

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Permasalahan setiap orang datang dan terus berganti, terkadang membuat diri orang tersebut lelah dengan segala masalah yang ada. Ketika seseorang merasa lelah dengan semua masalah yang dihadapinya baik secara fisik ataupun mental, sehingga tidak bisa mengendalikan atau mengelola perasaannya, maka bisa saja orang tersebut mengalami gangguan kesehatan pada jiwanya. Menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) di Indonesia edisi II yang merujuk ke Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (DSM-III), gangguan jiwa adalah sindrom atau pola perilaku psikolog seseorang yang berkaitan dengan gejala penderitaan (distress), disalah satu atau lebih fungsi, disfungsi disini merujuk kedalam segi perilaku, psikologi, atau biologi, dan gangguan itu tidak hanya dari hubungan antar manusia di masyarakat saja (Maslim, 2002: 07).

Menurut UU Kesehatan Jiwa No. 18 tahun 2014, Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) adalah orang yang memiliki risiko mengalami gangguan jiwa, dimana orang tersebut mempunyai masalah fisik, mental, sosial, pertumbuhan dan perkembangan atau kualitas hidup. Sedangkan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) adalah orang yang mengalami gangguan pikiran, perilaku dan perasaan

dalam bentuk sekumpulan gejala atau perubahan perilaku yang dapat menimbulkan penderitaan dan hambatan dalam menjalankan fungsi orang sebagai manusia (sumber: <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-3264163/kenali-bedanya-orang-dengan-masalah-kejiwaan-dan-orang-dengan-gangguan-jiwa>, diakses pada tanggal 11/04/20).

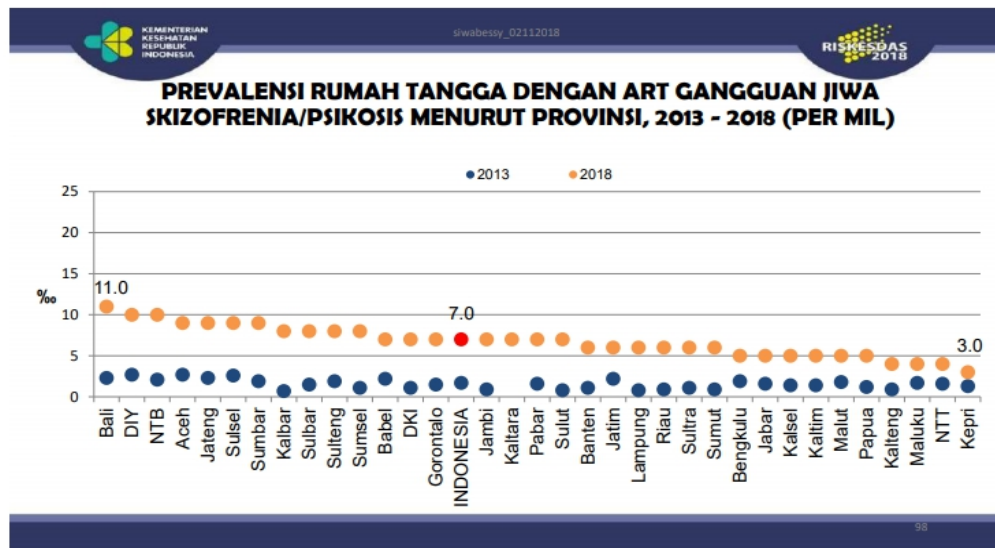
Kesehatan jiwa di Indonesia masih tidak dianggap sebagai masalah serius, padahal kesehatan jiwa ini menjadi persoalan serius yang harus diperhatikan. Menurut Alfian Putra Abadi penulis dalam tulisan yang berjudul “Kemenkes Sebut Masalah Kesehatan Jiwa Perlu Disikapi Serius” yang dilansir oleh Tirto.id. Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kementerian Kesehatan RI Anung Sugihantoni mengatakan, persoalan kesehatan jiwa masih dianggap kalah serius ketimbang kesehatan fisik. Padahal menurutnya, kesehatan jiwa sama halnya dengan kesehatan fisik. Apabila tidak ditangani, gangguan kejiwaan dapat mengancam kehidupan seseorang (sumber: <https://tirto.id/kemenkes-sebut-masalah-kesehatan-jiwa-perlu-disikapi-serius-diuR>, diakses pada tanggal 09/01/20).

Menurut organisasi kesehatan dunia satu dari empat orang di dunia terjangkit gangguan jiwa. Saat ini ada sekitar 450 juta orang yang mengalami gangguan jiwa. Di Indonesia, menurut data hasil Riskedas (Riset Kesehatan Dasar) 2013 dikombinasi dengan data rutin dari Pusdastin (Pusat Data dan Informasi), menunjukkan gejala depresi atau kecemasan sudah dirasakan orang Indonesia

dimulai dari umur 15 tahun. Presentase depresi mencapai 6 persen atau sekitar 14 juta orang, sedangkan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk atau sekitar 400.000 orang (sumber: <https://www.beritasatu.com/nasional/502826-kesehatan-jiwa-di-indonesia-masih-terabaikan.html>, diakses pada tanggal 04/03/19).

Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar yang dilakukan di setiap provinsi di Indonesia pada tahun 2013-2018, meningkatnya gangguan jiwa skizofrenia, sebagai berikut data yang ditemukan:

**Gambar 1.1**  
**Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013-2018 menurut Provinsi.**



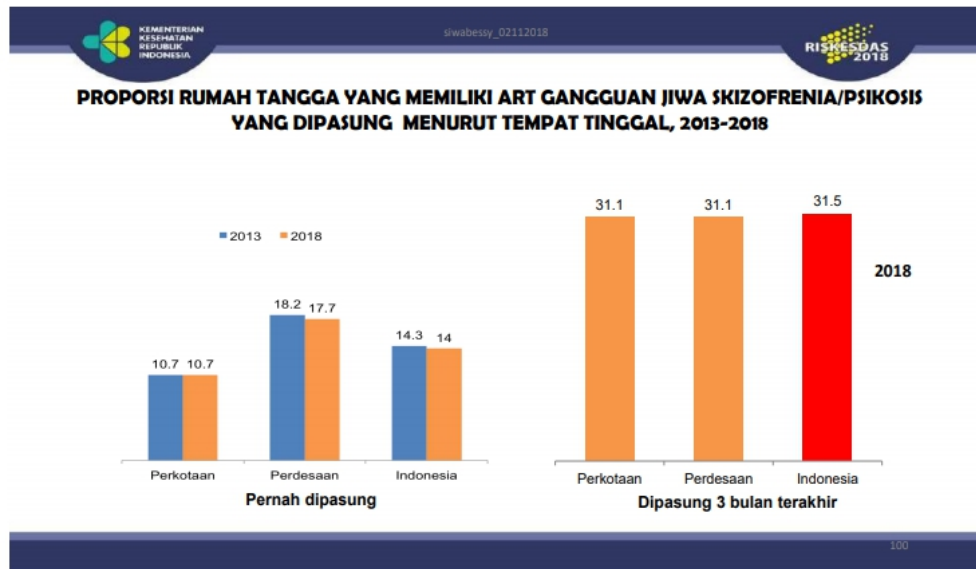
(sumber:[http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018\\_1274.pdf](http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf))

Berdasarkan data diatas, menunjukkan peningkatan anggota rumah tangga yang terkena gangguan jiwa skizofrenia di masing masing provinsi pada tahun 2013

sampai 2018. Meningkatnya anggota rumah tangga yang memiliki gangguan jiwa skizofrenia di Indonesia terlihat jelas dari data diatas, yang berawal dari 2.0% pada tahun 2013, dan meningkat menjadi 7.0% pada tahun 2018. Beberapa pihak mengatakan isu kesehatan jiwa masih kurang menjadi perhatian di Indonesia, meski terjadi tren peningkatan masalah tersebut. Jumlah dokter spesialis kesehatan dan akses terhadap pelayanan kesehatan jiwa yang minim dianggap sebagai penyebab persoalan meningkatnya gangguan jiwa di Indonesia (sumber: <https://www.bbc.com/indonesia/indonesia-49987127>, diakses pada tanggal 10/01/20)

Tenaga medis di Indonesia juga masih terbilang sedikit, WHO (World Health Organization) menetapkan standar jumlah tenaga psikolog dan psikiater dengan jumlah penduduk adalah 1:30 ribu orang, atau 0,3 per 100.000 penduduk. Sedangkan Indonesia dengan jumlah penduduk sekitar 250 juta jiwa, psikolog klinis masih berjumlah sekitar 451 (0,15 per 100.000 penduduk), dan sekitar 773 psikiater (0,32 per 100.000 penduduk) (sumber: <https://beritagar.id/artikel/telatah/masalah-kesehatan-mental-yang-terabaikan.html>, diakses pada tanggal 09/12/19), karena itu dengan kondisi seperti itu, masih banyak orang yang kurang mengetahui betapa pentingnya isu kesehatan mental. Bertambahnya orang dengan gangguan jiwa (ODGJ), dan minimnya dokter spesialis dan akses pelayanan kesehatan jiwa juga menyebabkan banyak anggota rumah tangga yang menjadikan pemasangan sebagai jalan keluar untuk menangani orang dengan gangguan jiwa dirumah, terlihat dari hasil riset kesehatan dasar tahun 2013 - 2018 berikut:

**Gambar 1.2**  
**Angka pemasungan menurut tempat tinggal.**



(sumber:[http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir\\_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018\\_1274.pdf](http://www.kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf))

Berdasarkan jumlah dari data tersebut, 14,3% diantaranya atau sekitar 57.000 orang pernah atau sedang dipasung. Angka pemasungan di pedesaan pada tahun 2013 adalah sebesar 18,2%, dan pada tahun 2018 adalah sebesar 17,7%. Angka ini lebih besar dibandingkan di perkotaan, yaitu sebesar 10,7% pada tahun 2013 dan 2018. Angka pemasungan di Indonesia dalam 3 bulan terakhir 2018 juga sebesar 31,5%. Berdasarkan data, banyaknya orang gangguan jiwa di Indonesia terkhusus yang tinggal di pedesaan lebih banyak dipasung daripada yang tinggal di perkotaan. Selain memasung, biasanya keluarga membiarkan untuk pergi atau memang kabur dari rumah, sehingga banyak ODGJ yang berkeliaran di jalanan tanpa tahu siapa dirinya dan mau kemana.

ODGJ yang pergi dari rumah, dari kota ke kota, mungkin bisa saja dari kota jauh seperti Bandung dan sampai ke Tasikmalaya, yang jika kita perkirakan pasti orang gangguan jiwa itu tidak memakai kendaraan apapun, dan hanya berjalan tidak karuan sampai akhirnya sampai di kota kota yang bukan asalnya. Karena itu di sekeliling kita masih sering terlihat ODGJ berkeliaran, ada yang memang sudah diterlantarkan oleh keluarganya, ada yang memang sering kabur dari rumahnya, dan masih banyak lagi. Karena itu, dengan banyaknya ODGJ yang berlalu lalang di jalanan, kadang membuat resah warga sekitar dan membuat orang yang melewatinya ketakutan dan segan untuk bersebelahan dengannya.

Keresahan yang dialami beberapa orang yang resah dengan berkeliarannya ODGJ di jalanan, akhirnya terjawab oleh beberapa organisasi disekitar. Di Indonesia terdapat beberapa organisasi yang bergerak untuk menjadi tempat rehabilitasi ODGJ. Seperti misalnya Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya, Pondok Rehabilitasi Tetirah Dzikir, Panti Aura Welas Asih, Panti Psikotik Dzikrul Ghofilin Erorajo, dan Yayasan Jamrud Biru Bekasi. Masing-masing organisasi, berdiri karena keinginannya membantu orang-orang dengan gangguan jiwa di jalanan. Perbedaan masing-masing organisasi akan dijelaskan dalam tabel berikut ini:

**Tabel 1.1**  
**Kategori dan Perbandingan Organisasi**

No.	Nama Organisasi	Kategori Organisasi	Tempat	Sasaran	Metode
1.	Mentari Hati	Yayasan	Tasikmalaya	Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di jalanan.	Pasien diajak berkomunikasi (komunikasi tidak terstruktur), beraktifitas sehari-hari, diberi perhatian, diberi nasihat dan masing-masing diberi tanggung jawab.  (sumber: Wawancara bersama Dadang Heriyadi sebagai pendiri yayasan, pada tanggal 20/12/19).
2.	Pondok Rehabilitasi Tetirah Dzikir	Yayasan	Yogyakarta	Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dan korban NAPZA di jalanan dan titipan keluarga.	Pasien didoakan, shalat bersama lima waktu dan dzikir bersama pada pasien semua agama dan semua suku.  (sumber: <a href="https://pondoktetirahdzikir.wordpress.com/profil/">https://pondoktetirahdzikir.wordpress.com/profil/</a> , diakses pada tanggal 14/01/20).
3.	Aura Welas Asih	Panti	Sukabumi	Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dari jalanan dan titipan keluarga.  (sumber: <a href="https://news.detik.com/berita-jawa-">https://news.detik.com/berita-jawa-</a>	Terapi islamiyah dengan doa-doa, rukiah setiap malam jumat, refleksi dan pitaran kepala dan seluruh badan, selain itu memberikan metode hadiah dan hukuman.  (sumber: <a href="https://news.detik.com/berita-jawa-barat/d-">https://news.detik.com/berita-jawa-barat/d-</a>

				<p>barat/d-3695361/mengenal-deni-solang-teman-orang-gila-dari-sukabumi?_ga=2.207715474.1851269534.1508813578-217471834.1504841961, diakses pada tanggal 14/01/20).</p>	<p>3695434/begini-cara-deni-solang-sembuhkan-orang-orang-gila-di-sukabumi?_ga=2.39868834.1851269534.1508813578-217471834.1504841961, diakses pada tanggal 14/01/20).</p>
4.	Psikotik Dzikrul Ghofilin Erorejo	Panti	Wonosobo	<p>Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dari jalanan dan titipan keluarga.</p> <p>(sumber: <a href="https://www.liputan6.com/news/read/2098956/utiya-h-merawat-puluhan-penderita-gangguan-jiwa">https://www.liputan6.com/news/read/2098956/utiya-h-merawat-puluhan-penderita-gangguan-jiwa</a>, diakses pada pukul 16.40 tanggal 14/01/20).</p>	<p>Metode yang digunakan adalah Dzikir, nasihat, terapi musik, hingga olahraga</p> <p>(sumber: <a href="https://regional.kompas.com/read/2016/03/26/07100051/urus.147.orang.gila.secara.gratis.utiyah.kerap.utang.beras.di.penggilingan.padi?page=all">https://regional.kompas.com/read/2016/03/26/07100051/urus.147.orang.gila.secara.gratis.utiyah.kerap.utang.beras.di.penggilingan.padi?page=all</a>, diakses pada tanggal 14/01/20).</p>
5.	Jamrud Biru	Yayasan	Bekasi	<p>Orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) dari jalanan</p>	<p>Metode dengan cara alami melalui pemahaman agama dan doa, selain itu memberikan obat-</p>



				dan titipan keluarga.	obatan herbal kepada pasien.  (sumber: <a href="https://www.berkabar.id/gaya-hidup/11903/yayasan-jambrut-biru-bekasi-panti-rehabilitasi-sakit-jiwa-70-pasien-semuh">https://www.berkabar.id/gaya-hidup/11903/yayasan-jambrut-biru-bekasi-panti-rehabilitasi-sakit-jiwa-70-pasien-semuh</a> , diakses pada tanggal 14/01/20).
--	--	--	--	-----------------------	--

Sumber: Hasil penelitian peneliti dari wawancara dan data yang terlampir, diakses pada tahun 2019 - 2020.

Yayasan Mentari Hati adalah yayasan non-pemerintah yang didirikan oleh Dadang Heryadi bersama istri dan satu kerabatnya pada tahun 2007 dan diresmikan pada tahun 2008 yang di beri nama Yayasan Keris Nangtung dan berganti nama menjadi Yayasan Mentari Hati pada tahun 2014. Dadang Heryadi sebagai pendiri yayasan pernah mendapat Kick Andy Hero 2012 dan Pikiran Rakyat Awards bersama Yayasan Mentari Hati, karena dedikasinya kepada ODGJ di yayasan. Berawal dari tahun 2007 sampai sekarang, di yayasan telah banyak menampung ODGJ sekitar 400 orang dari jalanan. ODGJ yang berada di jalanan akan dimasukkan ke Yayasan Mentari Hati dan direhab disana. Berbeda dengan yayasan lain yaitu Pondok Rehabilitasi Tetirah Dzikir, Panti Aura Welas Asih, Panti Dzikrul Ghofilin Erorajo Wonosobo, dan Yayasan Jamrud Biru Bekasi yang menerima ODGJ dari jalanan dan titipan keluarga, Yayasan Mentari Hati memang hanya menerima ODGJ yang ada di jalanan saja. Menariknya lagi, Yayasan

Mentari Hati awalnya berada di Terminal Cilembang Tasikmalaya yang memang sudah tidak terpakai, sampai akhirnya tahun 2019 dengan adanya donatur, sehingga bisa pindah ke daerah lain dengan bangunan yang lebih layak (Sumber: Wawancara dengan Dadang Heryadi selaku pendiri dan relawan di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya pada 20 Desember 2019 pukul 13.35 WIB).

Berdasarkan hasil wawancara dengan Dadang Heryadi selaku pendiri dan relawan di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya, selama berdirinya Yayasan Mentari Hati, telah banyak ODGJ yang sembuh dan dikembalikan ke rumah masing-masing, berikut hasil wawancara peneliti dengan Dadang Heryadi:

Jadi, dari tahun 2007 sampai sekarang tahun 2019, udah banyak yang tinggal di yayasan, kan ada yang meninggal, ada yang kabur, yah macam macam pokoknya, jadi kurang lebih sekitar 400 orang yang udah tinggal, itu juga diitung sama yang masih tinggal di yayasan. Nah kalau yang udah sehat dan dipulangkan ke rumah masing-masing itu 127 orang yang masuk datanya disini, dan yang masih disini ada 170 orang (Sumber: Wawancara dengan Dadang Heryadi selaku ketua dan relawan di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya, pada tanggal 20 Desember 2019, pukul 13.35 WIB).

Yayasan Mentari Hati berjalan tanpa dipungut biaya dari keluarga pasien, bahkan yayasan akan merehabilitasi sampai orang – orang disana sehat dan ingat tentang keluarga atau teman terdekatnya, sehingga bisa dipulangkan untuk bertemu dan berkumpul dengan keluarga mereka kembali. Menariknya lagi, orang – orang yang merawat orang gangguan jiwa di Yayasan Mentari Hati bukanlah orang – orang yang berlatar belakang sekolah di kedokteran ataupun kesehatan, malah orang – orang itu yang biasa disebut relawan, hanya bermodalkan keinginan dan ikhlas untuk merawat orang dengan gangguan jiwa. Tetapi,

yayasan sering kali didatangi untuk saling sharing tentang cara merawat ODGJ, seperti yang dilakukan oleh dosen Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya dan STIKes Muhammadiyah Ciamis, dimana dosen akan datang dengan atau tanpa mahasiswa, untuk sharing dan praktik langsung di yayasan. Selain itu, Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya juga telah bekerja sama dengan Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor dengan mengadakan acara Advokasi Pelayanan Kesehatan Jiwa Masyarakat, dan merujuk 35 ODGJ dari Mentari Hati untuk dirawat sementara di Rumah Sakit Jiwa Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Alasan Yayasan Mentari Hati masih bisa berjalan sampai sekarang itu karena keikhlasan relawan merawat orang gangguan jiwa, dan bantuan dari orang – orang yang tidak ingin disebutkan namanya sama sekali yang menyumbang untuk semua kebutuhan di Yayasan Mentari Hati (Sumber: Wawancara dengan Dadang Heryadi selaku pendiri Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya, pada 16 Januari 2021 pukul 19.37 WIB).

Metode komunikasi yang dipakai di Yayasan Mentari Hati, sebenarnya adalah membuat ODGJ senang dan merasa dicintai, berikut hasil wawancara peneliti dengan Dadang Heryadi:

Karena kita disini bukan ahli, bukan pakarnya ya, cuman kan mereka awalnya dari jalan yang dikucilkan orang, ditakutin orang, di jijik in orang, sementara pas mereka udah masuk ke yayasan, mereka dianggep keluarga kita, dideketin dengan sentuhan, banyak komunikasi, kasih sayang, diajak beraktifitas, ya yang diterapkan itu aja sih (Sumber: Wawancara dengan Dadang Heryadi selaku ketua dan relawan di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya, pada tanggal 20 Desember 2019, pukul 13.35 WIB).

Berbeda dengan yayasan lainnya yang menggunakan metode penyembuhan islami seperti shalat bersama, dzikir, pemahaman agama, sampai rukiyah, Yayasan Mentari Hati lebih mengajak ODGJ untuk berkomunikasi dan beraktifitas sehari-hari.

Biasanya relawan melakukan komunikasi pada pasien di yayasan dengan cara menanyakan tentang identitas pasien setiap harinya untuk membangun kembali ingatan pasien, karena jawaban pasien yang sering melantur dan berbeda-beda, karena itu relawan akan terus menerus bertanya sampai menemukan jawaban yang pasti dan tidak melantur. Relawan juga biasanya memberi nasihat pada pasien untuk mengarahkan pasien ke perilaku yang baik. Relawan sering berkomunikasi dan menanyakan pertanyaan pada pasien saat pasien sedang dimandikan, dipotong rambut, sampai saat digunting kuku, karena saat itulah pasien merasa dirinya diterima dan diperhatikan, sehingga mereka akan menjawab pertanyaan relawan. Seperti yang dituturkan oleh Dadang Heriyadi:

Kalau komunikasi yang menjurus ke nama, alamat itu, kalau mereka lagi diperhatiin sama kita, nanya yang bener - bener serius itu, ya kaya semacam alamat, ibu bapak, namananya siapa, keluarga siapa namanya, ya itu kita ga sembarangan nanya, kalau lagi dipegang, dimandiin, dipotong rambut, dipotong kuku, ya logika aja kan semisal kita lagi diurus sama orang lain, terus orang lain nanya, masa sih kita ga jawab yang bener, ya itu cuma eksperimen saya aja sih. Tapi Alhamdulillah percobaan itu, banyak keberhasilan. Terus kalau ngomong - ngomong biasa sih lagi biasa aja juga gapapa (Sumber: Wawancara dengan Dadang Heriyadi selaku relawan

sekaligus pendiri Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya, pada tanggal 20 Desember 2019, pukul 13.35 WIB).

Indikator sembuh (menuju sembuh) ODGJ di Yayasan Mentari Hati menurut hasil wawancara peneliti dengan Dadang Heriyadi, sebagai berikut:

Karena bapak ngga sekolah kesehatan, ilmunya otodidak, jadi ngeliat atau tau orang itu udah sembuh tuh ya prediksi aja, misal nih ya kalau yang mau sembuh tuh pakaiannya udah ga mau digabung lagi, trus kan biasanya bapak yang mandiin nih, semua digosok biar bersih, mereka ga ada yang protes, tapi kalau udah mau sembuh, disentuh dikit aja mereka udah bilang “pak saya mandi sendiri aja ya”, wah bapak mah seneng kalau udah mau mandi sendiri, berarti udah mau sembuh. Trus kalau makanan asin sedikit atau pedes, mereka udah bisa bilang “Pak asin, pak jangan terlalu pedes” (Sumber: Wawancara dengan Dadang Heriyadi, selaku relawan sekaligus pendiri Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya, pada tanggal 20 Desember 2019, pukul 13.35 WIB).

Di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya, indikator sembuh ODGJ adalah dengan melihat perilaku atau respon pasien, dari yang biasanya dimandikan oleh relawan, menjadi ingin mandi sendiri, dan ODGJ pun sudah bisa merasakan rasa dari makanan seperti asin dan pedas.

Ada beberapa penelitian terdahulu yang bisa dijadikan panduan untuk penelitian sekarang, seperti penelitian yang dilakukan oleh Fathan Hanif (tahun 2010) berjudul Komunikasi Terapeutik antara Psikiater dengan Pasien Gangguan Jiwa (Studi Deskriptif Komunikasi Terapeutik antara Psikiater dengan Pasien Gangguan Jiwa Autistik di Rumah Sakit Khusus Puri Nirmala Yogyakarta). Hasil penelitian tersebut yaitu peran psikiater dalam proses komunikasi terapeutik dengan pasiennya dengan cara psikiater tidak terlalu menekan pasien dengan

pertanyaan yang terlalu membebani pikiran pasien. Dengan demikian pasien akan lebih terbuka untuk mengungkapkan masalahnya. Komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh psikiater terhadap pasiennya bersifat sebagai hubungan antara dokter dengan pasien, dimana psikiater memposisikan dirinya untuk selalu siap menolong pasiennya.

Penelitian selanjutnya dilakukan oleh Riyon Rianto (tahun 2012) dengan judul Komunikasi Terapeutik antara Perawat dengan Pasien Geriatrik di Rumah Sakit Grhasia Yogyakarta. Hasil dari penelitian tersebut diketahui bahwa proses komunikasi terapeutik yang diterapkan informan kepada pasien yakni menerapkan tahapan-tahapan dalam komunikasi terapeutik yang membina hubungan saling percaya, mengatasi hambatan-hambatan dalam berinteraksi dengan pasien geriatric dan mengatasi reaksi penolakan pasien geriatric. Peran perawat dalam komunikasi terapeutik dengan pasien geriatric yaitu perawat sebagai seorang helper yang selalu dalam kondisi siap untuk membantu pasien dalam memecahkan permasalahannya, dengan keadaan tersebut diharapkan pasien dapat terbuka tentang permasalahan yang sedang dihadapinya.

Yola Rachma Miftakhul Jannah (tahun 2016) juga melakukan sebuah penelitian dengan judul Langkah-langkah Komunikasi Terapeutik antara Perawat dengan Pasien Gangguan Kejiwaan Kelas C di RS Jiwa Grahasia Daerah Istimewa Yogyakarta. Hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa langkah-langkah komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dengan

pasien di lingkungan RS Jiwa Grahasia Daerah Istimewa Yogyakarta meliputi empat fase. empat fase ini terjadi dalam satu kali pertemuan antara perawat dan pasien yang berlangsung selama 10 menit perharinya. empat fase tersebut meliputi fase prainteraksi, orientasi atau pengenalan, kerja, dan fase terminasi. Dalam mengakhiri hubungan terapeutik, perawat telah berhasil meyakinkan pasien melalui terapi komunikasi sehingga pasien dapat melawan hal-hal yang mengganggu hidupnya selama ini, dan pasien dapat bangkit kembali.

Tidak ada perbedaan yang mendasar antara tiga penelitian diatas dengan penelitian sekarang, karena sama-sama menggunakan penelitian deskriptif dengan menggunakan kualitatif, dan dua dari penelitian diatas membahas topik yang sama-sama mengenai komunikasi terapeutik antara relawan/psikiater dengan pasien gangguan jiwa, dan penelitian satunya membahas komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien geriatric. Sedangkan perbedaan antara tiga penelitian terdahulu diatas dengan penelitian sekarang adalah berbedanya pada tempat penelitian, dan masing-masing penelitian terdahulu lebih fokus pada proses, langkah-langkah, dan tahapan komunikasi terapeutik yang diterapkan oleh perawat terlatih yang berlatar belakang kesehatan, berbeda dengan penelitian sekarang yang berfokus pada proses komunikasi terapeutik antara relawan dengan pasien gangguan jiwa, dan tidak lain perawat dalam penelitian sekarang itu tidak memiliki latar belakang sekolah kesehatan.

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka peneliti ingin membuat penelitian berjudul **Proses Komunikasi Terapeutik Antara Relawan Dengan Pasien Gangguan Jiwa Di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya.**

### **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas, rumusan masalah yang peneliti ingin teliti yaitu “Bagaimanakah proses komunikasi terapeutik antara relawan dengan pasien gangguan jiwa di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya”.

### **C. Tujuan**

Mendeskripsikan proses komunikasi terapeutik antara relawan dengan pasien gangguan jiwa di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya.

### **D. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan banyak manfaat, antara lain :

#### 1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah pengetahuan peneliti selanjutnya dalam mempelajari proses komunikasi terapeutik antara relawan/psikiater dengan pasien gangguan jiwa.

#### 2. Manfaat Praktis

- a. Bagi relawan/psikiater dapat digunakan sebagai pedoman terapi efektif terhadap pasien dengan gangguan jiwa.
- b. Bagi keluarga pasien, dapat digunakan sebagai panduan untuk merawat anggota keluarga yang terkena gangguan jiwa dirumah.



## **E. Kerangka Teori**

### **1. Komunikasi Terapeutik**

Menurut Stuart G.W, komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam hubungannya ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien (Muhit, Abdul, dan Siyoto, Sandu. 2018: 223).

Menurut As Homby, yang dikutip oleh Nurjannah, bahwa terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan. Ini menggambarkan bahwa dalam menjalani proses komunikasi terapeutik, seorang perawat melakukan kegiatan dari mulai pengkajian, menentukan masalah keperawatan sesuai dengan yang telah direncanakan sampai pada evaluasi yang semuanya itu bisa dicapai dengan maksimal ketika terjadi proses komunikasi yang efektif dan intensif, sehingga menimbulkan hubungan *take and give* antara perawat dan klien (Abdul Muhit dan Sandu Siyoto, 2018: 221-222). Karena itu, dalam berkomunikasi dengan pasien, perawat harus memakai komunikasi terapeutik, dimana perawat akan dapat lebih mengenal pasien, dan pasien pun akan lebih menerima adanya perawat disekitar mereka.

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, tujuan dan kegiatannya difokuskan untuk menyembuhkan klien. Komunikasi terapeutik juga merupakan media untuk saling memberi dan menerima antar perawat dengan klien berlangsung secara verbal dan non (Afnuhazi, 2015: 32). Adapun beberapa prinsip dasar komunikasi terapeutik

yang harus dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan terapeutik:

- a. Hubungan perawat dan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan.
- b. Perawat harus menghargai keunikan klien. Tiap individu mempunyai karakter yang berbeda.
- c. Semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan. Komunikasi yang menciptakan hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternatif pemecahan masalah (Afnuhazi, 2015: 32).

Musliha dalam buku Eko Prabowo (2014: 60), menyebutkan tujuan dari komunikasi terapeutik adalah:

- a. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan.
- b. Mengurangi keraguan, dan membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif.
- c. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

Menurut Effendy, manfaat dari hubungan komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien adalah sebagai berikut:

- a. Realisasi diri, penerimaan diri dan peningkatan kesadaran dan penghargaan diri. Membantu pasien memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan

pikiran mempertahankan egonya. Pasien yang memiliki penyakit kronis ataupun terminal, akan mengalami perubahan pada dirinya, sehingga membuat dirinya tidak mampu menerima keberadaan dirinya dan merasa tidak berarti.

- b. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang efektif dan saling bergantung dengan orang lain dan mandiri. Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk mengubah situasi yang ada. Melalui komunikasi terapeutik, pasien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain.
- c. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis.
- d. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri. Pasien yang memiliki gangguan identitas personal biasanya tidak mempunyai rasa percaya diri dan mengalami harga diri rendah, karena itu perawat dapat membantu pasien meningkatkan integritas dirinya (Nurhasanah, 2013: 65-66).

Menurut Roger yang dikutip oleh Suryani, terdapat beberapa karakteristik dari seorang perawat yang dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik. Karakteristik tersebut antara lain:

- a. Kejujuran (*trustworthy*). Kejujuran merupakan kunci dari hubungan komunikasi terapeutik, dengan kejujuran akan membuat hubungan perawat dan pasien saling percaya.
- b. Tidak membingungkan dan cukup ekspresif. Dalam berkomunikasi, sebaiknya perawat menggunakan kata-kata yang mudah dipahami pasien.

- c. Bersikap positif. Bersikap positif dapat ditunjukkan dengan bersifat hangat, penuh perhatian dan penghargaan terhadap pasien.
- d. Empati bukan simpati. Dengan bersikap empati, perawat dapat merasakan dan memikirkan permasalahan yang dilalui pasien.
- e. Menerima pasien apa adanya. Jika seseorang diterima dengan tulus, seseorang akan merasa nyaman dan aman dalam menjalin hubungan terapeutik.
- f. Sensitif terhadap perasaan pasien. Karena jika perawat tidak sensitif pada perasaan pasien, bisa saja perawat melewati batas sehingga dapat menyinggung perasaan pasien.
- g. Tidak mudah terpengaruh oleh masa lalu pasien atau perawat, prinsip yang digunakan adalah *here and now* (Nurhasanah, 2013: 67-68).

Dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik, harus direncanakan dengan matang dan terstruktur dengan baik, agar mendapat hasil yang diinginkan. Menurut Stuart G.W, dalam proses komunikasi terapeutik terbagi menjadi empat tahapan yaitu tahap persiapan atau tahap pra-interaksi, tahap perkenalan atau orientasi, tahap kerja dan tahap terminasi.

a. Tahap Persiapan/Pra-interaksi

Dalam tahap ini, perawat menggali dan melihat dirinya sendiri dengan cara mengidentifikasi kelebihan dan kekurangannya. Pada tahap ini juga perawat mencari informasi tentang pasien sebagai lawan bicaranya. Setelah ini dilakukan, perawat merancang strategi untuk pertemuan pertama dengan

pasien. Tahapan ini dilakukan agar saat pertama kali perawat bertemu dengan pasien rasa cemas perawat berkurang.

b. Tahap Perkenalan/Orientasi

Menurut Suryani, perawat memperkenalkan dirinya pada pasien berarti perawat telah bersikap terbuka pada pasien dan diharapkan akan mendorong pasien untuk membuka dirinya. Selain itu, tugas yang harus dilakukan perawat pada tahap ini adalah membina rasa saling percaya, menggali pikiran dan perasaan pasien untuk mengidentifikasi permasalahan pasien, dan menunjukkan penerimaan sehingga terjadinya komunikasi terbuka antara pasien dan perawat.

c. Tahap Kerja

Tahap kerja merupakan tahap yang paling panjang dalam komunikasi terapeutik, karena perawat diharuskan untuk membantu dan mendukung pasien untuk menyampaikan perasaan dan pikirannya. Selain itu, perawat diharuskan mendengarkan secara aktif dan dengan penuh perhatian sehingga mampu membantu pasien untuk mendefinisikan masalah yang sedang dihadapi, mencari penyelesaian masalah dan mengevaluasinya.

d. Tahap Terminasi

Menurut Stuart G.W, terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat dan pasien. Tahap terminasi dibagi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan perawat dan pasien, yang berarti pasien dan perawat akan bertemu kembali. Sedangkan terminasi akhir dilakukan perawat setelah menyelesaikan seluruh proses

keperawatan. Tugas perawat dalam tahap ini adalah mengevaluasi pencapaian agar perawat mengetahui apa yang harus dilakukan setelahnya (Prabowo, 2014: 65-70).

## **2. Komunikasi Terapeutik Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa**

Keperawatan jiwa adalah proses interpersonal yang berupaya untuk meningkatkan dan mempertahankan perilaku yang berkontribusi pada fungsi yang terintegrasi. Pasien atau klien dapat berupa individu, keluarga, kelompok, organisasi, atau komunitas. Menurut *American Nurses Association* (ANA) keperawatan kesehatan mental dan psikiatrik adalah suatu bidang praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri sendiri secara terapeutik sebagai kiatnya, agar dapat meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan mental pasien (Stuart and Sundeen,, Hamid, 1998: 03).

Prinsip keperawatan jiwa ditinjau dari segi paradigma keperawatan yaitu manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan, sebagai berikut:

### **a. Manusia**

Fungsi seseorang sebagai makhluk holistik yaitu bertindak, berinteraksi dan bereaksi dengan lingkungan secara keseluruhan. Tujuan individu adalah untuk tumbuh, sehat, mandiri dan tercapai aktualisasi diri.

### **b. Lingkungan**

Manusia sebagai makhluk holistik dipengaruhi oleh lingkungan dari dalam dirinya dan lingkungan luar, baik keluarga, kelompok, komunitas.

Hubungan interpersonal yang dikembangkan dapat menghasilkan perubahan diri individu.

c. Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang menunjukkan salah satu segi kualitas hidup manusia.

d. Keperawatan

Metodologi dalam keperawatan keperawatan jiwa adalah menggunakan diri sendiri secara terapeutik dan interaksinya interpersonal dengan menyadari diri sendiri, lingkungan, interaksi dengan lingkungan, kesadaran ini merupakan dasar untuk perubahan.

Kesehatan jiwa merupakan kondisi yang memfasilitasi secara optimal dan selaras dengan orang lain, sehingga tercapai kemampuan menyesuaikan diri dengan diri sendiri, orang lain, masyarakat dan lingkungan. Keharmonisan fungsi jiwa yaitu sanggup menghadapi problem yang biasa terjadi dan merasa bahagia. Karena itu, prinsip keperawatan jiwa yang ditinjau dari paradigma keperawatan yaitu manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan yang saling terintegrasi dan mempengaruhi satu sama lain, misalnya manusia sebagai makhluk holistik dipengaruhi oleh lingkungan baik dari dalam maupun dari luar yang mana nantinya akan mempengaruhi kesehatan dan membutuhkan pelayanan keperawatan (Afnuhazi, 2015: 57-59).

Macam - macam gangguan jiwa :

a. Gangguan Depresi

Depresi merupakan suatu perasaan yang dapat muncul dalam berbagai cara dan mempunyai sejumlah penyebab. Kondisi ini bisa disertai dengan kecemasan, gelisah, dan berbicara gugup atau bisa beralih menjadi periode mania (mood yang meningkat), berbicara terputus - putus, serta aktivitas kompulsif yang dinamakan pasien “manic depresif”. namun ada juga yang bersikap apatis dan cenderung menutupi kekhawatirannya. Penderita sering mengeluh tidak mampu berfikir dengan jelas, sulit berkonsentrasi, atau membuat keputusan (Jacoby, dalam Prabowo, 2014: 75).

b. Gangguan Perubahan Mood (Bipolar)

Gangguan Bipolar adalah gangguan mental berat, tanpa memandang apakah ada perubahan mental antara mania dan depresi secara full brown. Gangguan bipolar merupakan suatu psikosis afektif, ada gangguan emosi, baik akibat kebiasaan maupun menyembunyikan kecemasan dan perasaan malu. Pada fase depresi, pendiam, memendam perasaan, emosional sensitive. Pada fase mania perilakunya sangat berlawanan, sangat ekstrover (Jacoby, dalam Prabowo, 2014: 78).

Hal yang dapat dilakukan untuk menangani seseorang yang mengalami gangguan suasana perasaan, yaitu depresi dan bipolar adalah sebagai berikut:



- 1) Pada proses awal, terapis harus mengidentifikasi berbagai stressor yang mungkin menyebabkan depresi. Hal ini dibutuhkan agar bisa mengetahui yang mana yang harus dilakukan dan tidak dilakukan.
- 2) Pasien diajarkan untuk menelaah secara cermat cara berfikir mereka saat depresi, agar bisa menunjukkan kesalahan - kesalahan mereka dalam berpikir.
- 3) Mengkoreksi kesalahan - kesalahan berpikir dan menggantinya dengan pemikiran dan penilaian yang kurang menyebabkan depresi dan lebih realistis.
- 4) Pasien diajak untuk belajar membangun hubungan interpersonal yang penting dan baru (Prabowo, 2014: 81 - 83).

Dalam kasus di penelitian ini, dimana relawan sebagai perawat tidak memiliki kemampuan atau latar belakang kedokteran/kesehatan, sehingga mereka hanya mengandalkan insting mereka sebagai manusia yang saling membantu, tetapi tahapan yang dilakukan mereka dalam merawat pasien gangguan jiwa, kurang lebih sama dengan beberapa tahap komunikasi terapeutik diatas.

## **F. Metodologi Penelitian**

### **1. Jenis Penelitian**

Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif adalah pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat, yang mempelajari masalah-masalah dalam masyarakat,

serta tata cara yang berlaku dalam masyarakat serta situasi-situasi tertentu, termasuk hubungan kegiatan, sikap, pandangan, serta proses-proses yang sedang berlangsung dan pengaruh dari suatu fenomena. Dengan kata lain, penelitian deskriptif adalah metode penelitian yang berusaha menggambarkan objek atau subjek yang diteliti sesuai dengan apa adanya (Hermawan, 2019: 37). Tujuan penelitian deskriptif adalah untuk membuat deskripsi, gambaran, atau lukisan secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki (Rukajat, 2018: 18).

Menurut Erickson dalam buku Anggito (2018), menyatakan bahwa penelitian kualitatif berusaha untuk menemukan dan menggambarkan secara naratif kegiatan yang dilakukan dan dampak dari tindakan yang dilakukan terhadap kehidupan mereka. Selain itu, menurut Nasution, mengemukakan bahwa penelitian kualitatif pada hakikatnya adalah mengamati orang dalam lingkungannya, berinteraksi dengan mereka, berusaha memahami bahasa dan tafsiran mereka tentang dunia sekitarnya (Rukajat, 2018: 01). Tujuan deskriptif kualitatif untuk menggambarkan, meringkas berbagai kondisi, situasi, atau fenomena realitas sosial yang ada di masyarakat yang menjadi objek penelitian, dan berupaya menarik ke permukaan sebagai suatu ciri, karakter, tanda, atau gambaran tentang kondisi ataupun fenomena tertentu (Bungin, 2009: 68).

Dengan demikian penelitian ini bertujuan untuk memperoleh pengertian tentang suatu peristiwa atau perilaku manusia dalam suatu

organsiasi atau institusi. Jadi, penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan proses komunikasi terapeutik antara relawan/psikiater dengan pasien gangguan jiwa di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya.

## **2. Lokasi Penelitian**

Pada penelitian ini, peneliti mengambil lokasi di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya. Yayasan ini kini berlokasi di Jl. KH. E. Z. Muttaqin, Linggajaya, Mangkubumi, Tasikmlaya, yang sebelumnya berlokasi di Terminal Cilembang Tasikmalaya. Peneliti melakukan penelitian di Yayasan Mentari Hati dikarenakan yayasan tersebut merupakan yayasan yang menangani orang dengan gangguan jiwa tanpa obat-obatan, dan lebih banyak menangani dengan berkomunikasi dan melakukan kegiatan sehari-hari.

## **3. Teknik Pengumpulan Data**

### **a. Observasi**

Observasi yaitu teknik pengumpulan yang mengharuskan peneliti turun ke lapangan mengamati hal-hal yang berkaitan dengan ruang, tempat, pelaku, kegiatan, waktu, peristiwa, tujuan dan perasaan (Mamik, 2015: 104). Teknik pengumpulan data dengan observasi digunakan bila, penelitian berkenaan dengan perilaku manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan bila responden yang diamati tidak terlalu besar. Proses-proses pengamatan dan ingatan juga sangat penting saat melakukan observasi (Anggito dan Setiawan, 2018: 109).

Peneliti menggunakan *participant observation* jenis *participant as observer*, dimana pengamat hanya berfungsi dalam kelompok sebagai pengamat, dimana hanya sebagai subordinat dari kelompok sesuai dengan fungsi normalnya dan dia diterima oleh kelompok selama waktu mengamati kegiatan kelompok (Yusuf, 2014: 389).

b. Wawancara

Wawancara merupakan salah satu Teknik yang dapat digunakan untuk mengumpulkan data penelitian. Secara sederhana dapat dikatakan bahwa wawancara adalah suatu kejadian atau suatu proses interaksi antara pewawancara dan sumber informasi atau orang yang diwawancarai melalui komunikasi langsung. Dapat pula dikatakan bahwa wawancara merupakan percakapan tatap muka antara pewawancara dengan sumber informasi, dimana pewawancara bertanya lnsung tentang sesuatu objek yang diteliti dan telah dirancang sebelumnya (Yusuf, 2017: 372).

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti menerapkan wawancara tidak terstruktur, karena jalannya pembicaraan lebih diarahkan oleh respon dari responden, daripada agenda yang dimiliki oleh peneliti, keuntungan wawancara ini bisa lebih spontan dalam pembicaraan, lebih kecil terhalangi mengalirnya informasi, dan lebih besar peluang bisa menjajaki berbagai aspek permasalahan yang tidak terbatas (Anggito, 2018: 87).

### c. Studi Dokumen

Menurut Hammersley dan Atkinson, perlunya pengumpulan data dengan menggunakan metode studi dokumen dikarenakan dokumen dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh dari observasi atau wawancara, yang termasuk dokumen adalah buku-buku yang berkaitan dengan penelitian, dan data-data yang bersangkutan lainnya (Afiyanti dan Rachmawati, 2014: 133).

Peneliti menggunakan data yang diperoleh dari Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya, selain itu peneliti juga melakukan dokumentasi terhadap kegiatan dalam penelitian yang bersangkutan dengan komunikasi terapeutik antara relawan dengan pasien gangguan jiwa, agar data yang diperoleh dapat dipertanggung jawabkan.

## 4. Teknik Pengambilan Informan

Teknik pengambilan informan yang digunakan adalah teknik *purposive sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel sumber data dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan tertentu ini, misalnya orang tersebut yang dianggap paling tahu tentang apa yang kita harapkan, atau mungkin dia sebagai penguasa sehingga akan memudahkan peneliti menjelajahi objek/situasi social yang diteliti (Wijaya, 2018: 17).

Dalam penelitian ini, peneliti akan terjun langsung kelapangan untuk melihat secara aktif, sehingga relawan yang akan menjadi informan adalah relawan yang merawat langsung pasien gangguan jiwa (ODGJ) di Yayasan

Mentari Hati. Pasangan relawan dan pasien yang akan menjadi informan penelitian, ditentukan oleh peneliti berdasarkan kriteria-kriteria sebagai berikut:

- a. Dua pasangan antara relawan dengan pasien gangguan jiwa
- b. Relawan yang telah mengabdikan selama empat tahun di Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya
- c. Pasien yang telah dikategorikan sembuh oleh Yayasan Mentari Hati Tasikmalaya

## **5. Teknik Analisis Data**

Analisis adalah penyelidikan terhadap suatu peristiwa (karangan, perbuatan, dan sebagainya) untuk mengetahui keadaan yang sebenarnya (sebab musabab, duduk perkaranya, dan sebagainya). Data adalah informasi yang biasanya dikumpulkan untuk tujuan tertentu (misalnya riset/penelitian, penyidikan dan sebagainya) dan mempunyai hubungan dengan tujuan daripada kegiatan tersebut (Fitri dan Anny dalam Rifai, 2019: 73-74).

Analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi, dengan cara mengorganisasikan data ke dalam suatu kategori, menjabarkan ke dalam unit-unit, melakukan sintesis, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain (Saebani dalam Rifai, 2019: 74).

Terdapat tiga jalur kegiatan analisis data kualitatif yang terjadi secara bersamaan, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi (Miles dan Huberman dalam Rifai, 2019: 76-78) :

a. Reduksi Data

Reduksi data merupakan proses berfikir sensitive yang memerlukan kecerdasan, keluasan, dan kedalaman wawasan yang tinggi. Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, memfokuskan pada hal-hal pokok, memfokuskan pada hal-hal yang penting, dicari tema dan polanya, dan membuang yang tidak perlu.

b. Penyajian Data

Penyajian data yaitu sekumpulan informasi tersusun, memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan. Data yang disajikan berupa rangkaian kalimat yang disusun secara logis dan sistematis. Jadi penyajian data adalah kegiatan ketika sekumpulan informasi disusun, sehingga memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan.

c. Menarik Kesimpulan/Verifikasi

Langkah ketiga dalam analisis data kualitatif ini adalah penarikan kesimpulan. Verifikasi (penarikan kesimpulan), yaitu membuat kesimpulan dari data yang diperoleh sejak awal penelitian. Menurut Sutopo dalam Rifai, agar hasil penelitian benar-benar bisa

dipertanggungjawabkan, verifikasi perlu dilakukan dengan tujuan untuk memantapkan yaitu dengan cara menelusuri kembali kebenaran laporan selama penelitian berlangsung.

## **6. Uji Validitas Data**

Validitas adalah yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur itu mengukur apa yang ingin diukur. Bila seseorang ingin mengukur berat suatu benda, maka harus diukur menggunakan timbangan. Timbangan adalah alat pengukur yang valid bila dipakai untuk mengukur berat, karena timbangan memang mengukur berat. Bila panjang sesuatu benda yang ingin diukur, maka harus diukur dengan meteran. Karena meteran adalah alat ukur yang valid untuk mengukur panjang. Bilamana peneliti menggunakan kuesioner di dalam pengumpulan data penelitian, maka kuesioner yang disusunnya harus mengukur apa yang ingin diukurnya (Singarimbun dalam Endra, 2017: 132).

Validitas adalah validitas atau kesahihan berasal dari kata validity yang berarti sejauh mana ketepatan dan kecermatan suatu alat ukur dapat melakukan fungsi ukurnya. Validitas suatu instrument atau tes mempermasalahkan apakah instrument atau tes tersebut benar-benar mengukur apa yang hendak diukur (Bahrudin dan Hamdi, 2014: 66).

Uji validitas dalam penelitian ini menggunakan triangulasi. Triangulasi Menurut Lexi J. Moleong, teknik triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk



keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut (Hanafi, 2019: 43), jenis triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu:

- a. Triangulasi sumber, yang mengharuskan peneliti mencari lebih dari satu sumber untuk memahami data atau informasi. Jadi, peneliti tidak hanya mendapat informasi dari satu sumber (informan), tetapi peneliti juga mendapat informasi lebih dari satu sumber, jadi dalam penelitian ini, peneliti mendapat informasi tidak hanya dari satu informan (relawan), tetapi dari dua relawan.
- b. Triangulasi metode, yaitu menggunakan lebih dari satu metode untuk melakukan cek dan ricek. Jika pada awalnya peneliti menggunakan metode wawancara, selanjutnya peneliti melakukan pengamatan (observasi) (Wijaya, 2019: 22).