleh informan KP “Kalau dalam fase kerja tergantung bagaimana pasiennya. Kadang pasien yang tidak kooperatif jadi tindakan tidak bisa sama persis /sesuai sekali dengan rencana tindakan”.

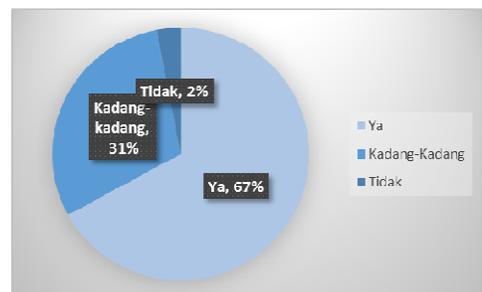
3).Fase 3 yaitu fase terminasi ialah fase dimana perawat akan mengevaluasi respon pasien berdasarkan data subyektif, obyektif serta melakukan rencana tindakan lanjutan dan melakukan kontrak pertemuan berikutnya.Pada fase ini terdapat 5buah pertanyaan sehingga akan diperoleh 65 respon dari 13 orang responden (perawat). Dari 65 respon didapatkan, 44 menyatakan menerapkan komunikasi terapeutik, 20 respon menyatakan kadang-kadang dan hanya 1 respon yang menyatakan tidak menerapkan komunikasi terapeutik. Hasil yang telah penulis peroleh selanjutnya penulis hitung berdasarkan persentasenya dan disajikan dalam bentuk diagram pie sebagai berikut:

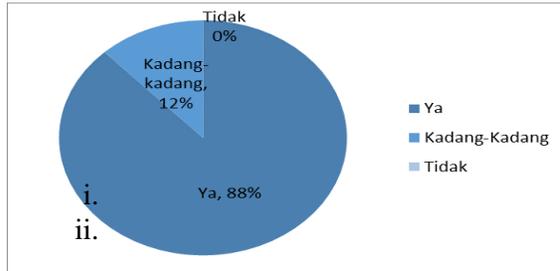
Diagram 3.3 Respon Penerapan Komunikasi Terapeutik Fase Terminasi

Hambatan juga terjadi pada fase terminasi sehingga tidak dapat sama persis dilakukan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP). Seperti yang diungkapkan oleh informan NP “Hambatan dalam fase terminasi itu kita sulit untuk mengevaluasi respon pasien karena omongan pasien yang sulit dipercaya, sering berkata-kata tidak nyambung/sulit dipahami, pasien yang acuh, tingkat konsentrasi menurun saat komunikasi,cepat jenuh atau bosan serta respon yang cepat berubah sesuai emosi pasien”.

4). Aspek lainnya yang dinilai adalah sikap terapeutik. Sikap terapeutik yaitu bagaimana sikap perawat dalam berhadapan dan berkomunikasi dengan pasien seperti mempertahankan kontak mata dengan pasien,membungkuk,sikap terbuka, rileks serta mempertahankan jarak terapeutik. Pada fase ini terdapat 3buah pertanyaan sehingga akan diperoleh 39 respon dari 13 orang responden (perawat). Dari 39 respon didapatkan, 34 menyatakan menerapkan sikap terapeutik 5 menyatakan kadang-kadang dan tidak ada respon yang menyatakan tidak menerapkan sikap terapeutik selanjutnya penulis hitung berdasarkan persentasenya dan disajikan dalam bentuk diagram pie sebagai berikut:

Diagram .4 Respon Penerapan Sikap Terapeutik





5).Aspek terakhir yang menjadi penilaian sesuai Standar Operasional Prosedur RSJ Provinsi Bali adalah Teknik Komunikasi. Teknik Komunikasi yang dimaksud yaitu bagaimana teknik dalam berkomunikasi dengan pasien seperti menggunakan teknik yang tepat serta kata-kata yang mudah dimengerti. Pada fase ini terdapat 2 buah pertanyaan sehingga akan diperoleh 26 respon dari 13 orang responden (perawat). Dari 26 respon didapatkan, 24 menyatakan menerapkan teknik komunikasi, 2 menyatakan kadang-kadang dan tidak ada respon yang menyatakan tidak menerapkan teknik komunikasi. Selanjutnya penulis hitung berdasarkan persentasenya dan disajikan dalam bentuk diagram pie sebagai berikut:

Diagram .5 Respon Penerapan Teknik Komunikasi

3.1 Kesimpulan Analisis

Berdasarkan standar operasional prosedur (SOP) RSJ Provinsi Bali, terdapat beberapa tingkat keberhasilan penerapan komunikasi terapeutik dalam menangani pasien gangguan jiwa. Persentase 80-100% masuk dalam kategori optimal, 51-79% termasuk kategori cukup optimal, dan kurang dari 50% tergolong belum optimal. Maka, dari penelitian di atas dapat disimpulkan penerapan komunikasi terapeutik dalam menangani pasien gangguan jiwa di RSJ Provinsi Bali adalah sebagai berikut :

- 1) Penerapan komunikasi terapeutik pada fase I (fase orientasi) antara perawat dengan pasien gangguan

jiwa ialah sebesar 71% sehingga penerapan komunikasi terapeutik pada fase orientasi cukup optimal.

2) Penerapan komunikasi terapeutik pada fase II (fase kerja) antara perawat dengan pasien gangguan jiwa ialah sebesar 77% sehingga penerapan komunikasi terapeutik pada fase kerja cukup optimal.

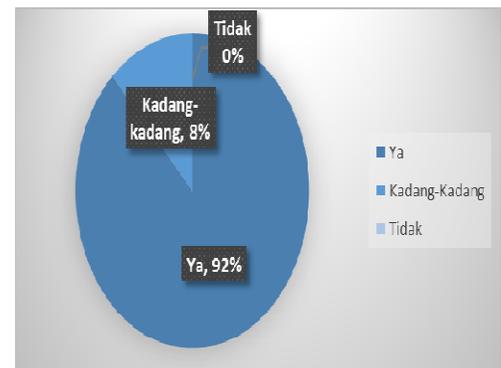
3) Penerapan komunikasi terapeutik pada fase III (fase terminasi) antara perawat dengan pasien (stroke) ialah sebesar 67% sehingga penerapan komunikasi terapeutik pada fase terminasi cukup optimal.

4) Penerapan sikap terapeutik perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien gangguan jiwa ialah sebesar 88% sehingga penerapan sikap terapeutik sudah optimal.

5) Penerapan teknik komunikasi oleh perawat dalam menangani pasien gangguan jiwa ialah sebesar 92% sehingga teknik komunikasi sudah optimal.

IV KESIMPULAN

Berdasarkan analisis dapat disimpulkan bahwa keseluruhan tahap penerapan komunikasi terapeutik dalam penanganan



pasien gangguan jiwa di RSJ Provinsi Bali telah ditetapkan secara optimal. Hal ini secara spesifik dapat dilihat dalam setiap

tahapan dengan rincian hasil sebagai berikut :

- 1) Penerapan komunikasi terapeutik pada fase I (fase orientasi) antara perawat dengan pasien gangguan jiwa ialah sebesar 71% sehingga penerapan komunikasi terapeutik pada fase orientasi cukup optimal.
- 2) Penerapan komunikasi terapeutik pada fase II (fase kerja) antara perawat dengan pasien gangguan jiwa ialah sebesar 77% sehingga penerapan komunikasi terapeutik pada fase kerja cukup optimal.
- 3) Penerapan komunikasi terapeutik pada fase III (fase terminasi) antara perawat dengan pasien (stroke) ialah sebesar 67% sehingga penerapan komunikasi terapeutik pada fase terminasi cukup optimal
- 4) Penerapan sikap terapeutik perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien gangguan jiwa ialah sebesar 88% sehingga penerapan sikap terapeutik telah optimal.

Penerapan teknik komunikasi oleh perawat dalam menangani pasien gangguan jiwa ialah sebesar 92% sehingga teknik komunikasi telah optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Adi Herman Surya Direja. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa*. Nuha Medika. Yogyakarta
- Atik, L. 2011. *Komunikasi Terapeutik Perawat dan Pasien di Rumah Sakit Santa Elisabeth Semarang*. Universitas Pembangunan Nasional.

- Atwar Bajari. 2015. *Metodelogi Penelitian Komunikasi*. PT. Remaja Rosdakarya. Bandung
- Budi Anna Keliat. 1992. *Seri Keperawatan Hubungan Terapeutik Perawat-Klien*. Buku Kedokteran EGC
- Daryanto. 2010. *Ilmu Komunikasi*, Malang, PT. Sarana Tutorial Nurani Sejahtera.
- Hafied Cangara. 2012. *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Raja Grafindo Persada. Depok
- Mulyana. 2005. *Ilmu Komunikasi: Suatu Pengantar*. PT. Rosdakarya. Bandung
- Nyoman Dantes. 2010. *Metode Penelitian*. Penerbit Andi. Yogyakarta
- Pribadi Zen MH. 2013. *Paduan Komunikasi Efektif Untuk Bekal Keperawatan Profesional*. D-Medika. Yogyakarta.
- Purnamawati. 2009. *Hakikat Komunikasi Manusia*. Available from: <http://purnamawati.multiply.com> Diakses pada 21 Februari 2016.
- Purwanto & Heri. 1994. *Komunikasi untuk Perawat*. EGC. Jakarta
- Rohani & Hingawati Setio. 2013. *Paduan Praktik Keperawatan Komunikasi*. Citra Aji Parama
- RSJ Provinsi Bali. 2010. *Profil RSJ Provinsi Bali Tahun 2010*
- Suryani. 2006. *Komunikasi Terapeutik*, Jakarta, Buku Kedokteran EGC.
- Setianti, Y. 2007. *Komunikasi Terapiutik antara Perawat dan Pasien*. Universitas Padjadjaran.
- <http://novariyantiyusuf.net>
- <http://www.Komunikasi.com>
- <http://www.DuniaPelajar.com>
- <http://www.Wikiylopedia.com>

5)