

POLA ASUH KEPERAWATAN DALAM TINJUAN SOSIOLOGI (Studi Kasus: Perawat di Ruang Rawat Inap RSJ. Hb. Sa'anin Padang)

Erningsih

(Dosen STKIP PGRI Sumatera Barat, Email: erningsihanit@gmail.com)

Abstract

Prior to the establishment of special hospitals for psychiatric problems of people with mental disorders are treated and handled by the family. Reality found there are still people with mental disorders are deprived and discriminated against in social life such patients have undergone unhumanistic treatments. In this relation, sending the patients to psychiatric hospitals may be considered to be a humanistic solution that may become important in helping such mentally disturbed patients especially to help them return to their normal life. For that reason, this study focused on social aspects associated with some nursing pattern in psychiatric hospital (sociological perspective). The results indentified that interactions between patients and nurses could be categorized into 3 patterns as which 1) the patients needs, 2) time and 3) accomodation or facilities have been focused.

Key Word: *Nursing Pattern in psychiatric hospital*

PENDAHULUAN

Tulisan ini bertujuan untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan dalam rumusan masalah yaitu: bagaimana pola interaksi perawat di RSJ HB. Sa'anin Padang berdasarkan kebutuhan, waktu dan ruang inap pasien? Berdasarkan tuntutan masyarakat tentang pentingnya peningkatan pelayanan kesehatan melalui sarana rumah sakit dirasakan sudah semakin membaik. Pelayanan tersebut lebih terasa persaingannya dengan banyaknya dibangun rumah sakit swasta yang menawarkan pelayanan yang lebih baik, baik itu dari segi tenaga kesehatannya maupun dari segi peralatan dan fasilitasnya. Persaingan tersebut juga terasa pada pelayanan kejiwaan. Di Sumatera Barat pelayanan masalah kejiwaan dilayani oleh rumah sakit jiwa HB. Sa'anin Padang (rumah sakit jiwa pemerintah) dan rumah sakit jiwa Puti Bungsu (rumah sakit jiwa swasta). Sebelum didirikannya rumah sakit yang khusus untuk manangani masalah kejiwaan para penderita gangguan jiwa ini dirawat dan ditangani oleh

keluarganya. Realitas yang ditemukan memang masih ada penderita gangguan jiwa yang dipasung dan didiskriminasikan dalam kehidupan sosialnya.

Sejauh ini pemerintah telah mengusahakan sebuah Rumah Sakit Jiwa sebagai salah satu sarana upaya pelayanan kesehatan khususnya kesehatan jiwa, yang berusaha memberikan pelayanan dan menyelenggarakan pencegahan, pemulihan dan rehabilitasi dibidang kesehatan jiwa. Sebagai sebuah unit organisasi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa tentu saja rumah sakit jiwa mempunyai sejumlah tenaga kesehatan yang semua tenaga kesehatan ini bertanggung jawab kepada pimpinan rumah sakit jiwa. Tenaga kesehatan tersebut antara lain tenaga dokter, tenaga perawat, tenaga para medik non perawat dan tenaga administrasi (tenaga teknis). Keseluruhan tenaga kesehatan ini memiliki tugas dan fungsi yang disesuaikan dengan bidangnya masing-masing. Namun kesemuanya tidaklah dapat berdiri karena masing-masing tenaga kesehatan ini saling terkait dan saling bekerjasama.

Dalam hal ini tenaga perawat mempunyai kedudukan penting dalam menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena pelayanan yang diberikannya berdasarkan pendekatan *bio-psiko-sosial-spiritual* merupakan pelayanan yang unik dilaksanakan selama 24 jam dan berkesinambungan merupakan kelebihan tersendiri dibanding pelayanan lainnya (Departemen Kesehatan RI, 2001). Tuntutan dan kebutuhan asuhan keperawatan yang berkualitas di masa depan merupakan tantangan yang harus dipersiapkan secara benar-benar dan ditangani secara mendasar, terarah dan sungguh-sungguh dari rumah sakit.

Kualitas pelayanan keperawatan dinilai dari kepuasan pasien yang sedang atau pernah dirawat sebagai ungkapan rasa lega atau senang karena harapan tentang sesuatu kebutuhan pasien terpenuhi oleh pelayanan keperawatan yang bila diuraikan berarti kepuasan terhadap kenyamanan, kecepatan, pelayanan, keramahan dan perhatian. Sementara rasa puas sendiri mempunyai nilai yang relatif tergantung dari masing-masing individu.

METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan tipe deskriptif yang dilaksanakan di RSJ. HB. Sa'anin, Kota Padang, Propinsi Sumatera Barat. Pengambilan data menggunakan teknik observasi, wawancara mendalam, dan penelusuran dokumen. Informan dalam penelitian ini adalah perawat dan pegawai RSJ HB.Sa'anin Padang serta keluarga pasien penderita gangguan jiwa yang ditetapkan secara senagaja (*purposive sampling*). Data dianalisis dengan menggunakan prinsip-prinsip analisis data Miles dan Hubermans dimana ada tiga langkah yang harus diterapkan yaitu; (1) mereduksi data, (2) menyajikan data, dan (3) menyimpulkan data.

PEMBAHASAN

Pola Interaksi Berdasarkan Kebutuhan Pasien

Mencermati pengertian dan pembagian jenis tindakan bahwa tindakan tersebut mengandung makna dan diarahkan kepada orang lain serta ada respon yang diharapkan dari orang yang berada diluar dari diri orang yang melakukan tindakan tersebut, perawat pun berinteraksi dengan pasiennya juga mengandung tindakan yang berorientasi pada pasien dan tindakan tersebut dimaknainya agar dapat direspon oleh pasiennya. Salah satu aspek yang dimaknai oleh perawat adalah kebutuhan pasien tersebut. Dalam hal ini pasien membutuhkan; 1) kebersihan dirinya yang diwujudkan dalam bentuk mandi, 2) melindungi dirinya dari cuaca dingin atau panas yang diwujudkan dalam hal berpakaian, 3) membutuhkan energi dalam bentuk makan dan minum, 4) membutuhkan istirahat yang diwujudkan dalam tidur, 5) membutuhkan kesegaran jasmani yang diwujudkan dalam bentuk olah raga, 6) membutuhkan hiburan yang diwujudkan dalam bentuk bernyanyi, 7) membutuhkan suasana rileks atau rekreasi yang diwujudkan dalam bentuk jalan-jalan di lingkungan rumah sakit, 8) membutuhkan aktualisasi diri yang diwujudkan dalam bentuk aktifitas menyapu, mencabut rumput, mencuci piring, mengambil air. Kesemuanya itu rutin dikerjakan setiap hari, terlihat pada tabel 1.

Tabel 1. Tindakan Sosial dalam Konteks (Pola Asuh Keperawatan) Berdasarkan Kebutuhan Dilihat Berdasarkan Ruangan

No	Kebutuhan	Anggrek	Melati	Flamboyan	Cendrawasih
1	Mandi	Rasional	Afektif	Afektif	Afektif
2	Berpakaian	Rasional/ Nilai	Nilai	Nilai	Nilai
3	Makan	Rasional	Rasional/ Afektif	Rasional/ Afektif	Rasional/ Afektif
4	Olah raga	Rasional	Afektif	Afektif	Afektif

5	Tidur	Rasional	Rasional/ Afektif	Rasional/ Afektif	Rasional/Afektif
6	Rekreasi	Rasional	Rasional/ Afektif	Rasional/ Afektif	Rasional/Afektif
7	Aktualisasi diri	Rasional	Rasional/ Afektif	Rasional/ Afektif	Rasional/Afektif
8	Aktualisasi	Rasional	Rasional/ Afektif	Rasional/ Afektif	Rasional/ Afektif

Dalam pemenuhan kebutuhan pasien secara umum para perawat memiliki tingkat kepekaan yang tinggi. Hal yang paling tinggi yang direspon perawat adalah pemenuhan kebutuhan jadwal pasien minum obat. Pasien tidak boleh terlalu cepat dan terlalu lambat ketika minum obat. Hal ini dapat saksikan setengah jam sebelum pemberian obat, perawat telah melakukan aktifitas persiapan dengan cara membagi-bagi obat berdasarkan nama pasien dan obatnya dalam sebuah botol kecil yang telah disediakan serta tersusun rapi dimeja *rooling*. Pemberian obat tidak boleh teledor (tidak boleh terlalu cepat dan tidak boleh terlalu lambat). Para perawat sangat terpolat terhadap jadwal pemberian obat. Meskipun demikian perawat tidak bisa berbuat apa-apa dalam pemenuhan kebutuhan tersebut ketika stok obat dimasing-masing wisma habis.

Aktifitas lainnya yang juga menjadi pola rutin yang dilakukan perawat yang menuntut perhatian besar oleh perawat adalah pemenuhan kebutuhan makan dan minum pasien. Perawat juga tidak bisa melakukan apa-apa ketika instalasi gizi tidak melaksanakan fungsinya dengan benar. Kegiatan pemenuhan kebutuhan pasien lainnya yang harus direspon tinggi oleh perawat adalah masalah kebersihan fisik dan pakaian pasien. Pasien harus mandi 2 kali sehari dan dikontrol ketat oleh perawat. Pasien yang tidak mau mandi, menjadi tanggung jawab perawat sehingga pasien mau mandi dengan prosedur yang telah ditetapkan (membujuk, menghardik dan sampai memaksa). Disamping itu ada

pemenuhan kebutuhan yang tidak harus direspon tinggi oleh perawat yaitu; 1) berolah raga, dan 2) hiburan. Berdasarkan hasil pengamatan peneliti tidak menemukan perawat memaksa pasien untuk berolah raga atau bernyanyi. Pasien bebas mengikuti atau menolak untuk ikut olah raga atau bernyanyi, disini terlihat ada tindakan afektif oleh perawat kepada pasien. Ada kebebasan yang diberikan oleh perawat kepada pasien terhadap kebutuhan ini yaitu pemenuhan kebutuhan olah raga dan bernyanyi, atau dengan kata lain perawat menghargai aktifitas-aktifitas apa yang dipilih oleh pasien dalam momen ini. Contoh aktualnya adalah; 1) pasien ketika berolah raga apabila terjadi kesalahan gerakan maka tidak ada hukuman yang diberikan oleh perawat kepada pasien, 2) ketika pasien diajak bernyanyi bersama oleh perawat, ada pasien yang acuh tak acuh saja pada kegiatan bernyanyi bersama tersebut seperti mereka diam saja atau sibuk mondar mandir sekeliling ruang interaksi dan ada pula yang sibuk dengan dunianya sendiri.

Selanjutnya dalam pemenuhan kebutuhan pasien, perawat tidak dipolakan berdasarkan pola aktifitas yang sudah ditetapkan oleh pihak rumah sakit. Justru dalam interaksi ini pasienlah yang mengambil inisiatif untuk berinteraksi dengan perawat. Dengan kata lain, tidak ada perawat yang memulai interaksi tersebut melainkan pasien yang memulai interaksi lebih dulu. Di sini dapat dimaknai bahwa tindakan sosial oleh perawat berada pada kategori tindakan berorientasi nilai. Contoh aktifitas interaksi seperti ini peneliti temukan ketika pasien ingin *curhat* kepada perawat dengan topik yang beragam (menceritakan masalah keluarganya, prestasi sekolah, dan hubungan asmara mereka).

Mencermati paparan di atas maka dapat dibagi pola interaksi antara pasien dengan perawat

menjadi 3 bentuk. Yaitu ; 1) interaksi yang sifatnya harus dilaksanakan oleh pasien, perawat sebagai inisiator dalam interaksi tersebut. 2) interaksi yang sifatnya mentolerir pasien, perawat juga sebagai inisiator. 3) interaksi yang sifatnya lebih longgar, pasienlah yang menjadi inisiator dalam interaksi tersebut dan perawat berfungsi sebagai orang yang berempati dalam situasi tersebut.

Pola Interaksi Berdasarkan Waktu

Pembahasan tentang pola interaksi berdasarkan kebutuhan tidak bisa dipisahkan dari kapan interaksi itu terjadi, atau dengan kata lain interaksi yang terjadi antara perawat dengan pasien terjadi pada waktu-waktu tertentu yang disesuaikan dengan rentang waktu yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit jiwa. Rentang waktu tersebut dibagi atas 11 rentang waktu seperti berikut pada tabel 2.

Tabel 2. Rentang waktu pasien di Rumah Sakit Jiwa H.B Sa'anin Padang

No	Waktu kegiatan	Bentuk kegiatan
1	05.00 – 05.30 WIB	Sholat Subuh
2	06.00 – 08.00 WIB	Membersihkan Tempat Tidur, Mandi
3	08.00 – 09.00 WIB	Senam Pagi
4	09.00 – 10.00 WIB	Reaksi / Senam Pagi
5	10.00 – 10.30 WIB	Therapy Aktifitas Kelompok
6	10.30 – 12.00 WIB	Interaksi
7	12.00 – 13.00 WIB	Makan Siang Sholat Dzuhur
8	13.00 – 15.00 WIB	Istirahat Siang
9	15.30 – 18.00 WIB	Isoma, T.A.K, Interaksi, Mandi
10	18.00 – 20.00 WIB	Makan Malam, Sholat Maqrib
11	20.00 – 05.00 WIB	Sholat Isya, Tidur Malam

Sumber: Data Sekunder Rumah Sakit HB Saanin Padang

Dalam tabel 2 rentang waktu tersebut, terjadi banyak ragam aktifitas yang pada prinsipnya selalu terjadi interaksi. Memperhatikan interaksi yang terjadi pada rentang waktu itu, maka dibagi atas 2 jenis interaksi yaitu; 1) interaksi yang disengaja, dan 2) interaksi yang tidak disengaja. Pada tabel berikut dapat dilihat bentuk aktifitas yang didasarkan pada interaksi yang disengaja dan interaksi yang tidak disengaja tersebut.

Interaksi yang disengaja sebagai mana yang sudah dijelaskan pada uraian sebelumnya (perawat sebagai inisiator) bertujuan untuk pendisiplinan pola tindakan mereka sehari-hari. Sebagaimana yang telah diketahui bahwa tindakan berpola merupakan perilaku individu normal yang terbentuk melalui proses pola pikir, pola sikap dan pola tindak. Untuk menuju tindakan ke arah yang berpola ini perawat wajib sebagai inisiator yang dipandu oleh standar operasional prosedur pelayanan pasien. Hal ini menuntut perawat untuk profesional bekerja. Implikasi dari profesionalnya perawat dalam bekerja melayani pasien dapat diartikan secara sosiologis perawat melakukan tindakan rasional instrumental.

Tindakan yang tidak disengaja seperti yang telah dipaparkan pada uraian sebelumnya perawat bukanlah sebagai inisiator, melainkan pasienlah sebagai inisiator. Dalam hal ini, perawat dituntut untuk memiliki pengertian yang tinggi terhadap pasien. Perawat tidak boleh menolak pasien ketika pasien mengajaknya untuk *curhat*. Perawat juga tidak boleh menyalahkan pasien dalam topik-topik pembicaraannya. Dalam hal ini, perawat harus bisa mengimbangi pembicaraan pasien meskipun hal tersebut tidak sesuai dengan dunia perawat itu sendiri. Situasi ini menunjukkan bahwa perawat harus memerankan dirinya melalui topeng yang sesuai dengan perannya di luar perannya sebagai perawat.

Ketika dicermati bahwa perawat sebagai individu di luar konteks perawat tentunya berempati, bercanda dan berdialog dengan pasien yang mengalami gangguan jiwa merupakan suatu yang dianggap ikut menjadi “orang gila”. Realitasnya dalam masyarakat, ada jarak interaksi antara individu normal dengan individu penderita gangguan jiwa, bahkan ada tindakan mengisolasi diri terhadap penderita gangguan

jiwa. Selanjutnya, ketika dihubungkan dengan realitas kehidupan perawat di rumah sakit jiwa maka sangat jelas terlihat disini bagaimana teori dramaturgi berlaku dalam situasi interaksi yang tidak disengaja antara perawat dengan pasien.

Keberlangsungan situasi dramaturgi ini cukup dominan dalam keseharian antara perawat dengan pasien. Berdasarkan hasil pengamatan keberlangsungannya kira-kira terjadi 5 jam dalam sehari. Secara lebih khusus interaksi tersebut terjadi antara pasien dengan perawat pendampingnya. Perawat pendamping begitu menikmati (*enjoy*) berinteraksi tersebut dengan pasiennya.

Penelitian ini juga menemukan sesuatu yang luar biasa yang tersimpan dalam konstruksi berfikir perawat. Ada perawat sangat menyenangkan bekerja di rumah sakit jiwa ini dengan alasan bahwa dirinya lebih berarti dan lebih bisa berekspresi terhadap pasien penderita gangguan jiwa dalam rangka mengembalikan kehidupan nyata yang sebenarnya layaknya seperti orang normal. Pengalaman praktik di rumah sakit umum justru lebih menenggangkan ketika berinteraksi dengan manusia normal.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebenarnya pasien lebih dihargai sebagai manusia di rumah sakit jiwa ini daripada dia berada di lingkungan keluarga dan masyarakatnya. Ketika berada dalam lingkungan masyarakat diperoleh data bahwa pasien mengalami proses diskriminasi dan pengucilan dalam masyarakat, sementara itu dalam menjalani terapi di rumah sakit, mereka diperlakukan sebagai manusia yang membutuhkan perhatian khusus (terapi) dari pihak rumah sakit (perawat) setidaknya tingkat kestabilan jiwanya terkendali sehingga mampu beradaptasi dalam lingkungan keluarga dan masyarakatnya. Hal ini juga dapat dimaknai bahwa

stigma terhadap orang yang mengalami gangguan jiwa tidak mengalami kecendrungan bahwa orang mengalami gangguan jiwa tidak pantas dihargai sebagai manusia. Apabila dicermati dalam konteks memanusiaikan manusia (*humanistik*) orang yang mengalami gangguan jiwa memiliki hak yang sama untuk hidup di tengah-tengah masyarakat sesuai dengan kebutuhan fisik dan nonfisiknya. Hal yang lebih tragis terjadi pemasungan terhadap orang yang mengalami gangguan jiwa secara total. Realitasnya adalah keluarga individu yang mengalami gangguan jiwa membangun sebuah gubuk berukuran 2X2 M untuk tempat mengisolasi yang bersangkutan dari interaksi sosial dengan masyarakat. Yang bersangkutan juga mengalami tindakan di luar kemanusiaan dalam bentuk dirantai.

Mencermati hal tadi, sudah selayaknya ada gerakan sosial yang diprakarsai oleh lembaga swadaya masyarakat untuk membebaskan orang yang mengalami gangguan jiwa dari pemasungan dan selanjutnya mereka menjalani terapi di rumah sakit jiwa. Hal ini menjadi tanggung jawab negara untuk membiayai orang yang mengalami gangguan jiwa sesuai dengan amanat Undang-Undang Dasar 1945 “Bahwa orang-orang terlantar menjadi tanggung jawab negara” namun dalam kenyataan masih ditemukan orang yang mengalami gangguan jiwa menjalani proses pemasungan serta berkeliaraan dialam bebas tidak layak seperti manusia layaknya. Dapat kita saksikan bersama bagaimana orang mengalami gangguan jiwa “mengorek-ngorek” bak sampah, tidur di sembarangan tempat (pos polisi, halte, emperan toko, trotoar jalan, dan lain sebagainya) di kota-kota besar di Indonesia sampai ke pedesaan. Kota Padang juga tidak luput dari realitas tersebut! Haruskah realitas ini dibiarkan terjadi?

Peneliti mengakui bahwa pemerintah kurang cermat dalam melakukan fungsinya sebagai detektor terhadap realitas tersebut sementara itu masyarakat sekitar realitas tersebut terjadi, juga tidak memiliki inisiatif dan bertindak proaktif untuk memberitahu lembaga negara yang bertanggung jawab terhadap orang mengalami gangguan jiwa baik yang mengalami pemasangan maupun yang berkeliaran di alam bebas. Penyadaran terhadap masyarakat yang menghadapi realitas tersebut juga menjadi tanggung jawab negara. Peneliti mensinyalir bahwa tingkat kepedulian negara terhadap realitas ini bisa dikatakan rendah.

Pola Interaksi Berdasarkan Ruang Inap

Ruang inap di rumah Sakit Jiwa HB. Sa'anin dibagi menjadi 4 kelas yaitu; 1) kelas VIP, 2) Kelas I, 3) Kelas II dan, 4) Kelas III. Antara kelas II dan kelas III secara fisik tidak jauh berbeda. Perbedaan yang signifikan hanya dibedakan atas ruangan terbuka pada ruangan interaksi. Pada kelas II ruangan interaksinya diberi atap *fiber* sementara pada kelas III tidak diberi atap. Kondisi ini sangat terasa ketika hari hujan, pada kelas III pasien tidak bisa berlalu lalang lagi ketika hujan. Seperti yang telah diketahui bahwa para pasien rumah sakit jiwa ini sangat terbiasa mondar mandir karena memang itulah perilaku khas mereka.

Pada 2 kali observasi terjadi hujan, peneliti menyaksikan di kelas III pasien ketika hujan baru turun ada 3 pasien yang tetap berada di ruang terbuka. Dengan responsif tinggi perawat langsung mengatasi suasana tersebut dengan membawa pasien ke teras ruang interaksi dengan maksud agar pasien bisa berteduh. Tidak ada protes dari pasien ketika diajak oleh perawat menuju teras. Suasana tersebut tidak akan pernah ditemui di kelas I, II dan kelas VIP.

Hal yang sangat berbeda ditemukan peneliti di kelas VIP. Desain ruangan dirancang sedemikian rupa seperti penginapan atau hotel (*in door*) namun tampilan *in door* tidak seperti di kelas I, II dan III. Dari luar peneliti melihat tampilan MPKP Wisma Anggrek (kelas VIP) seperti rumah bedeng yang terasnya diberi jeruji besi seperti layaknya sebuah rutan. Dan pasien tersekat-sekat oleh desain ruangan tersebut. Mencermati hal tersebut peneliti dapat menangkap bahwa frekwensi interaksi antar pasien itu rendah. Tidak ada pasien yang mondar mandir dalam ruangan interaksi seperti di kelas I, II dan III. Dari 15 pasien yang ada dalam ruangan kelas VIP ini satu jam waktu tidak ada pasien yang berlalu lalang. Mereka bertahan dan berdiam diri di kamarnya masing-masing.

Yang menarik dibahas terhadap realitas kehidupan pasien baik di kelas VIP, I, II dan III adalah terbentuknya strata sosial pasien secara fisik pasien dibedakan atas strata VIP, Kelas I, II dan III. Hal ini menunjukkan pasien berasal dari kelas dan status sosial yang berbeda dalam masyarakat. Jelas disini yang menjalani terapi di kelas VIP adalah pasien yang berasal dari kelas sosial yang tinggi, artinya keluarga pasien sanggup membayar tarif kamar yang cukup tinggi (Rp. 210.000,-/ hari).

Secara non fisik tampilan pasien di kelas VIP juga jauh berbeda dengan pasien kelas I, II dan III. Berdasarkan hasil observasi, peneliti dapat menyatakan hasil identifikasi tampilan non fisik pasien adalah sebagai berikut; 1) tampilan seperti pejabat atau bos, 2) tampilan seperti istri pejabat atau bos, 3) tampilan seperti anak orang kaya, 4) tampilan seperti nenek yang anaknya sudah sukses.

Ada beberapa perbedaan yang cukup mencolok dalam interaksi mereka. Pertama, tidak ada berlangsung interaksi pasien dengan

perawat dibalik sekat yang berjeruji. Ketika peneliti membandingkan dengan kelas I, II dan III, di kelas VIP tidak peneliti temukan ruang kontrol perawat tidak dibatasi oleh sekat yang berjeruji dengan interaksi. Sehingga tidak terjadi interaksi disengaja secara intensif antara perawat dengan pasien. Di kelas I, II dan III pemandangan berkumpulnya pasien disekat antara ruang kontrol perawat dengan ruang interaksi merupakan sebuah pemandangan tersendiri yang dimaknai oleh peneliti bahwa di kelas I, II, dan III begitu terbukanya kesempatan untuk pasien berinteraksi dengan perawat. Hal ini tidak ditemukan di wisma VIP. Pasien harus melalui proses dulu baru bisa ketemu dengan perawat. Atau dengan kata lain pasien harus keluar kamar dulu membuka pintu dan berjalan menuju ruang kontrol baru bisa bertemu dengan perawat. Hal ini berarti di kelas I, II dan III interaksi dengan perawat kuat dan mudah dalam bentuk lain juga dapat dikatakan bahwa interaksi yang terjadi memiliki frekuensi yang tinggi. Berbeda dengan kelas VIP hanya memiliki interaksi yang lemah dan sulit (frekuensi interaksi rendah).

Menyikapi hal ini peneliti tidak berani mengajukan sebuah eksperimen apakah pasien diruangan VIP apabila dipindahkan di luar kelas VIP apakah mereka sanggup beradaptasi terhadap situasi sosial di luar kelas VIP. Peneliti hanya berasumsi bahwa seandainya pasien kelas VIP dipindahkan ke kelas lain, pasien kelas VIP itu akan mengalami interaksi kuat karena bentuk ruangan kelas I, II dan III mendukung untuk itu, sementara itu di kelas VIP yang membatasi perawat dengan pasien adalah model-model ruangan VIP yang memberikan privasi kepada keluarga pasien untuk bisa mengunjungi atau menginap di kamar-kamar pasien (gambar ruangan VIP terlampir).

Selanjutnya peneliti berasumsi ketika pasien kelas VIP dipindahkan ke kelas lain, ini menjadi sebuah tantangan bagi pasien kelas VIP untuk mewujudkan aktualisasi dirinya, karena di kelas VIP tidak ada latihan bagi pasien membawa air, mencabut rumput, menyapu dan mencuci piring. Padahal pada latihan tersebut sangat berguna untuk pembentukan aktualisasi diri pasien. Justru hal ini hanya ditemukan di kelas I, II dan III saja. Peneliti mencoba menelusuri lebih jauh mengapa kegiatan dalam konteks pelatihan aktualisasi diri tersebut tidak diberlakukan di kelas VIP? Apakah ini ada pengaruh mempertimbangkan status sosial pasien? berdasarkan hasil wawancara dengan Ibu Sri, bahwa kegiatan pelatihan aktualisasi diri yang dilakukan di Wisma Anggrek (kelas VIP) bentuk aktifitasnya berbeda. Adapun aktifitas aktualisasi diri yang dilakukan di Wisma Anggrek (kelas VIP) dilakukan dalam ruangan pribadi pasien atau di kamar masing-masing pasien. Pasien selalu diinstruksikan dan diawasi untuk merapikan tempat tidurnya, selimut dan menempatkan alat-alat atau peralatan makan minum ditempatnya yang sudah disediakan dalam kamar mereka masing-masing. Berdasarkan deskripsi di atas peneliti dapat mengatakan bahwa desain ruang wisma atau kelas berpengaruh terhadap kualitas interaksi antara perawat dengan pasien.

Tentunya interaksi mereka memiliki kekhasan masing-masing setiap perawat dengan pasiennya. Ketika kekhasan masing-masing tersebut digeneralisir peneliti berupaya menemukan polanya. Pola yang berhasil peneliti maknai dari realitas interaksi tersebut mencerminkan 3 aktifitas rutin yang selalu terjadi yang disebabkan oleh aspek kebutuhan, aspek waktu dan aspek tempat. Adapun polanya adalah; (1) perawat-kamar mandi-ruang makan-tempat tidur-pasien. (2) perawat-pagi-siang-malam-pasien. (3) perawat-

kelas/wisma-pasien. Selanjutnya; 1) selalu terjadi interaksi antara perawat dengan pasien di kamar mandi, 2) selalu terjadi interaksi antara perawat dengan pasien di ruang makan, 3) selalu terjadi interaksi antara perawat dan pasien di kamar tidur. Ketiga kategori pola interaksi ini kedua aktornya (perawat dan pasien) tidak bisa menghindar dari realitasnya. Apabila salah satu pola interaksi ini tidak terlaksana sudah dapat dipastikan bahwa pasien tidak mengalami proses kemajuan dalam penyembuhan. Atau dengan kata lain 3 kategori ini harus diawasi ketat oleh pihak manajemen rumah sakit jiwa agar kualitas interaksinya selalu ditingkatkan.

Mencermati interaksi berdasarkan waktu, bahwa: 1) pada pagi hari selalu terjadi interaksi antara perawat dengan pasien. 2) pada siang hari selalu terjadi interaksi antara perawat dengan pasien. 3) pada sore dan malam hari selalu terjadi interaksi antara perawat dengan pasien. Ketiga kategori pola interaksi di atas juga harus terlaksana ketiga-tiganya. Apabila salah satu dari pola interaksi tersebut tidak terlaksana artinya perawat tidak menjalankan tugasnya. Hal ini sangat berdampak pada proses kemajuan penyembuhan pasien. Atau dengan kata lain, ada rutinitas yang hilang dalam kehidupan pasien di rumah sakit jiwa. Contohnya yang paling vital adalah pasien tidak makan obat, tidak makan siang dan tidak tidur, dan tidak mandi.

Pola interaksi perawat dengan pasien yang berdasarkan pada tempat (ruangan) secara umum dapat dibagi 2 yaitu: 1) interaksi pada kelas VIP (Wisma Anggrek), 2) interaksi di ruangan kelas I, II dan III. Secara fisik interaksi dari 2 jenis ruangan/ tempat tersebut seperti yang telah dijelaskan diatas dapat mempengaruhi kualitas interaksi antara perawat dan pasien. Secara non fisik ternyata interaksi antara perawat dengan

pasien dipengaruhi oleh kelas sosial pasien dan kemampuan ekonomi keluarga pasien tersebut, sehingga dapat berdampak pada tingkat kemajuan proses penyembuhan. Suasana tampilan fisik ruangan/tempat berdasarkan kelas yang berbeda juga mempengaruhi psikis pasien.

KESIMPULAN

Interaksi perawat dengan pasien adalah sebuah interaksi khusus yaitu sebuah interaksi perawat sebagai individu normal dan pasien tidak normal (mengalami gangguan jiwa). Kondisi ini menuntut perawat berempati tinggi terhadap pasien sehingga tidak terjadi benturan dalam interaksi. Perawat harus berempati terhadap kebutuhan pasien. Interaksi yang terjadi harus siap dilakukan oleh perawat baik yang disengaja maupun tidak disengaja dalam rentang waktu 24 jam. Dalam hal ini sangat tepat adanya ruangan *nurse control* dekat dengan pasien.

Tindakan sosial yang terjadi dalam interaksi antara perawat dengan pasien didominasi oleh tindakan sosial instrumental yaitu tindakan yang terjadi dalam koridor SOP. Selanjutnya juga terjadi tindakan sosial afeksi yang termanifestasi dalam bentuk perawat bertindak atas dasar iba/ peduli (*care*) terhadap pasien. Tindakan sosial yang berorientasi nilai termanifestasi dalam bentuk perawat berinteraksi dengan pasien dalam kerangka bahwa perawat melakukan tindakan pada pasien didasari oleh perawat ingin menjadikan pasien sebagai layaknya manusia normal, disini terjadi humanisme tindakan.

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan RI. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta: Depkes RI, 1991.

- Foucault, Michel. *Kegilaan dan Peradaban*. Terj. Yudi Santoso. Jakarta: Ikon, 2002.
- Kelliat, Budi Ana. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC, 2006.
- Miles, Matthew B. dan A. Michael Huberman. *Analisis Data Kualitatif*. Terj. Tjetjep Rohendi Rohidi. Jakarta: UI Press, 1992.
- Moleong, Lexy. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosda Karya, 2013.
- Ritzer, George. *Sosiologi Ilmu Pengetahuan Berparadigma Ganda*. Jakarta: Rajawali Pers, 1992
- Stevens. *Ilmu Keperawatan* (Jilid I Edisi 2). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC, 2000