

Pola Pendampingan pada Pasien Gangguan Jiwa (ODGJ) di Yayasan Dzikirur Ghofilin Wonosobo

Agustinus Rustanta¹

¹Sekolah Tinggi Tarakanita

¹*e-mail* : agusrustanta@gmail.com

Abstrak

Perawatan terhadap penderita gangguan jiwa di Yayasan Dzikirur Ghofilin merupakan jenis perawatan yang unik. Para perawat adalah mantan penderita gangguan jiwa. tidak dengan memberikan obat-obatan dalam proses perawatan para pasien namun relawan memanfaatkan interaksi dan komunikasi antarpribadi karena relawan berangkat dari pemahaman bahwa penderita gangguan jiwa bukan penyakit fisik namun terjadi gangguan dalam jiwanya. Oleh karena itu, obat yang paling cocok adalah komunikasi. Komunikasi yang paling efektif dan efisien adalah komunikasi yang dilakukan oleh mantan penderita gangguan jiwa. Pengalaman mereka menjadi obat yang paling mujarab karena ada kepercayaan dari kedua belah pihak. Relawan percaya ia mampu membantu pasien dan pasien percaya ia akan sembuh dengan bantuan orang yang lebih dulu sembuh. Terdapat beberapa tahap yang relawan lakukan setiap menerima pasien gangguan jiwa yang baru. Tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan langkah-langkah perawatan terhadap penderita gangguan jiwa di Yayasan tersebut. Penelitian ini menggunakan paradigma konstruktivis dengan pendekatan kualitatif. Data diperoleh dari wawancara mendalam dengan dua orang relawan dan dua orang mantan penderita gangguan jiwa yang sudah dinyatakan sembuh. Data diperoleh dengan field work, observasi partisipan, dan wawancara. Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa proses pendampingan terhadap para penderita gangguan jiwa meliputi perkenalan (orientasi), identifikasi (penggalan informasi dari keluarga dan pasien), eksplorasi, dan diakhiri dengan terminasi yaitu fase dimana pasien sudah siap kembali kepada masyarakat.

Kata kunci: Komunikasi; Orientasi, Identifikasi, Eksploitasi, dan Terminasi

A. Latar Belakang

Komunikasi penting bagi umat manusia karena hanya dengan komunikasi sesama manusia dapat saling terhubung. Tak terkecuali adalah komunikasi antara pasien dan perawat. Perawat harus terampil dalam berkomunikasi dengan pasien karena jika ia tidak terampil maka akibatnya fatal. Bukanya sembuh namun pasien justru akan mengalami trauma, depresi atau putus asa. Sebagai contoh, pasien kanker stadium empat. Pasien hanya akan tahu jenis penyakit dan tingkat keseriusan penyakit jika ia diberi tahu baik oleh dokter atau perawat. Jika perawat memberi tahu pasien bahwa ia menderita kanker dan sudah stadium lanjut, maka ia akan mengalami depresi atau putus asa. Ia akan sangat terkejut dan akan sangat takut. Namun jika perawat atau dokter memberi informasi secara perlahan bahwa penyakitnya akan segera sembuh, maka pasien akan merasa tenang, dan tidak akan melakukan hal-hal yang justru mempercepat kematian. Pasien akan menaruh keparcayaan kepada perawat dan memiliki keyakinan besar bahwa ia akan sembuh. Demikian pula anggota keluarga pasien. Mereka juga tidak akan panik atau bahkan putus asa mendengar informasi yang disampaikan oleh perawat. Jadi jelas bahwa perawat tidak hanya bertugas merawat pasien secara fisik namun ia juga sangat bertanggungjawab untuk merawat kondisi psikis pasien dan juga anggota keluarga pasien.

Perawat memiliki peran multi dimensi. Ia tidak hanya sebagai perawat fisik pasien yang sakit namun ia juga memiliki peran lain. Hal ini seperti diungkap dalam konsorsium ilmu kesehatan (1989) seperti yang ditulis oleh Suryani (2015) bahwa perawat memiliki peran sebagai pendidik, konsultan, koordinator, kolaborator, dan juga peneliti bagi pasien. Hal ini tentu tidak aneh atau tidak berlebihan. Jika pasien berada di rumah sakit, pasien akan sangat tergantung pada perawat. Anggota keluarga juga akan sangat tergantung pada perawat. Maka, perawat harus mampu

berkomunikasi secara efektif. Kesalahan dalam berkomunikasi baik kepada pasien dan keluarga pasien akan berdampak buruk atau paling tidak akan menimbulkan ketegangan, keresahan, dan bahkan kepanikan.

Merujuk pada teori psychodynamic patient Hildegard Peplau (1957) nampaknya perawat memegang peranan penting dalam membantu kesembuhan pasien gangguan jiwa. Untuk memperoleh kesembuhan, perawat hendaknya dapat membangun hubungan yang baik dengan pasien. Pendampingan kepada pasien tidak sepenuhnya ada pada perawat atau dokter namun pasien juga memiliki peran besar dalam proses penyembuhan dari penyakitnya.

Berdasarkan uraian tersebut, tujuan penelitian ini adalah untuk mendeskripsikan pola pendampingan perawat terhadap pasien gangguan jiwa yang terjadi di Yayasan Dzikur Ghofilin dalam kaitannya dengan teori Psychodynamic Nursing oleh Hildegard Peplau.

B. Landasan Teori

Terdapat teori yang selaras dengan fenomena yang menjadi pokok kajian dalam penelitian ini yaitu Teori Hildegard Peplau. Teori yang dikembangkan Hildegard E Peplau adalah keperawatan psikodinamik (Psychodynamic Nursing). Teori ini dipengaruhi oleh model hubungan antarpribadi yang bersifat terapeutik (*significant therapeutic interpersonal process*). Hildegard E. Peplau mendefinisikan teori keperawatan psikodinamiknya sebagai “perawatan psikodinamika yaitu kemampuan untuk memahami perilaku seseorang untuk membantu mengidentifikasi kesulitan-kesulitan yang dirasakan dan untuk mengaplikasikan prinsip-prinsip kemanusiaan yang berhubungan dengan masalah-masalah yang muncul dari semua hal atau kejadian yang telah dialami.”

Teori Hildegard Peplau (1952) berfokus pada individu, perawat, dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan antara perawat dan pasien. Berdasarkan teori ini pasien adalah individu dengan kebutuhan perasaan, dan keperawatan adalah proses antarpribadi dan terapeutik. Tujuan keperawatan adalah untuk mendidik pasien dan keluarga dan untuk membantu pasien mencapai kematangan perkembangan kepribadian. Oleh sebab itu perawat berupaya mengembangkan hubungan antara perawat dan pasien, dimana perawat bertugas sebagai narasumber, konselor, dan wali.

Model konsep dan teori keperawatan yang dijelaskan oleh Peplau menjelaskan tentang kemampuan dalam memahami diri sendiri dan orang lain yang menggunakan dasar hubungan antar manusia yang mencakup empat komponen pokok (1) pasien, (2) perawat, (3) masalah kecemasan yang terjadi akibat sakit, dan (4) proses interpersonal.

Pertama, Pasien. Sistem dari yang berkembang terdiri dari karakteristik biokimia, fisiologis, interpersonal dan kebutuhan serta selalu berupaya memenuhi kebutuhannya dan mengintegrasikan belajar pengalaman. Pasien adalah subjek yang langsung dipengaruhi. Oleh adanya proses interpersonal.

Kedua, Perawat. Perawat berperan mengatur tujuan dan proses interaksi interpersonal dengan pasien yang bersifat partisipatif, sedangkan pasien mengendalikan isi yang menjadi tujuan. Hal ini berarti dalam hubungannya dengan pasien, perawat berperan sebagai mitra kerja, pendidik, narasumber, pengasuh pengganti, pemimpin dan konselor sesuai dengan fase proses antarpribadi.

Ketiga, masalah kecemasan yang terjadi akibat sakit. Kegelisahan berat yang disebabkan oleh kesulitan mengintegrasikan pengalaman interpersonal yang lalu dengan yang sekarang ansietas terjadi apabila komunikasi dengan orang lain mengancam keamanan psikologi dan biologi individu. Dalam model peplau ansietas merupakan konsep yang berperan penting karena berkaitan langsung dengan kondisi sakit.

Keempat, proses antarpribadi (*interpersonal*). Proses *interpersonal* yang dimaksud antara perawat dan pasien ini menggambarkan metode transformasi energi atau ansietas pasien oleh perawat yang terdiri dari empat fase. Peplau (1997:163) mengidentifikasi empat tahapan hubungan interpersonal yang saling berkaitan yaitu: (1) orientasi, (2) identifikasi, (3) eksploitasi, (4) resolusi (pemecahan masalah) dimana setiap tahap saling melengkapi dan berhubungan sebagai satu proses untuk penyelesaian masalah.

C. Penelitian terdahulu

Menurut Astuti et al (2010) depresi merupakan salah satu gangguan jiwa yang paling populer. Salah satu terapi yang dilakukan di rumah sakit umum Banyumas dilakukan dengan cara terapi kognitif yang memberikan berbagai macam keuntungan namun murah dan mudah. Terapi kognitif merupakan terapi terstruktur jangka pendek. Terapi ini memerlukan kerjasama antara pasien dan terapis untuk mencapai tujuan terapeutik. Teori kognitif tentang depresi menyatakan bahwa disfungsi kognitif merupakan inti dari depresi dan ciri penyerta lainnya. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan kuantitatif multivariat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah dilakukan terapi kognitif, skor depresi menurun secara signifikan.

Penelitian dilakukan oleh Witojo (2008) dengan judul Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Penurunan Tingkat Perilaku Kekejaman pada Pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta ini menggunakan pendekatan true experiment dengan populasi seluruh pasien skizofrenia sedangkan sampel ditentukan dengan teknik non probability sampling

dengan jenis purposive sampling. Sampel ditentukan sebanyak 60 orang yang dibagi menjadi dua kelompok, kelompok kontrol dan kelompok eksperimen. Hasil penelitian menunjukkan bahwa secara statistik terdapat penurunan tingkat perilaku kekerasan pada pasien skizofrenia.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Puspitorini (2009) menunjukkan bahwa gangguan jiwa obsesif kompulsif berkisar antara 2-3% pada remaja laki-laki. penyebabnya meliputi faktor biologi, perilaku, dan psikososial. Penyembuhannya dengan farmakoterapi dan psikoterapi dikombinasikan dengan Serotonin Reuptake Inhibitor (SRI) menghasilkan peningkatan kesembuhan secara signifikan.

Penelitian oleh Meliza et al (2017) berjudul “Analisis Komunikasi Terapeutik Perawat dalam Pemulihan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Aceh” ini bertujuan untuk mengetahui penerapan komunikasi terapeutik perawat dalam pemulihan pasien gangguan jiwa khususnya halusinasi di Rumah Sakit Jiwa Aceh dan hambatan. Teori yang digunakan dalam penelitian ini yaitu teori keperawatan psikodinamik yang dikemukakan oleh Hildegard E. Peplau. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif dengan analisis deskriptif. Pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara semi terstruktur, observasi nonpartisipan dan dokumentasi. Wawancara tersebut dilakukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* dengan 4 orang perawat Rumah Sakit Jiwa Aceh yang menerapkan komunikasi terapeutik pada pasien gangguan jiwa halusinasi. Berdasarkan hasil penelitian, komunikasi terapeutik yang diterapkan oleh perawat Rumah Sakit Jiwa Aceh dalam pemulihan pasien gangguan jiwa halusinasi melalui empat tahap yaitu tahap pra interaksi, orientasi, kerja dan terminasi. Selama penerapan komunikasi terapeutik perawat menggunakan komunikasi verbal dan non verbal serta beberapa teknik untuk mencapai tujuannya.

Penelitian oleh Alini (2014) dengan tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengetahuan perawat tentang komunikasi terapeutik dengan penerapan komunikasi terapeutik pada pasien di ruang rawat inap rumah sakit jiwa tapan provinsi riau tahun 2014. Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah survei analitik dengan pendekatan *cross sectional*, sampel dalam penelitian ini sebanyak 62 orang dengan menggunakan teknik *sampling jenuh*. Pengumpulan data dilakukan menggunakan kuesioner dengan analisa univariat dan bivariat. Dari hasil penelitian dapat diketahui tidak ada hubungan pengetahuan perawat tentang komunikasi terapeutik dengan penerapan komunikasi terapeutik pada pasien dengan p value 0,8 ($p > 0,05$).

D. Metode

Paradigma yang digunakan pada penelitian ini adalah paradigma konstruktivis. Asumsi pokok konstruktivis adalah bahwa individu mencari pemahaman mengenai dunia di mana ia hidup (Creswell, 2009:8) dan (Anshori, 2017:246). Realitas bukan sebagai realitas natural namun merupakan realitas yang dikonstruksi. Paradigm konstruktivis berpandangan bahwa manusia dan masyarakat sebagai produk dialektis, dinamis, dan plural secara terus menerus.

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan tujuan mengembangkan konsep dan menghimpun fakta-fakta (Bajari, 2015). Pendekatan kualitatif memberikan perspektif berbeda karena bersifat subyektif dimana pengertian melibatkan interpretasi peneliti dan memandang obyek sebagai sesuatu yang aktif. Pengumpulan data dilakukan dengan *Field work, observasi partisipan dan wawancara*. Observasi adalah metode pengumpulan data penelitian yang digunakan untuk menghimpun data melalui penginderaan, terutama menggunakan mata dan dibantu dengan indera lainnya. Oleh karena itu melakukan observasi maksudnya adalah mengumpulkan data penelitian mengandalkan kemampuan peneliti menggunakan pengamatannya melalui hasil kerja panca indera mata dibantu dengan indera lainnya. Observasi partisipatori merupakan kombinasi antara partisipasi dalam kehidupan orang-orang atau sekelompok orang yang diteliti dan perekaman data (Fetterman, 2010:37). Woodside (2010) menyebutnya sebagai informasi langsung dari pengalaman peneliti. Peneliti melakukan observasi dan mendeskripsikan *setting*, orang-orangnya, aktivitas, peristiwa-peristiwa yang terjadi, dan perasaan peneliti saat ikut aktif terlibat dalam suatu proses misalnya ikut serta dalam proses pendampingan pasien dengan melayani pasien, peran sebagai tenaga administrasi, juru masak dan sebagainya. Penelitian dilakukan pada Maret – Desember 2017 di Yayasan Dzikirur Ghofilin Wonosobo, Jawa Tengah. Informant di tentukan dengan teknik purposive sampling yaitu 4 orang relawan dan 4 mantan penderita gangguan jiwa (Indarti, Neni, Yogi, Amir).

E. Temuan

Pola komunikasi secara umum maksudnya setiap pasien pasti memperoleh perlakuan yang sama dari waktu ke waktu hingga saat ini walaupun mungkin terjadi perkembangan seiring berjalannya waktu dan seiring dengan pengalaman para relawan dalam merawat para pasien gangguan jiwa. Relawan melakukan aktivitas seperti yang dipromosikan oleh Hildegard Peplau yang terdiri dari orientasi, identifikasi, eksploitasi, dan terminasi walaupun

relawan tidak mengatakan bahwa mereka penganut teori *Psychodynamic Nursing*. Kesamaan perlakuan ini diperoleh peneliti setelah melakukan pengamatan terhadap relawan terutama Ketua Yayasan sejak ia menerima pasien hingga menyerahkan mantan pasien ke keluarga.

Karena relawan bukan dokter atau perawat, maka pada fase awal perjumpaan dengan pasien tidak dilakukan tindakan inisiasi seperti halnya di rumah sakit misalnya tidak dilakukan cek tekanan darah, dan kondisi fisik lainnya. Relawan juga tidak mencatat data diri pasien di sebuah folder tertentu yang kemudian menjadi dokumen yang berisi riwayat tindakan dokter atau perawat sebelumnya karena di Yayasan ini tidak tersedia perawat atau dokter yang memeriksa pasien, selain tidak ditemukan alat-alat kedokteran di Yayasan tersebut. Tidak ada catatan tertulis mengenai kondisi awal pasien. Relawan juga tidak berusaha untuk menulis data pasien. Semua terjadi secara lisan saja tanpa ada catatan tertulis apapun. Bahkan buku tamu juga tidak tersedia. Suatu ketika mereka mempersiapkan buku tamu namun lama kelamaan mereka lupa mendokumentasikan para tamu yang hadir dalam buku tamu. Hal ini disebabkan karena tidak ada petugas khusus yang menangani para tamu. Ketua Yayasan ini bersifat multi fungsi, menerima tamu/keluarga pasien baru maupun lama, merawat pasien, melayani keluarga sendiri sebagai ibu dari tiga anak, dan juga melayani murid-murid di sekolah sebagai guru Agama. Ia merupakan relawan yang serba bisa dan multifungsi.

Selama bertahun-tahun aktivitas di Yayasan ini berjalan seperti biasa. Jika diperhatikan, tidak nampak aktivitas yang menghebohkan seperti layaknya rumah sakit misalnya perawat yang lalu lalang dengan seragam putih-putih, lalu-lalang para penjenguh, dan sebagainya. Rumah di mana ratusan orang berada di dalamnya nampak biasa saja. Relawan juga tidak memiliki jadwal khusus kapan mereka bertemu atau berkomunikasi secara pribadi dengan masing-masing pasien. Mereka juga tidak memiliki agenda kapan mereka di panggil untuk konsultasi atau aktivitas lainnya. Semuanya berjalan begitu saja seperti layaknya sebuah rumah tangga. Berikut adalah prosedur yang berhasil dihimpun oleh peneliti.

Jika diamati dan diperhatikan secara seksama, perawatan yang dilakukan oleh relawan bermula dari pertemuan awal dan diakhiri dengan penyerahan pasien jika sudah sembuh.

Fase Perkenalan (orientasi)

Pada fase ini biasanya pasien datang bersama keluarga atau orang-orang dekat pasien. Sebelum mereka datang mereka biasanya sudah menjalin hubungan dengan Ketua Yayasan sehingga ketika mereka datang mereka sudah saling mengenal namun belum pernah ketemu secara fisik. Namun, ada kalanya pasien dan keluarga datang tanpa janji terlebih dahulu karena mereka tidak mencoba menghubungi relawan sebelum mereka datang. Mereka ini biasanya mendapat informasi melalui mesin pencari (*google*) sehingga mereka langsung menuju lokasi tanpa pemberitahuan. Supaya mereka tidak kerja dua kali, mereka membawa pasien sekaligus.

Kedatangan mereka juga bermacam-macam motifnya. Ada yang sekedar survey lokasi, ada pula yang memang sangat berharap supaya anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa dapat dirawat di Yayasan ini. Kedatangan keluarga biasanya diawali dengan silaturahmi dengan Ketua Yayasan dan sekedar berkenalan. Pada umumnya mereka datang disertai anggota keluarga yang lain. Seperti yang biasa terjadi, ketika berkenalan relawan biasanya juga menanyakan dari mana mereka berasal dan bagaimana mereka dapat mengetahui informasi mengenai keberadaan Yayasan ini. Setelah itu, bincang-bincang ringan mengalir begitu saja sehingga interaksi antara relawan dan anggota keluarga pasien menjadi makin akrab.

Disela-sela perbincangan mereka, biasanya relawan kemudian menanyakan maksud dan tujuan mereka datang ke Yayasan. Keluarga kemudian menceritakan maksud dan tujuan mereka datang, antara lain apakah ada kemungkinan untuk menitipkan anggota keluarga yang sedang mengalami gangguan jiwa. Mereka juga menanyakan syarat-syarat yang harus mereka penuhi jika mereka ingin menitipkan pasien.

Pada fase ini relawan sudah memperoleh data atau informasi awal tentang calon pasien yang akan mereka rawat. Informasi dari keluarga ini sangat penting bagi relawan terutama jika pasien sulit diajak berbicara. Sulit bagi relawan untuk mendapatkan informasi mengenai keadaan sakit pasien. Sebaliknya, informasi dari keluarga menjadi makin lengkap jika pasien masih mampu berkomunikasi. Relawan dapat melengkapi informasi ketika relawan sering berbaur dan bertemu dengan pasien.

Ketua Yayasan yang berperan penting dalam menolak atau menerima pasien akan melakukan pembicaraan yang intensif mengenai calon pasien. Relawan bertanya mengenai riwayat gangguan jiwa (berapa lama, penyebabnya apa saja, riwayat pengobatan, dan seterusnya). Kemudian ia menyebutkan persyaratan kepada keluarga apakah mereka setuju atau tidak. Salah satu syarat adalah apakah mereka mau menerima keadaan panti yang kurang layak dan bahkan mengarah ke tidak layak. Kedua, apakah keluarga tidak keberatan jika pasien kemungkinan besar akan terjangkit penyakit gatal-gatal. Jika keluarga merasa tidak keberatan, Ketua Yayasan akan menerimanya setelah keluarga menandatangani surat pernyataan.

Fase adaptasi dan pengumpulan informasi (identifikasi)

Jika Ketua Yayasan memutuskan untuk menerima pasien dan bersedia untuk merawatnya, pasien akan dipersilakan menuju tempat dimana teman-teman lain berkumpul. Ia tidak diikat atau dimasukkan ke dalam kamar-kamar, namun ia dibebaskan dan dilepas sehingga ia dapat bertemu dengan pasien-pasien lain secara bebas. Terkecuali jika ia suka merusak atau menyakiti pasien lain. Ia akan diikat sampai ia menjadi lebih tenang.

Fase ini dilakukan oleh Ketua Yayasan atau relawan lain kepada siapa saja yang datang. Mereka tidak hanya menanyakan profil calon pasien yang akan diterima namun juga kepada calon pasien yang mungkin mereka akan tolak. Hal ini dilakukan untuk mengetahui seberapa besar prosentase pasien untuk dapat dirawat dan memperoleh kesembuhan. Ketika pasien dianggap tidak mungkin memperoleh kesembuhan, Ketua Yayasan akan menolaknya. Namun, ketika ia yakin bahwa pasien dapat sembuh walaupun sudah mengalami gangguan jiwa terlalu lama, ia akan menerimanya.

Fase indentifikasi ini tidak hanya ditanyakan kepada keluarga pasien namun juga dilakukan kepada pasien itu sendiri. Hal ini dilakukan ketika pasien masih dapat berkomunikasi. Ada kalanya pasien tidak mampu berkomunikasi dengan siapapun. Dengan demikian, informasi yang paling penting berasal dari anggota keluarga yang mengantarnya. Namun, jika pasien masih dapat berkomunikasi, relawan akan menggali informasi lebih dalam dari sisi pasien itu sendiri.

Setelah proses penggalian informasi mengenai pasien selesai, Ketua Yayasan akan memutuskan menerima, menerima namun ditangguhkan, atau menolak. Ketika pasien dinyatakan diterima namun ditangguhkan, hal ini disebabkan karena relawan akan memulangkan pasien yang sudah stabil. Ketika pasien dinyatakan diterima, keluarga harus mengisi dan menandatangani surat pernyataan yang berisi bahwa keluarga tidak akan menuntut jika terjadi kondisi terburuk pada diri pasien (misalnya meninggal dunia selama masa perawatan).

Fase eksploitasi

Pada fase ini relawan membagi dua sub-fase yaitu sub-fase eksploitasi awal dan sub-fase eksploitasi lanjut. Pada fase eksploitasi awal, relawan membersihkan tubuh pasien dengan cara memotong rambutnya, memandikan dan memberi pakaian yang pantas, memijat beberapa bagian tubuhnya (kaki, tangan dan bahu, tengkuk, dan punggung). Jika tidak dimungkinkan untuk memijatnya, relawan akan memijat pasien bagian punggung dengan kakinya. Relawan menginjak-injak punggung pasien. Setelah pasien bersih, relawan membiarkan pasien untuk mengenali tempat pasien berada. Pasien biasanya melihat-lihat teman-teman lain. Ia tidak diberikan ruang khusus atau sel khusus namun pasien baru selalu dilepas begitu saja. Oleh karena itu, pasien diberikan keleluasaan untuk beradaptasi dengan lingkungan yang baru, teman-teman yang baru, dan suasana yang baru. Kemudian relawan memberinya makan yang layak tiga kali sehari, membiarkan pasien tidur yang cukup.

Fase eksploitasi lanjut dilakukan ketika pasien sulit tidur bahkan teriak-teriak, merusak atau berkelahi dengan pasien lain. Jika pasien masih anarkis, pasien akan diikat untuk sementara sampai ia tenang atau dimasukkan ke sel. Jika mereka tidak melakukan anarkis namun mengganggu teman-temannya karena ia suka berteriak-teriak, dan ia mengalami ketergantungan pada obat, relawan secara bertahap mengurangi doses obat yang harus diminum sampai pada akhirnya tidak terpengaruh oleh obat sama sekali.

Pada fase inilah relawan dapat melihat perkembangan diri pasien. Jika tidak ada perubahan sama sekali, relawan menghubungi keluarga pasien untuk menyembutnya. Namun, tidak semua keluarga mau menjemput pasien. Kebanyakan dari mereka menolak membawa pulang anggota keluarga yang sudah dinyatakan ditolak di Yayasan Dzikur Ghofilin. Mereka beralasan kesulitan merawat atau tidak ada perawat dirumahnya. Maka, keluarga biasanya menyerahkan sepenuhnya keluarga yang mengalami gangguan jiwa untuk tetap berada di Yayasan dalam waktu yang tidak ditentukan.

Ketika pasien sudah mulai stabil, relawan memberi kesempatan pasien untuk melakukan aktivitas di lingkungan Yayasan misalnya bersih-bersih, kerja bakti, dan lain-lain. Pekerjaan ini sengaja diberikan untuk membantu pasien tidak bosan dan dapat dengan mudah memusatkan konsentrasi pada kegiatan bukan pada masalah yang ia hadapi. Ketika pasien sudah memenuhi empat kriteria yaitu sudah mampu berkomunikasi dengan efektif, mampu bertanggungjawab dengan tugas yang diberikan, mampu merawat diri sendiri, dan mampu beradaptasi dan bersosialisasi, mereka dinyatakan sudah kembali normal.

Langkah terakhir adalah berzikir bagi pasien yang sudah stabil. Hal ini dimaksudkan supaya mereka dekat dengan Yang Maha Kuasa. Ketika segala sesuatunya dipusatkan dan diserahkan kepada kehendak Yang Maha Kuasa, mereka akan lebih tenang dan lebih pasrah diri pada kehendak yang Ilahi. Jika mereka sudah menyadari bahwa segala sesuatu

ada yang mengatur, mereka tidak akan mudah tergoda atau terganggu jiwanya. Sebagian dari mereka dapat ikut zuluk Zikirullah yang dilakukan satu bulan sekali yang dipimpin oleh Shehk Gatot Purwanti dari Bantul Yogyakarta.

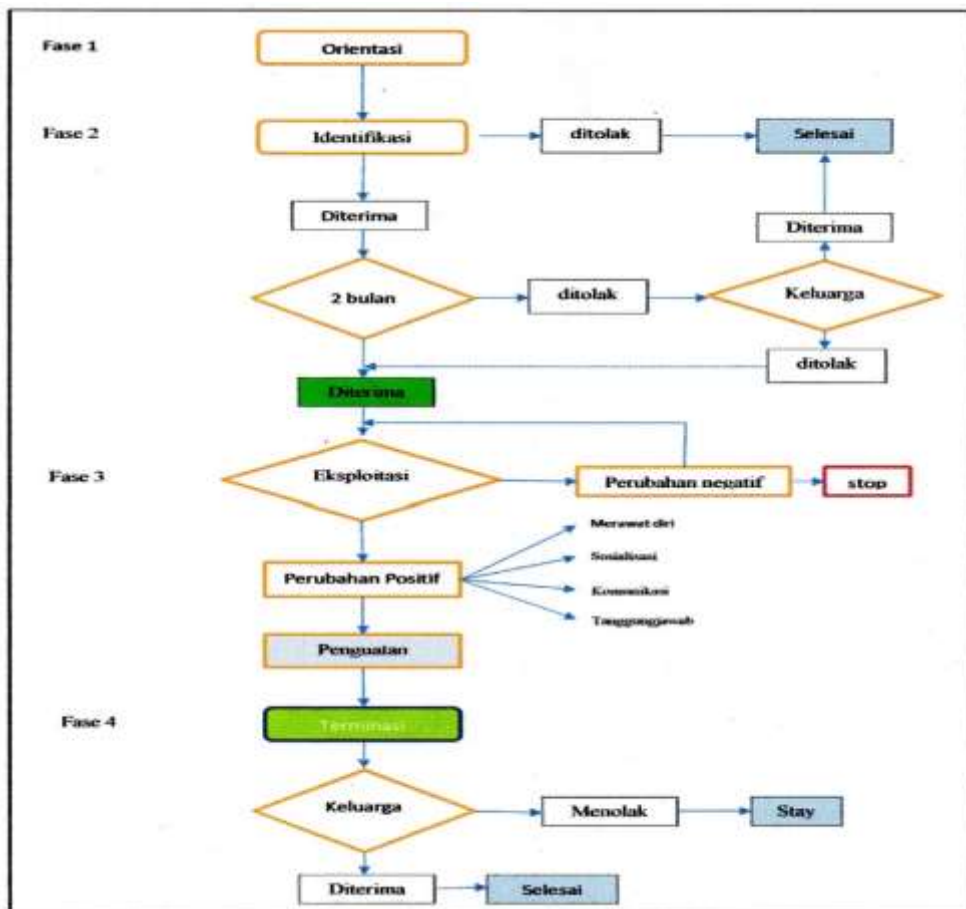
Fase Terminasi

Fase terminasi adalah fase dimana pasien sudah layak kembali ke keluarganya. Relawan yang biasanya dilakukan oleh Ketua Yayasan, segera menghubungi keluarga untuk menjemputnya. Keluarga dapat menjemputnya dan membawanya pulang untuk kembali ke keluarga. Namun, ada kalanya keluarga tidak bersedia menjemput anggota keluarga yang sudah sembuh dengan cara menunda-nunda penjemputan. Pada umumnya mereka trauma atau takut ia kambuh kembali. Jika hal ini terjadi, pasien akan tetap berada di Yayasan. Mereka diberi tugas untuk membantu relawan merawat teman-teman mereka yang belum stabil. Selain itu, mereka juga dapat bekerja di luar Yayasan namun masih di bawah pengawasan para relawan.

Pada fase ini pasien sudah mulai terbebas dari orang yang dianggap sebagai orang yang perlu bantuan. Ia mulai mandiri. Indikator keberhasilan untuk fase ini adalah jika pasien sudah mampu mandiri. Pasien sudah siap untuk kembali menyatu dengan keluarga, teman, komunitas maupun lingkungan.

Fase ini bukan fase menemukan solusi namun fase dimana pasien harus berdamai dengan keluarga dan masyarakat. Pasien didorong untuk tidak mengatakan bahwa ia sudah sembuh. Pasien tidak perlu melakukan pengakuan bahwa ia sudah stabil atau menjadi orang normal kembali. Pasien tidak perlu banyak berbicara namun harus banyak berbuat yang bermanfaat bagi dirinya maupun orang lain. Semakin banyak berbicara, keluarga atau masyarakat semakin yakin bahwa ia belum menjadi manusia normal. Semakin diam, masyarakat semakin percaya bahwa ia sudah menjadi manusia normal. Itulah pesan dari para relawan. Pasien didorong untuk menunjukkan bahwa ia sembuh dengan cara berbuat sesuatu sehingga orang percaya. Salah satunya adalah bekerja. Pasien didorong supaya mereka mampu bekerja secara bertanggungjawab hingga pasien mampu menghasilkan uang sehingga ia mampu mandiri. Dengan demikian, orang-orang disekitarnya akan memberikan penilaian apakah pasien benar-benar sembuh atau tidak.

Proses tersebut jika digambarkan adalah sebagai berikut:



Gambar prosedur perawatan

F. Pembahasan

Perawatan terhadap penderita gangguan jiwa di Yayasan Dzikirur Ghofilin sangat unik. Sudah ratusan orang berhasil kembali ke keluarga dan lingkungannya karena mereka telah sehat kembali secara mental/jiwa. Ada beberapa hal yang mendukung kesembuhan. Salah satunya adalah letak Yayasan yang berada di pelosok dusun di Wonosbo. Yayasan ini berada di sebuah dusun yang sepi, sunyi, sejuk nan asri. Yayasan ini dikelilingi hutan-hutan yang membuat udara disekitar Yayasan begitu sejuk terutama di pagi hari. Lingkungan Yayasan ini sangat nyaman untuk istirahat. Selain masih asri karena dikelilingi pepohonan yang hijau, Yayasan ini berada di dekat sebuah bendungan dan terhampar sawah-sawah yang luas. Oleh karena itu, Yayasan ini menjadi tempat yang sangat cocok bagi proses penyembuhan karena tempat ini masih tenang tidak bising oleh suara kendaraan yang berlalu lalang selama 24 jam. Tempat ini tidak panas cenderung sejuk sepanjang hari karena dikelilingi hutan karena letak Yayasan di lereng bukit sehingga suasana ini sangat mendukung sekali sebagai tempat perawatan orang sakit terutama orang dengan gangguan jiwa.

Selain letak geografis yang sangat mendukung, para perawat yang merawat ratusan orang ini adalah mantan penderita gangguan jiwa. Dengan demikian, mereka pernah mengalami apa yang dialami, dirasakan, dan diharapkan oleh para pasien. Karena persamaan pengalaman, para pasien dapat dengan mudah berbagi penderitaan kepada para relawan yang berjumlah empat orang. Pengalaman para relawan dapat membangkitkan kepercayaan para pasien seperti yang diungkapkan oleh Benson (2000). Perawatan oleh mantan penderita gangguan jiwa memerikan dampak positif dan dapat mempengaruhi cara pikir para pasien.

Kekuatan pikiran dapat memberikan pengaruh positif dan negatif (Benson, 2000: 18). Seseorang perlu meyakinkan orang lain tentang kondisi tubuhnya (20). Keyakinan yang diberikan oleh orang lain, dalam hal ini perawat yang pernah mengalami pengalaman yang sama dengan para pasien, dapat memberikan dampak positif bagi kesehatannya “dengan caranya yang meyakinkan, dia merangsang sirkuit-sirkuit di dalam otak yang memberi tanda bahwa tidak ada sesuatu yang tidak beres yang sesungguhnya terjadi”. Dalam bahasa medis disebut dengan istilah ‘pengaruh obat penawar’ atau placebo effect. Arti harafiah: placebo: saya akan menghibur. Pada pengobatan modern, kata ini mengacu pada obat-obatan atau prosedur yang tidakaktif dan kuratif namun begitu diberikan semata-mata dengan tujuan untuk menenangkan atau menyenangkan pasien.

Jaminan-jaminan verbal dan caranya yang memberikan ketenangan itu, yang merupakan keyakinannya, berinteraksi dengan keyakinan pasien dan tanpa intervensi medis apapun menyebabkan perubahan psikologis yang dapat terdeteksi. Pasien mempercayai perawatnya dan menggantungkan keyakinannya dalam kemampuan mereka dalam mengembalikan kebugaran tubuhnya (Benson, 2000: 20). Menurut Benson, 75% pasien sembuh dengan sendirinya, dan 25% mewakili penyakit-penyakit khusus dan dapat didiagnosis dengan obat. Perawatan apa pun lebih mungkin berhasil jika pasien memiliki keyakinan yang kuat terhadap kemampuan dokternya atau perawatnya bahkan keyakinan bahwa kekuatan spiritual yang lebih tinggi berpengaruh dalam dirinya.

Benson (2000:79) mengatakan bahwa perawatan oleh relawan sendiri yang juga mantan penderita gangguan jiwa memiliki pengaruh tersendiri dibandingkan dengan perawatan oleh perawat atau siapapun. Relawan secara pribadi terlibat dalam pemeriksaan hal-hal yang bersifat pribadi melalui perbincangan sederhana setiap hari. Bahkan relawan ini tidur ditengah-tengah pasien gangguan jiwa. Dari kebersamaan dan pendekatan antarpribadi kepada setiap pasien ia akan mengetahui apakah ada masalah atau tidak. Keterlibatan relawan dalam hal-hal yang bersifat pribadi melancarkan komunikasi relawan dengan pasien yang ia rawat. Dia bersedia berlama-lama bercakap-cakap dengan pasien tanpa menggunakan prosedur antiseptik laboratorium atau pihak ketiga di tengah-tengah hubungan mereka. Keberadaan relawan di tengah-tengah pasien sudah memberikan daya penyembuh yang luar biasa.

Relawan memiliki daya penyembuh yang luar biasa karena ia pernah mengalami dan ia sedang menyalurkan pengalamannya kepada para pasien. Relawan hanya meyakinkan bahwa para pasien dapat sembuh kembali seperti para relawan yang juga dapat sembuh. Kepercayaan perawat (relawan) kepada pasien dan kepercayaan pasien kepada relawan dapat menjadi sumber kesembuhan yang sangat dahsyat. Kuncinya ada pada kepercayaan kedua belah pihak (Benson, 2000: 81).

Pasien yang masih ragu-ragu ia tidak akan memperoleh kesembuhan. Tetapi jika dokter dan pasien berangkat dari suatu keyakinan dalam kekuatan spiritual dan kuratif non fisik yang sama, maka kemungkinan besar akan mendatangkan hasil-hasil positif. Benson (halaman 84) mengatakan bahwa 75% pasien tidak dapat ditolong dengan menggunakan pengobatan modern dan teknik-teknik bedah. Namun banyak pasien dapat tertolong hanya dengan sekedar mengunjungi dokter mereka, mempercayainya dan mendapatkan kepastian darinya bahwa dirinya akan sembuh. Membangun hubungan yang akrab dengan pasien tidak hanya mengobati aspek-aspek psikologis namun juga aspek-aspek emosional suatu penyakit (Benson, 2000: 84). Interaksi kepercayaan dan keyakinan antara dokter

dan pasien sesungguhnya dapat mengubah fisiologi pasien dan mempengaruhi penyembuhan atau meredakan penyakit fisik.

Dalam mendampingi ratusan penderita gangguan jiwa, relawan melakukan pendekatan personal kepada setiap pasien. Terdapat 4 tahap seperti yang diungkapkan oleh Hildegard Peplau (1957) yaitu orientasi, identifikasi, eksploitasi, dan terminasi. Setiap tahap ini secara berulang-ulang dilakukan oleh relawan kepada pasien baru. Pendekatan antar pribadi kepada masing-masing pasien menyebabkan pasien memiliki dorongan positif dan keyakinan yang sangat positif bahwa ia dapat kembali sembuh seperti para relawan.

Walaupun tanpa dibantu oleh psikolog, dokter jiwa, perawat khusus, relawan yang berjumlah 4 orang ini dapat menangani ratusan pasien. Bagaimana caranya mereka melakukan ini? Selain menggunakan langkah-langkah seperti yang diungkapkan oleh Peplau, mereka juga memberdayakan semua pasien yang sudah mulai stabil untuk membantu pasien yang masih belum stabil. Ternyata, melibatkan pasien dalam menyembuhkan pasien lain dapat menjadi daya dorong yang kuat bagi pasien untuk sembuh. Relawan dalam hal ini memperbanyak jumlah relawan yang pernah mengalami gangguan jiwa untuk merawat pasien lainnya. pemberdayaan sesama pasien dalam merawat pasien lainnya ini sejalan dengan yang diungkapkan oleh Deegan (1988). Secara psikologis, pasien lebih percaya kepada perawat yang memiliki pengalaman yang sama.

G. Kesimpulan

Perawatan pasien gangguan jiwa merupakan perawatan yang sangat unik. Setiap pasien adalah unik karena mereka memiliki tingkat/level gangguan jiwa yang berbeda-beda. Karena itu, perawatan yang diberikan tidak mungkin seragam. Setiap pasien memiliki entry point yang berbeda. Peran relawan di Yayasan Dzikurur Ghofilin ini menjadi salah satu model perawatan pada penderita gangguan jiwa dengan pendekatan antarpribadi. Para perawat bukanlah perawat khusus penderita gangguan jiwa yang memiliki keahlian khusus namun para perawat adalah mantan penderita gangguan jiwa. Sharing of experience menjadi ciri khas perawatan di Yayasan ini. Pemanfaatan penderita atau mantan penderita gangguan jiwa menjadi daya penyembuh tersendiri bagi para pasien gangguan jiwa.

References

- Ahmadi, Negar, Philip Saleh, and Colin M Shapiro, In Kramer, Milton. 2010. *Sleep and Mental Illness*. Cambridge University Press
- Alini. 2014. *Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Komunikasi Terapeutik Dengan Penerapan Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau Tahun 2014*. Jurnal Keperawatan STIKes Tuanku Tambusai Riau Vol 5, ed 2, halaman 1-9.
- Astuti, Wening Marsudi, Made Sumarwati, & Tulus Seyiono. 2010. Pengaruh Terapi Kognitif Restrukturisasi terhadap Penurunan Skor Depresi pada Pasien Gangguan Jiwa. *Jurnal Keperawatan Soedirman* Vol. 5, No 3 halaman 164-173.
- Anshori, Dadang S. 2017. *Etnografi Komunikasi: Persepektif Bahasa*. Jakarta: Rajawali Press
- Attree, Miora. 2000. *Patients and Relatives' Experiences and Perspectives of 'Good' and 'not good' quality care*. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 33., No. 4 page 456-466
- Bajari, Atwar. 2015. *Metode Penelitian Komunikasi: Prosedur, Tren, dan Etika*. Bandung: Simbiosis Rekatama Media.
- Creswell, John W. 2009. *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches Third Edition*. SAGE Publications Ltd.
- Deegan, Patricia E. 1988. *Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation*. *The Psychosocial Rehabilitation Journal* Vol. 11., No. 4 page 11-19
- Godbout, Roger In Kramer, Milton. 2010. *Sleep and Mental Illness*. Cambridge University Press

- Holmes, E. Paul, Patrick W. Corrigan, Sarah Knight, & Judith Flaxman. 1995. Development of a sleep management Program for People with Severe Mental Illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol 19 No 2, page 9-15
- Lalongkoe, Maksimus R & Edison, Thomas A. 2014. *Komunikasi Terapeutik: pendekatan praktis praktisi kesehatan*. Yogyakarta: Penerbit Graha Ilmu.
- McCann, Terence V & Baker, Helen. 2001. *Mutual Relating: developing interpersonal relationships in the community*. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 34 No. 4 page 530-537
- McCann, Terence V. & Baker, Helen. 2001. *Mutual Relating: Developing Interpersonal Relationships in The Community*. Blackwell Science Ltd.
- Meliza, Cut Putri & Nur Anisah. 2017. Analisis Komunikasi Terapeutik Perawat dalam Pemulihan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah Sakit Jiwa Aceh *Jurnal Ilmiah Mahasiswa FISIP Unsyiah Volume 2, Nomor 2:151-170 Mei 2017*
- Morse, Janice M. 1991. *Negotiating Commitment and Involvement in the Nurse-Patient Relationship*. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 16, page 455-468.
- Oltmanns, Thomas F & Robert E. Emery. 2012. *Abnormal Psychology, seventh edition*. Pearson Education, Inc
- Peplau, Hidegard E. 1997. *Peplau's Theory of Interpersonal Relations*. *Nursing Science Quarterly* Vol. 10 No. 4 page 162-167.
- Potter, Patricia A & Perry, Anne Griffin. 2013. *Fundamentals of Nursing*. Eighth Edition. Mosby of Elsevier Inc.
- Puspitosari, Warih Andan. 2009. Terapi Kognitif dan Perilaku pada Gangguan Obsesif Kompulsif. *Mutiara Media*, Vol 9, No 2 halaman 73-79.
- Shattell, Mona M. 2004. *Nurse-Patient Interaction: a review of the literature*. *Journal of Clinical Nursing* Vol 13, page 714-722
- Slade, Mike. 2009. *Personal Recovery and Mental Illness: a guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Suryani. 2015. *Komunikasi Terapeutik: Teori dan Praktik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Witojo, Djoko & Arif Widodo. 2008. Pengaruh Komunikasi Terapeutik terhadap Penurunan Tingkat Perilaku Kekesaran pada Pasien Skizofrenia di RSJD Surakarta. *Berita Ilmu Keperawatan* Vol. 1 No. 1 halaman 1-6.