

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

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

Dewasa ini banyak sekali permasalahan yang timbul pada pola perilaku manusia yang disebabkan salah satunya karena tuntutan hidup. Dikarenakan sebagai hasil dari dunia yang semakin menuju materialisme, yang tidak diimbangi dengan perkembangan moral dan religiusitas. Sebagai makhluk sosial manusia perlu untuk berinteraksi dan berbaaur dengan sesamanya. Perlunya membaaur dan berinteraksi merupakan hal yang terpenting dalam berhubungan dengan orang lain. Sebagai manusia berbaaur dengan kehidupan masyarakat sekitar merupakan konsekuensi. Namun apabila di tengah-tengah lingkungan kita diliputi dengan berbagai masalah, pasti kita akan merasa menderita, sedih, cemas, dan frustasi (Tomb, 2004:52).

Bila kita menarik diri dan menghindar dari orang lain, maka rasa sepi dan terasing yang mungkin kita alami pun tentu akan menimbulkan penderitaan, bukan hanya penderitaan emosional atau batin, bahkan mungkin juga penderitaan fisik. Dengan begitu seseorang bisa dengan mudah mengalami stres bahkan depresi. Orang yang mengalami stres biasanya disebabkan karena faktor pekerjaan, perekonomian, dan keluarga. Stres yang berkepanjangan bisa mengakibatkan seseorang tersebut mengalami depresi. Depresi bisa terkena oleh siapa saja, baik orang tua, remaja bahkan anak-anak. Anak yang berusia 8 tahun pun sudah mengalami depresi, bisa dibayangkan bahwa depresi bisa terkena oleh siapapun, tanpa memandang umur. Saat ini depresi banyak

terjadi oleh Remaja dari Usia 13 sampai 18 tahun ke atas, karena pada usia tersebut remaja masih mencari identitas diri dan masa yang penuh tekanan (Mohammad, 2008:32). Masa remaja banyak yang mengatakan masa yang indah. Akan tetapi tidak semua remaja bisa merasakan kebahagiaan dalam hidupnya. Karena, banyak dari para remaja yang sudah mengalami gangguan kejiwaan dari mulai gangguan afektif ringan sampai psikotik (gangguan kejiwaan dengan derajat keparahan/sudah tidak mempunyai akal sehat).

Masalah depresi yang dihadapi oleh remaja pada umumnya adalah masalah keluarga, pendidikan, kehilangan pasangan ataupun masalah lingkungan (Wawancara dengan Ibu Tri Wahyu Handayani, Spi, Sub. Koordinator Psikolog, Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang, Jawa Tengah, pada hari selasa tanggal 5 Agustus 2008). Dengan adanya pemasalahan tersebut banyak para remaja yang akhirnya mengalami depresi karena tidak bisa menghadapi permasalahan yang terjadi pada dirinya.

Biasanya remaja masih labil dalam menanggapi berbagai masalah yang ia hadapi, sehingga para remaja sering mengalami depresi dan terkadang mereka mempunyai ide atau keinginan untuk bunuh diri. Depresi diartikan sebagai suatu keadaan mood yang menurun ditandai kesedihan, perasaan putus asa, dan tidak bersemangat (Tomb, 2004:56). Depresi merupakan reaksi kejiwaan atau psikis terhadap kehidupan yang dialami oleh seseorang. Depresi masih tergolong nonpsikotik/gangguan afektif ringan. Gejala depresi biasanya muncul apabila seseorang sering melamun, mengalami kecemasan, sedih, kehilangan semangat menarik diri dari hubungan interpersonal dan kepercayaan harga diri menurun. Sedangkan tanda-tanda depresi antara lain, berhenti dan lambat bergerak, wajah sedih dan selalu berlinang air mata

(Tomb, 2004:52-54). Rumah Sakit Jiwa merupakan tempat orang-orang yang mengalami gangguan jiwa, bukan hanya tempat bagi orang yang memiliki gangguan jiwa kategori berat, dimana akal sehatnya sudah hilang, akan tetapi orang yang mengalami gangguan kejiwaan dengan tahap masih rendah seperti depresi juga.

Biasanya orang yang mengalami depresi datang ke poliklinik kejiwaan untuk diperiksa oleh dokter lalu diarahkan ke psikolog. Disitu psikolog dapat secara langsung berinteraksi dan berkomunikasi secara interpersonal dengan pasien depresi. Pasien depresi pada umumnya merupakan pasien rawat jalan, karena pasien tersebut masih bisa dikontrol dan tidak membahayakan. “Biasanya pasien datang secara rutin 1 bulan 2 kali untuk pengobatan dan terapi, ini dimaksudkan untuk kesembuhan pasien depresi”, (Wawancara dengan Ibu Tri Wahyu Handayani, Spi, Sub. Koordinator Psikolog, Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo. Magelang, Jawa Tengah, pada hari selasa tanggal 5 Agustus 2008). Apabila pasien datang secara rutin untuk melakukan konseling, tidak menutup kemungkinan pasien akan berangsur-angsur menjadi lebih baik, hingga menjadi sembuh.

Disisi lain hal yang terpenting untuk memberikan asuhan secara fisik ataupun psikis adalah psikolog. Psikolog merupakan sebagian dari tenaga kesehatan yang berkecimpung dengan pasien-pasien di Rumah Sakit Jiwa dimana psikolog berkesempatan untuk mengaplikasikan keterampilan berkomunikasi selama melakukan interaksi dengan pasien. Selama berinteraksi, psikolog berkomunikasi dengan pasien cenderung menggunakan komunikasi interpersonal untuk tujuan terapeutik. Komunikasi interpersonal ini dimaksudkan sebagai komunikasi yang efektif dalam upaya merubah sikap, pandangan dan perilaku pada diri pasien. Seorang psikolog harus memiliki

kemampuan dan keterampilan selama berinteraksi dan berkomunikasi dengan pasien. Dengan komunikasi psikolog dapat mengetahui keluhan-keluhan serta penyebab yang terjadi pada diri pasien. Penting untuk dipahami juga, bahwa pasien depresi bisa berubah dan bertahan, mengingat keunikan komunikasinya terletak pada kondisi pasien yang mengalami gangguan kejiwaan. Keterampilan psikolog berkomunikasi dengan pasien adalah penting untuk membantu kesembuhan pasien semaksimal mungkin.

Kekhususan yang ditemui pada psikolog Rumah Sakit Jiwa Magelang adalah bahwa mereka bukan hanya menangani pasien depresi, tetapi juga menangani pasien dengan kasus kejiwaan yang lain seperti: psikotik dan ketergantungan obat, serta menangani permasalahan pada tumbuh kembang anak. Penelitian ini lebih membahas komunikasi terapeutik pada pasien depresi, karena depresi adalah gangguan perilaku yang paling sering dialami oleh masyarakat dan membutuhkan intervensi psikis yang dapat dicapai pada komunikasi terapeutik.

Komunikasi terapeutik menerapkan prinsip komunikasi interpersonal yang mengharuskan seorang psikolog siap membantu dan sekaligus mampu menjadi seorang teman. Hal ini bisa dilakukan oleh psikolog dengan bersedia menjadi seorang pendengar bagi segenap keluhan, pengalaman, pendapat maupun tanggapan mereka dengan penuh perhatian. Dengan demikian hubungan melalui komunikasi antarpribadi dua arah (*two way traffic*) dapat terjalin secara dinamis sekaligus dapat mencapai hasil yang maksimal.

Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang Jawa Tengah, merupakan Rumah Sakit Jiwa yang terbesar di Jawa Tengah, dan termasuk juga terbesar no. 2 di Indonesia. Selain dari pada itu, daya tarik dari rumah sakit tersebut, adalah bukan hanya sebagai

Rumah Sakit khusus untuk orang-orang yang mengalami gangguan jiwa, akan tetapi ada rumah sakit umum nya juga. Yang dimana rumah sakit umum tersebut, memberikan pelayanan umum, seperti: spesialis mulut, bedah, dan kandungan, rujukan untuk pasien dan ada puskesmasnya juga. Selain itu Rumah Sakit tersebut memberikan pelayanan yang ramah pada pasien ataupun orang yang ingin datang untuk berobat (Arsip Rumah Sakit Jiwa Prof.dr.Soeroyo, Magelang Jawa Tengah, tahun 1990).

Di dalam usaha proses penyembuhan pasien depresi, dari tahun-ketahun memiliki peningkatan yang dibidang lumayan cukup pesat. Hampir sekitar 70 % pasien depresi (rawat jalan), mengalami kesembuhan baik secara fisik ataupun psikis. Hal ini menunjukkan bahwa dalam proses penyembuhan pasien depresi, menitik beratkan pengobatan secara psikis sebagaimana terdapat dalam komunikasi terapeutik (Wawancara dengan Ibu Tri Wahyu Handayani, Spi, Sub. Koordinator, Psikolog, RSJ. Prof. dr. Soeroyo Magelang, Jawa Tengah, hari rabu tanggal 13 Agustus 2008).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Yang terjadi dalam proses komunikasi terapeutik adalah hubungan yang sifatnya supportif melalui pendekatan interpersonal, sehingga dapat menumbuhkan semangat pada diri pasien. Keunikan dari komunikasi terapeutik ini sendiri adalah terjadi antara psikolog dengan pasien atau tim anggota lainnya, komunikasi ini umumnya lebih akrab karena mempunyai tujuan, berfokus pada pasien yang membutuhkan, psikolog secara aktif mendengarkan dan memberi respon kepada pasien dengan cara menunjukkan sikap mau

menerima dan mau memahami sehingga dapat mendorong pasien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya.

Hal ini yang membedakan dengan komunikasi sosial yang biasa, dimana pada komunikasi sosial, terjadi setiap hari antar per orang baik dalam pergaulan maupun lingkungan kerja, komunikasi bersifat dangkal karena tidak mempunyai tujuan, lebih banyak terjadi dalam pekerjaan, aktivitas sosial dan lainnya, serta dapat direncanakan tetapi dapat juga tidak direncanakan (Purwanto, 1994:22).

Dalam komunikasi terapeutik psikolog merupakan komunikator dalam permasalahan ini, sedangkan komunikan merupakan pasien dengan gangguan kejiwaan atau depresi. Psikolog dalam penelitian ini adalah Ibu Tri Wahyu Handayani Spi, Sub. Koordinator di RSJ. Prof. dr. Soeroyo Magelang, Jawa Tengah, beliau merupakan psikolog senior yang menangani pasien-pasien yang mengalami gangguan kejiwaan yang akal sehatnya sudah hilang, pasien yang mengalami depresi ringan dan menangani permasalahan tumbuh kembang anak. Sedangkan informan pasien yakni, pasien remaja yang berusia 17, 18 dan 21 tahun dimana ketiga pasien tersebut, mengalami depresi ringan. Melihat keberadaan Rumah Sakit Jiwa, memang merupakan sesuatu yang ada, nyata, dan menarik untuk diamati. Kinerja seorang psikolog di Rumah Sakit Jiwa selaku komunikator memiliki indikasi bagi kesembuhan pasien, selaku komunikan. Komunikasi antara psikolog dengan pasien depresi sangat menarik untuk diteliti. Hal ini dikarenakan komunikasi terapeutik antara psikolog dengan pasien depresi dapat menumbuhkan semangat serta kesembuhan pada pasien. Yang ingin digali disini adalah bagaimana proses komunikasi terapeutik ini berlangsung hingga dapat menyembuhkan pasien depresi.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka dapat ditarik suatu rumusan masalah sebagai berikut :

Bagaimanakah Proses Komunikasi Terapeutik antara Psikolog dengan Pasien Depresi di Rumah Sakit Jiwa. Prof. dr. Soeroyo Magelang, Jawa Tengah?

## **C. Tujuan penelitian**

1. Untuk mendeskripsikan secara rinci Proses Komunikasi Terapeutik antara Psikolog dengan Pasien Depresi di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang, Jawa Tengah.
2. Untuk mendeskripsikan hambatan-hambatan yang terjadi antara psikolog dengan pasien depresi di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang, Jawa Tengah.

## **D. Manfaat Penelitian**

1. Manfaat Akademis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman ilmiah untuk kajian-kajian ilmu komunikasi khususnya komunikasi terapeutik.

2. Manfaat Praktis

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengertian kepada masyarakat bahwa proses komunikasi terapeutik sangat penting dalam proses penyembuhan pasien dikarenakan, dalam proses tersebut terdapat komunikasi yang efektif antara psikolog dan pasien. Selain itu manfaat penelitian ini juga

memberikan masukan bahwa kita harus lebih bijaksana dalam menghadapi suatu permasalahan, sehingga kita bisa terhindar dari hal-hal yang tidak kita inginkan seperti depresi.

## **E. Kerangka Teori**

Secara garis besar dalam tujuan pustaka ini peneliti akan memberikan gambaran tentang, komunikasi terapeutik, fungsi komunikasi terapeutik, teknik-teknik komunikasi terapeutik, sikap menghadirkan diri secara fisik, proses komunikasi terapeutik dan dimensi respon.

### **1. Komunikasi Terapeutik**

Seorang terapis tidak akan mengetahui tentang kondisi pasien jika tidak ada kemampuan menghargai keunikan pasien. Tanpa mengetahui keunikan masing-masing kebutuhan pasien, terapis juga akan kesulitan memberikan bantuan kepada pasien dalam mengatasi masalah pasien. Sehingga perlu dicari metode yang tepat dalam



mengakomodasi agar mampu mendapatkan pengetahuan yang tepat tentang pasien. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terapis dapat menghadapi, mempersepsikan, bereaksi, dan menghargai pasien.

Komunikasi terapeutik menurut Heri Purwanto (1994:20), adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar terapis dengan pasien. Persoalan mendasar dari komunikasi ini adalah adanya saling kebutuhan antara terapis dan pasien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi diantara terapis dan pasien, terapis membantu dan pasien menerima bantuan.

Sedangkan menurut Reusch seperti dikutip Jalaluddin Rakhmat (2003:5), komunikasi terapeutik dewasa ini banyak digunakan untuk teknik penyembuhan jiwa, dimana dengan menggunakan metode komunikasi terapeutik seorang terapis mampu mengarahkan bentuk komunikasi sedemikian rupa sehingga pasien dengan gangguan jiwa dihadapkan pada situasi dan pertukaran pesan yang dapat menimbulkan hubungan sosial yang bermanfaat. Lebih jelasnya komunikasi terapeutik memandang gangguan jiwa bersumber pada gangguan komunikasi, yakni terletak pada ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan dirinya. Secara singkat, bahwa meluruskan jiwa seseorang bisa dicapai dengan cara meluruskan caranya berkomunikasi.

Berarti dalam hal untuk membantu kesembuhan pasien depresi sangat diperlukan adanya terapi komunikasi dan tidak bisa dipungkiri bahwa terapi komunikasi

sebenarnya dominan menjadi solusi bagi kesembuhan pasien dengan gangguan kejiwaan. Kualitas berhasil atau tidaknya suatu terapi komunikasi juga tergantung pada sejauh mana kualitas psikolog dalam memahami permasalahan pasien, baik secara faktor internal maupun eksternal.

Menurut Heri Purwanto (1994:20), fungsi dari komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan mengajarkan kerja sama antara terapis dan pasien melalui hubungan terapis dan pasien. Psikolog berusaha mengungkap perasaan, mengidentifikasi dan mengkaji masalah serta mengevaluasi tindakan yang dilakukan dalam perawatan. Proses komunikasi yang baik dapat memberikan pengertian tingkah laku pasien dan membantu pasien untuk dalam rangka mengatasi persoalan yang dihadapi pada tahap perawatan. Sedangkan pada tahap preventif kegunaannya adalah mencegah adanya tindakan yang negatif terhadap pertahanan diri pasien.

Selain dalam menjalankan fungsinya, hal yang terpenting dalam komunikasi terapeutik adalah memiliki tujuan yaitu:

- 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, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

Untuk mencapai tujuan ini, berbagai aspek pengalaman hidup pasien dikaji selama berlangsungnya komunikasi terapeutik. Terapis memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan persepsi, pikiran, dan perasaannya serta menghubungkan hal-hal tersebut untuk mengamati dan melaporkan tindakan-tindakan yang dilakukan pasien. Terapis menggunakan kemampuan komunikasi ketika menetapkan hubungan

terapeutik. Setiap orang berkomunikasi secara unik dan setiap pasien membutuhkan teknik komunikasi yang berbeda.

Dalam menanggapi pesan yang disampaikan pasien, seorang terapis dapat menggunakan teknik komunikasi terapeutik. Adapun beberapa teknik-teknik komunikasi terapeutik menurut Stuart dan Sundeen (dalam Mundakir 2006: 131-134) adalah:

a. Mendengar (*Listening*)

Merupakan dasar utama dalam komunikasi. Dengan mendengar seorang terapis dapat mengetahui perasaan pasien. Terapis dituntut untuk memberikan kesempatan yang lebih luas pada pasien untuk berbicara dan menjadi pendengar yang baik.

b. Pertanyaan terbuka (*broad opening*)

Teknik ini memberi kesempatan pada pasien untuk mengungkapkan perasaannya sesuai kehendak pasien tanpa membatasi.

c. Mengulang (*restarting*)

Mengulang pokok pikiran yang diungkapkan pasien. Hal ini dimaksudkan untuk menguatkan ungkapan pasien dan memberi indikasi bahwa terapis mengikuti pembicaraan pasien.

d. Klarifikasi

Dilakukan bila terapis ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau pasien berhenti karena malu mengemukakan informasi, informasi yang diperoleh tidak lengkap atau mengemukakannya berpindah-pindah.

e. Refleksi

Refleksi merupakan reaksi terapis dan pasien selama berlangsungnya komunikasi. Refleksi ini dibedakan menjadi dua, yaitu refleksi isi, bertujuan memvalidasi apa yang didengar. Klarifikasi ide yang diekspresikan pasien dengan pengertian terapis. Refleksi perasaan, yang bertujuan memberi respon pada perasaan pasien terhadap isi pembicaraan agar pasien mengetahui dan menerima perasaannya. Teknik ini berfungsi untuk mengetahui dan menerima ide dan perasaan, mengoreksi dan memberi keterangan secara lebih jelas. Namun teknik ini memiliki kelemahan yaitu, mengulang terlalu sering dan sama serta dapat menimbulkan marah, iritasi dan frustrasi.

f. Memfokuskan

Membantu pasien bicara pada topik yang telah dipilih dan bersifat penting serta menjaga pembicaraan tetap menuju tujuan yaitu lebih spesifik, lebih jelas dan berfokus pada realitas.

g. Membagi persepsi

Terapis meminta pendapat pasien tentang hal yang terapis rasakan dan pikirkan. Dengan cara ini terapis dapat meminta umpan balik dan memberi informasi.

h. Identifikasi tema

Mengidentifikasi latar belakang masalah yang dialami pasien yang muncul selama percakapan. Fungsinya untuk meningkatkan pengertian dan mengeksplorasi masalah yang penting.

i. Diam (*silence*)

Cara yang sukar biasanya dilakukan setelah mengajukan pertanyaan. Tujuannya adalah memberi kesempatan berfikir dan memotivasi pasien untuk bicara. Pada pasien yang menarik diri, teknik diam berarti terapis menerima pasien.

j. *Informing*

Memberi informasi dan fakta untuk proses pendidikan dan pembelajaran.

k. *Saran*

Memberi alternatif ide untuk pemecahan masalah. Tepat dipakai pada fase kerja dan tidak tepat pada fase awal hubungan.

Dengan menggunakan teknik-teknik komunikasi terapeutik, maka akan mengembangkan hubungan komunikasi yang terjalin antara terapis dengan pasien, apa yang dialami oleh pasien, terapis dapat mengerti serta memahaminya, sehingga pasien akan merasa dihargai sepenuhnya.

Seorang terapis hadir secara utuh (fisik dan psikologis) pada waktu berkomunikasi dengan pasien. Terapis tidak cukup hanya mengetahui teknik komunikasi dan isi komunikasi tetapi yang sangat penting adalah sikap atau penampilan dalam berkomunikasi. Menurut Egan (dalam Mundakir, 2006:125-128) mengidentifikasi 5 sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik, yaitu:

- a. Berhadapan. Arti dari posisi ini adalah “saya siap membantu anda”.
- b. Mempertahankan kontak mata. Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai pasien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi. Sikap ini juga dapat menciptakan perasaan nyaman bagi pasien.

- c. Membungkuk ke arah pasien. Posisi ini menunjukkan kepedulian dan keinginan terapis untuk mengatakan atau mendengar sesuatu yang dialami pasien.
- d. Mempertahankan sikap terbuka. Tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi. Sikap terbuka terapis ini meningkatkan kepercayaan pasien kepada terapis atau petugas kesehatan lainnya.
- e. Tetap rileks. Tetap dapat mengontrol keseimbangan antara ketegangan dan rileksasi dalam memberi respon terhadap pasien. Sikap ini terutama sangat bermanfaat bila pasien dalam kondisi stres atau emosi yang labil dalam merespon kondisi sakitnya.

Sikap fisik dapat pula disebut sebagai perilaku non verbal yang perlu dipelajari pada setiap tindakan terapeutik. Beberapa perilaku non verbal yang perlu diketahui adalah:

1. Gerakan mata. Gerakan mata dapat dipakai untuk memberikan perhatian. Kontak mata berkembang pada anak berkembang pada anak sejak lahir. Kontak mata antara ibu dan bayi merupakan cara interaksi dan kontak sosial. Seorang terapis perlu mengetahui perkembangan kontak mata, misalnya usia 2 bulan bayi tersenyum jika kontak mata dengan ibu. Bayi dan anak memperlihatkan reaksi yang tinggi terhadap rangsangan visual. Kontak mata dan ekspresi muka alat pertama yang dipakai untuk pendidikan dan sosialisasi. Anak sangat mengerti akan ekspresi ibu yang marah, sedih atau tidak setuju.
2. Ekspresi muka umumnya dipakai sebagai bahasa non verbal, namun banyak dipengaruhi oleh budaya. Orang yang tidak percaya pasti akan tampak dari ekspresi muka tanpa ia sadari.

3. Sentuhan. Sentuhan merupakan cara interaksi yang mendasar. Konsep diri didasari oleh asuhan ibu yang memperlihatkan perasaan menerima dan mengakui. Ikatan kasih sayang dibentuk oleh pandangan, suara dan sentuhan yang menjadi elemen penting dalam pembentukan ego, perpisahan dan kemandirian. Sentuhan sangat penting bagi anak sebagai alat komunikasi dalam pembentukan ego, perpisahan dan kemandirian.

Menurut Carl Rogers dalam Mundakir (2006:121-122) untuk mengembangkan proses komunikasi terapeutik hal-hal yang perlu dilakukan oleh seorang terapis antara lain:

- a. Terapis harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
- b. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.
- c. Terapis harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
- d. Terapis harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut serta memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi
- e. Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik.
- f. Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.

- g. Mampu berperan sebagai role model agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu terapis perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik mental, spiritual dan gaya hidup.
- h. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapat mungkin mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
- i. Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap diri sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

Di dalam komunikasi terapeutik terdapat dimensi respon. Dimensi respon merupakan sikap terapis secara psikologis dalam berkomunikasi kepada pasien. Dimensi respon sangat penting pada awal berhubungan dengan pasien untuk membina hubungan saling percaya dan komunikasi yang terbuka. Respon ini harus terus dipertahankan sampai pada akhir hubungan. Adapun dimensi respon tersebut menurut Truax, Carkhoff dan Benerson (dalam Mundakir, 2006:126-127):

a. Keikhlasan

Sikap ikhlas terapis dapat dinyatakan melalui keterbukaan, kejujuran, ketulusan dan berperan aktif dalam berhubungan dengan pasien. Terapis berespon tulus, tidak berpura-pura, mengekspresikan perasaan yang sebenarnya dan spontan. Terapis bertindak sepenuh hatinya sesuai dengan tanggung jawab dan wewenangnya.

b. Menghargai

Terapis menerima pasien apa adanya. Sikap terapis harus tidak menghakimi, tidak mengkritik, tidak menghina dan tidak mengejek. Rasa menghargai dapat dikomunikasikan melalui duduk diam bersama pasien yang menangis, minta



maaf atas hal yang tidak disukai pasien dan menerima permintaan pasien untuk tidak menanyakan pengalaman tertentu. Sikap ini secara psikologis dapat menimbulkan perasaan nyaman dan peningkatan harga diri bagi pasien.

c. Empati

Empati merupakan kemampuan masuk dalam kehidupan pasien agar dapat merasakan pikiran dan perasaannya. Terapis memandang melalui pandangan pasien, merasakan melalui perasaan pasien dan kemudian mengidentifikasi masalah pasien serta membantu pasien mengatasi masalah tersebut.

d. Konkrit

Terapis menggunakan istilah yang khusus dan jelas, bukan yang abstrak. Hal ini perlu untuk menghindari keraguan dan ketidakjelasan selama komunikasi.

## **F. Metode Penelitian**

### **1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif dengan jenis data kualitatif. Penelitian deskriptif yaitu penelitian yang bertujuan untuk membuat pecanderaan secara sistematis, faktual, dan akurat mengenai fakta-fakta dan sifat-sifat populasi (Sumadi Suryabrata, 1983:54). Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan kualitatif yaitu memberikan gambaran yang jelas tentang situasi-situasi sosial (Nasution, 1996:24).

Penelitian deskriptif ini seperti yang diuraikan oleh Rakhmat (1991:25) antara lain:

1. Mengumpulkan informasi aktual secara rinci yang melukiskan gejala yang ada.

2. Mengidentifikasi masalah atau memeriksa kondisi praktek-praktek yang berlaku.
3. Membuat perbandingan atau evaluasi.
4. Menentukan apa yang dilakukan orang lain dalam menghadapi masalah yang sama dan belajar dari pengalaman mereka untuk menetapkan rencana dan keputusan pada waktu yang akan datang.

## **2. Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo. Jl. Ahmad Yani no.169 Magelang, Jawa Tengah.

## **3. Waktu Penelitian**

Penelitian dilaksanakan mulai tanggal 26 Juli 2008. Namun untuk menggali data lebih dalam maka waktunya diperpanjang sampai dengan bulan Desember 2008.

## **4. Teknik Pengumpulan Data**

### **a. Observasi**

Observasi dapat diartikan sebagai pengamatan dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada obyek penelitian. Observasi dilakukan secara langsung terhadap obyek di tempat kejadian atau berlangsungnya peristiwa, sehingga observer berada bersama obyek yang diselidikinya (Nawawi, 2007: 106). Yang di observasi disini adalah untuk melihat dan mengamati secara langsung bagaimana terapi

komunikasi yang dilakukan oleh psikolog dengan pasien depresi. Observasi ini menjadi penting karena observasi memungkinkan peneliti untuk melihat secara langsung bagaimana komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh psikolog terhadap pasien depresi. Selain itu observasi berguna untuk menjelaskan, memberikan dan merinci gejala yang terjadi dalam penelitian.

#### b. Wawancara Mendalam

Teknik yang akan digunakan adalah teknik wawancara mendalam atau wawancara tak terstruktur atau *in-depth interview*. Wawancara menurut Deddy Mulyana (2004:180) adalah bentuk komunikasi antara dua orang, melibatkan seseorang yang ingin memperoleh informasi dari seorang lainnya dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan, berdasarkan tujuan tertentu. Metode ini bertujuan memperoleh bentuk-bentuk tertentu informasi dari semua responden, tetapi susunan kata dan urutannya disesuaikan dengan ciri-ciri setiap responden. Untuk memperoleh data secara cermat di lapangan, maka peneliti menggunakan instrument yaitu, *interview guide* dan *tape recorder*, agar memperoleh informasi yang diberikan responden dan data yang diperoleh lengkap.

### **5. Teknik Pengambilan Informan**

Pengambilan informan dalam penelitian ini menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu pemilihan sampel berdasarkan pertimbangan. *Purposive Sampling* dilakukan dengan mengambil orang-orang yang terpilih betul oleh peneliti menurut ciri spesifik yang dimiliki oleh sampel itu. Sampling yang *purposive* adalah sampel yang dipilih dengan cermat hingga relevan dengan desain penelitian (Nasution, 2002:86).

Dalam penelitian ini, yang dijadikan kriteria informan psikolog adalah:

- a. Psikolog yang menangani pasien depresi khususnya pasien depresi ringan, sedangkan kriteria informan pasien yakni:
- b. Pasien depresi ringan, karena masih bisa diajak berkomunikasi.
- c. Usia pasien masih remaja sekitar 13 sampai 18 tahun keatas, karena pada usia tersebut remaja masih labil dalam menanggapi persoalan hidup. Menurut Muhammad (2008:32), dalam buku psikologi remaja, mengatakan bahwa usia remaja pada rentang 13 sampai 18 tahun keatas masa pencarian identitas diri dan masa terjadinya perubahan yang cepat termasuk perubahan emosi dan sosial.
- d. Pasien yang mengalami kecemasan, sedih, mengurung diri dikamar, panik dan sensitif, karena menurut Tomb (2004:52-54) dalam buku saku psikiatri, mengatakan bahwa gejala depresi biasanya muncul apabila seseorang sering melamun, mengalami kecemasan, sedih, kehilangan semangat, menarik diri dari hubungan interpersonal dan kepercayaan harga diri menurun.

## **6. Teknik Analisis Data**

Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah teknik analisis data kualitatif, dimana data kualitatif merupakan deskripsi yang menjelaskan eksistensi permasalahan atau fenomena dengan cara menggambarkan secara sistematis yang bersifat kualitatif yang terkait dengan permasalahan serta memuat penjelasan tentang proses-proses yang terjadi dilingkungan setempat.

Selain itu data analisis secara deskriptif interaktif dengan mengikuti langkah-langkah analisis data model interaktif yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman (1992:20) sebagai berikut :

1. Pengumpulan Data

Adalah data penelitian yang akan diperoleh dengan menggunakan beberapa teknik yang sesuai dengan model interaktif, seperti: wawancara mendalam (*indepth interview*), dan pengamatan langsung atau observasi

2. Reduksi Data

Yaitu proses pemilihan dan pemusatan pada data yang relevan dengan permasalahan penelitian. Reduksi data dilakukan dengan cara membuat ringkasan, menkode data, dan membuat gugus-gugus. Proses transformasi ini akan berlangsung terus hingga laporan lengkap tersusun.

3. Penyajian Data

Yaitu dengan menggambarkan fenomena atau keadaan sesuai dengan data yang telah direduksi.

4. Kesimpulan

Yaitu permasalahan penelitian yang menjadi pokok pemikiran terhadap apa yang diteliti.

## **7. Uji Validitas Data**

Triangulasi adalah cara yang paling umum digunakan bagi peningkatan validitas dalam penelitian kualitatif. Sebelum data dianalisis dan disajikan dalam laporan, maka data-data tersebut diuji validitasnya terlebih dahulu dengan menggunakan teknik

triangulasi, yang dalam penelitian ini menggunakan teknik triangulasi sumber. Triangular adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut. Sedangkan triangulasi sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif (Patton dalam Moleong, 1987:178).

Dengan menggunakan metode triangulasi dengan mempertinggi validitas, memberi kedalaman hasil penelitian sebagai pelengkap apabila data yang diperoleh dari sumber pertama masih ada kekurangan. Agar data yang diperoleh semakin dipercaya, maka data yang dibutuhkan tidak hanya dari sumber-sumber lain yang terkait dengan subyek penelitian.