

Komunikasi Terapeutik Rohaniawan pada Pelayanan Spiritual Pasien Gangguan Jiwa

Moh. Anung Nailil Machrom^{1*}, Nia Ashton Destrity²

¹Magister Manajemen Institut Pertanian Bogor, Bogor, Indonesia

²Departemen Ilmu Komunikasi Universitas Brawijaya, Malang, Indonesia

Article History

Received 16 March 2023

Accepted 30 March 2023

*Corresponding Author:

moh.anungnaililmachrom@gmail.com

DOI:

<https://doi.org/10.21776/ub.tuturlogi.2023.004.01.05>

Abstract: *Therapeutic communication on spiritual services that is often carried out by clergy is one of the activities to help the healing process of mental patients. This study aims to find out and analyze therapeutic communication in spiritual services between clergy and psychiatric patients. This research uses phenomenology method with in-depth interview data collection techniques conducted on four clergy. The results of this study indicate that the clergy interpret mental patients from a biomedical and personalistic perspective. Mental disorders cause erratic physiological actions that make the clergy also interpret spiritual service as an effort to help patients get peace of mind by using religious practices. The stages of therapeutic communication carried out by clergy on spiritual service are the orientation stage, the work stage and the termination stage. Opened with orientation stages, clergy make small talk first to get to know more about psychiatric patients. Continued the work phase which raises religious values, and closes with the termination stage consist of follow up plan and subjective evaluation. Clergy often encounter obstacles to spiritual service, the obstacles are miss communication, emotional instability and the patient's habit of saying abruptly. Spiritual efforts to reduce barriers are guarding emotions, pausing. The method used by clergy in spiritual service is muhasabah, returning to nature, reflection, and release of sin.*

Keywords: *therapeutic communication; spiritual service; clergy; mental disorder patient*

Pendahuluan

Memasuki zaman modern seperti pada tahun 2000-an, kesehatan jiwa merupakan permasalahan kesehatan yang semakin sering terjadi. Data *World Health Organisation* (WHO) tahun 2016 menunjukkan bahwa terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena dimensia. Di Indonesia sendiri jumlah keseluruhan kasus gangguan jiwa mencapai 6,0% pada rentang umur 15 tahun ke atas dengan beberapa penderita kesehatan jiwa yaitu, depresi, bipolar, skizofrenia, dan obsesif kompulsif (Depkes, 2016). Data lebih terperinci terdapat pada Data Risdas tahun 2013, prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan untuk usia 15 tahun ke atas mencapai sekitar 14 juta orang atau 6% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk (Depkes, 2016).

Berdasarkan beberapa data permasalahan jiwa, *World Health Organisation* (WHO) memprediksi bahwa pada tahun 2020 kematian akibat gangguan kesehatan mental akan menjadi penyebab kematian kedua yang paling umum (PPIDunia, 2017). Prediksi ini juga mempunyai keterkaitan dengan beberapa fakta tentang perubahan gaya hidup yang berdampak pada gangguan jiwa atau kesehatan mental, Mirowsky (1989) menyatakan bahwa gangguan kesehatan jiwa merupakan harga yang harus dibayar untuk gaya hidup modern pada zaman ini. Oleh karena itu sebagian besar orang mengalami beberapa tingkat disonansi emosional, mulai dari kecemasan samar-samar, ketidakmampuan untuk berkonsentrasi, keterasingan karena seringnya perubahan gaya hidup (Freshwater, 2006, hal. 7).

Di tengah masyarakat, pasien dengan gangguan jiwa sering kali menerima stigmatisasi dan diskriminasi. Freshwater (2006, hal. 6) menyebutkan bahwa beberapa pasien gangguan jiwa bahkan tidak diberi pertolongan ketika meminta pertolongan pada beberapa kelompok masyarakat serta pernah dikucilkan dari lingkungan tempat ibadah beberapa kelompok spiritual. Oleh karena itu salah satu upaya untuk membantu pasien gangguan jiwa adalah upaya rehabilitasi. Upaya rehabilitasi pada dasarnya dilakukan untuk menghindari berbagai stigmatisasi dan diskriminasi yang sering dialami pasien gangguan jiwa (Depkes, 2014).

Melihat pada konteks kesehatan pasien, pelayanan spiritual merupakan salah satu kegiatan yang dapat membantu individu menuju penyembuhan dan terpenuhinya tujuan dengan atau melalui pemenuhan kebutuhan spiritual (Yusuf, Endang, dkk, 2016). Pelayanan spiritual berguna untuk mengurangi stres dan relaksasi yang memicu kemampuan tubuh untuk menyembuhkan secara natural, meningkatkan dan memelihara kesehatan (Timothy, Irinoye, Yunusa dkk, 2017, hal 35). Merujuk pada definisi pelayanan spiritual maka tidak akan lepas dari makna spiritual itu sendiri. Spiritual merupakan pencarian pribadi untuk memahami jawaban sebagai tujuan akhir dalam hidup, tentang makna, dan tentang hubungan suci dari perkembangan ritual keagamaan dan bentukan komunitas (King dan Koenig, 2009).

Namun, salah satu penelitian menunjukkan bahwa dokter jarang atau tidak pernah mendiskusikan masalah spiritual atau agama dengan pasien mereka (King dan Bushwick, 1994). Sesuai dengan beberapa pernyataan di atas, fenomena tenaga medis jarang atau tidak pernah mendiskusikan juga terjadi pada beberapa rumah sakit di Indonesia. Penelitian terbaru yang dilakukan oleh Muthoharoh (2017, hal. 3) pada rumah sakit lingkup Jawa Tengah menunjukkan bahwa rumah sakit pada umumnya belum memiliki pelayanan bimbingan rohani agama atau walaupun ada eksistensinya masih perlu diperkuat karena sering kali dipengaruhi oleh ketersediaan anggaran untuk kebutuhan operasional.

Kebutuhan spiritual merupakan salah satu kebutuhan fundamental yang dibutuhkan individu guna memberikan motivasi terhadap perubahan yang lebih baik serta sebagai upaya individu untuk menjawab atau mendapatkan kekuatan ketika menghadapi stres emosional, penyakit fisik, atau kematian (Kozier, 2004). Penelitian yang dilakukan oleh Fitchett, Rybarczyk, De Marco, & Nicholas (1999) menunjukkan bahwa pasien di rumah sakit yang tidak tenang dan marah kepada Tuhan lebih lama sembuh dari pasien yang lain. Carl Jung dalam (Koenig dan Larson, 2001, hal. 67) menambahkan bahwa emosi yang stabil atau kecenderungan tenang adalah bantuan dari kegiatan religi. Oleh karena itu kondisi tenang dan lebih dekat dengan Tuhan memungkinkan untuk mempercepat kesembuhan pasien.

Kondisi tidak tenang, ketegangan, putus asa dan murung, gelisah, cemas merupakan kumpulan gangguan tidak normal yang jika berlebihan menyebabkan gangguan jiwa (Maramis, 2010). Berdasarkan hasil wawancara dengan salah satu informan yang berprofesi sebagai perawat sekaligus rohaniawan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat, pasien gangguan jiwa mempunyai rasa gelisah dan emosi yang tidak stabil. Dipaparkan juga bahwa capaian atau hasil yang diraih pada pelayanan spiritual hanya sampai keaktifan dan ketenangan pasien gangguan jiwa dalam mengikuti semua rangkaian kegiatan pelayanan spiritual dikarenakan kondisi pasien gangguan jiwa yang cenderung tidak tenang.

Hawari (2002) menyatakan bahwa pada dasarnya setiap individu memiliki pemahaman tersendiri mengenai spiritualitas karena masing-masing memiliki cara pandang yang berbeda mengenai hal tersebut, perbedaan definisi dan konsep spiritualitas dipengaruhi oleh budaya, perkembangan, pengalaman hidup. Oleh karena itu pelayanan spiritual digunakan sebagai salah satu sarana untuk mengalihkan kekosongan pikiran agar pola pikir pasien tetap tenang dengan melakukan interaksi dan kegiatan. Burkhardt dalam (Hamid, 2000) menjelaskan bahwa spiritual ini mampu untuk mengikat dengan diri sendiri dan dengan Yang Maha Tinggi. Informan juga menuturkan bahwa diperlukan adanya rohaniawan yang mempunyai latar belakang pendidikan agama dan paham akan kesehatan jiwa berbasis keagamaan sehingga mampu untuk melaksanakan kegiatan yang mampu mencapai tujuan pelayanan spiritual itu sendiri.

Dijelaskan lebih lanjut oleh informan bahwa penyediaan tim layanan rohani menjadikan program pelayanan spiritual sebagai salah satu kegiatan yang rutin dilakukan Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat. Informan menyampaikan bahwa profesi rohaniawan yang bertugas melakukan pelayanan spiritual juga merupakan perawat medis, sehingga tim layanan rohani adalah beberapa perawat yang dianggap mempunyai pengetahuan lebih dalam tentang agama. Dipaparkan pula bahwa pelayanan spiritual ini juga sering dilakukan berdasarkan inisiatif dari tim layanan rohani sendiri, namun dalam hal ini perawat yang juga merupakan tim layanan rohani harus bisa memposisikan peran yang berbeda dari perawat sehingga peran baru yaitu rohaniawan mampu dilakukan dengan baik untuk mencapai hasil yang maksimal.

Menyampaikan pelayanan spiritual merupakan tantangan bagi rohaniawan yang tidak mempunyai latar belakang keagamaan, karena hal tersebut berhubungan dengan kemampuan rohaniawan sendiri yang harus menyesuaikan dengan tujuan pelayanan spiritual. Koenig (1998, hal. 340) menjelaskan bahwa sesuai tujuan pelayanan spiritual, rohaniawan mampu mengingat peran dan memberikan kekuatan agama, para rohaniawan memobilisasi perspektif iman pasien sehingga dapat membantu mereka dalam perawatan dan pemulihan. Baldacchino (2015, hal. 105) juga menyatakan bahwa rohaniawan memiliki kemampuan memotivasi seseorang untuk menentukan makna, tujuan, dan pemenuhan dalam hidup.

Pada praktiknya, individu yang memberikan pelayanan kesehatan atau seseorang dalam menyampaikan pesan kesehatan harus bersifat komunikasi terapeutik, yaitu komunikasi singkat, jelas, lengkap dan sederhana sehingga proses komunikasi dapat berlangsung sempurna (Nugroho, 2009, hal. 25). Definisi terapeutik sendiri menurut Miller dan Keane lebih mengacu pada ilmu dan seni penyembuhan (dalam Sherko, Sotiri & Lika, 2013, hal. 457). Terapeutik bisa juga dikatakan berkaitan dengan perawatan atau tindakan yang menguntungkan (Potter dan Perry, 1989). Oleh karena itu komunikasi terapeutik sangat erat dengan perawatan atau tindakan

menguntungkan yang menggunakan ilmu dan seni penyembuhan. Rogers dalam (Sherko, Sotiri & Lika, 2013 hal. 458) juga menyebutkan bahwa terapeutik sebagai hubungan pertolongan, merupakan salah satu hal yang mendorong pertumbuhan dan perkembangan serta meningkatkan kehidupan orang lain.

Penggabungan terapeutik dan komunikasi menghadirkan istilah komunikasi terapeutik. Purwanto (1994) menyebutkan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Lebih lanjut lagi, Suryani (2005) menjelaskan komunikasi terapeutik dirancang untuk tujuan terapi ketika penolong atau perawat data membantu pasien mengatasi masalah yang dihadapi melalui komunikasi. Beban perasaan dan pikiran pasien pasti berbeda-beda, setiap pasien adalah unik, dengan kebutuhan, kekuatan, nilai-nilai dan kepercayaan masing-masing (Kemenkes, 2012). Sehingga tujuan komunikasi terapeutik sangat erat dengan kebutuhan pasien yang berbeda-beda sesuai dengan kondisi yang dialami oleh pasien.

Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik penting dilakukan dan pelayanan spiritual mempunyai efek terapeutik dalam rangka proses kesembuhan pasien yang holistik, namun individu yang melakukan pelayanan spiritual hanya mempunyai satu profesi yaitu perawat medis saja atau rohaniawan saja, belum mengulas bagaimana jika rohaniawan yang melakukan pelayanan spiritual adalah perawat medis yang merangkap profesi rohaniawan juga.

Studi yang Ritanto (2015) mengkaji proses komunikasi terapeutik perawat dalam mempersuasi pasien gangguan jiwa untuk beraktivitas, komunikasi terapeutik berlangsung dengan melibatkan komunikasi interpersonal di dalamnya, perawat menggunakan cara-cara komunikasi yang berbeda untuk mempersuasi pasiennya yang disesuaikan dengan kondisi permasalahan pasien, seperti perawat memberikan pesan-pesan yang mengandung unsur terapi secara psikologis seperti memberikan kalimat yang mengandung motivasi, dukungan dan pujian. Selain itu, terdapat penelitian dari Handzo, Flanelly, dkk (2008) yang mengkaji peran unik rohaniawan di New York yang bersifat religius dan spiritual sebagai tim kesehatan dan hasil riset tersebut menunjukkan bahwa memahami pengalaman klinis pasien lalu memberikan penegasan iman, melakukan ritual keagamaan, menawarkan keberkahan agama, dan berdoa memiliki efek terapeutik terhadap pasien. Koenig dan Larson (2001) memaparkan dampak positif dari religi dan dijelaskan lebih lanjut bahwa pendidikan psikiater sebenarnya tidak jauh berbeda dengan rohaniawan yang belum tersertifikasi, selain itu rohaniawan atau penasihat spiritual mungkin menerima pelatihan khusus untuk memenuhi kebutuhan pasien psikiatri, sehingga peran psikiater dan rohaniawan tidak jauh berbeda.

Berdasarkan penelitian terdahulu, komunikasi terapeutik memang penting dilakukan dan pelayanan spiritual mempunyai efek terapeutik dalam rangka proses kesembuhan pasien yang holistik, namun individu yang memberikan pelayanan spiritual hanya memiliki satu profesi yaitu perawat medis saja atau rohaniawan saja, sehingga belum terdapat studi yang mengkaji secara khusus komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh tenaga medis atau perawat yang juga berperan sebagai rohaniawan dalam melakukan pelayanan spiritual bagi pasien dengan gangguan jiwa. Oleh karena itu, studi ini bertujuan untuk mengetahui, menganalisis, dan menjelaskan komunikasi terapeutik serta pengalaman sadar rohaniawan dalam melakukan pelayanan spiritual sebagai proses penyembuhan pasien gangguan jiwa.

Penelitian ini menggunakan metode penelitian fenomenologi. Fenomenologi digunakan sebagai pendekatan untuk mendeskripsikan pemaknaan dari tenaga medis yang juga sebagai rohaniawan dalam memberikan pelayanan spiritual kepada pasien dengan gangguan jiwa di rumah sakit jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat. Penelitian ini menggunakan wawancara mendalam kepada empat rohaniawan yang telah ditugaskan secara resmi oleh direktur dan telah berpengalaman memberikan pelayanan spiritual kepada pasien gangguan jiwa. Riset ini menggali pemaknaan secara sadar rohaniawan terhadap pasien gangguan jiwa dan pelayanan spiritual, tahapan komunikasi terapeutik dalam pelayanan spiritual pada pasien gangguan jiwa, dan hambatan komunikasi terapeutik dalam pelayanan spiritual serta upaya dalam menyelesaikan hambatan tersebut.

Hasil dan Diskusi

Pandangan Rohaniawan terhadap Pasien Gangguan Jiwa Berdasarkan Perspektif Sistem Biomedis dan Personalistik

Gangguan jiwa menurut Depkes (2010) adalah suatu perubahan pada fungsi jiwa yang menyebabkan adanya gangguan pada fungsi jiwa yang menimbulkan penderitaan pada individu dan hambatan melakukan peran sosial. Penyakit ini juga bisa dikategorikan sebagai kesulitan yang harus dihadapi oleh seseorang karena hubungannya dengan orang lain terganggu. Lebih lanjut lagi Maramis (2010) menjelaskan bahwa gangguan jiwa adalah gangguan alam meliputi cara berfikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*).

Berdasarkan temuan dalam penelitian ini, rohaniawan menyebutkan bahwa pasien gangguan jiwa adalah individu yang mengalami gangguan *neurotransmitter*. Selain itu, rohaniawan juga menyebutkan bahwa konflik sosial, ketidakmampuan dalam menghadapi masalah hidup, faktor kehilangan orang yang disayangi, serta menutup diri merupakan penyebab dari gangguan jiwa. Hal ini mempunyai keterkaitan dengan pandangan biomedis yang melihat bahwa kesehatan dan kesakitan adalah dampak dari fenomena objektif oleh faktor tertentu sehingga dapat dipelajari secara ilmiah (Mulyana, 2016, hal. 87). Definisi sistem biomedis atau *biomedical system* adalah sistem yang tertanam pada munculnya ilmu alam yang dapat dihubungkan dengan fenomena-fenomena secara ilmiah di laboratorium (Hardey, 1998, hal. 5).

Berdasarkan hasil temuan lebih lanjut dalam penelitian ini, rohaniawan menyebutkan bahwa pasien gangguan jiwa memiliki pondasi iman yang kurang kuat dan menyalahkan Tuhan atas penyakit yang pasien derita turut berperan dalam menyebabkan penyakit gangguan jiwa. Hal ini mempunyai keterkaitan dengan perspektif personalistik, Foster dan Anderson (hal. 63, 1989) menjelaskan bahwa sistem personalistik adalah sebutan untuk sistem penyakit yang disebabkan oleh campur tangan dari suatu agen yang aktif berupa makhluk supranatural, roh leluhur, dan tukang sihir. Lebih jauh, pandangan personalistik juga menganggap bahwa pasien mempunyai permasalahan iman kepada Tuhan atau hasil campurtangan ketidaksenangan terhadap Tuhan (Mulyana, 2016, hal. 90).

Dengan demikian, dapat diketahui bahwa pandangan biomedis dan personalistik merujuk pada kesatuan konsep yang kompleks yaitu fisik, psikis, sosio dan spiritual. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa rohaniawan mempunyai pandangan terhadap kesehatan holistik pasien gangguan jiwa meliputi unsur kompleks yaitu kesehatan biologis, psikologis,

sosial, dan spiritual. Pernyataan ini diperkuat oleh pendapat Stuart & Sundeen (2008) yang menyatakan bahwa faktor penyebab gangguan jiwa adalah faktor biologis atau jasmaniah, ketakutan, psikologis, sosio-kultural, dan presitipasi.

Hal ini juga mempunyai keterkaitan dengan pandangan Islam yang memandang kesehatan jiwa sebagai satu kesatuan psikofisik kompleks yang lebih mengarah kepada kehidupan kerohanian seseorang (Sholeh, 2005, hal. 21). Pendapat serupa juga terdapat pada agama Kristen dan Katolik, Price (1997, hal. 159) menyatakan bahwa tubuh, jiwa dan roh adalah tritunggal dalam diri seseorang yang harus mengenal Tuhan sebagai juru selamat, ketika salah satu unsur mati maka terjadi ketidakharmonisan, keseimbangan pikiran, tubuh terganggu dan kemungkinan jadi sakit. Hal ini diperjelas oleh Franky (2016) yang menyatakan bahwa dalam kalangan Injil, masalah gangguan mental menjadi isu kompleks. Melalui beberapa pernyataan tersebut, dapat diketahui bahwa pemaknaan penyakit gangguan jiwa oleh Islam, Kristen, dan Katolik merupakan suatu permasalahan kompleks meliputi fisik, psikis, sosial dan spiritual dari manusia. Oleh karena itu, perspektif sistem biomedis dan personalistik yang sudah dijelaskan sebelumnya menyebabkan rohaniawan memulai terapi terapeutik yang relevan dengan pelayanan spiritual dalam proses penyembuhan pasien gangguan jiwa.

Analisis Tahapan Komunikasi Terapeutik pada Pelayanan Spiritual dalam Proses Penyembuhan Pasien Gangguan Jiwa

Temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa tahapan awal komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh rohaniawan meliputi BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya). Para rohaniawan mengucapkan beberapa ungkapan seperti salam, menanyakan kabar, menggunakan tutur kata lemah lembut, dan memberikan kesempatan untuk berbicara terlebih dahulu dalam membuka kegiatan pelayanan spiritual. Menurut Chaer dan Agustina (2014, hal. 16) menjelaskan bahwa ungkapan salam pada saat berjumpa atau pamit, membicarakan cuaca, serta menanyakan kondisi merupakan ungkapan basa-basi. Berdasarkan hasil temuan dalam penelitian ini, rohaniawan berbasa-basi terlebih dahulu pada fase orientasi agar terhubung dengan perasaan pasien. Rohaniawan mencoba mengorientasikan dirinya dengan pasien sebagai keluarga dan anggota kelompok sehingga bisa menyasar sisi spiritual dari pasien gangguan jiwa. Hal ini didukung oleh pendapat Mas'amah (dalam Asmara, 2015) yang menjelaskan bahwa basa-basi berfungsi sebagai pembuka atau penutup agar mempertahankan hubungan sosial yang lebih baik di antara penuturnya.

Pada tahapan awal ini rohaniawan menanyakan kabar, membiarkan pasien mengungkapkan isi hatinya, dan menawarkan materi dan durasi terlebih dahulu yang menunjukkan sikap mengasihi rohaniawan terhadap pasien gangguan jiwa. Subandi (2015) menjelaskan bahwa sikap mengasihi termasuk dimensi *high context level* yang menunjukkan sikap toleran, penuh perhatian, penuh kasih sayang, dan penerimaan positif atas perilaku agresif dan impulsif pada pasien gangguan jiwa.

Setelah rangkaian tahapan orientasi selesai, maka tahapan selanjutnya adalah tahapan kerja. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa tahapan kerja pada penyampaian spiritual meliputi penyampaian materi menggunakan metode *muhasabah*, *fitrah*, renungan dan pelepasan dosa. Pada tahapan ini, rohaniawan memulai kegiatan pelayanan dengan berdoa terlebih dahulu (agama Kristen dan Katolik dilanjutkan dengan bernyanyi puji-pujian).

Kegiatan serupa juga dilakukan dalam tahap kerja pada penelitian Timothy, Irinoye, Yunusa dkk (2017, hal. 38). Hasil dari penelitian tersebut menjelaskan bahwa perawat memulai kegiatan pelayanan spiritual dengan praktik spiritual (diam sejenak dan mengucapkan syukur atas kehidupan yang telah diberikan) ketika mengunjungi pasien setiap harinya. Setelah rangkaian doa dan bernyanyi selesai, tahap kerja dilanjutkan dengan kegiatan interaksi melalui komunikasi interpersonal atau komunikasi kelompok dengan cara mendatangkan tokoh agama dan praktik kegiatan religi (tata cara wudhu, sholat, dzikir, yasinan, dan sholawatan).

Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa tahap kerja mampu untuk membentuk memperkuat pondasi iman dan *aqidah* dari pasien. Rohaniawan mencoba memberikan refleksi dari pengalaman spiritual yang mampu memberikan contoh keteladanan melalui praktik religi yang dilakukan. Sejalan dengan hal tersebut, terdapat penelitian yang dilakukan Timothy, Irinoye, Yunusa dkk (2017) yang menjelaskan bahwa tahap kerja pada pelayanan spiritual meliputi kebutuhan klien, menilai kembali masalah klien, mendukung alternatif ketrampilan spiritual agar membentuk koping bagus, dan mendorong pasien memecahkan masalah sesuai dengan fokus bidang masing-masing.

Setelah rangkaian kerja selesai, tahap terakhir pada kegiatan pelayanan spiritual adalah terminasi. Hasil penelitian pada tahapan ini, rohaniawan melakukan evaluasi terlebih dahulu dengan bertanya kepada pasien tentang pendapatnya terhadap kegiatan pelayanan spiritual. Hal ini sesuai dengan terminasi pada penelitian Ali (2013) yang menjelaskan bahwa pada fase terminasi, rohaniawan melakukan evaluasi subjektif dengan cara memberikan pertanyaan terbuka, *me-review* apa yang telah dilakukan, perasaan yang dialami setelah melakukan pelayanan spiritual. Dalam penelitian tersebut, seorang terapis tidak boleh terkesan menguji kemampuan pasien gangguan jiwa, akan tetapi sekedar mengulang atau menyimpulkan hasil pembicaraan. Hasil lebih lanjut dalam tahap terminasi adalah menunjukkan bahwa rohaniawan menawarkan kontrak baru jika pasien masih ingin melakukan pelayanan spiritual di lain waktu.

Konstruksi Makna Pelayanan Spiritual pada Pasien Gangguan Jiwa

Tim layanan rohani Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat memandang bahwa pelayanan spiritual merupakan kebutuhan dasar dari manusia. Lebih lanjut lagi, temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pelayanan spiritual merupakan kegiatan yang dapat membantu pasien dalam mencapai ketenangan jiwa, memperkuat landasan keagamaan, dan membentuk sikap berserah diri kepada Tuhan sehingga membentuk hubungan yang lebih baik lagi dengan manusia dan Tuhan. Hal ini memiliki keterkaitan dengan definisi kebutuhan spiritual yang merupakan salah satu kebutuhan fundamental yang dibutuhkan individu agar mampu mempertahankan keharmonisan dan keselarasan dengan dunia luar (Surjana, Fatimah, & Hidayati, 2017, hal. 3). Kebutuhan spiritual adalah kebutuhan meliputi religi atau keagamaan, kebutuhan mendapat kedamaian, eksistensi, serta kebutuhan untuk memberi (Bussing, et al, 2010).

Temuan dalam penelitian menunjukkan bahwa kegiatan pelayanan spiritual meliputi praktik religi seperti doa bersama, bernyanyi bersama, tata cara wudhu, tata cara sholat, membaca kitab suci, dan mendatangkan tokoh agama. Penggunaan praktik religi dalam penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nuraeni, Nurhidayah, Hidayati, & dkk (2015) yang menjelaskan bahwa spiritual mengacu ke arah religi karena dianggap paling

penting dan paling dibutuhkan oleh pasien. Dalam praktik religi, rohaniawan cenderung merefleksikan pengalaman rohaniawan pada masa lampau yang memiliki dampak positif sehingga mempengaruhi penerapan pelayanan spiritual. Hal ini didukung dengan pendapat Kozier, et.al. (2004) yang menyatakan bahwa spiritual adalah refleksi pengalaman pribadi yang kemudian diekspresikan melalui banyak aspek dalam diri manusia antara lain agama, keyakinan/keimanan, harapan, dan pengampunan.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rohaniawan memaknai praktik religi dalam pelayanan spiritual sebagai salah satu cara untuk memberikan ketenangan jiwa pasien gangguan jiwa. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari (2015) yang menjelaskan hasil kegiatan religi (dzikir) mampu dijadikan strategi dalam mengurangi stress. Selain itu, frekuensi dzikir yang bagus mampu memberikan ketenangan jiwa secara signifikan. Berdasarkan hasil penelitian ini, bentuk ketenangan jiwa dari pasien gangguan jiwa adalah hasil dari pondasi iman yang kuat, mampu kembali ke *fitrah* manusia dan tercapainya titik kesadaran pasien agar pasien tidak merasa depresi dan frustrasi. Ketenangan jiwa dapat diartikan sebagai kemampuan untuk menyesuaikan diri sendiri, orang lain dan masyarakat sehingga dapat menguasai faktor dalam hidupnya dan menghindari tekanan-tekanan perasaan yang membawa faktor frustrasi (Zakiah, 1982, hal. 11).

Pembentukan hubungan spiritual dipraktikkan rohaniawan melalui beberapa metode. Temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa rohaniawan menggunakan metode *muhasabah*, *fitrah*, renungan dan pelepasan dosa dalam melakukan pelayanan spiritual. Pertama, metode *muhasabah* yang melihat bagaimana individu melakukan introspeksi diri, menghitung amal baik dan buruk, serta mengetahui kelemahan dan kekurangan. Kedua adalah *fitrah*, yang memiliki makna kembali pada tujuan penciptaan dan tujuan hidup dari manusia. Hal ini mempunyai keterkaitan dengan landasan agama Islam bahwa setiap manusia harus kembali pada *fitrah*-Nya.

Metode ketiga yaitu Renungan. Metode yang digunakan oleh rohaniawan Katolik ini mempunyai makna bahwa melakukan renungan setiap hari merupakan salah satu cara untuk meneguhkan iman. Renungan ini meliputi introspeksi diri dan memikirkan kembali sesuatu yang telah dilakukan. Metode ini mempunyai keterkaitan dengan pemaknaan metode pelepasan dosa yang telah disebutkan oleh rohaniawan Kristen. Pelepasan dosa merupakan salah satu cara untuk melatih pondasi iman agar percaya bahwa tidak ada sesuatu yang mustahil. Selain itu, rohaniawan menekankan bahwa manusia harus tetap introspeksi diri atas perbuatan yang telah dilakukan sehingga tidak lepas dari meminta ampunan kepada Tuhan.

Pada hakikatnya, metode *muhasabah*, *fitrah*, renungan, dan pelepasan dosa mengacu pada beberapa nilai yang sama, yaitu nilai peneguhan pondasi spiritual pada diri pasien dan nilai introspeksi diri atas perbuatan yang telah dilakukan. Mencermati metode *muhasabah* dan *fitrah* yang telah dilakukan oleh rohaniawan islam, nampak dari metode tersebut mempunyai landasan atau pandangan hidup yang di agama islam disebut *aqidah*. Definisi *aqidah* menurut Hasan Al-Banna (dalam Maulana, 2013, hal. 2) menyebutkan bahwa *aqidah* merupakan perkara wajib yang diyakini kebenarannya oleh hati, mendatangkan ketentraman jiwa sehingga menjadi keyakinan yang tak bercampur sedikitpun dengan keraguan. Secara garis besar *aqidah* adalah iman yang teguh dan pasti, dalam hal ini tidak ada keraguan sedikitpun bagi orang yang meyakini dengan melakukan segala pelaksanaan kewajiban-Nya, taat kepada-Nya baik

secara ilmiah maupun secara amaliyah yang telah ditetapkan Al-Quran, Sunnah Shahih dan Ijma' Salafush.

Mencermati metode renungan dan pelepasan dosa yang telah dilakukan oleh rohaniawan Kristen dan Katolik, nampak dari metode tersebut mempunyai landasan atau pandangan hidup yang dalam kalangan Injil disebut Penginjilan. Berasal dari kata dasar "Injil" yang membawa dua arti yaitu berita gembira dan kitab suci agama Kristen Katolik. Penginjilan mempunyai definisi penyebaran agama Kristen Katolik secara lebih mendalam melalui penginjil (Zakaria, 2010, hal. 8). Dalam penginjilan, rohaniawan kalangan injil memilih metode yang cocok yang dapat dipedomani baik membentuk keimanan yang lebih kuat serta sikap hidup yang lebih baik. Zakaria (2010, hal. 4) menjelaskan bahwa tujuan dari penginjilan adalah untuk memantapkan kekristenan orang-orang Kristen Katolik sehingga mampu memperkuat iman. Hal ini sesuai dengan peran rohaniawan yang mendukung untuk menemukan kedamaian dan peneguhan iman melalui introspeksi diri terhadap kejadian pada masa lalu.

Dengan demikian, penelitian ini menggarisbawahi bahwa pelayanan spiritual Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat berbasis praktik religi yang mengacu pada nilai peneguhan iman. Hal ini mempunyai keterkaitan dengan perspektif timur dalam memandang pelayanan spiritual, Nanzhao dalam Walker (2010, hal. 7) menjelaskan bahwa perspektif Asia pada interaksi dalam agama menekankan nilai spiritual daripada dimensi materi pengembangan klinis. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa rohaniawan melihat bahwa pelayanan spiritual yang menggunakan praktik religi merupakan suatu kesatuan daripada hanya fokus kepada satu elemen kesehatan holistik. Hal ini didukung oleh pernyataan Walker (2010, hal. 7) yang menjelaskan bahwa perspektif Asia melihat keseluruhan gambaran ketika dihadapkan dengan suatu masalah, ketika ada ketidaksesuaian mereka lebih memeriksa konteks masalah daripada menyalahkan satu elemen saja.

Keterkaitan pemaknaan spiritual yang mengacu pada nilai religi sangat erat dengan keyakinan yang dipahami oleh rohaniawan. Religi sebagai suatu sistem keyakinan ibadah terorganisasi yang dipraktikkan seseorang secara jelas menunjukkan spiritual mereka (Hawari, 2002). Rohaniawan menggunakan praktik religi untuk mengembalikan manusia kepada *fitrah*, memenuhi kewajiban agama, rasa untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, serta menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan agar dapat memperkuat iman. Rohaniawan meyakini apabila iman sudah kokoh dan matang, maka pasien tidak akan mudah tergoncang oleh suatu permasalahan, sehingga membuat proses penyembuhan akan lebih cepat.

Kesimpulan

Rohaniawan memaknai pasien gangguan jiwa dari pandangan biomedis dan personalistik. Rohaniawan menganggap bahwa pasien tidak mampu mengatasi masalah dalam kehidupan sehingga hal ini menjadi penyebab utama gangguan jiwa. Melihat lebih jauh lagi, rohaniawan juga meyakini bahwa penyebab utama didukung oleh beberapa faktor, yaitu adanya genetik gangguan jiwa, konflik sosial, faktor kehilangan orang yang disayangi, dan pondasi iman atau spiritual yang kurang kuat.

Dalam melakukan pelayanan spiritual, rohaniawan agama Islam menggunakan metode muhasabah dan pengembalian ke *fitrah*, rohaniawan agama Katolik menggunakan metode renungan, dan rohaniawan Kristen menggunakan metode pelepasan dosa. Meskipun

mempunyai istilah yang berbeda, seluruh metode mengacu pada nilai intropeksi diri pasien gangguan jiwa dan peneguhan *aqidah* dan penginjilan. Hal ini bertujuan agar mengembalikan pondasi iman agar lebih kuat, mencapai ketenangan jiwa, dan menjaga emosi pasien gangguan jiwa.

Komunikasi terapeutik pada pelayanan spiritual meliputi tahap pengenalan yang cenderung pada dimensi *high context level*, dilanjutkan tahap kerja menggunakan metode dan bentuk yang sudah direncanakan sesuai dengan praktik religi agama Islam, Katolik dan Kristen. Metode tersebut digunakan untuk memberikan nilai positif kepada pasien sehingga mampu untuk memfasilitasi penyembuhan secara menyeluruh. Serta tahap terminasi yang berisi evaluasi subjektif sehingga menentukan rencana tindak lanjut bagi pasien gangguan jiwa. Hambatan yang dihadapi oleh rohaniawan dalam melakukan pelayanan spiritual adalah tidak tercapainya tujuan komunikasi atau *miss komunikasi*, marah, perilaku yang tidak bisa diprediksi, serta kebiasaan pasien menyetek. Dalam menangani hambatan, rohaniawan lebih menjaga emosi, diam sejenak, mengajak pasien layaknya anak kecil, berbohong demi kebaikan, dan penggunaan tutur kata yang sopan dan santun.

Referensi

- Afnuhazi, R. (2015). *Komunikasi terapeutik dalam keperawatan jiwa*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Ali, E. W. (2013). *Langkah-langkah komunikasi terapeutik antara petugas kerohanian dengan pasien cuci darah di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Ardial, (2014). *Paradigma dan model penelitian komunikasi*. Jakarta; PT. Bumi Aksara.
- Arwani, (2003). *Komunikasi dalam keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods 4 edition*. New York: Oxford University Press Inc.
- Bungin, H. M. (2007). *Penelitian kualitatif; Komunikasi, ekonomi, kebijakan publik, dan ilmu sosial*. Jakarta; Kencana Prenama Media Group.
- Chaer, A., & Agustina, L. (2014). *Sosiolinguistik pengenalan awal*. Jakarta: Rineka Cipta
- Creswell, J. W. (2016). *Research design: pendekatan metode kualitatif, kuantitatif, dan campuran*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Freshwater, D. (2006). *Mental health and illness; Questions and answers for counsellors and therapist*. England: Whurr Publishers.
- Handzo, F. G., Flannely, J. K., Kudler, T., Fogg, L. S., Harding, R. S., Hasan, Y. S., & Ross, M. (2008). *What do chaplains really do? Intervention in the New York chaplaincy study; Journal of health care chaplaincy*. Vol 14 (1). 39-56.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Stop stigma dan diskriminasi terhadap orang gangguan jiwa odgj*. Diakses pada 16 April 2018 dari <http://www.depkes.go.id/article/view/201410270011/stop-stigma-dan-diskriminasi-terhadap-orang-dengan-gangguan-jiwa-odgj.html>
- King, D. E., & Bushwick, B. (1994). *Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. Journal of Family Practice*. 39(4), 349–352.
- Komalasari, V. (2002). *Peranan informed consent dalam perjanjian terapeutik*. Bandung: Aditya Bandung.
- Koenig, G. H. (1998). *Handbook of religion and mental health*. USA; Academic Press.
- Kozier, B. (2004). *Fundamental of nursing*. New Jersey: Pearson.

- Lalongkoe, R. M. (2013). *Komunikasi keperawatan: Metode berbicara asuhan keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Littlejohn, S.W., & Foss, K. A. (2009). *The encyclopedia of communication theories*. UK: SAGE Publications.
- Maramis, R. (2010). *Buku saku diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ III)*. Jakarta: FK Unika Atmajaya.
- Maulana, A. (2013). *Nilai-nilai pendidikan aqidah dalam bimbingan rohani pada pasien di rumah sakit pembina kesejahteraan umat (PKU) muhammadiyah Surakarta*. Skripsi. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Mulyana, D. (2016). *Health and therapeutic communication; An intercultural perspective*. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Neuman, W. (2013). *Metodologi penelitian sosial: Pendekatan kualitatif dan kuantitatif edisi 7*. Jakarta: PT Indeks.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi kesehatan teori dan aplikasi, edisi revisi*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nuraeni, A., Nurhidayah, I., Hidayati, N. & dkk (2016). *Kebutuhan spiritual pada pasien kanker*. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran. (2) 3. 57-66.
- Perhimpunan Pelajar Indonesia se-Dunia. (2017). *RRI Voi 9 Oktober 2017: Hari kesehatan jiwa sedunia* diakses pada tanggal 17 April 2018 dari : <http://ppidunia.org/2017/10/12/rri-voi-9-oktober-2017-hari-kesehatan-jiwa-sedunia/>.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (1992). *Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice*. USA: Sage Publication.
- Pratiwi, D. R. (2012). *Komunikasi Kesehatan dan Perilaku Akseptor KB Mantab*. Surakarta: UNS.
- Price, D. (1997). *is anyone of you sick: Apa yang harus dilakukan kala orang Kristen jatuh sakit*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Pujileksono, S. (2015). *Metode penellitian komunikasi kualitatif*. Malang: Kelompok Intrans Publishing
- Purwanto, H. (1994). *Komunikasi untuk Perawat*. Jakarta: EGC.
- Ritanto, L. (2015). *Proses Komunikasi Terapeutik Perawat dalam Mempersuasi Pasien Untuk Beraktivitas (Studi Deskriptif kualitatif pada Perawat dengan Pasien Rumah Sakit Jiwa Menur Provinsi Jawa Timur)*. Universitas Brawijaya.
- Rosenberg, S. (2014). *Therapeutic communication in the clinical setting work-based learning in nursing education in transiti*. Long Island City: 1-13.
- Sari, A. P. (2015). *Pengaruh pengalaman dzikir terhadap ketenangan jiwa di majlisul dzakirin kamulan durenan trenggalek*. Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Tulungagung. Skripsi.
- Schiavo, R. (2007). *Health communication: From theory to practice*. New York: Jossey-Bass
- Shreko, E., Sotiri, E., & Lika E. (2013). *Therapeutic communication*. JAHR, 4 (7).
- Surjana, E., Fatimah, S., & Hidayati, N.O. (2017). *Kebutuhan spiritual keluarga dengan anak penderita penyakit kronis*. Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia. (1) 47-56.
- Timothy, G., Irinoye, O., Yunusa, U., & dkk (2015). *Utilization of therapeutic communication as a widget for spiritual and energy care: A hope for the 21st century nursing practice*. Jour. Of Ayurveda & Holistic Medicine. 3 (2), 33-40.
- Walker, G. (2010). *East is east and west is west*. International Baccalaureate Organisastion. Cardiff: Peridot Press.
- Zakaria, M. R. (2010). *Metode penginjilan dalam agama Kristen Katolik*. Skripsi. Universitas Islam Negeri Sultan Syarif Kasih Pekanbaru.