

**HAMBATAN PROSES KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT  
DENGAN PASIEN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ)  
DI RUMAH SAKIT JIWA BINA KARSA MEDAN**

**SKRIPSI**

**OLEH:**

**MAGDALENA PANGGABEAN**

**168530109**



**PROGRAM STUDI ILMU KOMUNIKASI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS MEDAN AREA**

**MEDAN**

**2023**

**UNIVERSITAS MEDAN AREA**

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Document Accepted 25/3/24

Access From (repository.uma.ac.id)25/3/24

**HAMBATAN PROSES KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT  
DENGAN PASIEN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ)  
DI RUMAH SAKIT JIWA BINA KARSA MEDAN**

**SKRIPSI**

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Fakultas  
Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Medan Area

**OLEH:**

**MAGDALENA PANGGABEAN**

**168530109**



**PROGRAM STUDI ILMU KOMUNIKASI  
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK  
UNIVERSITAS MEDAN AREA**

**MEDAN**

**2023**

**UNIVERSITAS MEDAN AREA**

© Hak Cipta Di Lindungi Undang-Undang

1. Dilarang Mengutip sebagian atau seluruh dokumen ini tanpa mencantumkan sumber
2. Pengutipan hanya untuk keperluan pendidikan, penelitian dan penulisan karya ilmiah
3. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh karya ini dalam bentuk apapun tanpa izin Universitas Medan Area

Document Accepted <sup>ii</sup> 25/3/24

Access From (repository.uma.ac.id)25/3/24

## HALAMAN PENGESAHAN

Judul Skripsi : Hambatan Proses Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan  
Pasien ODGJ di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan  
Nama : Magdalena Panggabean  
NPM : 16. 8530. 109  
Program Studi : Ilmu Komunikasi

Disetujui Oleh:

Komisi Pembimbing

Drs. Bahrum Jamil M.AP  
Pembimbing I

Beltahmamero Simamora S.IP, MPA  
Pembimbing II

Dr. Effiati Juliana Hasibuan M.Si  
Dekan

Agnita Yolanda, B.Comm, M.ScI, CPSP  
Ka. Prodi

Tanggal Lulus: 31 Agustus 2023

## LEMBAR PERNYATAAN

Saya selaku penulis menyatakan dengan sebenar- benarnya bahwa dalam penyusunan skripsi ini adalah hasil karya sendiri, sebagai satu syarat untuk mendapatkan gelar sarjana. Adapun bagian isi didalam penyusunan skripsi ini yang saya ambil dari hasil karya orang lain yang telah dituliskan sumbernya secara jelas sesuai dengan norma, kaidah dan etika penulisan ilmiah.

Saya bersedia menerima sanksi pencabutan gelar akademik yang saya peroleh dan sanksi-sanksi lainnya dengan peraturan yang berlaku, apabila dikemudian hari ditemukan adanya plagiat dalam skripsi ini.

Medan, 19 Februari 2023



Magdalena Panggabean  
16.8530109



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI**  
**TUGAS AKHIR/TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

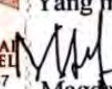
Nama : Magdalena Panggabean  
NPM : 16.853019  
Program Studi : Ilmu Komunikasi  
Fakultas : Ilmu Sosial dan Ilmu Politik  
Jenis Karya : Skripsi


Dengan ini menyetujui untuk memberikan izin kepada pihak Universitas Medan Area, Hak Bebas Royalti *Non-Eksklusif* atas karya ilmiah saya yang berjudul :  
"Hambatan Proses Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Pasien ODGJ di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan."

Dengan Hak Bebas Royalti *Non-Eksklusif* ini pihak Universitas Medan Area berhak menyimpan, mengalih mediakan, atau memformatkan, mengolah dalam bentuk pangkalan data, mendistribusikan, mempublikasikannya di internet atau media lainnya untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta karya ilmiah ini.

Saya bersedia menanggung sendiri tanpa melibatkan pihak Universitas Medan Area, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam penulisan skripsi ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Medan, 19 Februari 2023  
Yang membuat pernyataan  
  
Magdalena Panggabean



## ABSTRAK

Menurut Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan (Riskesdas Kemenkes 2018) 7% (persen) penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa (Hasil Utama Riskesdas 2018). Hal ini menunjukkan bahwa untuk setiap 1.000 keluarga di Indonesia, 7 rumah tangga memiliki anggota keluarga dengan penyakit jiwa. Oleh karena itu diperkirakan ada sekitar 450 ribu orang dengan gangguan jiwa di Indonesia. Tujuan untuk mengetahui proses komunikasi perawat dan mengetahui hambatan komunikasi yang terjadi dengan pasien orang dengan gangguan jiwa. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif, yaitu suatu teknik yang menggambarkan, mendeskripsikan, dan menginterpretasikan objek yang diteliti secara sistematis. Hasil tinjauan terhadap hambatan proses komunikasi terapeutik perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (odgj) di rumah sakit jiwa bina karsa medan. Kesimpulan penelitian ini adalah sebuah model komunikasi terapeutik perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (odgj) dengan hambatan-hambatan yang terjadi kepada pasien orang dengan gangguan jiwa dan perawat. Serta mengetahui langkah apa yang dilakukan perawat saat pasien orang dengan gangguan jiwa mengalami pemberontakan, marah, dan tidak mau minum obat, terdapat variasi dalam jenis hambatan komunikasi, termasuk gangguan ingatan yang mempengaruhi kemampuan pasien dalam berkomunikasi secara efektif.

**Kata Kunci:** Hambatan Komunikasi Terapeutik, ODGJ, Gangguan Jiwa

## **ABSTRACK**

*According to the Ministry of Health's Basic Health Research (Riskesdas Kemenkes 2018) 7% (percent) of the Indonesian population suffers from mental disorders (Main Results of Riskesdas 2018). This shows that for every 1,000 families in Indonesia, 7 households have a family member with mental illness. Therefore, it is estimated that there are around 450 thousand people with mental disorders in Indonesia. The aim is to understand the communication process of nurses and find out the communication barriers that occur with patients with mental disorders. This research is a qualitative descriptive research, namely a technique that describes, describes and interprets the object being studied systematically. Results of a review of barriers to the process of therapeutic communication between nurses and patients with mental disorders (ODGJ) at the Bina Karsa Mental Hospital in Medan. The conclusion of this research is a model of therapeutic communication between nurses and patients with mental disorders (odgj) with the obstacles that occur to patients with mental disorders and nurses. As well as knowing what steps nurses take when patients with mental disorders experience rebellion, anger, and do not want to take medication, there are variations in the types of communication barriers, including memory disorders that affect the patient's ability to communicate effectively.*

**Keywords:** *Therapeutic Communication barriers, ODGJ, Mental Disorders*

## RIWAYAT HIDUP

Penulis bernama lengkap Magdalena Panggabean lahir di Bekasi, Jawa Barat pada tanggal 22 Maret 1998, anak dari Alm. Martohap Panggabean dan ibu Rindu Purba. Penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara.

Tahun 2016 penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah Menengah Kejuruan di kota medan. Pada tahun 2016 penulis melanjutkan pendidikan Strata-1, terdaftar Mahasiswa Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Program Studi Ilmu Komunikasi Universitas Medan Area. Tahun 2021 penulis mengikuti Kuliah Kerja Lapangan (KKL) di Harian Medan Digital yang beralamat di JL. Setia Budi – Rambutan 1 No. 142 Tanjung Sari Medan Selayang 20132. Pada bulan Januari 2023 penulis melaksanakan penelitian skripsi yang berjudul Hambatan Proses Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Pasien ODGJ Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan.



## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa. Penulis dapat menyelesaikan Proposal Skripsi ini dengan judul **“HAMBATAN PROSES KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT DENGAN PASIEN ORANG DENGAN GANGGUAN JIWA (ODGJ) DI RUMAH SAKIT JIWA BINA KARSA MEDAN”**.

Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung telah memberikan bantuan berupa doa, motivasi, semangat, bimbingan dan arahan. Untuk itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Bapak Prof. Dr. Dadan Ramdan, M.Eng, M. Se, selaku Rektor Universitas Medan Area.
2. Ibu Dr. Effiati Juliana Hasibuan, M.Si, selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial Dan Ilmu Politik Universitas Medan Area.
3. Ibu Dr. Nadra Ideyani Vita, M.Si, selaku Wakil Dekan Bid. Pendidikan, Penelitian, dan Pengabdian Masyarakat Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Medan Area.
4. Ibu Agnita Yolanda, B.Comm, M.Sc, CPSP, selaku Ketua Program Studi Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial Ilmu Politik Universitas Medan Area.
5. Bapak Drs. Bahrum Jamil, M.AP, selaku Dosen Pembimbing I Peneliti.
6. Bapak Beltahmamero Simamora, S.IP, MPA, selaku Dosen Pembimbing II Peneliti.

7. Bapak Rezki Aulia S.I.Kom. M. I.Kom, selaku Sekretaris Pembimbing Peneliti.
8. Bapak dan Ibu Dosen di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu politik serta seluruh staff tata usaha Universitas Medan Area.
9. Kedua orangtua tercinta teruntuk Alm. Ayahku Martohap Panggabean yang sudah lebih dulu pergi kerumah Bapa di Sorga terima kasih untuk didikanmu selama ini saat masih ada bersamaku, semua nasehat akan aku dengar sampai nantinya toga dan selempang gelarku tunjukan ditempat terakhirmu Ayahku dan untuk ibuku Rindu Purba terima kasih untuk semua kasihmu dan kerja kerasmu untuk aku menyelesaikan pendidikanku untuk nanti bisa membahagiakanmu dan membuktikan hasil kerja kerasmu tidaklah sia-sia menyekolahkanku hingga aku bisa meraih masa depan yang lebih cerah dikemudian hari.
10. Terimakasih untuk ke tujuh member bangtan (BTS) KimSeokjin, KimNamjoon, MinYoongi, JungHoseok, ParkJimin, KimTaehyung, JeonJungkook. Yang telah menghibur saya dengan video – video serta lagu-lagu para member BTS yang sangat begitu banyak menginspirasi bagi saya disaat saya lelah mengerjakan skripsi saya.
11. Terimakasih untuk ke tiga belas member sebong (SEVENTEEN) Scoupe, Jeonghan, Joshua, Hoshi, Woonwu, Woozi, Jun, The8, Vernoon, Sengkwon, Dk, Mingyu, Dino. Terimakasih sudah menghibur saya lewat video serta lagu-lagu para member SVT yang sangat begitu menginspirasi bagi saya disaat saya lelah mengerjakan skripsi saya.

12. Terimakasih untuk ke tujuh member Enha (ENHYPEN) Jungwon, Heeseung, Jay, Sunghoon, Jake, Ni-ki, Sunoo. Terutama Sunoo yang selalu menebarkan senyum dan kelucuan saat video dan lagu diplay. Terimakasih untuk kalian yang sudah memberikan semangat lewat karya dan lagu kalian.
13. Terimakasih untuk aktor-aktor thailand yang selalu menginspirasi dunia pendidikanku, terimakasih series-series thailand rainkantopeni yang menemani setiap malam begadang saat suntuk mengerjakan skripsi ini Khopkhun kha.
14. Dan semua teman-teman yang terus memberi dukungan, semangat, motivasi, serta doa dalam proses pembuatan laporan Proposal Skripsi.

Penulis juga menyadari bahwa Proposal Skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari pembaca. Akhir kata penulis ucapkan terimakasih.

Medan, 17 Maret 2022

Magdalena Panggabean

## DAFTAR ISI

<b>ABSTRAK .....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACK .....</b>	<b>vii</b>
<b>RIWAYAT HIDUP .....</b>	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 Fokus penelitian .....</b>	<b>7</b>
<b>1.4 Tujuan penelitian .....</b>	<b>7</b>
<b>1.5 Manfaat Penelitian .....</b>	<b>8</b>
<b>BAB II LANDASAN TEORI .....</b>	<b>9</b>
2.1 Komunikasi Terapeutik.....	9
2.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	14
2.3 Teknik Komunikasi Terapeutik.....	15
2.4 Karakteristik Perawat Hubungan Terapeutik.....	16
2.5 Bentuk Komunikasi Terapeutik .....	17
2.6 Hambatan Proses Komunikasi Terapeutik .....	20
2.7 Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ).....	30
2.8 Penelitian Terdahulu .....	35
2.9 Kerangka Pemikiran.....	37
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>38</b>
3.1 Jenis Penelitian.....	38
3.2 Lokasi Penelitian.....	38
3.3 Waktu Penelitian .....	38
3.4 Informan Penelitian.....	39
3.5 Sumber Data Penelitian.....	42

3.6 Teknik Pengumpulan Data.....	42
3.7 Teknik Analisis Data.....	44
3.8 Instrumen Penelitian .....	45
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>47</b>
4.1 Deskripsi Lokasi Penelitian .....	47
4.1.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa.....	47
4.2.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa.....	49
4.2 Data Informan .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
4.3 Hasil dan Pembahasan Penelitian .....	50
4.4 Pembahasan.....	59
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>64</b>
5.1 Kesimpulan .....	64
5.2 Saran.....	64
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>65</b>
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Data Informan Pasien ODGJ.....	hal 40
Tabel 3.1 Rencana Penelitian.....	hal 39
Tabel 2.3 Teknik Komunikasi Terapeutik.....	hal 16



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Berpikir.....	hal 27
Gambar 4.2.1 Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa.....	hal 49



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Mungkin sudah tidak asing lagi terdengar di telinga kita orang dengan gangguan jiwa (odgj) merupakan istilah untuk orang yang mengalami gangguan kesehatan mental. Kesehatan mental yaitu sebagai salah satu masalah kesehatan utama di dunia, terutama di Indonesia ketika kita membahas kesehatan di luar tubuh fisik, menurut studi dari *World Health Organisation* (WHO) memprediksi bahwa tahun 2020 kematian akibat gangguan kesehatan mental akan menjadi penyebab kematian kedua yang paling umum (PPIDunia, 2017). Prediksi ini juga mempunyai keterkaitan dengan beberapa fakta tentang perubahan gaya hidup yang berdampak pada gangguan jiwa atau kesehatan mental.

Mirowsky (1989) menyatakan bahwa gangguan kesehatan jiwa merupakan harga yang harus dibayar untuk gaya hidup modern pada zaman ini. Oleh karena itu sebagian besar orang mengalami beberapa tingkat disonansi emosional, mulai dari kecemasan samar-samar, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, keterasingan karena seringnya perubahan gaya hidup (Freshwater, 2006, hal. 7). yang termasuk dalam *Mental Health Action Plan* tahun 2013-2030.

Hal ini disebabkan karena sebanyak 80 persen negara berkembang masih belum memiliki rencana pelayanan kesehatan jiwa yang memadai dan sebanyak 50 persen negara berkembang belum memenuhi komponen hak asasi manusia dalam pelayanan kesehatan jiwa. Menurut American Nurses Association (ANA) keperawatan kesehatan mental merupakan disiplin khusus praktik keperawatan

yang menggunakan pemahaman ilmiah tentang perilaku manusia dan penggunaan terapeutik diri. Studi Ritanto (2015) mengkaji proses komunikasi terapeutik perawat dalam mempersuasi pasien gangguan jiwa untuk beraktivitas, komunikasi terapeutik berlangsung dengan melibatkan komunikasi interpersonal di dalamnya, perawat menggunakan cara-cara komunikasi yang berbeda untuk mempersuasi pasiennya yang disesuaikan dengan kondisi permasalahan pasien, seperti perawat memberikan pesan-pesan yang mengandung unsur terapi secara psikologis seperti memberikan kalimat yang mengandung motivasi, dukungan dan pujian.

Kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang dalam keadaan sehat secara kognitif, efektif, fisiologis, perilaku, dan sosial sehingga mampu memenuhi tanggung jawab, berfungsi secara efektif di lingkungannya dan puas dengan perannya sebagai individu maupun dalam berhubungan secara interpersonal (feedback, 2010; Stuart, Keliat, dan Pasaribu 2016). Penggabungan terapeutik dan komunikasi menghadirkan istilah komunikasi terapeutik.

Purwanto (1994) menyebutkan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien.

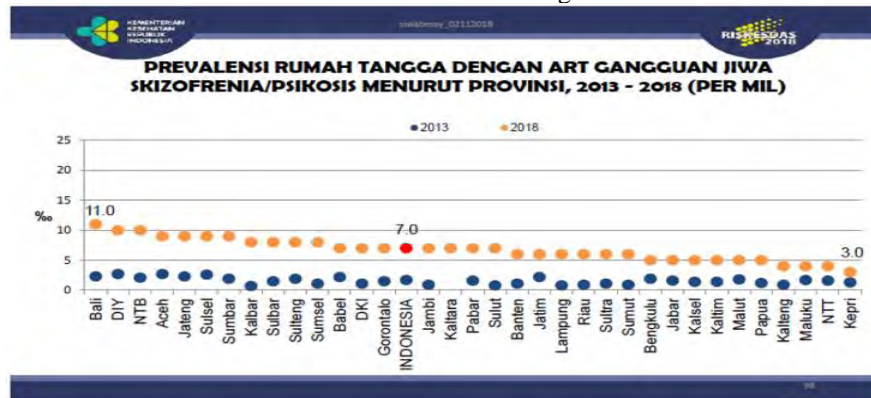
Suryani (2005) menjelaskan komunikasi terapeutik dirancang untuk tujuan terapi ketika penolong atau perawat dapat membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapi melalui komunikasi. Beban perasaan dan pikiran pasien pasti berbeda-beda, setiap pasien adalah unik, dengan kebutuhan, kekuatan, nilai-nilai dan kepercayaan masing-masing (Kemenkes, 2012).

Sehingga tujuan komunikasi terapeutik sangat erat dengan kebutuhan pasien yang berbeda-beda sesuai dengan kondisi yang dialami oleh pasien. Undang-undang kesehatan jiwa nomor 18 Tahun 2014 pasal 1 ayat 1 menyatakan bahwa kesehatan jiwa yaitu kesehatan dimana individu menyadari kemampuannya sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya (Kemenkes, 2014). Karena kesehatan jiwa masih dijadikan sebagai permasalahan yang serius di Indonesia, maka sangat penting bagi perawat mampu mempraktekkan komunikasi terapeutik yang tepat dengan pasien masalah jiwa.

Menurut Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan (Riskesdas Kemenkes 2018) 7% penduduk Indonesia menderita gangguan jiwa (Hasil Utama Riskesdas 2018). Hal ini menunjukkan bahwa untuk setiap 1.000 keluarga di Indonesia, tujuh rumah tangga memiliki anggota keluarga dengan penyakit jiwa. Oleh karena itu diperkirakan ada sekitar 450 ribu orang dengan gangguan jiwa di Indonesia prevalensi penyakit jiwa di Indonesia Jawa Tengah sebagai salah satu provinsi di Indonesia dengan frekuensi penyakit ini tertinggi yaitu sebesar 8,7% (persen).

**Gambar Gangguan Jiwa Rumah Tangga**

Sumber : kesmas.kemkes.go.id

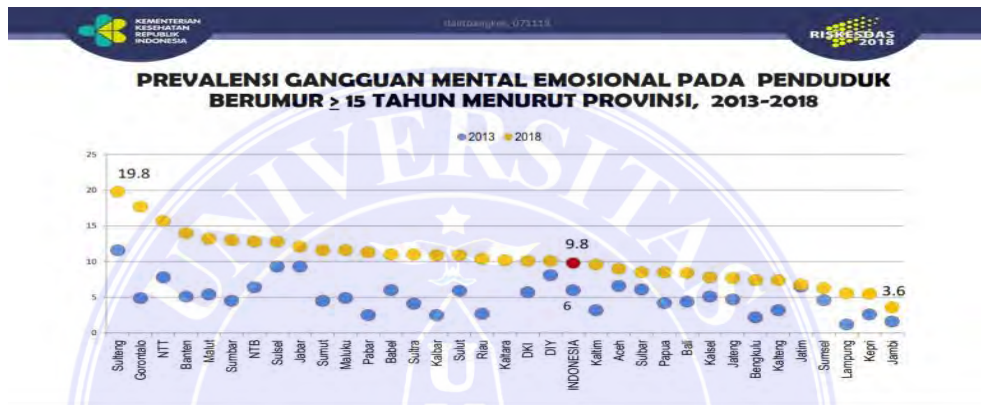




Peneliti mengutip dari data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) bahwasanya lebih dari 19 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami gangguan mental emosional dan lebih dari 12 juta penduduk berusia lebih dari 15 tahun mengalami kecemasan (Litbangkes, 2018).

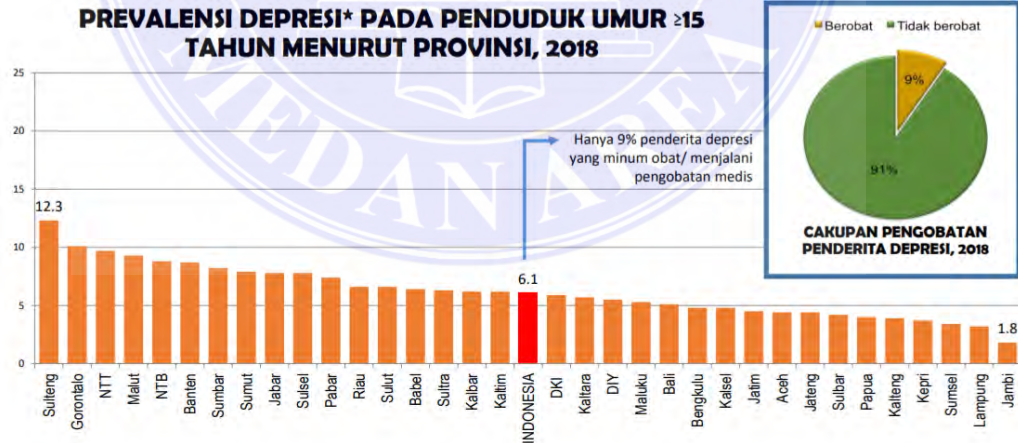
**Gambar Prevalensi Gangguan Mental**

Sumber : kesmas.kemkes.go.id



**Gambar Prevalensi Depresi Riset Kesehatan Dasar 2018**

Sumber : kesmas.kemkes.go.id



Salah satu tanggung jawab pemerintah adalah memastikan tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai seperti klinik, puskesmas, dan rumah sakit. Rumah sakit sebagai fasilitas perawatan profesional yang dikelola oleh dokter, perawat, dan profesional kesehatan lainnya. Sebagai penyedia layanan kesehatan, rumah sakit melayani kesehatan masyarakat. Ada salah satu Rumah Sakit Jiwa Swasta Kota Medan Provinsi Sumatra Utara yang di bangun sebagai kesehatan bagi penderita gangguan jiwa dan pengguna narkoba. Pembangunan Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Kota Medan Provinsi Sumut mempunyai prosedur yang panjang. Sejak didirikan pada november 1989 di Jln. Pales III No. 19 Simpang Perumnas Simalingkar. Dan telah mendapatkan SK perpanjangan sesuai dengan surat dari kantor dinas kesehatan kota medan no: 442/48.14/II/2017 tertanggal 03 Februari 2017. Dan sesuai dengan keputusan menteri kesehatan RI No: HK.02.03/0452/2015 telah ditetapkan menjadi Rumah Sakit khusus Jiwa Bina Karsa kelas C.

Hasil penelitian yang dilakukan peneliti (2023) Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan penyebab gangguan jiwa secara biologis seperti pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya, adanya halusinasi yang berkepanjangan dan putus obat dan psikologis seperti pengalaman tidak menyenangkan dan penyebab pada aspek sosial terbanyak adalah konflik dengan keluarga, teman. Penyebab dari halusinasi dapat dibagi menjadi dua faktor yaitu presipitasi dan predisposisi. Faktor presipitasi halusinasi yaitu riwayat infeksi, penyakit kronis, korban kekerasan, kegagalan yang berulang, dan isolasi sosial (Muhith, 2015). Sedangkan faktor predisposisi yaitu faktor perkembangan yang terganggu, seseorang yang tidak diterima oleh lingkungannya dari bayi, tekanan yang berlebihan, faktor

psikologis serta faktor genetik dan pola asuh (Sutejo, 2019). Dampak dari halusinasi yaitu menimbulkan perilaku kekerasan yang dapat melukai diri pasien sendiri maupun orang lain. Hal ini disebabkan oleh suara yang didengar oleh pasien yang mana suara tersebut memerintahkan pasien untuk melakukan sesuatu yang tidak diinginkannya. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan kepada pasien halusinasi untuk mengurangi dan mengontrol halusinasinya yaitu dengan komunikasi secara 5 terapeutik kepada pasien yang bertujuan agar pasien mengenal jenis, isi, waktu, frekuensi, dan durasi halusinasi, serta situasi pencetus dan respons pasien terhadap halusinasinya, serta mengajarkan pasien cara mengontrol halusinasi dengan cara menghardik halusinasi, bercakap-cakap dengan orang lain, melakukan aktivitas terjadwal dan minum obat secara teratur (Ah.Yusuf, 2015).

Komunikasi adalah tindakan menyampaikan pengertian melalui bentuk ide maupun informasi melalui satu orang ke individu lainnya, termasuk tidak hanya kata-kata yang dipergunakan pada diskusi namun juga ekspresi wajah, nada, dll. Untuk berkomunikasi secara efektif kita harus memahami skenario serta keadaan dan ciri-ciri lawan bicara, karena kita sadar bahwa setiap orang adalah radar yang dikelilingi oleh lingkungannya. Manusia mungkin sangat sensitif terhadap bahasa tubuh, emosi wajah, postur, gerakan, dan nada bicara. Komunikasi kesehatan adalah strategi multidisiplin untuk mendorong dalam membuat kebijakan dan masyarakat dalam menerapkan, merangkul, atau mendukung kebiasaan, praktik, ataupun kebijakan yang nantinya bisa membuat peningkatan hasil kesehatan.

## 1.2 Rumusan Masalah

Mengarah kepada latar belakang yang diuraikan dengan demikian peneliti menetapkan rumusan permasalahannya yaitu:

1. Bagaimana proses komunikasi terapeutik perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan?
2. Apa hambatan komunikasi terapeutik perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan?

## 1.3 Fokus penelitian

Dalam penelitian ini peneliti difokuskan untuk meneliti apa saja hambatan komunikasi yang berlangsung saat perawat dan pasien berkomunikasi dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan.

## 1.4 Tujuan penelitian

Berdasarkan rumusan permasalahan diatas dengan demikian kajian studi inipun bertujuan:

1. Untuk mengetahui proses komunikasi terapeutik perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan.
2. Untuk mengetahui apa saja hambatan komunikasi yang terjadi antara perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan.

## 1.5 Manfaat Penelitian

### 1. Akademis

Kajian studi ini diharapkan mampu menjadi dasar dalam memberi informasi bagi para pembaca berkaitan bagaimana proses komunikasi terapeutik perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (ODGJ)

### 2. Teoritis

Hasil kajian studi ini diharapkan mampu memberikan kontribusi bagi kajian ilmu komunikasi, khususnya yang berkaitan dengan pola komunikasi terapeutik perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Temuan penelitian ini mungkin berfungsi sebagai titik awal untuk penelitian lebih lanjut tentang masalah yang sebanding.

### 3. Praktis

Hasil kajian studi ini bisa memberi wawasan lebih didalam memahami hambatan proses komunikasi terapeutik perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Penting untuk diketahui setiap individu dan perlunya kepekaan atau kesadaran diri terhadap orang-orang yang sedang mengalami hambatan komunikasi terhadap pasien orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).



## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### 2.1 Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik tidak sama dengan komunikasi sosial. Komunikasi sosial tidak memiliki tujuan tertentu dan biasanya pelaksanaan komunikasi ini terjadi begitu saja. Sebaliknya, komunikasi terapeutik mempunyai tujuan dan berfungsi untuk membantu pasien memecahkan masalah, atau mendorong pasien untuk melakukan tindakan yang baik bagi penyembuhan serta peningkatan kesehatannya. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien.

Tujuan komunikasi ini adalah membantu memahami pasien, mencapai hubungan baik perawat serta pasien dan membantu pasien memahami tujuan dari tindakan perawatan yang dilakukan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan komunikasi terapeutik perawat dengan kepuasan pasien. Komunikasi terapeutik menggunakan strategi komunikasi yang mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ide dan menyampaikan penerimaan dan rasa hormat. Namun konsep tersebut telah di definisikan lebih lanjut oleh para ahli yang berbeda. Sehingga menganalisis secara terpisah dalam struktur dan makna, terapi dan komunikasi . Masing-masing mengandung arti yang berbeda, ketika merujuk pada terminologi medis terapi mengacu pada ilmu dan seni penyembuhan atau berkaitan dengan pengetahuan atau tindakan yang mensejahterakan.

Komunikasi terapeutik merupakan kapasitas ataupun bakat perawat dalam upaya menolong pasien, dalam beradaptasi dengan stress, mengatasi masalah kejiwaan, dan mengembangkan keterampilan interpersonal. Komunikasi terapeutik nampak dalam perilaku keperawatan yakni ketika perawat berinteraksi dengan pasien merupakan salah satu keterampilannya yang harus dipelajari perawat, karena menentukan efektifitas proses pemulihan pasien. Sangat penting untuk membangun hubungan yang dibangun diatas kepercayaan, keterbukaan, saling pengertian, dan saling menghargai kebutuhan, harapan, dan minat satu sama lain. Dengan ini perawat akan dapat menawarkan asuhan keperawatan yang tepat bagi pasien, dan pasien akan dapat memberi informasi yang akurat dan komprehensif untuk membantu dokter didalam mengidentifikasi penyakit dengan akurat dan memberi perawatan yang tepat untuk pasien, terutama mereka yang memiliki masalah mental atau orang dengan gangguan jiwa (ODGJ).

Komunikasi terapeutik merupakan media utama yang digunakan untuk mengaplikasikan proses keperawatan dalam lingkungan kesehatan jiwa. Keterampilan perawat dalam komunikasi terapeutik mempengaruhi keefektifan banyak intervensi dalam keperawatan jiwa. Komunikasi terapeutik ini dapat dilakukan untuk membantu proses penyembuhan pada pasien harga diri rendah yang dimana dimaksudkan adalah suatu kondisi dimana individu menilai dirinya atau kemampuan dirinya negatif atau suatu perasaan menganggap dirinya sebagai seseorang yang tidak berharga dan tidak dapat bertanggung jawab atas kehidupannya sendiri, halusinasi, defisit perawatan diri dan perilaku kekerasan. Perlu adanya hubungan saling percaya yang didasari oleh keterbukaan, memahami dan pengertian akan kebutuhan, harapan dan kepentingan masing masing. Waktu

yang paling efektif dalam melakukan komunikasi terapeutik adalah 3 kali dalam sehari yaitu pagi, siang dan malam hari. ketika perawat mengkomunikasikan mengapa mereka melakukan tindakan keperawatan dan bertanya kepada pasien atau klien apakah mereka memiliki masalah atau pertanyaan, berbicara dengan cara yang menyenangkan dan ramah dan menunjukkan melalui bahasa tubuh bahwa sudut pandang pasien dihormati. Dimana professional kesehatan secara sadar menggunakan teknik khusus untuk membantu pasien atau klien lebih memahami kondisi atau situasi mereka.

Teknik komunikasi terapeutik seperti: mendengarkan aktif, diam, fokus, menggunakan pertanyaan terbuka, klarifikasi, eksplorasi, paraphrase, refleksi, menyatakan kembali, memberi arahan, meringkas, pengakuan, dan menawarkan diri. Hubungan perawat atau pasien atau klien terapeutik adalah keintiman professional, kekuatan, empati, rasa hormat dan kepercayaan. Hambatan komunikasi terapeutik yang efektif termasuk karakteristik sosiodemografi, hubungan pasien atau perawat, bahasa, kesalah pahaman, serta rasa sakit.

Komunikasi terapeutik memungkinkan perawat untuk mengatasi masalah pasien atau klien dan memberi mereka dukungan emosional dan informasi kesehatan yang bermanfaat. Komunikasi terapeutik sangat penting untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikologi pasien sambil membangun hubungan saling percaya perawat atau pasien atau klien. Klarifikasi dalam komunikasi terapeutik, misalnya pasien tidak yakin “Apa itu takikardia” perawat dapat menjelaskan lebih lanjut “itu berarti detak jantung anda meningkat dan jantung anda berdetak terlalu cepat. Ketika pasien mengatakan perasaan saya lebih buruk dari apa yang saya lakukan pagi ini, perawat harus mengklarifikasi bagaimana

gejala pasien berubah dan apa sebenarnya dimaksudkan pasien dengan merasa lebih buruk. Pasien menunjuk Nurmah Rachman 9 inkonsistensi dalam sikap dan perilaku mereka dalam situasi tertentu misalnya, menolak pengobatan yang telah mereka setuju sebelumnya. Jika perawat telah membangun kepercayaan sebelumnya dengan pasien, perawat dapat dengan hati-hati menghadapi pasien dan keluarga tentang pilihan mereka.

Keadaan emosional pasien sama pentingnya dengan kesejahteraan fisik mereka. Bicara tentang komunikasi terapeutik perawat tidak menunjukkan kebaikan diri perawat. Karena setiap pasien berhak untuk memenuhi kebutuhan emosional pasien. Komunikasi terapeutik menyediakan tindakan untuk melakukan hal itu dengan memungkinkan pasien untuk meninggalkan janji mereka dengan perasaan percaya diri, didukung dan didengar. Komunikasi terapeutik paling efektif ketika pasien mengarahkan alur percakapan dan memutuskan apa yang harus dibicarakan

Komunikasi terapeutik, ketika perawat mengkomunikasikan mengapa mereka melakukan tindakan keperawatan dan bertanya kepada pasien/klien apakah mereka memiliki masalah atau pertanyaan, berbicara dengan cara yang menyenangkan dan ramah dan menunjukkan melalui bahasa tubuh bahwa sudut pandang pasien atau klien dihormati. Dimana professional kesehatan secara sadar menggunakan teknik khusus untuk membantu pasien atau klien lebih memahami kondisi atau situasi mereka. Teknik komunikasi terapeutik seperti: mendengarkan aktif, diam, fokus, menggunakan pertanyaan terbuka, klarifikasi, eksplorasi, paraphrase, refleksi, menyatakan kembali, memberi arahan, meringkas, pengakuan, dan menawarkan diri. Hubungan perawat atau pasien dan klien

terapeutik adalah keintiman professional, kekuatan, empati, rasa hormat dan kepercayaan. Hambatan komunikasi terapeutik yang efektif termasuk karakteristik sosiodemografi, hubungan pasien atau perawat, bahasa, kesalah pahaman, serta rasa sakit. Komunikasi terapeutik memungkinkan perawat untuk mengatasi masalah pasien atau klien dan memberi mereka dukungan emosional dan informasi kesehatan yang bermanfaat.

Komunikasi terapeutik sangat penting untuk memenuhi kebutuhan fisik dan psikologi pasien sambil membangun hubungan saling percaya perawat dan pasien atau klien. Komunikasi terapeutik menyediakan tindakan untuk melakukan hal itu dengan memungkinkan pasien untuk meninggalkan janji mereka dengan perasaan percaya diri, didukung dan didengar. Komunikasi terapeutik paling efektif ketika pasien mengarahkan alur percakapan dan memutuskan apa yang harus dibicarakan.

Berikut ini adalah beberapa defenisi komunikasi yang dikemukakan oleh para ahli yakni:

1. Stuart dan Laraia (2005. Buku Saku Keperawatan Jiwa) Menyatakan bahwa hubungan terapeutik perawat dengan pasien merupakan hubungan interpersonal yang saling menguntungkan sehingga perawat dan pasien memperoleh pengalaman bersama serta memperbaiki pengalaman emosional pasien.
2. Hibdon (2000. dalam suryani 2014) Menyimpulkan bahwa pendekatan konseling yang memungkinkan pasien menemukan siapa dirinya merupakan fokus dari komunikasi terapeutik.



3. Budi Anna Keliat (2006. Asuhan Keperawatan Jiwa) Sulit untuk mengembangkan hubungan terapeutik perawat dengan pasien tanpa komunikasi.

Dapat dipahami komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang perawat dapat membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik dapat terlaksana ketika perawat mampu menunjukkan sikap empati, berkomunikasi secara efektif, serta mampu memberikan respons terhadap pikiran, kebutuhan, dan perhatian pasien.

## **2.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik**

Tujuan komunikasi terapeutik adalah untuk memotivasi dan mengembangkan kepribadian pasien ke arah yang lebih konstruktif dan adaptif, khususnya.

- a. Membantu pasien untuk menjelaskan dan mengurangi beban emosi dan ide jika pasien merasa perlu ambil tindakan untuk mengubah kondisi saat ini.
- b. Mengurangi keraguan, memfasilitasi tindakan yang berhasil dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c. Meningkatkan kesehatan melalui mempengaruhi orang lain, lingkungan, fisik dan diri sendiri.
- d. Secara emosional dan proporsional memperkuat koneksi atau kontak antara pasien dan terapis (Profesional Kesehatan) untuk membantu penyelesaian masalah pasien.

Jika perawat memiliki kualitas dibawah ini tujuan terapeutik akan terpenuhi:

1. Kesadaran akan cita-cita yang dipegangnya.
2. Kemampuan untuk mengevaluasi emosi sendiri.
3. Kemampuan untuk menjadi model.
4. Rasa kewajiban etis dan moral.

### **2.3 Teknik Komunikasi Terapeutik**

Setiap individu adalah unik, artinya setiap individu mempunyai pikiran, perasaan, pengalaman, latar belakang budaya, agama, status sosial ekonomi, dan kebutuhan yang berbeda-beda (Leininger dan McFarland, 2006). Setiap individu memiliki respons yang berbeda dalam menghadapi masalah, ada yang mampu mengekspresikan masalah, tetapi adapula yang tidak. Dalam menanggapi pesan yang disampaikan pasien, perawat menggunakan berbagai teknik komunikasi terapeutik, yakni sebagai berikut.

**Table 2.3 Teknik Komunikasi Terapeutik (Yusuf, Dkk, 2019)**

<b>DEFENISI</b>	<b>CONTOH</b>	<b>NILAI TERAPEUTIK</b>	<b>TIDAK TERAPEUTIK</b>
Proses aktif dari penerimaan informasi dan penelahan	Mempertahankan kontak mata dan komunikasi non verbal reseptif	Secara non verbal mengkomunikasikan kepada pasien tentang minat dan penerimaan perawat	Gagal mendengarkan
Mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan, dan isi pembicaraan kepada pasien	“Anda tampak tegang dan cemas, apakah ini berhubungan pembicaraan anda dengan ibu anda semalam?”	Memvalidasi pengertian perawat tentang apa yang di ucapkan pasien dan menekankan empati, minat dan rasa hormat terhadap pasien	Menstreotopikan respon pasien, waktu dan kedalaman perasaan yang tidak sesuai, ketidak tepatan respon terhadap pengalaman kultural serta tingkat pendidikan pasien
Meminta pasien untuk memastikan pengertian perawat tentang apa yang dipikirkan dan dirasakan oleh pasien	“Anda tersenyum, tetapi saya merasa bahwa anda sangat marah kepada saya”	Menyampaikan pengertian perawat dan mempunyai kemampuan untuk meluruskan kerancuan	Menantang pasien, menerima respon harafiah, memastikan, mencoba, membela diri
Isu atau masalah pokok yang timbul berulang kali	“Saya perhatikan dari semua hubungan yang anda uraikan, anda selalu dikecewakan oleh pria. Menurut anda apakah ini yang menjadi isu pokok?”	Memberi kesempatan kepada perawat untuk meningkatkan sebaik mungkin eksplorasi dan pengertian pasien tentang pentingnya masalah tersebut	Memberikan saran, memberikan jaminan, dan tidak menyetujui

## 2.4 Karakteristik Perawat Hubungan Terapeutik

Karakteristik pribadi seorang perawat atau pemberi pelayanan kesehatan sangat menentukan keberhasilan komunikasi dalam pelayanan kesehatan, karena

instrumen yang digunakan oleh perawat saat berkomunikasi dengan pasien adalah dirinya sendiri.

Menurut Mohr (2003) ada beberapa karakteristik seorang *helper* (perawat) yang dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik, karakteristik tersebut antara lain *trustworthy* (kejujuran), sikap profesional, saling menghargai, *caring* (memberikan perhatian), dan empati. Selain itu seorang perawat juga harus mampu melihat permasalahan dari kacamata pasien, menerima pasien apa adanya, sensitif terhadap perasaan pasien, dan tidak mudah terpengaruh oleh masalah pasien ataupun diri perawat sendiri (Stuart dan Laraia, 2005).

1. Kejujuran.
2. Tidak membingungkan dan cukup ekspresif.
3. Bersikap positif.
4. Empati, bukan simpati.
5. Melihat permasalahan dari kaca mata pasien.
6. Menerima pasien apa adanya.
7. Sensitif terhadap perasaan pasien.
8. Tidak terpengaruh oleh masa lalu.

## 2.5 Bentuk Komunikasi Terapeutik

Komunikasi merupakan proses yang sangat berarti dan istimewa dalam hubungan antar manusia. Dalam profesi di bidang kesehatan, komunikasi menjadi metode utama dalam mengimplementasikan proses tindakan medis dan keperawatan. Dalam hal ini dokter dan para medis atau perawat memerlukan kemampuan keterampilan khusus serta kepedulian sosial yang mencakup

keterampilan intelektual, teknis, dan interpersonal yang tercermin dalam perilakunya terhadap pasien sebagai individu lain.

Bentuk-bentuk komunikasi yang dilakukan dokter dan paramedis atau perawat terhadap pasien sebagai berikut:

### 1. Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal yaitu simbol yang terdiri dari satu kata atau lebih meliputi pesan vokal dan simbol karena bahasanya hanya dapat dipahami jika ada kesepakatan antara anggota kelompok sosial untuk menggunakannya, ia menekankan kepemilikan bersama. Komunikasi verbal juga sering digunakan untuk menyampaikan makna tersembunyi dan mengukur tingkat ketertarikan seseorang. Komunikasi verbal tatap muka memiliki manfaat memungkinkan setiap peserta untuk menjawab secara langsung. Ada beberapa hal yang harus diperhatikan agar komunikasi verbal yang baik dapat terjadi seperti:

a. Jelas dan ringkas

Komunikasi harus lugas, singkat, dan tidak rumit. Semakin sedikit kata yang anda gunakan semakin kecil kemungkinan kesalahpahaman.

b. Mudah dipahami

Jika pengirim tidak dapat menafsirkan kata dan suara maka komunikasi tidak akan berhasil.

c. Arti denotatif dan konotatif

Makna denotatif adalah makna harafiah dari sebuah kata, sedangkan makna konotatif mengacu pada pikiran, emosi, atau gagasan yang disampaikan oleh sebuah kata.



d. Jeda (selaan) dan kesepakatan berbicara

Tingkat dan ritme bicara yang tepat juga berkontribusi pada efektivitas komunikasi verbal. Jeda yang lama dan perubahan topik yang tiba-tiba dapat memberi kesan pada pasien bahwa perawat menyembunyikan sesuatu. Pidato perawat tidak boleh terlalu cepat sehingga kata-katanya tidak jelas. Gunakan intrupsi untuk menekankan point tertentu, memberikan waktu kepada audiens untuk mendengarkan dan memahami arti kata. Dimungkinkan untuk membuat intrupsi yang tepat dengan mempertimbangkan apa yang akan dikatakan sebelum mengungkapkannya dan dengan mengamati petunjuk nonverbal dari pendengar. Perawat juga dapat menanyakan apakah pasien berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan perlu pengulangan.

e. Waktu dan relevansi

Waktu sangat penting untuk menangkap pesan yang dimaksud. Tidak ada waktu untuk membahas bahaya operasi saat pasien meratap kesakitan.

f. Humor

Menurut Dugan dalam Rahmat, tertawa mengurangi stres dan penderitaan yang disebabkan oleh hormon dan meningkatkan kemampuan perawat untuk memberikan dukungan emosional kepada pasien. Menurut Sullivan dan Deane, humor meningkatkan sintesis katekolamin dan hormon yang menghasilkan sensasi kesejahteraan, meningkatkan toleransi rasa sakit, mengurangi kecemasan, membantu relaksasi pernafasan, dan digunakan untuk menyembunyikan ketakutan dan ketidaknyamanan atau menyembunyikan kesulitan untuk berinteraksi dengan pasien.

## 2.6 Hambatan Proses Komunikasi Terapeutik

Dalam menjalankan rehabilitasi dan penyembuhan pasien lembaga ini menerapkan komunikasi terapeutik antara pasien dengan perawat, kepala perawat, keluarga. Pada proses berjalannya komunikasi terapeutik baik yang dilakukan perawat, menemui beberapa hambatan dalam pelaksanaannya. Hambatan atau gangguan bukan merupakan bagian dari proses komunikasi, akan tetapi mempunyai pengaruh dalam proses komunikasi, karena pada setiap situasi hampir selalu ada hal yang mengganggu. Gangguan tersebut merintangi atau menghambat komunikasi sehingga penerima bisa salah menafsirkan pesan yang diterimanya. Hambatan itu memerlukan waktu dan adaptasi dari para terapi kepada pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan.

Hambatan terjadi dari berbagai faktor yang terkait dengan pasien itu sendiri maupun dari faktor luar diri pasien. Dari dalam diri pasien kadang mengganggu para terapis ketika berkomunikasi secara langsung. Karena pada saat berlangsung komunikasi terapeutik itu, apa yang diinginkan oleh perawat, maupun keluarga kurang tercapai pada saat itu, atau kurang memenuhi target dari tujuan komunikasi terapeutik itu sendiri.

Dalam menerapkan komunikasi terapeutik perawat mengalami hambatan baik internal dan eksternal yang berasal dari diri pasien yaitu resistens atau menolak berinteraksi dan menyangkal, dari diri perawat. Hambatan tersebut yakni; mood, multi peran dan bahasa. (Meliza & Anisah, 2017). Hal tersebut juga dinyatakan oleh (Amoah et al., 2019) karakteristik terkait pasien yang diidentifikasi sebagai hambatan untuk komunikasi terapeutik yang efektif termasuk karakteristik sosiodemografis, hubungan pasien atau perawat, bahasa,

miskonsepsi, serta rasa sakit. Hambatan terkait pasien termasuk atribut sosiodemografi individu, hubungan pasienperawat, kesan yang salah, dan hambatan bahasa juga dikemukakan (Arkorfal et al., 2020).

Hambatan lain terkait perawat yang teridentifikasi termasuk tantangan sumber daya manusia, ketidakpercayaan pasien pada kompetensi perawat, gangguan dari hubungan pasien, pengetahuan yang tidak memadai, ketidakpuasan pasien terhadap keluaran, fluktuasi emosi pasien. Hambatan untuk komunikasi terapeutik telah diidentifikasi dalam hasil penelitian (Rossini, 2021) yang menyatakan komunikasi terapeutik perawat atau pasien, yang terdiri dari data sekunder, kualitatif, deskriptif, menunjukkan beberapa hambatan proses dalam komunikasi tersebut. Beberapa dari hambatan untuk komunikasi terapeutik termasuk perbedaan jenis kelamin perawatpasien; ketidaknyamanan fisik pasien; perbedaan bahasa perawat atau pasien, budaya, dan agama; dan beban kerja perawat yang mencakup jumlah tugas yang harus diselesaikan perawat selama shift dan jumlah pasien yang ditugaskan perawat untuk dirawat selama shift. Temuan lain terungkap bahwa beban kerja pada bagian perawat dan kecemasan, rasa sakit dan ketidaknyamanan fisik pasien adalah hambatan utama yang dirasakan untuk komunikasi terapeutik. (Maame, Amoah, Anokye, Boakye, & Gyamfi, 2018).

Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam keperawatan menurut Pieter (2017) antara lain persepsi pasien, sikap pasien atas kondisi penyakitnya, faktor-daktor yang berkaitan dengan kepribadian pasien, kondisi emosional pasien, jenis kelamin, pengetahuan pasien, bahasa yang digunakan pasien. Dalam penelitian Alshammari, Duff, & Guilhermino, (2019) komunikasi perawat atau

pasien yang terbatas berdampak negatif pada hubungan perawat atau pasien, dapat memengaruhi keselamatan pasien dan menyebabkan kepuasan pasien yang buruk. Berdasarkan uraian di atas penulis tertarik untuk mengidentifikasi hambatan komunikasi terapeutik yang terjadi pasien gangguan jiwa dengan perawat. Maka tujuan dari penelitian ini adalah ingin menggali dan mengungkapkan hambatan-hambatan yang terjadi pada proses komunikasi terapeutik yang berlangsung antara perawat, pada pasien dengan gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan serta cara mengatasinya.

Hambatan Komunikasi Terapeutik dengan pasien gangguan jiwa merupakan tantangan kompleks dalam penyediaan perawatan dan dukungan yang efektif. Pasien dengan gangguan jiwa sering menghadapi kesulitan dalam mengungkapkan diri dan berkomunikasi dengan orang lain.

Beberapa faktor yang menyebabkan terjadinya hambatan komunikasi dengan pasien gangguan jiwa meliputi:

1. Kesulitan Ingatan dan Pemahaman: Pasien gangguan jiwa mungkin mengalami gangguan dalam ingatan atau pemahaman, sehingga mereka kesulitan mengikuti percakapan atau memproses informasi yang diberikan. Hal ini dapat menyebabkan kesulitan dalam menjawab pertanyaan atau merespons interaksi sosial.
2. Gangguan Bahasa dan Ekspresi: Beberapa jenis gangguan jiwa dapat memengaruhi kemampuan pasien dalam menggunakan bahasa dengan benar atau mengungkapkan pikiran dan perasaan mereka secara tepat. Hal ini dapat menghambat komunikasi yang efektif antara pasien dan penyedia perawatan.

3. Perubahan Mood dan Emosi: Gangguan jiwa seringkali menyebabkan fluktuasi emosi yang signifikan. Pasien yang mengalami perubahan mood yang tiba-tiba atau ekspresi emosi yang intens mungkin sulit untuk dipahami atau berkomunikasi dengan konsisten.
4. Kondisi Fisik atau Kesehatan Fisik: Beberapa gangguan jiwa juga dapat mempengaruhi kondisi fisik pasien, seperti ketidakmampuan untuk bergerak atau berbicara dengan jelas. Ini dapat menghambat kemampuan mereka untuk berkomunikasi dengan baik.
5. Ketidakmampuan Mengartikulasikan Pikiran: Pasien mungkin memiliki pikiran yang rumit atau sulit diungkapkan dalam kata-kata. Mereka mungkin kesulitan menjelaskan perasaan atau pengalaman mereka dengan tepat kepada penyedia perawatan.

Bentuk-bentuk hambatan komunikasi terapeutik dengan pasien gangguan jiwa dapat bervariasi tergantung pada tingkat keparahan gangguan jiwa dan karakteristik individu. Berikut beberapa bentuk dari hambatan komunikasi terapeutik yang dapat terjadi:

1. Pasien Pasif dan Diam: Pasien yang lebih pasif mungkin cenderung tidak berbicara atau merespon secara minimal terhadap upaya komunikasi. Mereka mungkin sulit untuk diajak berbicara dan memerlukan pendekatan yang lembut dan sabar.
2. Pasien Agresif atau Mudah Marah: Beberapa pasien dapat menunjukkan perilaku agresif atau mudah marah, yang dapat menghambat komunikasi yang produktif. Penyedia perawatan harus menghadapi situasi ini dengan



tenang dan berusaha untuk meredakan ketegangan sebelum mencoba berkomunikasi.

3. Gangguan Ingatan: Pasien yang mengalami gangguan ingatan mungkin kesulitan menjawab pertanyaan sederhana atau merespons informasi tertentu. Mereka mungkin lupa tentang peristiwa atau informasi yang baru saja dibagikan.
4. Perubahan Mood yang tiba-tiba: Pasien dengan fluktuasi emosi yang tiba-tiba dapat sulit diprediksi dalam interaksi sosial. Mereka mungkin beralih dari ekspresi bahagia ke kesedihan atau kemarahan tanpa peringatan.
5. Gangguan Bahasa: Beberapa pasien mungkin mengalami gangguan dalam kemampuan berbicara atau memahami bahasa. Ini dapat mempengaruhi kualitas komunikasi dan membatasi kemampuan mereka untuk menyampaikan pikiran dan perasaan dengan tepat.
6. Ketidakmampuan Mengartikulasikan Pikiran Kompleks: Pasien mungkin mengalami kesulitan dalam mengungkapkan pikiran atau perasaan yang rumit atau kompleks. Mereka mungkin menggunakan bahasa yang ambigu atau tidak jelas.

#### **a. Mengatasi Hambatan Komunikasi Terapeutik**

Untuk mengatasi hambatan komunikasi dengan pasien gangguan jiwa, beberapa cara yang dapat dilakukan meliputi:

1. Pendekatan yang sabar dan empatik: Penyedia perawatan harus bersikap dan empati dalam berkomunikasi dengan pasien. Memberikan waktu yang cukup untuk pasien merespons dan berbicara, serta menunjukkan pengertian terhadap kesulitan mereka dalam berkomunikasi.

2. Penggunaan metode alternatif: Jika pasien kesulitan dalam berbicara, penyedia perawatan dapat mencari metode alternatif untuk berkomunikasi, seperti menggunakan gambar, tulisan, atau gerakan tubuh.
3. Mengenali pola komunikasi: Dengan pengalaman dan pemahaman yang mendalam terhadap pasien, penyedia perawatan dapat mengenali pola komunikasi khas pasien dan mengantisipasi cara yang efektif untuk berinteraksi.
4. Mengenali situasi dan kondisi: Mengenali dan mengetahui waktu dengan melihat situasi dan kondisi yang tepat dan nyaman untuk pasien sehingga komunikasi terapeutik bisa terlaksana dengan baik.
5. Menciptakan lingkungan nyaman: Menciptakan lingkungan yang nyaman dan aman dapat membantu pasien merasa lebih tenang dan lebih mampu untuk berkomunikasi dengan baik.
6. Menggunakan teknik validasi: Menggunakan teknik validasi emosional dapat membantu pasien merasa didengar dan dipahami, bahkan jika respon verbal terbatas.

Perawat yang sudah memahami tentang cara berkomunikasi yang efektif belum tentu mampu melakukan cara berkomunikasi dengan baik. Hal tersebut disebabkan oleh adanya hambatan, baik dari pasien maupun perawat itu sendiri. Ada lima jenis hambatan yang bersifat spesifik, yaitu resistans, transferens, kontertransferens, pelanggaran batas dan pemberian hadiah.

1. Resistans merupakan upaya pasien untuk tetap tidak menyadari atau mengakui penyebab kecemasan dalam dirinya. Hal tersebut dilakukan untuk melawan dan menyangkal perasaan yang ada dalam dirinya. Beberapa bentuk resistans:

- a. Supresi yaitu pasien menekan perasaannya terhadap masalah yang dihadapi ke alam bawah sadar. Hal ini terjadi karena pasien belum percaya pada perawat sehingga pasien tidak ingin mengungkapkan perasaan atau permasalahannya.
- b. Gejala penyakit semakin mencolok.
- c. Reaksi pasien untuk menunjukkan bahwa pertolongan perawat tidak ada artinya, bahkan membuat penyakit pasien seolah-olah bertambah parah.
- d. Pesimis terhadap masa yang akan datang dan penolakan pasien terhadap perawat membuat mereka pesimis terhadap kesembuhan mereka. Hal ini terjadi karena dampak ketidakpercayaan pasien terhadap perawat.
- e. Adanya hambatan intelektual dapat diidentifikasi dari ucapan atau perilaku pasien, seperti: “Pikiran saya kosong”, atau “Saya tak tahu harus bagaimana”. “Pasien tidak menepati janji, datang terlambat, pelupa, diam seribu bahasa, selalu mengantuk, dan tidak perhatian.
- f. Berperilaku tidak wajar pasien dengan sengaja membuang makanan di depan perawat. Contoh lain, setiap perawat mengajak berkomunikasi, pasien langsung pergi.
- g. Berbicara hal-hal yang bersifat dangkal pasien hanya mau berbicara kepada perawat tentang hal-hal yang bersifat umum.
- h. Paham tetapi tetap destruktif pasien mengatakan bahwa dia telah memahami penjelasan perawat tentang pentingnya minum obat secara teratur, tetapi pasien tetap tidak minum obat secara teratur.
- i. Menolak untuk berubah hal ini dilakukan pasien sebagai bentuk penolakan terhadap pertolongan perawat. Misalnya, ketika perawat menganjurkan

untuk berinteraksi dengan pasien lainnya, pasien menolak dengan alasan lebih suka sendirian.

2. Transferens merupakan respons tak sadar berupa perasaan atau perilaku terhadap perawat. Hal tersebut berhubungan dengan orang-orang tertentu dimasa lalu pasien. Resistans dan transferens merupakan masalah yang sulit bagi perawat. Perawat harus siap menerima perasaan emosional yang positif maupun negatif dari pasien, yang sering kali bersifat tidak rasional.

Hal-hal yang harus dilakukan perawat untuk mengatasi resistans dan transferens adalah sebagai berikut:

- a. Mendengarkan dilakukan dengan penuh perhatian atas semua ungkapan pasien. Perawat berusaha mendengarkan semua ungkapan pasien secara aktif sambil memerhatikan respons nonverbalnya. Perawat tidak boleh menunjukkan sikap menuduh atau menyalahkan terhadap hal yang dikatakan pasien, atau terhadap sikap pasien terhadap perawat.
- b. Klarifikasi dan refleksi dapat menjadikan perawat lebih fokus terhadap hal yang terjadi. Refleksi isi pembicaraan dapat membantu pasien menjadi lebih sadar tentang hal yang sedang terjadi dalam pikirannya. Refleksi perasaan dapat membantu pasien menyadari perasaannya.
- c. Menggali perilaku harus digali untuk dapat menganalisis alasan terjadinya perilaku tersebut. Penggalan dan analisis perilaku berhubungan erat dengan pengalaman dan pengetahuan dasar perawat. Perawat yang berpengalaman dan mempunyai pengetahuan yang cukup tentang perilaku manusia akan lebih mudah memahami dan menentukan perilaku yang ditampilkan pasien.

3. Kontertransferens biasanya timbul dalam bentuk respon emosional. Hambatan terapeutik ini berasal dari perawat yang dibangkitkan atau dipancing oleh sikap pasien. Kontertransferens ini berdampak terhadap interaksi perawat-pasien. terdapat lima cara mengidentifikasi terjadinya kontertransferens, antara lain:

- a. Perawat harus mempunyai standar yang sama terhadap dirinya sendiri, terhadap hal yang diharapkan pasiennya.
- b. Perawat harus dapat menguji diri sendiri melalui latihan menjalin hubungan, terutama ketika pasien menentang atau mengkritik.
- c. Perawat harus dapat menemukan sumber masalahnya.
- d. Ketika terjadi kontertransferens, perawat harus dapat melatih diri untuk mengontrolnya.
- e. Apabila perawat membutuhkan pertolongan dalam mengatasi kasus kontertransferens, pengawasan secara individu maupun kelompok dapat lebih membantu.

Kontertransferens memang tidak mudah diatasi, hanya dengan usaha yang sungguh-sungguh hal ini dapat diatasi.

4. Pelanggaran Batas dapat terjadi apabila perawat melampaui batas hubungan yang terapeutik dengan cara membina hubungan sosial ekonomi atau hubungan personal dengan pasien untuk mencegah terjadinya pelanggaran batas, sejak awal interaksi perawat perlu menjelaskan atau membuat kesepakatan bersama pasien tentang hubungan yang mereka jalin.

5. Pemberian Hadiah adalah masalah yang kontroversial dalam keperawatan. Disatu pihak ada yang menyatakan bahwa pemberian hadiah dapat membantu dalam mencapai tujuan terapeutik. Namun, dipihak lain ada juga yang



menyatakan bahwa pemberian hadiah dapat merusak hubungan terapeutik. Pada tahap orientasi, pemberian hadiah dapat merusak hubungan, karena pasien dapat memanipulasi perawat dengan cara mengatur hubungan dan mengatur batasan-batasan dalam berhubungan.

Hambatan komunikasi terapeutik antara pasien dengan perawat, di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan dapat timbul akibat sejumlah faktor. Dalam situasi ini, komunikasi menjadi sulit karena pasien gangguan jiwa menghadapi kesulitan dalam mengungkapkan diri. Terdapat variasi dalam jenis hambatan komunikasi, termasuk gangguan ingatan yang memengaruhi kemampuan pasien dalam berkomunikasi secara efektif. Bentuk-bentuk hambatan komunikasi dengan pasien gangguan jiwa dapat berkisar dari yang ringan hingga berat. Pasien yang lebih ringan gejalanya mungkin masih dapat diajak berkomunikasi dengan relatif mudah, sedangkan mereka yang mengalami gangguan jiwa kronis atau lupa ingatan cenderung menghadapi kesulitan lebih besar dalam berkomunikasi. Para perawat, penting memahami karakteristik kejiwaan pasien saat berkomunikasi secara verbal maupun non verbal dengan mereka. Pasien yang pasif cenderung diam dan sulit untuk diajak berbicara ataupun berinteraksi sementara pasien yang agresif dapat menunjukkan emosi negatif.

Pendekatan berkomunikasi yang sabar dan empati adalah kunci utama dalam mengatasi hambatan komunikasi terapeutik dengan pasien gangguan jiwa. Selain itu, penting juga untuk mencari waktu dan kondisi yang tepat dalam berkomunikasi dengan pasien. Metode seperti memberikan perangsang berupa pertanyaan yang menarik minat pasien, berinteraksi melalui kegiatan-

kegiatan yang disukai pasien, serta menciptakan lingkungan yang nyaman dapat membantu membangun komunikasi yang lebih baik. Interaksi antara perawat dengan pasien gangguan jiwa juga dapat memainkan peran penting dalam penyembuhan. Pendekatan yang dilakukan harus disesuaikan dengan kondisi dan emosi pasien. Kegiatan-kegiatan yang melibatkan pasien dalam pengajian, olahraga, atau aktivitas lainnya dapat membantu membangun hubungan yang lebih baik dan meningkatkan kemampuan komunikasi pasien. Namun demikian, tetap ada hambatan dalam berkomunikasi dengan pasien gangguan jiwa, terutama dalam kasus-kasus di mana pasien mengalami gangguan ingatan atau masalah kejiwaan yang lebih serius. Oleh karena itu, pendekatan yang baik, kesabaran, dan pemahaman tentang kondisi pasien menjadi faktor penting dalam mengatasi gangguan komunikasi dengan pasien gangguan jiwa.

### **2.7 ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa)**

Gangguan jiwa merupakan salah satu dari masalah kesehatan terbesar selain penyakit degeneratif, kanker dan kecelakaan. Gangguan jiwa juga merupakan masalah kesehatan yang serius karena jumlahnya yang terus mengalami peningkatan. Selain itu gangguan jiwa adalah penyakit kronis yang membutuhkan proses panjang dalam penyembuhannya. Pengobatan di rumah sakit adalah penyembuhan sementara, selanjutnya penderita gangguan jiwa harus kembali ke komunitas dan komunitas yang bersifat terapeutik akan mampu membantu penderitanya mencapai tahap *recovery* (pemulihan). Proses pemulihan dan penyembuhan pada orang dengan gangguan jiwa membutuhkan dukungan keluarga untuk menentukan keberhasilan pemulihan tersebut. Adanya stigma yang

negatif terhadap orang dengan gangguan jiwa (odgj) dan keluarganya menyebabkan orang dengan gangguan jiwa (odgj) dan keluarganya akan terkucilkan. Pada keluarga, stigma akan menyebabkan beban psikologis yang berat bagi keluarga penderita gangguan jiwa sehingga berdampak pada kurang adekuatnya dukungan yang diberikan oleh keluarga pada proses pemulihan orang dengan gangguan jiwa (odgj). Orang Dengan Gangguan jiwa merupakan masalah kesehatan jiwa berat yang menyebabkan terganggunya kognitif, afektif dan hambatan fungsi sosialnya sehingga individu tidak mampu melakukan aktivitas sehari-harinya. *World Health Organisation (WHO, 2019)* menyebutkan bahwa yang termasuk dalam gangguan jiwa adalah depresi, gangguan bipolar, skizofrenia dan psikosis lain, demensia, dan gangguan perkembangan termasuk autisme.

Gangguan jiwa dapat dialami oleh seluruh kalangan mulai dari anak-anak, remaja, dewasa, hingga lansia. Saat ini, prevalensi gangguan jiwa terus meningkat setiap tahunnya (Maulana et al., 2019). Data *World Health Organisation* tahun 2018 menunjukkan bahwa lebih dari 300 juta penduduk dunia mengalami depresi, lebih dari 60 juta penduduk dunia menderita bipolar dan 23 juta orang mengalami masalah kejiwaan berat seperti skizofrenia dan psikosis lainnya. Sejalan dengan situasi global, Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukan peningkatan jumlah dari 1,7 tahun 2013 menjadi 7 permil rumah tangga tahun 2018 yang artinya bahwa 7 dari 1000 rumah tangga terdapat anggota keluarga dengan gangguan jiwa. Lebih dari 19 juta penduduk usia diatas 15 tahun terkena gangguan mental emosional, lebih dari 12 juta orang berusia diatas 15 tahun diperkirakan telah mengalami depresi.

Stigma yang negative akan berdampak pada kurangnya dukungan yang diberikan oleh keluarga sehingga keluarga melakukan tindakan pemasungan pada ODGJ. Pemasungan terhadap penderita gangguan jiwa masih banyak terjadi, di mana sekitar 20.000 hingga 30.000 penderita gangguan jiwa di seluruh Indonesia mendapat perlakuan tidak manusiawi dengan cara dipasung (Purwoko, 2010). Risesdas 2013 menunjukkan bahwa ada 14,3 persen RT atau sekitar 237 RT dari 1.655 RT yang memiliki anggota rumah tangga yang mengalami gangguan jiwa berat yang dipasung.

Asuhan keperawatan jiwa yang dilakukan bersifat kuratif dan Rehabilitatif. Asuhan keperawatan berkesinambungan dari sejak terjadi gangguan jiwa di dalam keluarga berlanjut ke fasilitas layanan primer, dan jika diperlukan dirujuk ke pelayanan sekunder (rumah sakit umum) dan pelayanan tersier (rumah sakit jiwa) dan rujukan balik tanpa putus sepanjang kehidupan. Dukungan sosial sangat diperlukan dengan menggerakkan sumber daya dimasyarakat yaitu keluarga, kelompok dan tokoh masyarakat sehingga pemulihan, kemandirian dan produktivitas pasien dapat optimal. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan jiwa tidak hanya diberikan kepada ODGJ, tetapi juga kepada orang yang merawatnya di rumah, demikian pula dukungan sosial dimasyarakat sehingga pasien dapat mandiri dan produktif. Diagnosis keperawatan pada ODGJ yang paling sering ditemukan yaitu resiko perilaku kekerasan, halusinasi, resiko bunuh diri, isolasi sosial, defisit perawatan diri, harga diri rendah, hambatan komunikasi verbal dan ketidak efektifan manajemen kesehatan.

Pentingnya manusia memanusiakan saudaranya yang memiliki gangguan jiwa atau disebut Orang dengan gangguan jiwa (odgj) adalah suatu keharusan

untuk kita semua yang mempunyai misi kemanusiaan yang dilakukan dengan rasa empati, keikhlasan, dan kehangatan. Banyak orang memandang sebelah mata keberadaan orang dengan gangguan jiwa (odgj). Mereka dikatakan sampah masyarakat, orang gila, gak waras, edan, bento. Banyak stigma atau label pada orang dengan gangguan jiwa (odgj) yang berkeliaran di jalanan, mereka disebut wandering yaitu orang yang berkeliaran tanpa tujuan, mengikuti halusinasi yang ada pada dirinya.

Depresi adalah penyebab kecacatan global terbesar. Lebih dari 80 persen korban penyakit ini tinggal di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Penyakit mental bisa terjadi kapan saja dan pada siapa saja. Menurut penelitian WHO, sekitar 450 juta orang menderita penyakit mental seperti skizofrenia. Skizofrenia merupakan penyakit jiwa yang paling umum dibandingkan dengan penyakit jiwa lainnya. Skizofrenia merupakan salah satu penyakit yang disebabkan oleh gangguan jiwa.

Orang dengan gangguan jiwa (odgj) berkeliaran di jalanan, pertama karena mempunyai halusinasi pendengaran dan mengikuti bisikan-bisikan untuk berjalan tanpa tujuan, kedua para orang dengan gangguan jiwa (odgj) itu sengaja dibuang oleh keluarganya, agar tidak mengganggu keluarga dan orang-orang di lingkungan sekitarnya. Wahyuningsih (2021) menyatakan, penyebab gangguan jiwa diantaranya adalah faktor genitas atau keturunan, faktor psikologis, dan faktor lingkungan. Keluarga membuangnya agar mereka terhindar dari rasa malu. Selain itu karena orang dengan gangguan jiwa (odgj) berperilaku agresif, mengamuk pada keluarga sendiri maupun pada lingkungan sekitarnya. Halusinasi adalah gejala umum orang dengan penyakit mental terkait skizofrenia.



Halusinasi adalah gangguan persepsi dimana pasien mengalami suatu peristiwa yang tidak terjadi. Berbeda dengan ilusi, dimana pasien memiliki kesan yang salah tentang rangsangan, halusinasi termasuk persepsi yang salah tanpa rangsangan eksternal. Ini adalah persepsi panca indera tanpa rangsangan eksternal.

Menghadapi orang dengan gangguan jiwa (odgj) yang berperilaku agresif dan cenderung mengarah pada kekerasan, memerlukan penanganan dari berbagai pihak, bukan hanya dari keluarga, tetapi juga uluran tangan dari orang-orang atau pihak yang peduli pada realisasi diri orang dengan gangguan jiwa (odgj). Realisasi diri yang dimaksud adalah orang dengan gangguan jiwa (odgj) bisa kembali pada kondisi normal atau sehat mental seperti sedia kala, yaitu berfungsinya kognitif, afektif, dan psikomotorik secara normal. Realisasi diri adalah proses manusia mencapai perkembangan penuh bakat, kapasitas dan potensi intelektual, kreatif dan sosial. Istilah ini pertama kali diciptakan oleh Kurt Goldstein (Adalah.top, 2021).

Faktor yang menyebabkan gangguan jiwa halusinasi skizofrenia adalah faktor individual meliputi struktur biologis, kekhawatiran, ketakutan, perselisihan dalam hidup, dan kurangnya tujuan. Selain variabel interpersonal seperti komunikasi yang buruk dan lain-lain. Setelah mengamati kondisi pasien, timbul pertanyaan bagaimana sebenarnya perawat melakukan pendekatan komunikasi dengan pasien yang emosinya labil, yang psikologisnya tidak kondusif, dan yang pikirannya dipenuhi halusinasi skizofrenia, sehingga pasien mau mengikuti bimbingan perawat, Contoh:

1. Bagaimana perawat mendorong pasien halusinasi skizofrenia yang sibuk dengan dunianya sendiri untuk terlibat dengan individu atau perawat lain.

2. Bagaimana perawat menghimbau pasien untuk mematuhi pengobatan dan menjaga kesehatan pasien, termasuk kebersihan dan tindakan lainnya.

Perawat jiwa termasuk tenaga kesehatan sebagaimana dijelaskan dalam Peraturan Pemerintah No. 32 Tahun 1996 pada Bab 1 Pasal 1 tentang tenaga Kesehatan, yaitu setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan atau keterampilan melalui pendidikan bidang kesehatan yang memerlukan kewenangan melakukan upaya kesehatan. Pemulihan kesehatan mental orang dengan gangguan jiwa (odgj) di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan memerlukan kolaborasi yang baik antara perawat dengan sistem pengobatannya, beserta pasien dan perawat jiwa yang memiliki kewenangan menggunakan keterampilan terapi untuk melakukan usaha proses realisasi diri pada orang dengan gangguan jiwa (odgj). Memperlakukan orang dengan gangguan jiwa (odgj) secara humanis, tidak menganggapnya sebagai aib, dan keluarga peduli atas kesembuhannya, sebenarnya sering dijumpai. Mereka mengantarkannya ke rumah sakit jiwa untuk mendapatkan penyembuhan.

## 2.8 Penelitian Terdahulu

1. Penelitian yang dilakukan oleh Irfandi N. Tampubolon, (2015). Dengan judul “Karakteristik Penderita Skizofrenia Yang Dirawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan”. Hasil penelitian ini untuk mengidentifikasi ciri-ciri pasien skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan Tahun 2015, pasien skizofrenia yang dirawat inap merupakan populasi keseluruhan dari studi kasus seri deskriptif ini.

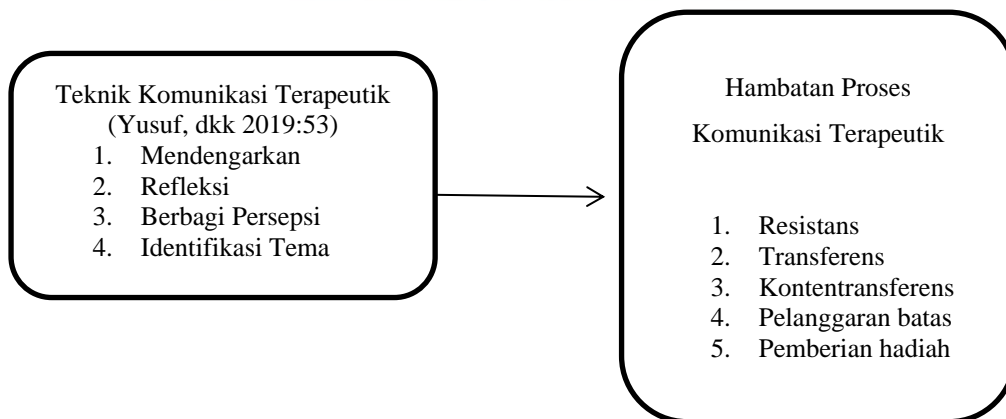
2. Penelitian yang dilakukan oleh Patricia Ferginia Tri Krisvenda, (2021). Dengan judul “Komunikasi Terapeutik Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (odgj). Hasil penelitian ini bermaksud untuk membantu pemulihan pasien, yaitu melalui percakapan terapeutik. Komunikasi terapeutik ini menunjukkan relevansi dan pentingnya komunikasi dalam industri kesehatan.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Cinthya Evita Sumangkut (Manado). Dengan judul “Peran Komunikasi Antara Pribadi Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Ratumbusang Manado”. Hasil penelitian ini bertujuan untuk mengetahui signifikansi interaksi interpersonal perawat dengan pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Ratumbusang. Para peneliti menemukan bahwa perawat menghadapi resiko besar saat merawat pasien dengan masalah mental, komunikasi merupakan salah satu bahaya oleh karena itu perawat harus dapat berinteraksi dengan pasien disabilitas.
4. Penelitian yang dilakukan oleh Sri Wahyuningsih dan Susanne Dida (Bandung). Dengan judul “Hambatan Komunikasi Terapeutik Psikiater, Perawat, Kader Jiwa, dan Keluarga Pada Pasien Gangguan Jiwa Pasca Pasung”. Hasil penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan mengungkapkan hambatan yang muncul dalam proses komunikasi terapeutik antara tenaga kesehatan, kader jiwa, dan keluarga pasien odgj pasca pasung.
5. Penelitian yang dilakukan oleh Nanda Yulia (2019). Dengan judul “Komunikasi Orangtua Pasien Dengan Paramedis Dalam Penyembuhan Penyakit Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Mahoni Medan”. Hasil

penelitian ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan penelitian tentang bagaimana orangtua pasien gangguan jiwa berinteraksi dengan paramedis di Rumah Sakit Jiwa Mahoni Medan.

## 2.9 Kerangka Pemikiran

Peneliti membangun kerangka ide atau gagasan dengan memahami hubungan antara beberapa hipotesis, yaitu dengan membentuk rangkaian yang berkesinambungan dengan teori hambatan dalam komunikasi terapeutik perawat dengan pasien Orang Dengan Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan. Kerangka konseptual peneliti konsisten dengan konteks penelitian dan kesinambungan antara tujuan penelitian dan teori yang digunakan saat melakukan penelitian, serta pemahaman berkaitan rumusan masalah. Peneliti melakukan penelitian dengan cara mengumpulkan teori-teori yang mendukung serta melakukan wawancara terhadap perawat dan dituangkan melalui indikator-indikator dibawah ini:

**Bagan 2.1**  
**Kerangka Pemikiran**



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif, yaitu suatu teknik yang menggambarkan, mendeskripsikan, dan menginterpretasikan objek yang diteliti secara sistematis. Sehingga peneliti dapat mengamati dan melakukan wawancara mendalam dengan informan untuk mengetahui pola komunikasi terapeutik perawat pada pasien gangguan jiwa. Peneliti menggunakan metode ini karena ingin memberikan penjelasan yang menyeluruh, mendalam, faktual, sistematis, dan akurat tentang hambatan proses komunikasi terapeutik perawat dengan pasien Orang Dengan Gangguan Jiwa (odgj) Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan dalam rangka mencapai tujuan dan merumuskan solusi dari permasalahan tersebut.

#### **3.2 Lokasi Penelitian**

Kajian studi ini berlangsung Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan beralamat di Jl. Pales III No.19 Simpang Perumnas Simalingkar.

#### **3.3 Waktu Penelitian**

Sejak tanggal persetujuan izin penelitian, peneliti melakukan penelitian ini selama kurang lebih satu bulan, dua minggu untuk pengumpulan data dan dua



minggu untuk pengolahan data, yang meliputi penyajian dalam bentuk skripsi dan proses bimbingan.

**Tabel 3.1**  
**Rencana Penelitian**

No	Rencana Penelitian	bulan				
		03	10	11	02	07
1	Penyusunan proposal	■				
2	Seminar proposal		■			
3	Pelaksanaan penelitian				■	
4	Menentukan informan yang tepat				■	
5	Membuat daftar pertanyaan dan melakukan wawancara				■	
6	Pengolahan data, analisis dan penyusunan laporan				■	
7	Publikasi dan seminar hasil					■

### 3.4 Informan Penelitian

Perawat Orang Dengan Gangguan Jiwa (odgj) Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan merupakan jenis informan yang peneliti kumpulkan sesuai dengan tujuan penelitian.

1. Informan Kunci, yaitu mereka yang mengetahui serta yang memiliki informasi yang penting yang peneliti perlukan dalam penelitian ini, adapun informan yang peneliti ambil dalam penelitian ini adalah pasien Orang Dengan Gangguan Jiwa (odgj) Rehabilitasi di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan.
  - a. Erik atau sering dipanggil Koko Along (52)
  - b. Parulian Sianturi (48)
2. Informan Utama, yaitu mereka yang terlibat langsung dalam interaksi sosial yang diteliti. Adapun informan utama dalam penelitian ini adalah

Perawat atau Petugas Medis yang berinteraksi dengan pasien setiap harinya.

a. Suryadi (35) Perawat Kepala UGD

Tabel 3.4

Data Informan Pasien ODGJ Rehabilitasi (Orang Dengan Gangguan Jiwa) Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan

No	Nama	Jenis Kelamin	Usia	Asal	Pekerjaan	Lama dirawat di RSJ
1	E	L	52	Medan	Wirausaha	6 bulan (Pasien Lama)
2	MP	L	24	Kabanjahe	Tidak Bekerja, Hanya Membantu Bibinya di Warung Kopi.	3 Tahun (Pasien Lama)
3	PS	L	48	Riau	Wiraswasta	3 bulan 3 hari (Pasien Lama)
4	YD	L	24	Medan	Tidak Bekerja	2 Minggu (Pasien Baru)
5	DRH	P	29	Simalingkar	Tidak Bekerja, Hanya Membantu Orangnya Berjualan.	1 Tahun Pasien Lama, Sudah Pernah Keluar RSJ, Namun Masuk Kembali Ke RSJ.
6	RM	P	26	Medan	S1 Kedokteran	3 Bulan
7	TA	P	29	Padang	Ibu Rumah Tangga	5 Hari

Data Informan pasien Orang Dengan Gangguan Jiwa (odgj) Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan. Demi menjaga keamanan data dan kenyamanan

informan, maka peneliti tidak menuliskan nama lengkap dari informan yang di wawancarai. Peneliti hanya mencantumkan inisial dari setiap informan.

1. Nama inisial A berjenis kelamin laki-laki dan berprofesi sebagai wirausaha dan tinggal di kota medan, dirawat di rumah sakit jiwa sudah 6 bulan dan diantar oleh keluarganya sendiri.
2. MP berjenis kelamin laki-laki tinggal di kabanjahe, tidak bekerja dan hanya membantu bibinya di warung kopi. Dirawat di rumah sakit jiwa sudah 3 tahun dan diantar oleh keluarganya.
3. PS berjenis kelamin laki-laki tinggal di riau, bekerja disalah satu perkebunan sawit, diantar oleh keluarga dari abangnya. Di rawat di rumah sakit jiwa sudah 3 bulan 3 hari.
4. YD berjenis kelamin laki-laki tinggal di kota medan, tidak bekerja dirawat di rumah sakit jiwa baru 2 Minggu, diantar oleh keluarganya.
5. DRH berjenis kelamin perempuan tinggal di simalingkar, tidak bekerja hanya membantu kedua orangtuanya berjualan. Dirawat di rumah sakit jiwa kurang lebih 1 tahun sudah pernah keluar namun karna penyakit kembali pihak keluarga kembali membawanya ke rumah sakit jiwa.
6. RM berjenis kelamin perempuan tinggal di kota medan, lulusan kedokteran di salah satu universitas di aceh dirawat di rumah sakit jiwa sudah 3 bulan, pihak keluarga yang membawanya.
7. TA berjenis kelamin perempuan tinggal di kota medan, bekerja sebagai ibu rumah tangga, dirawat di rumah sakit jiwa baru 5 hari dan di jemput oleh pihak rumah sakit jiwa.

### 3.5 Sumber Data Penelitian

#### 1. Data Primer

Data primer terdiri dari informasi yang dikumpulkan langsung dari lokasi penelitian melalui wawancara mendalam dengan individu dan informan penelitian. Dalam penelitian ini subjek atau informan yang ditanyakan adalah tenaga medis (perawat) yang memberikan pelayanan komunikasi terapeutik Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan. Data primer yang di peroleh peneliti antara lain meliputi semua informasi yang berkaitan dengan penggunaan teknik komunikasi terapeutik paramedis dan penerapan prinsip komunikasi terapeutik.

#### 2. Data Sekunder

Data sekunder adalah data primer yang dikumpulkan oleh peneliti dari berbagai bahan bacaan, seperti jurnal penelitian komunikasi, publikasi medis dan kesehatan, situs web tentang layanan kesehatan, buku online, surat kabar, dan referensi lain yang berkaitan dengan masalah penelitian komunikasi. Karakteristik berikut ini berlaku untuk nara sumber yang berhasil menyediakan data yang dapat dipercaya, perawat kesehatan jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Bina Karsa Medan.

### 3.6 Teknik Pengumpulan Data

#### 1. Observasi

Observasi adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengamati secara langsung terhadap obyek penelitian kemudian mencatat gejala - gejala yang ditemukan di lapangan untuk yang berkaitan dengan permasalahan penelitian.

Menurut pendapat Sugiyono (2012:166), observasi adalah teknik pengumpulan data untuk mengamati perilaku manusia, proses kerja, dan gejala – gejala alam, dan responden.

Observasi merupakan pengamatan langsung terhadap suatu obyek yang ada di lingkungan yang sedang berlangsung meliputi berbagai aktivitas perhatian terhadap kajian obyek dengan menggunakan pengindraan.

## 2. Wawancara (*Interview*)

Wawancara merupakan kegiatan tanya jawab yang terjadi secara langsung antara dua orang atau lebih. Peneliti harus mengajukan pertanyaan kepada partisipan. Pertanyaan sangat penting untuk menangkap persepsi, pikiran, pendapat, peristiwa, fakta atau realita.

wawancara adalah kegiatan percakapan dengan maksud tertentu yang dilakukan oleh kedua belah pihak yaitu pewawancara dan yang diwawancari. Dan peneliti melakukan wawancara mendalam, ini bertujuan untuk mengumpulkan informasi yang kompleks, yang sebagian besar berisi pendapat, sikap, dan pengalaman pribadi. Untuk menghindari kehilangan informasi, maka peneliti meminta ijin kepada informan untuk menggunakan alat perekam dan sebelum dilangsungkan wawancara.

## 3. Dokumentasi

Dokumentasi adalah setiap proses pembuktian yang didasarkan atas jenis sumber apapun baik bersifat tulisan, lisan, gambaran, atau akeologis. Sebagai data pendukung penelitian, metode dokumentasi diperoleh melalui penelusuran berbagai jenis data yang relevan, berupa komentar pembaca maupun berita yang dapat diakses dari media *online*. Dokumentasi dalam pengertiannya adalah setiap



proses pembuktian yang didasarkan atas jenis sumber apapun, baik itu yang bersifat tulisan, lisan atau gambaran.

#### 4. Triangulasi Data

Triangulasi adalah menguji kebenaran temuan penelitian melalui sumber informasi yang beragam, mempergunakan metode yang ganda dalam mengumpulkan data, dan dengan cara pencari informasi yang ganda juga. Jika kesimpulan didasarkan hanya pada laporan satu orang yang diterima pada satu kali wawancara dan hanya dari seorang pewawancara, triangulasi adalah sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada.

### 3.7 Teknik Analisis Data

Analisis data yaitu mengatur sistematis bahan hasil wawancara dan observasi, menafsirkannya dan menghasilkan suatu pemikiran, pendapat, teori, atau gagasan baru. Analisis data kualitatif dilakukan karena, peneliti mendapat data yang membutuhkan analisis sejak awal penelitian. Mengikuti konsep yang diberikan dilakukan secara interaktif melalui proses reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. (Miles dan Huberman dalam Sugiyono (2018:246).

#### 1. Reduksi data

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya. Tujuan dari reduksi data ini adalah untuk menyederhanakan data yang diperoleh selama penggalan data di lapangan.

## 2. Penyajian data

Menurut Miles dan Huberman penyajian data adalah sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan. Langkah ini dilakukan dengan menyajikan sekumpulan informasi yang tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan.

Penyajian data dilakukan untuk dapat melihat gambaran keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari gambaran keseluruhan. Pada tahap ini peneliti berupaya mengklasifikasikan dan menyajikan data sesuai dengan pokok permasalahan.

## 3. Kesimpulan

Kesimpulan adalah tahap akhir dalam proses analisis data. Kegiatan ini dimaksudkan untuk mencari makna data yang dikumpulkan dengan mencari hubungan, persamaan, dan perbedaan. Penarikan kesimpulan bisa dilakukan dengan membandingkan kesesuaian pernyataan dari subyek penelitian dengan makna yang terkandung dengan konsep-konsep dasar.

### 3.8 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini sesuai dengan metode kualitatif. Instrumen utama (*key instrumen*) adalah peneliti, dalam pengumpulan data dan menginterpretasi data dengan pedoman wawancara dan pedoman observasi. Dalam peneliti kualitatif, peneliti sendiri atau dibantu dengan orang lain merupakan alat pengumpul data utama. Dalam kaitan ini, peneliti bertindak dengan menggunakan

alat bantu rekam peristiwa seperti kamera untuk mengambil video dan juga foto, telepon genggam untuk recorder, pulpen dan buku.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 5.1 Kesimpulan

Kesimpulan penelitian ini adalah sebuah model komunikasi terapeutik perawat dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (odgj) dengan hambatan-hambatan yang terjadi kepada pasien odgj dan perawat. Serta mengetahui langkah apa yang dilakukan perawat saat pasien odgj mengalami pemberontakan, marah, dan tidak mau minum obat, terdapat variasi dalam jenis hambatan komunikasi, termasuk gangguan ingatan yang memengaruhi kemampuan pasien dalam berkomunikasi secara efektif. Metode seperti memberikan perangsang berupa pertanyaan yang menarik minat pasien, berinteraksi melalui kegiatan-kegiatan yang disukai pasien, serta menciptakan lingkungan yang nyaman dapat membantu membangun komunikasi yang lebih baik.

#### 5.2 Saran

Penelitian ini diharapkan untuk melakukan interaksi dengan pasien orang dengan gangguan jiwa (odgj) adanya memberikan rasa aman kepada pasien dan mampu mendengarkan ketika pasien orang dengan gangguan jiwa (odgj) menunjukkan hambatan proses komunikasi.

## DAFTAR PUSTAKA

### Buku:

Budi Anna Keliat. 2006. *Asuhan Keperawatan Jiwa*.

Handoko, 2009:272. *Ilmu komunikasi Suatu Pengantar*. Remaja Rosda Karya. Bandung.

Keliat, B. A. & Pasaribu, J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Singapore: Elsevier

Lamria Situmeang. 2022. *Buku Komunikasi Dalam Keperawatan*.

Maulana, I., Suryani, S., Sriati, A., Sutini, T., Widiyanti, E., Rafiah, I., Hidayati, N. O., Hernawati, T., Yosep, I., & Hendrawati, H. (2019). *Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya*. Media Karya Kesehatan, 2(2).

Mohr, W., K. 2003. *Psychiatric mental health nursing*. 5th Ed. USA: Lippincott William and Wilkins.

Ngalimun, Zakiah. *Komunikasi Kesehatan Konseling dan Terapeutik*.

Schiavo, R. 2007. *Komunikasi Kesehatan*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.

Stuart & Laraia. 2005. *Buku Saku Keperawatan Jiwa (terjemahan)*. Jakarta: EGC.

Stuart, G.W & Laraia, M. T. (2005). *Principles and practice of psychiatric nursing. (7th edition)*. St. Louis. Mosby.

Sugiyono, 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif R & D*. Pustaka Pelajar. Yogyakarta.

Suryani. *Komunikasi Terapeutik*. Edisi 2, Teori & Praktik.

Yusuf, A. H, dkk, 2019:47. *Kesehatan Jiwa*. Mitra Wacana Media. Jakarta.



**Jurnal:**

Cinthy Evita Sumangkut, *Peran komunikasi Antar Pribadi Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Ratumbuysang*. Manado.

Fasya, H. dan Supratman, L.P 2018. Vol.21. *Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Pasien Gangguan Jiwa*. Ilmu Komunikasi, Hal: 15-28.

Maya May Syarah 1 , Lia Nanda Wijaya<sup>2</sup> 1-2) *Fakultas Komunikasi dan Bahasa Universitas Bina Sarana Informatika, Hambatan Komunikasi Terapeutik Antara Pasien Gangguan Jiwa Dengan Perawat, Pendamping Rohani dan Pengelola di Yayasan Al Fajar Berseri*.

Nanda Yulia, *Komunikasi Orangtua Pasien Dengan Paramedis Dalam Penyembuhan Penyakit Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Jiwa Mahoni*. Universitas Muhammadiyah Sumatra Utara.

Rina Kartika Sari, Erna Ridarahunyuni, Windya Satya Fatharani, *Komunikasi Terapeutik Terhadap Dengan Orang Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Ruang Tenang Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat Dan Klinik Utama Kesehatan Jiwa Hurip Waluya Suka Jadi Bandung Jawa Barat*. Bandung Jawa Barat.

Sri Wahyuningsih dan Susanne Dida, *Hambatan Komunikasi Terapeutik Psikiater, Perawat, Kader Jiwa, Dan Keluarga Pada Pasien Gangguan Jiwa Pasca Pasung*. Ilmu Komunikasi, Vol. 7 N0. 2, Hal 115-126. Universitas Padjajaran Bandung.

Wahyuningsih, S. (2021). *Komunikasi Terapeutik (Konsep, Model, dan Kontinuitas Komunikasi dalam Psikoedukasi terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa)*, Malang: Intrans Publishing. Wahyuningsih, Sri, dkk. (2019). *Komunikasi Terapeutik Tenaga Kesehatan terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa Pasca Pasung (Studi Kasus Komunikasi Terapeutik ODGJ Pasca Pasung)*. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 7(1), 47 – 60.

Yuke Septiana Ida Lidiawati<sup>1</sup> , Christina Trisnawati<sup>2</sup> , Fida Dyah Puspasari<sup>3</sup> <sup>1,2,3</sup>*Politeknik Yakpermas Banyumas, D-III Keperawatan, Literature Review: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perilaku Kekerasan Menggunakan Teknik Komunikasi Terapeutik*.

**Skripsi:**

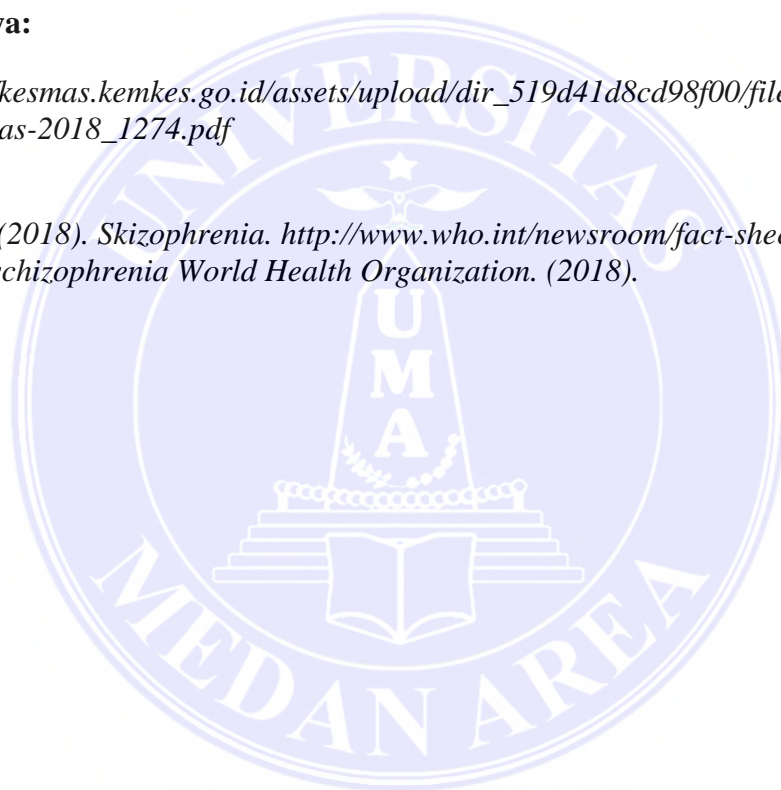
Irfandi N. Tampubolon, *Karakteristik Penderita Skizofrenia Yang Dirawat Inap Dirumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Muhammad Ildrem Medan*. Universitas Sumatra Utara.

Yuni Elisa Rianingsih, *Pola Komunikasi Interpersonal Perawat Pada Pasien Penderita Halusinasi Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Mahoni Medan*. Universitas Medan Area.

**Lainnya:**

[https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018\\_1274.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf)

WHO. (2018). *Skizophrenia*. <http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/schizophrenia> World Health Organization. (2018).



## LAMPIRAN A

### HASIL WAWANCARA INFORMAN I

Nama Inisial: E atau Koko Along  
Jenis Kelamin: Laki-laki  
Usia: 52 Tahun  
Asal: Medan  
Pekerjaan: Wirausaha  
Lama Dirawat di RSJ: 6 bulan (pasien lama)

1. Awal mula koko bisa berada di rumah jiwa bina karsa ini itu karna apa?

Jawaban: berawal dari penggunaan sabu-sabu, perokok, minum-minuman keras dan sempat masuk penjara rehabilitas di BNN. Setelah di perbolehkan pulang ternyata gangguan mental terjadi selama di dalam rumah mulai dari berteriak, susah mengendalikan emosi. Setelah itu pihak keluargapun menyerahkan koko ke rumah sakit jiwa bina karsa untuk pemeriksaan dan penanganan medis.

2. Selama berada dirumah sakit jiwa bina karsa apakah pihak perawat pernah melakukan tindakan diluar medis?

Jawaban: tidak, perawat sangat baik mau memperhatikan pasien selama di lingkungan rumah sakit jiwa bina karsa.

3. Kesulitan apa yang koko alami selama di rumah sakit jiwa bina karsa?

Jawaban: seringnya jenuh, pikiran kerap kali mengganggu jika sudah jenuh. Kepala sakit jika sudah banyak sekali hal yang mengganggu di kepala.

4. Apa keinginan terbesar koko saat ini?

Jawaban: saya hanya menunggu kapan keluarga saya menjemput.

Peneliti menyimpulkan hasil wawancara dengan informan pertama koko along pasien orang dengan gangguan jiwa rehabilitasi adanya mental dan emosi yang terjadi didalam dirinya, sulit mengendalikan diri sehingga orang disekitarnya termasuk keluarga takut jika koko mengalami emosi yang berlebihan. Makan dengan itu keluarga sepakat untuk membawa koko ke rumah sakit jiwa bina karsa untuk menjalani pengobatan.

## LAMPIRAN B

### HASIL WAWANCARA INFORMAN II

Nama: P. Sianturi  
Jenis kelamin: Laki-laki  
Usia: 48 Tahun  
Asal: Riau  
Pekerjaan: Wiraswasta  
Lama Dirawat di RSJ: 3bulan 3 hari (pasien lama)

1. Apa yang membuat bapak bisa berada di rumah sakit jiwa bina karsa?

Jawaban: berawal cekcok yang berkepanjangan dengan keluarga, susah mengendalikan emosi.

2. Kegiatan apa yang bapak jalani selama di rumah sakit jiwa bina karsa?

Jawaban: menyapu, mengepel, menanam tanaman untuk membuat aktivitas selama masa rehabilitasi.

3. Kesulitan apa yang bapak jalani selama di rumah sakit jiwa bina karsa?

Jawaban: kesulitan pasien ingin berbicara dengan keluarga dan pasien ini pernah menalami sakit perut tetapi tanggapan perawat lama karna obat tidak ada tersedia dirumah sakit jiwa.

4. Siapa yang mengantar bapak ke rumah sakit jiwa bina karsa?

Jawaban: istri dari abngnya. Pihak keluarga langsung yang menghubungi pihak rumah sakit jiwa bina karsa medan.

5. Harapan apa yang bapak inginkan selama dirumah sakit jiwa bina karsa?

Jawaban: ingin cepat keluar dari rumah sakit jiwa karna sudah ingin bertemu istri dan anaknya.

Pasien ini bisa keluar kamar dan melakukan aktifitas serta bisa diajak berbicara karna pasien tidak separah sewaktu dibawa diawal ke rumah sakit jiwa. Pasien ini sudah diperbolehkan pulang namun menunggu tanggapan dan respon pihak keluarga.

## LAMPIRAN C

### HASIL WAWANCARA III

Nama: YD Logu (Nias)  
Jenis kelamin: Laki-laki  
Usia: 24 Tahun  
Asal: Medan  
Pekerjaan: Tidak bekerja  
Lama Dirawat di RSJ: 2 minggu (pasien baru)

1. Apa yang membuat kakak bisa berada di rumah sakit jiwa bina karsa?

Jawaban: bertengkar dengan ibunya dan keluarga membawa ke rumah sakit jiwa

2. Apa harapan kakak selama di rumah sakit jiwa bina karsa?

Jawaban: pasien ingin cepat pulang dan sehat agar bisa melakukan aktifitas seperti semula.

3. Kegiatan apa yang dilakukan selama di dalam rumah sakit jiwa?

Jawaban: menyapu, mengepel, dan minum obat yang diberikan petugas medis.

Alasan pasien diantar oleh keluarganya karna pasien mengamuk atau marah-marah dengan ayahnya. Pasien didiagnosa skizofrenia paranoid dimana tingkat delusi pasien sudah parah dan cenderung menyakiti diri sendiri dan orang lain di sekitarnya.



Harapan pasien ingin segera keluar dari rumah sakit jiwa, pasien rutin minum obat untuk pemulihan dan ikut kegiatan kebersihan di lingkungan rumah sakit jiwa, pasien jenuh karna selalu berada dikamar dan lingkungan rumah sakit jiwa.

## LAMPIRAN

### HASIL WAWANCARA INFORMAN UTAMA

a. Suryad (35) Perawat (Jabatan Kepala UGD)

Wawancara dilakukan kepada perawat, Suryadi pada tanggal 2 februari 2023.

1. Ketika pasien odgj gejala penyakit semakin mencolok seperti menunjukkan tingkat emosional, depresi. Langkah awal apa yang dilakukan perawat atau petugas medis untuk menangani pasien odgj.
2. Pasien odgj mengalami hambatan intelektual apa yang dilakukan perawat atau petugas medis untuk pasien odgj.
3. Ketika pasien odgj tidak teratur minum obat dan pasien terus menolak, apakah perawat atau petugas medis mempunyai cara lain.
4. Pelayanan apa yang diberikan perawat dengan pasien odgj.
5. Kegiatan fisik untuk odgj apa saja.
6. Langkah awal apa yang diberikan perawat untuk memberikan rasa aman pertama kali saat bertemu pasien.
7. Pelanggaran batas perawat apa terhadap pasien odgj yang membuat pasien odgj merasa tidak aman dalam berinteraksi.

8. Dalam pemberian hadiah apa aja yang tidak boleh diberikan dan boleh diberikan.
9. Hambatan terapeutik perawat dengan pasien odgj bagaimana mengidentifikasi atau respon emosional perawat saat dipancing dengan sikap pasien.
10. Kegiatan program berbicara dan pendengaran.



**FOTO AKTIVITAS PENELITI SAAT MELAKSANAKAN PENELITIAN DI RUMAH SAKIT JIWA BINA KARSA MEDAN.**



(Gambar 1: Halaman depan pengambilan obat)

Gambar ini peneliti ambil saat para keluarga sedang melakukan pengambilan obat untuk pasien rawat jalan.



(Gambar 2: Ruang UGD)



(Gambar 3: Ruang Administrasi)

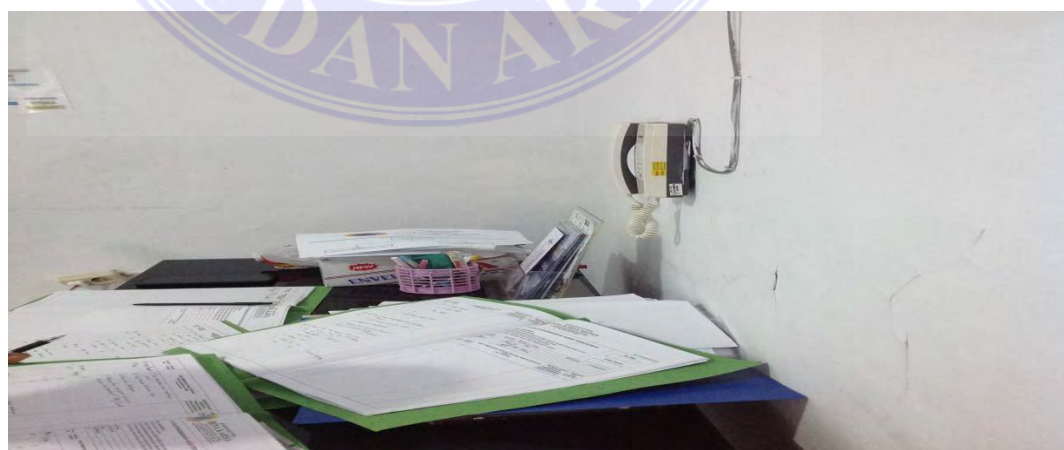




(Gambar 4: Halaman depan tempat pengambilan obat)



(Gambar 6: Lahan untuk para pasien odgj menanam)



(Gambar 7: Pendataan pasien odgj)





(Gambar 8: Ruang UGD dan Beberapa kamar pasien odgj)



(Gambar 9: Ruang Administrasi)





(Gambar 10: Depan RSJ Bina Karsa Medan)



(Foto Peneliti dengan pasien RM saat pasien masih dalam kondisi baik)