

**STRATEGI KOMUNIKASI PEKERJA SOSIAL
DENGAN PASIEN SKIZOFRENIA DALAM PROSES REHABILITASI
Studi di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeroyo Magelang Jawa Tengah**

Oleh: Sugiyanto

Staf Pengajar Sekolah Tinggi Pembangunan Masyarakat Desa "APMD" Yogyakarta

Abstraction

Research entitle sosial worker communications strategy with patient of Skizofrenia in course of rehabilitating to trace question on how communications strategy all sosial worker in course of rehabilitating to client at home Psychopath of Dr. Soeroyo Magelang Central Java.

Research aim to know various applied communications strategy all sosial workers at home psychopath in course of rehabilitating, and knowing reaction of patient and also affect in each selected by strategy is sosial worker and also know Sosial Worker resistances in communicating to client.

Process research by using method qualitative with case study locus, result of research show all ill sosial worker at home Dr. Soeroyo in communicating with patient at the time of process rehabilitate to use strategy fight against, going with the tide, persuasif, forcing, incognito, communications by bringing fact, and backward communications

Keyword : strategy, communications, sosial worker, rehabilitate.

Abstrak

Penelitian berjudul strategi komunikasi pekerja sosial dengan pasien skizofrenia dalam proses rehabilitasi melacak pertanyaan bagaimana strategi komunikasi para pekerja sosial dalam proses rehabilitasi terhadap klien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeroyo Magelang Jawa Tengah.

Penelitian bertujuan untuk mengetahui berbagai strategi komunikasi yang diterapkan para pekerja sosial di rumah sakit jiwa dalam proses rehabilitasi, dan mengetahui reaksi pasien serta dampak pada setiap strategi yang dipilih pekerja sosial serta mengetahui hambatan-hambatan pekerja sosial dalam berkomunikasi terhadap klien.

Proses penelitian dengan menggunakan metode kualitatif dengan lokus studi kasus, hasil penelitian menunjukkan para pekerja sosial di rumah sakit Dr. Soeroyo dalam berkomunikasi dengan pasien pada saat proses rehabilitasi menggunakan startegi melawan, mengekor, persuasif, memaksa, menyamar, komunikasi dengan membawa fakta, dan komunikasi mundur.

Kata kunci: strategi, komunikasi, pekerja sosial, rehabilitasi.

A. Latar belakang

Skizofrenia adalah gangguan mental yang sangat berat, gejala skizofrenia tampak dalam perilaku seperti pembicaraan yang kacau, halusinasi, delusi, gangguan kognitif dan persepsi. Menurut Gabbard (1994) penderita skizofrenia cenderung mengalami gangguan komunikasi, minat komunikasi menurun dan gangguan relasi personal, akibatnya penderita skizofrenia mengalami fungsi ketidakmampuan dalam menjalani hidupnya. Pendapat senada ditegaskan Iman Setiadi (2006:3), bahwa penderita skizofrenia sangat terhambat produktivitasnya dan nyaris terputus relasinya dengan orang lain.

Skizofrenia tidak hanya menimbulkan rasa cemas dan penderitaan bagi individu penderitanya, tetapi juga bagi orang-orang terdekat terutama keluarganya dan masyarakat di lingkungan sekitar juga menerima resiko atas penderita tersebut.

Upaya penyembuhan skizofrenia tidak dapat diselesaikan dengan satu bidang keahlian atau profesi, tetapi upaya penyembuhan atau mencegah kekambuhan memerlukan berbagai disiplin keahlian, diantaranya dokter ahli jiwa, psikolog, psikiatri, perawat jiwa, ahli gizi, rohaniawan dan tidak kalah pentingnya peran pekerja sosial.

Hasil penelitian Neale, Davison dan Haaga (1996) dan Foucault (2002) bahwa skizofrenia telah hadir dalam sejarah manusia sejak jaman purba namun tetap

menjadi misteri para ahli, oleh sebab itu skizofrenia sampai saat ini terus menerus menjadi kajian menarik dan tidak henti-hentinya memunculkan penelitian dari berbagai disiplin ilmu yang ada. Hasil penelitian tersebut dijelaskan bahwa usaha untuk memahami dan mengatasi skizofrenia dari cara ilmiah, yang bersifat coba-coba hingga yang berbau tahayul telah dilakukan banyak orang, tetapi hasilnya sampai saat ini belum ditemukan cara yang efektif untuk mengatasi skizofrenia.

Merujuk pada masing-masing profesi di atas dalam rangka proses pertolongan untuk penyembuhan dan atau mencegah kekambuhan penderita atas penyakit tertentu maka mereka bekerja secara profesional. Dari berbagai profesi tersebut penelitian ini akan membidik salah satu profesi, yaitu profesi pekerjaan sosial dalam proses pertolongan terhadap klien di sebuah rumah sakit jiwa.

Masing-masing profesi di rumah sakit jiwa memiliki fungsi yang berbeda-beda dan bekerja pada tahapan-tahapan yang berbeda. Karena bidikan dalam penelitian ini pekerjaan sosial maka sesuai dengan profesi dan peranya pekerja sosial di rumah sakit berfungsi dan bertanggungjawab atas pengkondisian keberfungsian sosial setiap klien terhadap diri klien, keluarga dan masyarakat, oleh sebab itu pekerja sosial bekerja bersama klien dan profesi lain dengan fokus rehabilitasi sosialnya.

Pekerja sosial adalah orang yang memiliki ilmu pengetahuan dan keterampilan tertentu layaknya profesi lain yang memiliki hak dan kewenangan atas pengetahuan dan keterampilan tersebut. Skidmore and Thackeray (1998:8), mendefinisikan Pekerjaan Sosial sebagai suatu bidang keahlian yang memiliki kewenangan untuk melaksanakan berbagai upaya guna meningkatkan kemampuan orang dalam melaksanakan fungsi-fungsi sosialnya melalui proses interaksi, agar orang dapat menyesuaikan diri dengan situasi kehidupannya secara memuaskan. Menurut Wibhawa, dkk (2010:42) pekerja sosial adalah orang memiliki kewenangan keahlian dalam menyelenggarakan berbagai pelayanan sosial. Sehingga pekerja sosial memiliki kekhasan yang terletak pada pemahaman dan keterampilan dalam memanipulasikan perilaku manusia sebagai makhluk sosial. Dalam konteks pekerjaan sosial manipulasi bukan sebagai konotasi negatif seperti manipulasi uang/korupsi, manipulasi sembakau/penimbunan, tetapi manipulasi dalam konteks praktek Pekerjaan Sosial maka manipulasi tingkah laku manusia, berarti mengubah perilaku manusia dalam kerangka tujuan praktek pekerjaan sosial itu sendiri yaitu membantu klien untuk meningkatkan keberfungsian sosialnya.

Satu hal yang perlu digarisbawahi bahwa bidang garapan praktek Pekerjaan Sosial adalah aspek sosial dari kehidupan manusia, sebagai konsekuensi logisnya. Pekerjaan Sosial menjadi sebuah profesi

yang syarat nilai, karena kata sosial dalam konteks ini merujuk pada kehidupan manusia yang tidak dapat dipisahkan dari *values* yang permanen dalam setiap pergaulan.

Ada alasan mendasar mengapa fungsi pekerja sosial menjadi fokus dalam penelitian ini, sebab di dalam perkembangan ilmu pekerjaan sosial ada pergeseran pendekatan dan kajian, dari pendekatan dan kajian mikro, mezo dan makro saat ini cenderung berkembang pada kajian Pekerjaan Sosial dengan konsentrasi yang lebih fokus dan locus. Beberapa contoh kajian Pekerjaan Sosial yang saat ini dikembangkan diantaranya Pekerja Sosial Anak, Pekerja Sosial Urban, Pekerja Sosial Bencana, Pekerja Sosial Geriatri, Pekerja Sosial Skizofrenia, dll. Dalam dunia perkembangan ilmu Pekerjaan Sosial bahwa semua masalah sosial yang dihadapi manusia pada dasarnya harus diselesaikan dengan multi pendekatan (mikro, mezo dan makro), sebagai contoh dari hasil multi pendekatan lahir model penanganan masalah sosial berbasis masyarakat atau dikenal dengan istilah rehabilitasi berbasis masyarakat (RBM). Agar lebih efektif maka penanganan masalah skizofrenia yang menjadi sasaran garapan tidak saja penderita tetapi minimal ada tiga sasaran yaitu penderita, keluarga dan masyarakat sekitar dimana penderita skizofrenia bertempat tinggal, dan akan lebih luas lagi jangkauan masyarakat sekitar adalah *stakeholder* yang terdiri, pengurus rukun tetangga, tokoh

masyarakat, tokoh agama, tokoh pemuda, dan lain sebagainya.

Mengingat berbagai variannya skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa, maka para Pekerja Sosial di Rumah Sakit Jiwa harus memiliki keterampilan berkomunikasi dan mampu berkomunikasi sesuai dengan tingkat penderitanya, sebab kemampuan komunikasi para Pekerja Sosial merupakan salah satu indikator keprofesionalisme para pekerja sosial.

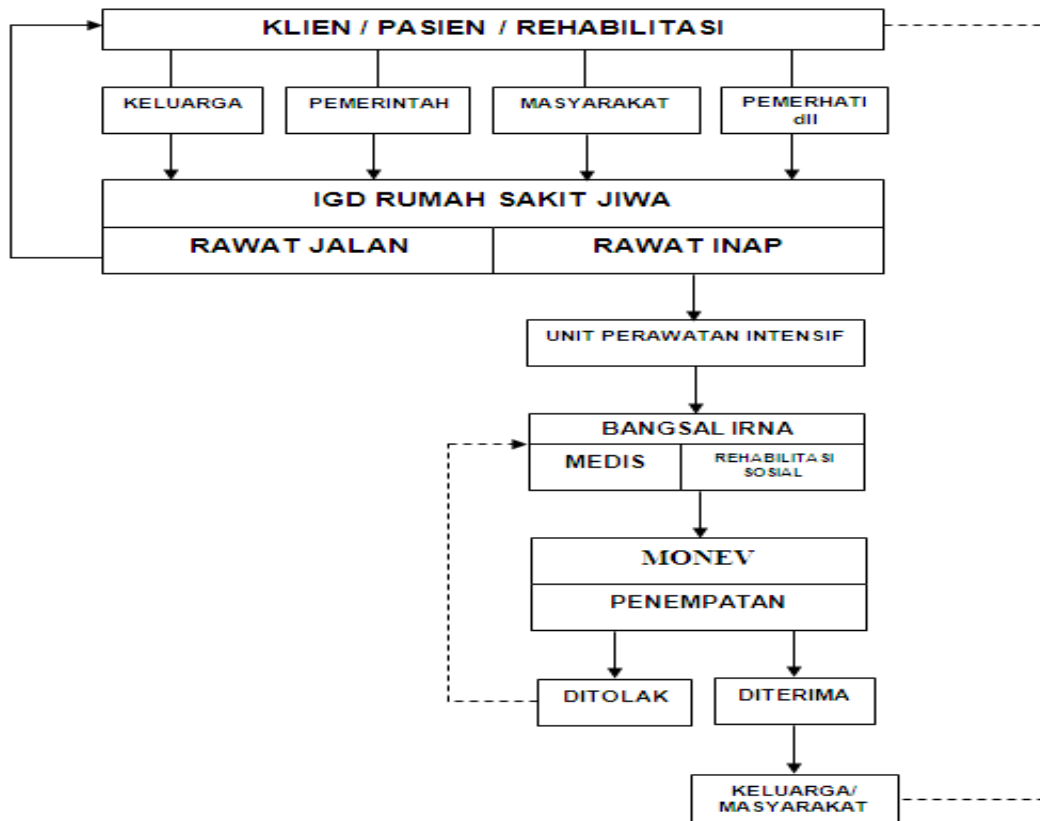
Alur atau kerangka berfikir dalam penelitian ini ada dua fokus, fokus pertama menggambarkan alur klien masuk ke Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang sampai keluar/meninggalkan Rumah Sakit Jiwa karena proses penyembuhan dan rehabilitasi telah dinyatakan tuntas oleh tim medis dan tim rehabilitasi digambarkan pada diagram 1. Secara ringkas bahwa klien masuk RSJ diantar keluarga / petugas

pemerintah / masyarakat / pemerhati / polisi, dll masuk ke instalansi gawat darurat (IGD), pada tahap ini klien diperiksa oleh tim medis dan hasilnya jika tim medis merekomendasi rawat jalan berarti klien kembali pulang, tetapi jika rekomendasi tim medis rawat inap maka klien masuk tahap unit perawatan intensif (UPI), dari UPI klien masuk tahap rawat inap di bangsal, dan tahap ini klien mulai mendapat perawatan ganda (medis dan rehabilitasi sosial). Di unit rehabilitasi klien akan mengikuti seleksi oleh psikolog untuk menentukan jenis latihan kerja, penempatan dan pengawasan.

Diagram 2 ditunjukkan alur berfikir strategi-strategi komunikasi yang dipilih oleh pekerja sosial dalam proses rehabilitasi kepada klien. Strategi komunikasi akan terlihat pada setiap tahapan diantaranya tahap persiapan yang terdiri dari resosialisasi dan latihan kerja, tahap penempatan dan tahap pengawasan.

Diagram 1

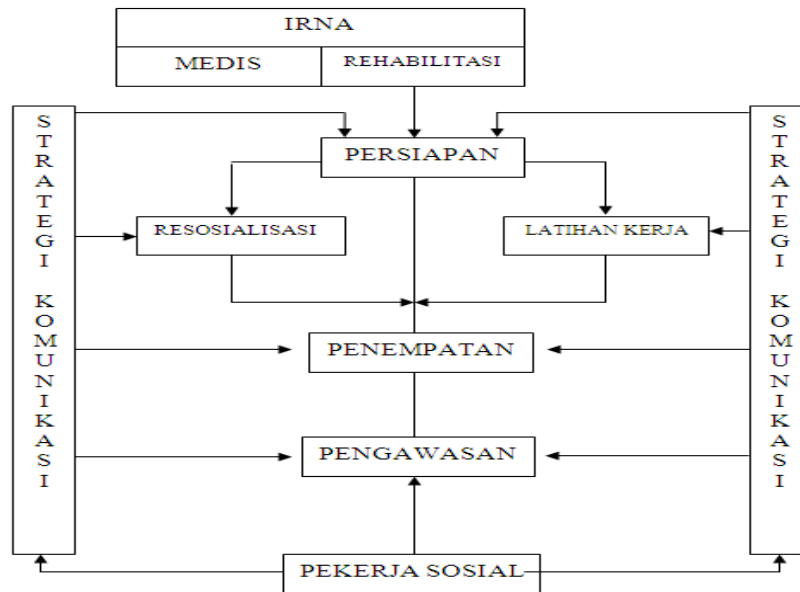
Bagan klien/pasien masuk RSJ sampai pulang



Sedang kerangka pikir penelitian strategi komunikasi pekerja sosial dalam proses rehabilitasi secara singkat di jelaskan pada diagram nomor 2. Diagram ini menggambarkan secara singkat model-model komunikasi yang harus dipilih para pekerja

sosial sesuai dengan tahapan pasien masuk RSJ dan dokter memutuskan pasien harus rawat inap, maka *start* keterlibatan pekerja sosial dimulai sejak perjalanan pasien pada tahap rehabilitasi, pengawasan, penempatan dan mempersiapkan diri kepulangan pasien.

Diagram 2. Strategi komunikasi



B. Rumusan Masalah dan Tujuan Penelitian

Penelitian ini melacak pertanyaan penelitian "bagaimana strategi komunikasi Pekerja Sosial dalam proses rehabilitasi terhadap klien di Rumah Sakit Jiwa Prof. dr. Soeroyo Magelang Jawa Tengah?" dan tujuan penelitian ingin mengetahui: a). berbagai strategi komunikasi yang diterapkan para pekerja sosial di Rumah Sakit Jiwa dalam proses rehabilitasi, b). mengetahui reaksi pasien dan dampak pada setiap strategi yang dipilih pekerja sosial dan, c). mengetahui hambatan-hambatan pekerja sosial dalam berkomunikasi terhadap klien. Selanjutnya penelitian ini diharapkan bermanfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya strategi komunikasi para pekerja sosial yang efektif dan tepat

guna dapat dipelajari dan disebarluaskan sebagai pembandingan dan referensi penelitian sejenis, serta bagi rumah sakit hasil penelitian dapat dijadikan bahan evaluasi dalam proses rehabilitasi yang terkait dengan profesi pekerja sosial.

Atas itu penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi rumah sakit, khususnya pelayanan rehabilitasi, pasien dan keluarganya serta memberikan kontribusi bagi pengetahuan dan penelitian lain yang relevan.

C. Metode Penelitian

Selama berproses dari pra observasi sampai menyusun laporan penelitian, peneliti butuh waktu kurang lebih enam bulan. Subyek penelitian ini adalah para pekerja

sosial rumah sakit jiwa dan untuk kepentingan triangulasi peneliti melibatkan karyawan non pekerja sosial yang ditugaskan di bagian rehabilitasi sosial, klien dan keluarga klien.

Dalam perjalanan penelitian peneliti menetapkan jenis penelitian yang diterapkan adalah diskriptif kualitatif, karakteristik kualitatif dalam "*Research Design*" mengungkapkan lima tradisi penelitian, yaitu: biografi, fenomenologi, *grounded theory* study, etnografi dan studi kasus. Salah satu tradisi yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah studi kasus. Berdasarkan tahapan-tahapan yang dilakukan peneliti melalui kajian filsafat dan terminology maka dalam penelitian ini peneliti menetapkan metode kualitatif sebagai alat analisis, sehingga penelitian ini tidak melakukan testing teori dan atau menguji teori, tetapi menempatkan teori sebagai *guidance* agar teori tidak mengkontaminasi peneliti.

Dalam penelitian ini data dikumpulkan dengan cara observasi, interview, studi dokumentasi dan *forum group discussion* (FGD), data yang diperoleh dilakukan analisis dan triangulasi untuk memperoleh data yang valid. Kredibilitas sangat akurat sebab responden yang dipilih adalah pekerja sosial yang terlibat langsung dalam proses rehabilitasi, atas itu penafsiran fenomena bukan peneliti tetapi yang menasirkan adalah responden/pekerja sosial, tugas peneliti hanyalah memformulasikan atas pernyataan responden, selanjutnya peneliti mendokumentasikan seluruh penafsiran responden/pekerja sosial

sedang yang didokumentasikan/ditulis yang semua diucapkan dan dilakukan/dijalankan oleh responden. Oleh karena itu peneliti tidak berani mengatakan general/umum karena berlaku kasuistik, yaitu khusus di RSJ Prof. dr. Soeroyo Magelang Jawa Tengah

Creswell (1989) mengajarkan salah satu cara mengambil posisi dalam tradisi penelitian kualitatif adalah terminologi studi kasus (*case study*) sebagai sebuah jenis penelitian. Studi kasus diartikan sebagai metode atau strategi dalam penelitian untuk mengungkap kasus tertentu. Creswell menjelaskan kedudukan penelitian kualitatif pada jenis studi kasus adalah spesifikasi kasus dalam suatu kejadian baik itu yang mencakup individu, kelompok budaya ataupun suatu potret kehidupan.

Berdasarkan paparan di atas, dapat diungkapkan bahwa studi kasus adalah sebuah eksplorasi dari "suatu sistem yang terikat" atau "suatu kasus/beragam kasus" yang dari waktu ke waktu melalui pengumpulan data yang mendalam serta melibatkan berbagai sumber informasi yang "kaya" atas itu studi kasus diikat dalam konteks sebuah "sistem terikat" yaitu diikat oleh waktu dan tempat sedangkan kasus dapat dikaji dari suatu program, peristiwa, aktivitas atau suatu individu.

Stake (1995) menyatakan bahwa suatu studi kasus memerlukan verifikasi yang ekstensif melalui triangulasi dan member check. Stake menyarankan triangulasi informasi yaitu mencari pemusatan informasi

yang berhubungan secara langsung pada “kondisi data” dalam mengembangkan suatu studi kasus. Triangulasi membantu peneliti untuk memeriksa keabsahan data melalui pengecekan dan perbandingan terhadap data.

D. Hasil dan Pembahasan

Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Prof. Dr. Soeroyo berada di Kabupaten Magelang Propinsi Jawa Tengah, nama Soeroyo diambil dari nama seorang dokter jiwa pribumi dan beliau orang pertama kali yang menjadi direktur rumah sakit tersebut. RSJ Prof. Dr. Soeroyo di bangun pada masa penjajahan Belanda, tepatnya pada tahun 1916, oleh *Scholtens* dalam program “*Krankzinnige Ngesticht*” yang artinya Rumah Sakit Jiwa. Pada saat pembangunan awal telah dikonsep dengan dengan kapasitas 1400 tempat tidur. Luas tanah yang dimiliki pada saat awal pembangunan 829.750 m². Pada tahun 1923 “*Krankzinnige Kramat*” resmi digunakan mulai bulan September dan oleh karena itu setiap bulan September diperingati sebagai Hari Ulang Tahun RSJ. Prof. Dr. Soeroyo Magelang.

RSJ Prof Dr. Soeroyo Magelang pada saat diteliti memiliki visi “Menjadi Pusat Unggulan Pelayanan dan Pendidikan Kesehatan Jiwa Secara Holistik ditingkat Nasional 2015 dan ASEAN 2018”, visi tersebut dijabarkan dalam misi: 1). Melaksanakan pelayanan prima kesehatan

jiwa terpadu dan komprehensif; 2). Melaksanakan pendidikan dan penelitian kesehatan jiwa terpadu dan komprehensif; 3). Mengembangkan pelayanan berdasarkan mutu dan profesionalisme; 4). Menjadi model pelayanan, pendidikan, dan penelitian di bidang kesehatan jiwa yang terpadu dan komprehensif melalui pendekatan seni budaya; 5). Melaksanakan tata kelola rumah sakit yang baik (*Good Corporate Governance*)

Arah pengembangan rumah sakit: melaksanakan pelayanan kesehatan yang mandiri dalam rangka mencapai masyarakat sehat, mandiri melalui upaya kesehatan jiwa paripurna: promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif untuk meningkatkan kualitas dan produktivitas hidup manusia. Rumah Sakit Jiwa Prof Dr. Soeroyo Magelang memiliki sarana prasarana sebagai berikut: Gedung IGD, Gedung Poliklinik Terpadu, Gedung Perawatan Jiwa, Napza dan Umum (bedah, Obsgin, dll), Peralatan penunjang (laboratorium, Fisioterapi, Gigi, Rontgen), Instalansi Apotik, Ambulance, Gedung Diklat, asrama, IPAL, Genset, Mesin Cuci, pengering, setrika, Instalasi gizi, Sarana olah raga (lapangan tenis, bulu tangkis, tenis meja, dll), Sarana untuk kesenian, Sarana ibadah (masjid dan musholla).

Bentuk-bentuk layanan yang dimiliki RSJ Prof Dr. Soeroyo antara lain: a). Pelayanan medis terdiri dari Pelayanan rawat jalan Poliklinik spesialis jiwa, kesehatan jiwa anak dan remaja, gigi, anak, Obsgin, syaraf, Bedah, Penyakit dalam, Poliklinik Umum:

Poliklinik Psikologi dan Rawat Inap Jiwa dan Umum; b). Pelayanan Penunjang, meliputi: Laboratorium klinik, Farmasi, Dapur/Gizi, Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit, Elektromedik/Fisioterapi dan Rontgen

Gambaran Umum Unit Rehabilitasi

Berbagai jenis penderita gangguan jiwa yang ada di RSJ Prof. dr Soeroyo Magelang antara lain *Delusi/waham, Halusinasi, Disorganized speech, Disorganized behavior* dan Simtom-simtom negatif. Dalam proses rehabilitasi jenis gangguan ini tidak dipermasalahkan sebab semua klien yang sudah mengikuti aktivitas di rehabilitasi semua dianggap telah memiliki dasar rehab yang sama. Untuk itu proses yang dilakukan para pekerja sosial tidak dibedakan berdasarkan cluster jenis gangguan. Sumber yang sama menyebutkan salah satu bentuk gangguan psikosis ditambah dengan kriteria lain seperti jangka waktu dan konsekuensi.

Seorang rehabilitan dengan sebutan lain klien atau pasien masuk ke dalam unit rehabilitasi setelah melalui prosedur atau jalur sebagai berikut : 1). Pasien datang ke RSJ Prof. Dr. Soeroyo diantar oleh keluarga/Dinas Sosial/rujukan dari instansi lain/masyarakat /dll. Masuk ke Instalasi Gawat Darurat (IGD), mendapat tindakan dari tim medis (dokter dan perawat), 2). Unit Perawatan Intensif (UPI) lebih kurang 3 hari, 3). Unit Bangsal tenang, satu sampai dua minggu (sangat tergantung dari kondisi klien), 4). Seleksi

masuk rehabilitasi oleh psikolog, 5). Masuk Unit Rehabilitasi kurang lebih 40 hari, sangat tergantung kondisi klien, 6). Seleksi berdasarkan minat bakat dan pengalaman untuk menentukan jenis rehabilitasi yang dipilih untuk penempatan.

Unit rehabilitasi RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang secara rutin melaksanakan fungsi rehabilitasi setiap hari mulai pukul 08.00 - 11.30, kecuali rehabilitasi untuk penanganan khusus dan ada agenda khusus maka waktu pelaksanaan rehabilitasi dapat ditambah, sesuai dengan kebutuhan. Dalam pelaksanaan rehabilitasi proses kegiatan rehabilitan di pisah berdasarkan jenis kelamin. Dari pemisahan jenis kelamin selanjutnya dipisah lagi berdasarkan minat rehabilitannya.

Untuk pelaksanaan rehabilitasi pekerja sosial akan mendampingi rehabilitan sesuai dengan *skill* masing-masing dengan menggunakan setting, media dan fasilitas yang tersedia di RSJ. Prof. dr. Soeroyo Magelang diantaranya: fasilitas lapangan (bola volly, lapangan sepak bola dan tenis meja), fasilitas kesenian (gamelan, wayang kulit, alat musik band, dll), alat kerja pendukung seperti mesin jahit, alat pertukangan, alat memasak, alat pertanian, alat bengkel dan las, serta alat permainan psikotest. Atas itu tempat pelaksanaan rehabilitasi dapat bervariasi seperti di sawah dan kebun, di musholla, di dapur, di kolam ikan, di lapangan, di dalam ruang bermain serta kadang kala di ajak keluar rumah sakit.

1. Sumber Daya Manusia

Sumberdaya manusia (SDM) di unit rehabilitasi ada 32 orang dengan kapasitas pendidikan yang berbeda-beda, secara lengkap data dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1. Data SDM Unit Rehabilitasi berdasarkan Pendidikan

No	Jenis Pendidikan	Jumlah
1	SMP/ sederajat	2 orang
2	SMA	7 orang
3	SMPS Pekerjaan Sosial	4 orang
4	SMK non Pekerja sosial	12 orang
4	Sarjana Psikologi	2 orang
5	Sarjana Pekerja Sosial/sosiatri	3 orang
6	Sarjana Keperawatan	2 orang

Sumber : Data primer 2011

Tabel 1 menunjukkan bahwa RSJ. Prof. Dr. Soeroyo Magelang belum memiliki SDM setingkat sarjana yang murni lulusan Ilmu Kesejahteraan Sosial/Pekerjaan Sosial, dan SDM di rehabilitasi didominasi lulusan SMA dan SMK non Pekerjaan Sosial. Namun demikian para pekerja di bagian rehabilitasi telah mendapat berbagai macam pelatihan yang berkenaan dengan ketugasan sebagai pendamping klien dalam bidang pekerjaan sosial. Disisi lain mereka bekerja telah berpengalaman, namun demikian ada sisi lain yang belum tersentuh oleh para pekerja sosial karena keterbatasan teori dan

pengetahuan tentang pekerjaan sosial khusus bidang pekerjaan sosial rehabilitasi.

2. Model- Model Rehabilitasi

Klien dengan jenis gangguan *Delusi, Halusinasi, Disorganized speech, Disorganized behavior* dan Simtom-simtom negatif semua akan mengikuti proses rehabilitasi di unit rehabilitasi RSJ Prof. Dr. Soeroyo. Model-model rehabilitasi yang dikembangkan di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang ada dua jenis yaitu: 1). Resosialisasi, aktivitas sosioterapi merupakan proses mengembalikan fungsi-fungsi sosial klien, agar mampu berorientasi terhadap dirinya sendiri, orientasi terhadap orang lain, orientasi terhadap waktu dan orientasi tempat secara wajar dan dapat menyesuaikan diri kembali terhadap tuntutan norma sosial di lingkungannya. Aktivitas sosioterapi dilakukan secara bersama-sama atau bergantian dengan aktivitas lain dalam proses rehabilitasi. Tujuan sosioterapi: 1). Mempercepat proses klien dalam penyesuaian psikososial, 2). Meyakinkan pada diri klien maupun lingkungan bahwa mereka memiliki kemampuan, potensi yang dapat dikembangkan, 3). Meningkatkan harga diri klien sehingga, klien termotivasi memperoleh derajat kehidupan yang layak.

Bentuk aktivitas resosialisasi di RSJ Prof Dr. Soeroyo Magelang antara lain: 1). Terapi musik, terapi sport/olahraga, terapi game/permainan, terapi religi, terapi lukis, terapi dance, 2). Pameran hasil karya dalam aneka terapi di atas, seperti: pameran hasil karya klien diantaranya pameran lukisan,

karya home industri, karya kerajinan, foto-foto kegiatan dll, 3). Pekan olah raga dan pekan seni antar klien/rehabilitan, 4). Forum komunikasi antar klien baik dalam satu rumah sakit maupun dengan rumah sakit lain dan pihak-pihak lain yang terkait, 5). Kegiatan sosialisasi di dalam rumah sakit, 6). Penyuluhan keluarga/forum komunikasi antara keluarga pasien dan 7). Perpustakaan pasien

Latihan kerja, dalam proses rehabilitasi klien diajarkan latihan kerja, pelaksanaan antara klien putra dan putri dipisah sesuai dengan minatnya. Bentuk-bentuk latihan kerja yang diajarkan antara lain: 1). Pasien putri meliputi: membuat telur asin, membuat aneka kue/snack, menjahit, menyulam, dan membatik. 2). Pasien putera diajarkan: perikanan, pertanian, pertukangan, bengkel las, ternak, membuat batako, menjilid, mensablon, membuat permainan anak, dll.

Pelaksanaan terapi kerja rata-rata dua sampai tiga minggu tergantung dari kondisi klien. Tugas pokok pekerja sosial dalam pendampingan terapi kerja adalah membangkitkan aktivitas positif klien melalui pekerjaan atau aktivitas lain seperti bermain, rekreasi, kesenian, yang semuanya bersifat terapeutik. Kegunaan terapi kerja bagi pekerja sosial adalah sebagai media mengevaluasi perkembangan tingkah laku klien secara teratur dan kontinyu untuk mengetahui efek terapi yang diberikan. Makna terapeutik adalah terapis dapat memulihkan/meningkatkan kembali daya

konsentrasi, kemampuan, komunikasi, daya ingat dan kemauan serta motivasi melalui berbagai kegiatan yang sesuai dengan diri pasien.

Petugas terapi kerja di RSJ Prof dr. Soeroyo Magelang terdiri dari Pekerja Sosial, Perawat Jiwa dan Psikolog yang bekerja di unit rehabilitasi dan telah memperoleh pelatihan kursus tentang terapeutik, serta dibantu petugas lain yang berpengalaman dan berminat. Catatan penting dalam terapi kerja adalah atas dasar rekomendasi tim medis/resep bukan paksaan, maka kesediaan klien yang didasari oleh kesadaran sangat ditumbuhkembangkan, jika kesadaran pasien rendah maka petugas berkewajiban melakukan aktivitas membangkitkan kesadaran atau memotivasi klien secara individu/personal.

Setelah klien mengikuti aktivitas resosialisasi dan latihan kerja maka pasien akan diketahui perkembangan sosial dan mental secara holistik, atas dasar hasil perkembangan tersebut pasien akan melanjutkan aktivitas lain yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit secara individu sebagai berikut: 1). Tahap Persiapan, tahap ini merupakan serangkaian upaya untuk mempersiapkan klien agar selanjutnya dapat disalurkan ke dalam masyarakat (persiapan dikembalikan kepada keluarga) melalui kegiatan seleksi, evaluasi dan uji kerja/*work assessment*. Aktivitas ini dilaksanakan oleh tim dari berbagai profesi seperti dokter, psikolog, pekerja sosial, okupasi terapi, perawat psikiatri, dan

pembimbing sosial. Materi yang diperlukan terdiri dari: hasil pemeriksaan dan pengobatan tim medis. Hasil pemeriksaan psikolog, Hasil perkembangan dan tingkah laku pasien dalam perawatan, hasil evaluasi sosial dan hasil observasi dari akupasiterapi, 2). Tahap Penempatan, setelah klien dipersiapkan melalui kegiatan seleksi, terapi dan latihan kerja, maka langkah selanjutnya pihak rumah sakit membuat perencanaan penempatan ke dalam keluarga dan atau masyarakat. Penempatan tersebut dapat secara bebas atau penuh (dilindungi dan dalam pengawasan), usaha penempatan sebagai tujuan akhir dari rehabilitasi yaitu mengembalikan klien keluarga dan masyarakat sebagai warga masyarakat yang mandiri dan berguna, 3). Tahap Pengawasan, pengawasan terhadap klien di RSJ Prof dr. Soeroyo Magelang dilakukan dalam tiga tahap. Ketiga tahap tersebut adalah sebagai berikut: a). Ketika klien masuk rumah sakit dalam kondisi proses di bangsal/ dan belum dinyatakan boleh mengikuti proses rehabilitasi. Sebagai tahap awal klien baru masuk di RSJ maka ditempatkan pada bangsal isolasi, di tempat ini waktu yang diperlukan berkisar satu minggu, tetapi tergantung dari situasi mental dan penyebab penderita klien, petugas evaluasi di bangsal ini adalah tim medis dan psikiater, b). ketika klien mulai mengikuti proses rehabilitasi, tahap ini sebagai tahap penentu untuk melihat perkembangan atau kemajuan keberfungsian sosial dan mental sehingga perlu diawasi oleh psikolog, pekerja sosial, pedamping sosial, petugas terapis, c).

ketika klien dinyatakan sembuh/sehat berada pada keluarga/masyarakat, dalam tahap ini petugas RS (Pekerja Sosial) bersifat monitoring perkembangan mantan klien, mengevaluasi sejauh mana dinamika keberfungsian sosial klien dan penerimaan masyarakat sekitar. Hal ini penting dilakukan oleh pihak RSJ Prof dr. Soeroyo Magelang, mengingat pengalaman yang sudah dan sering terjadi adalah pasien keluar dari RSJ/penempatan kepada keluarga dalam waktu singkat (1-4 minggu) pasien kembali masuk RSJ kembali karena keluarga dan lingkungan tidak mampu memperlakukan pasien sesuai dengan kebutuhannya, situasi ini yang membuat klien kambuh dan keluarga merasa khawatir maka pasien dikirm kembali ke RSJ.

3. Informan

Subyek penelitian adalah unit rehabilitasi dengan obyek penelitian para pekerja sosial, maka ada beberapa kesamaan atau homogenitas dari informan. Atas ini dari 32 subyek di unit rehabilitasi, peneliti menetapkan informan yang berlatarbelakang pendidikan Pekerjaan Sosial yang jenjang pendidikannya Sarjana, Diploma dan SMK, sebab menurut hemat peneliti mereka dapat mewakili subyek yang lain. Data informan dapat dilihat pada Tabel 2

Tabel 2.
Data Informan

No	Inisial	Pendidikan	P/L	Masa Kerja
1	LS	S-1 Sosiatri / Pekerjaan Sosial	P	29 tahun
2	HP	S-1 Sosiatri / Pekerjaan Sosial	L	15 tahun
3	DD	S-1 Sosiatri / Pekerjaan Sosial	L	15 tahun
4	MK	SMK/ Pekerjaan Sosial	P	16 tahun
5	AG	SMK/ Pekerjaan Sosial	L	4 tahun
6	TT	SMK/ Pekerjaan Sosial	P	4 tahun

Sumber : data primer 2011

Berdasarkan informasi para informan bahwa informan LS, HP, dan DD ketika masuk menjadi PNS di RSJ. Prof dr. Soeroyo Magelang menggunakan ijazah Sekolah Menengah Pekerjaan Sosial (SMPS) 4 tahun (sekarang SMK), dan mereka berempat melanjutkan studi ke jenjang sarjana baru tahun 2003 dan lulus 2008. Atas informasi informan SDM Pekerja Sosial di unit Rehabilitasi di RSJ. Prof. Dr. Soeroyo Magelang di dominasi oleh lulusan SMK dan Sekolah Menengah Atas. Baru mulai tahun 2008 Unit Rehabilitasi memiliki SDM Pekerjaan Sosial berjenjang pendidikan sarjana ilmu Kesejahteraan Sosial hanya 1 orang sedang tiga orang berjenjang pendidikan sarjana ilmu Sosiatri yang mengambil minat studi pekerjaan sosial.

4. Strategi komunikasi pekerja sosial

Informan menyatakan bahwa selama bekerja di RSJ ini jenis-jenis gangguan yang dialami klien antara lain "Delusi, Halusinasi, *Disorganized speech*, *Disorganized behavior*

dan Simtom-simtom negatif". Pernyataan tersebut dilanjutkan dengan "didalam proses rehabilitasi kami/pekerja sosial menggunakan strategi komunikasi sebagai berikut: a). Strategi melawan diterapkan kepada klien-klien yang suka tidak mentaati norma-norma dalam proses rehabilitasi maupun melawan terhadap aturan-aturan yang diterapkan di bangsal. Dimana klien bertempat tinggal dalam keseharian, b). Strategi mengekor, strategi ini khusus diterapkan kepada gangguan *Disorganized speech*, klien jenis ini suka bicara asal, sulit berhenti dan banyak bicara dengan arah yang tidak jelas, c). Strategi persuasif, strategi ini dipilih pekerja sosial ketika proses rehabilitasi dilakukan secara kelompok/masal. Pada saat rehabilitasi berlangsung rata-rata satu hari ada 70 sampai 80 orang pasien dengan pembimbing/pekerja sosial sekitar 20 orang, artinya ketika proses rehabilitasi berlangsung rasio bimbingan berkisar 1: 4. Artinya 1 pekerja sosial bertanggungjawab terhadap 4 klien. Pada proses inilah strategi komunikasi persuasif diterapkan oleh para pekerja sosial, sebab proses ini lebih bermakna dan antusias klien kelihatan perkembangannya karena aktivitas dilakukan dengan model dinamika kelompok, d). Strategi memaksa strategi ini dipilih pekerja sosial ketika pekerja sosial berhadapan dengan klien gangguan *Disorganized behavior*. Strategi komunikasi memaksa cenderung diterapkan dalam kasus individual. Jadi setiap ada aktivitas sering terjadi satu atau dua klien yang melakukan berlawanan atau aktivitas atas kehendak sendiri, bahkan malas-malasan. Klien yang

demikian agar mau bergabung dalam proses rehabilitasi dan aktivitas lain harus dipaksa, e). Strategi menyamar, strategi menyamar cenderung dipergunakan ketika klien berputar-putar dalam pembicaraan dan kecenderungan berbohong. Untuk masuk dalam pikiran klien dan klien dapat menerima maksud pekerja sosial maka pekerja sosial seolah-olah tahu dan paham apa yang dibicarakan dan kehendaki klien, walaupun sebenarnya pekerja sosial tidak memahami secara holistik, f). Strategi fakta Komunikasi dengan membawa fakta, strategi ini diterapkan para pekerja sosial kepada klien yang mengalami gangguan-gangguan simtom-simtom tertentu. Atas itu strategi ini sangat variatif dan dinamis tergantung dari jenis-jenis simtom yang dialami klien. Misalnya simtom akibat kehilangan anggota keluarga, bencana, dll. Maka pekerja sosial harus pandai-pandai dan terampil dalam menghadapi klien tersebut, g). Strategi komunikasi mundur, strategi ini diterapkan para pekerja sosial ketika klien sangat kesulitan mengingat sejarah/peristiwa-peristiwa yang menimpa diri klien. Dengan membuka atau mulai berbicara dari masa lalu sebelum masuk RSJ, kemudian dilanjutkan dengan aktivitas-aktivitas yang klien selalu ingat, baik peristiwa yang menyenangkan, menyedihkan, bahkan peristiwa-peristiwa yang klien benci dll. Strategi ini dengan waktu yang cukup lama akan mengarah pada pengungkapan sesuatu problem yang klien rasakan dan ingin dipecahkan.

Pernyataan informan lain cenderung mengatakan "untuk terapi kerja kami/pekerja sosial sering memilih/menggunakan model komunikasi kelompok, sedang komunikasi personal cenderung untuk pendampingan yang bersifat personal, baik pada saat proses rehabilitasi, penyeleksian dan bimbingan khusus di luar jam rehabilitasi. Selain model atau strategi komunikasi di atas pekerja sosial pada situasi tertentu menggunakan strategi komunikasi mengandai/perumpamaan, perwakilan dan penugasan. Namun demikian rata-rata pekerja sosial tidak membedakan model komunikasi terhadap semua jenis klien baik *Delusi, Halusinasi, Disorganized speech, Disorganized behavior* dan simtom-simtom negatif. Hal diungkapkan karena komunikasi sangat dipengaruhi oleh situasi kondisi klien sendiri dan lingkungan dimana terjadi proses komunikasi.

5. Reaksi Pasien

Menurut pendapat informan (pekerja sosial) tidak semua klien mau diajak berkomunikasi, keenam responden sependapat bahwa klien diajak berkomunikasi ada yang senang, ada yang menolak, ada yang apatis, dan ada yang tidak sama sekali merespon/acuh. Berdasarkan pengalaman reaksi pasien senang/menolak, apatis dan tidak konek bukan berdasarkan jenis gangguan tetapi berdasarkan lama tinggal, misalnya klien lama, klien baru, klien tetap dan lain sebagainya. Klien baru cenderung tertutup dan klien lama bahkan sebagai pasien tetap

cenderung lebih suka diajak bicara. Pengalaman pekerja sosial pasien lama akan banyak cerita kondisi di tempat tinggal/keluarga yang cuwek, tidak mengerti terhadap dirinya, memusuhi dll, sehingga klien tidak betah tinggal bersama keluarga, klien memilih kembali ke RSJ dengan alasan teman banyak dan lebih senang.

Bagi klien pendatang baru di RSJ Prof. Dr. Soeroyo Magelang cenderung tertutup, sebab lingkungan ini merupakan lingkungan baru bagi klien, belum tahu situasi dan belum saling mengenal. Bahkan banyak klien baru cenderung takut, memberontak dan acuh. Atas itu maka klien baru selalu diawali dengan bertempat tinggal dibangsral isolasi, selama di bangsral isolasi rata-rata pasien belum mampu berkooperatif tetapi sebaliknya melawan, berontak atau apatis. Setelah beberapa hari di bangsral isolasi pasien memahami dirinya dan lingkungannya baru dipindah pada bangsral perawatan dan dibangsral ini pasien mulai dilibatkan dalam proses rehabilitasi.

6. Hambatan Komunikasi

Pekerja sosial akan kesulitan berkomunikasi kepada klien jika klien itu tidak diketahui sebab-sebabnya mengalami gangguan. Pasien yang demikian ini rata-rata pasien hasil garukan petugas keamanan atau pasien kirim instansi terkait, atau klien yang dalam waktu lama dipasung atau diasingkan keluarganya, sehingga klien diminta oleh warga masyarakat dari keluarganya dan dikirim ke RSJ. Tetapi bagi klien-klien yang

dikirim oleh keluarga dan keluarga memberi data tentang sebab-sebab terjadinya gangguan mental maka pekerja sosial akan lebih mudah melakukan pendekatan. Disisi lain klien juga memiliki hambatan dalam berkomunikasi diantaranya, menurut pekerja sosial ada beberapa pasien yang sulit diajak komunikasi bahkan mereka sulit bicara, klien yang demikian ini rata-rata dari situasi latarbelakang yang : a). Lama mengelandang di jalan., b). Kiriman tokoh masyarakat karena klien ini oleh keluarganya tidak diperhatikan dan sering mengganggu warga masyarakat., c). Klien kiriman tokoh masyarakat karena klien ini oleh keluarganya dianggap sesuatu yang memlukan lalu di pasung bertahun-tahun dan seringa terjadi kecacatan pada bagian tubuh tertentu, misalnya kaki mengecil karena dipasung atau tangan tidak mampu mengerjakan karena lama diikat. Klien-klien yang demikian mengalami tekanan mental dan batin sehingga tertutup dan sulit berkomunikasi. Disisi lain ada beberapa klien yang merasa minder/takut untuk berbicara/mengemukakan pendapat karena selam di bangsral klien ini sering di tekan oleh teman-teman nya sendiri.

7. Media komunikasi yang dipergunakan, media alami dan non alami

Media komunikasi yang dipergunakan para pekerja sosial ketika berkomunikasi dengan klien ada yang bersifat alami dan non alami. Media ini berfungsi sebagai aksesibilitas pekerja sosial kepada klien agar lebih mudah dan lebih cepat dalam memulai pembicaraan/komunikasi kepada klien rata-

rata pekerja sosial memanfaatkan media atau alat sebagai role komunikasi. Media yang sering dan mudah digunakan sebagai media komunikasi adalah alat-alat permainan atau alat outbound sederhana seperti bola, holahope, catur, foto/lukisan, radio, dan alat permainannya.

Menurut pekerja sosial alat-alat ini akan mudah mempengaruhi reflek dan indrawi klien dan memancing memori, sehingga klien mulai berani unjuk bicara yang berawal dari merespon keberadaan dan keberfungsian media tersebut. Disamping itu pekerja sosial juga memanfaatkan komunikasi verbal melalui gerakan-gerakan tubuh yang dapat dimaknai sebagai bahasa tubuh. Dari gerakan/bahasa tubuh inilah pekerja sosial mulai merespon untuk mencari makna apa arti/maksud setiap gerakan tersebut. Dari sini pekerja sosial akan memahami klien didalam merespon termasuk didalamnya kecepatan merespon, benar salahnya respon, fungsi respon dll.

Media lain yang dapat dimanfaatkan oleh pekerja sosial adalah lingkungan dimana pekerja sosial mulai berkomunikasi, lingkungan ini ada yang alami dan non alami. Lingkungan alami seperti kebun/halaman asrama/halaman ruang rehabilitasi, lapangan, kamar/bangsas tempat tinggal klien, binatang yang ada disekitar lingkungan rumah sakit seperti burung, ayam, ikan di kolam, dll. Media non alami adalah media komunikasi yang sengaja diciptakan atau diadakan oleh pekerja sosial untuk memudahkan komunikasi dengan klien, media non alami

atau disebut alat peraga/alat rekayasa, seperti: cerita/dongeng, flim, dan alat permainan lainnya. Berdasarkan pengalaman para pekerja sosial media-media ini memudahkan klien dalam membantu berkomunikasi terutama untuk mengawali berkomunikasi.

8. Waktu Komunikasi

Jam kerja para pekerja sosial di RSJ. Prof dr. Soeroyo Magelang dibagi ke dalam berbagai aktivitas inti. Aktivitas ini terdiri dari pekerjaan administrasi, koordinasi/rapat-rapat, bimbingan dengan klien, *home visit*, *case conference*, dll. Atas itu para pekerja sosial di RSJ Dr. Soeroyo Magelang memiliki waktu rutin dan formal untuk bimbingan dengan klien, yaitu setiap hari kerja pada pukul 08.00-11.30, waktu ini merupakan jadwal rehabilitasi, sehingga semua pasien yang telah memenuhi standar rehabilitasi dari bangsal di kirim ke unit rehabilitasi untuk mengikuti proses rehabilitasi. Di luar jam rehabilitasi pekerja sosial diberi kebebasan oleh pihak rumah sakit untuk bertemu klien dalam rangka membantu proses penyembuhan pada jam-jam istirahat. Jam istirahat pasien adalah jam 13.00 sampai 16.00, selain jam tersebut jika pekerja ada kepentingan dengan klien harus koordinasi dengan pihak bangsal. Ketika pekerja sosial berkomunikasi formal dengan klien diluar jam rehabilitasi harus menjaga kode etik dan diupayakan tidak mengganggu klien yang lain.

Disisi lain pekerja sosial boleh melakukan komunikasi dan bimbingan ketika ada acara-acara tertentu atau menyiapkan

acara tertentu, seperti latihan menari malam hari karena akan ada lomba atau pentas ke luar rumah sakit, dll.

9. Derajat kedekatan

Jika kedekatan komunikasi ini diklasifikasikan kedalam tiga kategori jauh, dekat dan sangat dekat, maka untuk mengetahui seberapa jauh atau seberapa dekat komunikasi antar pekerja sosial dengan klien sangat di pengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor tersebut antara lain : a). jenis pasien diantara pasien baru, pasien lama, pasien tetap. Pasien baru cenderung jauh karena mereka masih malu, tertutup dan dan belum memahami lingkungan, bahkan mereka merasa kaget atau terasing. Pasien lama cenderung dekat karena frekuensi pertemuan sudah sering, sudah memahami lingkungan dan sudah berani mengungkapkan hal-hal yang tidak disukai dan berani meminta sesuatu. Pasien tetap akan cenderung sangat dekat sebab pasien ini sering keluar masuk RSJ dan sudah hafal dengan para petugas serta paham akan lingkungan sehingga mereka beranggapan RSJ sebagai rumah tempat tinggal sehingga berkomunikasi dengan siapa saja lancar, mudah dan akrab. Jenis pasien ini sering dimanfaatkan oleh petugas untuk mengorek atau mencari tahu tentang kondisi klien-klien baru yang mereka kenal dekat.

b). Latar belakang pasien, seperti penjelasan di atas pada nomor 4 dan 5 bahwa latar belakang atau asal usul klien masuk ke RSJ sangat berpengaruh terhadap kedekatan komunikasi antara klien dengan pekerja

sosial, seperti klien yang lama menggelandang dan lama dipasung akan mengalami kesulitan berkomunikasi, akibat sulit berkomunikasi maka mereka merasa asing atau jauh dan cenderung tertutup.

c). Situasi pasien, makna situasi pasien disini menyangkut beberapa hal, diantaranya latar belakang klien masuk RSJ, penyebab sakit klien, jenis kelamin yang diajak berkomunikasi, kondisi kesehatan fisik klien, latar belakang pendidikan, ekonomi dan religius klien.

d). *Setting/tempat* berkomunikasi, tempat yang dipilih para pekerja sosial untuk berkomunikasi dengan klien akan berpengaruh terhadap klien. Hal ini tergantung dari tujuan pekerja sosial dalam berkomunikasi, apakah komunikasi sekedar *say hello*, atau komunikasi dalam rangka memberikan terapi, atau komunikasi sebagai pengiriman informasi berkaitan dengan hal-hal tertentu, atau komunikasi dalam rangka mengingatkan atau memberikan sesuatu.

Untuk itu setting komunikasi yang terkait dengan proses rehabilitasi biasanya ada di arena ruang rehabilitasi, di bangsal, di halaman atau tempat lain. Sekali lagi ini sangat tergantung dari tujuan yang ingin dicapai oleh seorang pekerja sosial. Sebab pekerja sosial selalu memegang prinsip dan kode etikanya, terutama tentang kerahasiaan situasi klien.

Dimanapun *settingnya* dan apapun tujuan berkomunikasi pekerja sosial selalu memperhatikan prinsip-prinsip komunikasi

sesuai yang tersirat dalam berbagai teori seperti : a). proses simbolik, b). setiap perilaku mempunyai potensi komunikasi, c). komunikasi mempunyai dimensi isi dan dimensi hubungan, d). komunikasi berlangsung dalam berbagai tingkat kesengajaan, e). komunikasi terjadi dalam konteks ruang dan waktu, f). melibatkan prediksi peserta komunikasi, g). bersifat sistemik, h). semakin mirip latarbelakang sosial budaya semakin efektif komunikasi, i). bersifat nonsekuensial, j). bersifat prosesual dinamis dan transaksional, k). bersifat Irreversible dan l). bukan panacea untuk menyelesaikan berbagai masalah

Sisi lain di unit rehabilitasi ketika klien melakukan proses rehabilitasi bersama para pekerja sosial secara otomatis terjadi berbagai komunikasi , untuk itu komunikasi dalam praktek rehabilitasi klien dikelompokkan sesuai dengan jenis kelamin, bakat, kemauan/pilihan dan dibedakan tempatnya sesuai dengan jenis keterampilan dan latihan kerja yang sesuai dengan keinginan klien. Serta dibimbing dan diawali oleh para instruktur yang terdiri dari pekerja sosial dan pihak lain yang memiliki kapasitas.

E. Penutup

Manusia sebagai golongan makhluk hidup omnivora dan makhluk sosial, sering mengalami disfungsi baik *physical* maupun *non physical*. Disfungsi *physical* disebut sakit fisik dan disfungsi *non physical* yang

disebabkan ketidaksadaran diri atau lalai cenderung menyerang pada mental manusia. Akibat dari penyakit mental maka manusia dapat mengalami stres berat, gangguan ingatan atau yang disebut dengan *skizofrenia*.

Dalam sejarah ilmu pengetahuan disebutkan bahwa jenis penyakit mental atau skizofrenia ada sejak jaman Nabi Adam, penyembuhan penyakit ini telah dilakukan dengan berbagai cara dari yang tradisional sampai dengan cara yang modern. Salah satu penyembuhan modern adalah didirikannya rumah sakit khusus yang disebut dengan "Rumah Sakit Jiwa". Di dalam proses penyembuhan di RSJ setiap pasien mendapat perawatan ganda yaitu perawatan dan pengobatan medis serta perawatan rehabilitasi sosial. Dalam penelitian ini lokusnya pada proses rehabilitasi sosial yang ditangani tim pekerja sosial. Secara khusus penelitian ini melihat strategi komunikasi para pekerja sosial terhadap para klien.

Setelah dilakukan penelitian ternyata klien dikelompokkan berdasarkan penyebab penyakit atau gangguan, diantaranya adalah *delusi*, *halusinasi*, *disorganized speech*, *disorganized behavior* dan simtom-simtom lain. Pekerja sosial dalam berkomunikasi dengan klien di RSJ Prof Dr. Soeroyo Magelang belum membedakan secara jelas antara klien yang mengalami gangguan mental satu dengan yang lainnya, sebab pekerja sosial menyakini bahwa keberhasilan komunikasi sangat dipengaruhi oleh

latarbelakang klien, *setting*, media dan jenis gangguannya, serta peran anggota keluarga.

Untuk mengikuti rehabilitasi klien akan ditentukan melalui proses seleksi, dimulai dari tahap persiapan, resosialisasi, latihan kerja, penempatan dan pengawasan. Test seleksi dilakukan oleh psikolog sebagai bagian dari tim rehabilitasi, sedang resosialisasi, latihan kerja, penempatan dan pengawasan dilakukan oleh tim pekerja sosial.

Strategi-strategi komunikasi yang dipilih para pekerja sosial dalam proses rehabilitasi antara lain: strategi komunikasi mengekor, melawan, menyamar, persuasif, memaksa, fakta, dan strategi komunikasi mundur. Untuk terapi kerja model komunikasi yang paling tepat adalah komunikasi kelompok, sedang komunikasi personal tepat digunakan untuk pendampingan yang bersifat personal dalam rangka bimbingan khusus dengan menerapkan strategi komunikasi mengandai.

Reaksi pasien ketika proses rehabilitasi dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu reaksi terbuka/senang khusus untuk pasien yang sudah lama tinggal di RSJ, rata-rata pasien baru cenderung menolak/apatis dan tertutup. Sedang hambatan komunikasi pekerja sosial pada saat rehabilitasi adalah menghadapi klien yang tidak diketahui latar belakang/penyebab sakit khususnya pasien kiriman/rujukan petugas lapangan seperti kiriman polisi, hasil garukan Pol PP, dan klien yang lama di pasung oleh keluarganya.

Peneliti memberikan rekomendasi untuk RSJ antara lain: 1). Pihak RSJ perlu menerapkan manajemen perwalian dalam proses rehabilitasi agar hasilnya lebih efektif, lebih tepat dan berkesinambungan yang permanen, 2). Pekerja sosial yang berpendidikan SMK dan SMA perlu peningkatan jenjang pendidikan ke disiplin ilmu yang mendukung proses rehabilitasi terutama pendidikan Kesejahteraan Sosial/Pekerjaan Sosial serta sering menyelenggarakan berbagai pelatihan untuk SDM rehabilitasi mengingat sebagian besar SDM rehabilitasi tidak berlatarbelakang kesejahteraan sosial/pekerjaan sosial. Jika perlu untuk mempersingkat kesenjangan RSJ. Prof. dr. Soeroyo menyelenggarakan *outsourcing*., 3) Pihak RSJ khususnya unit rehabilitasi menambah fasilitas yang dipergunakan untuk proses rehabilitasi., 4). Menambah waktu (jam) rehabilitasi dan 5). Pekerja sosial di beri kesempatan untuk melakukan proses rehabilitasi dan bimbingan di bangsal.

Daftar Pustaka

- Agus Salim 2006, *Teori & Paradigma Penelitian Sosial*. Tiara Wacana, Yogyakarta.
- Brannen, Julia. 1997, *Memadu Metode Penelitian Kualitatif & Kuantitatif*, Pusataka Pelajar Yogyakarta.
- Cohen, L., & Manion, L. (1994). *Research methods in education* (4th ed.). Cohen, L., & Manion, L. (1994). *Metode penelitian dalam pendidikan* (4th ed.).

- London: Routledge. London: Routledge.
- Creswell, JW, 1998, *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*,. Thousand Oaks, CA: Sage. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Glen O, Gabbard, 1994, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, Washington, American Psychiatric Press.
- Huda, Miftachul, 2009, *Pekerjaan Sosial dan Kesejahteraan Sosial*, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Iman Setiadi Arief, 2006, *Skizofrenia Memahami Dinamika Keluarga*, Aditama, Bandung.
- John Jackson dan Lorraine Bosse-Smith, 2007, *By The United Methodist Publishing House*, Abingdon Press.
- Lexy J. Moleong. 1989. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remadja Karya
- Mif.Baihaqi, 2007, *Psikiatri : Konsep Dasar dan Gangguan-Gangguan*, Aditama, Bandung.
- Mulyana, Dedy, 2001, *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*, PT Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Rahman Hakim, Budi, 2010, *Rethinking Sosial Work Indonesia*, RM Books, Jakarta
- Robert. K. Yin. (1989). *Case Study Research Design and Methods*. Washington: COSMOS Corporation
- Wibhawa, B., Raharjo, S.T., Santoso, M.B. 2010, *Dasar-Dasar Pekerjaan Sosial*, Widya Pajajaran, Bandung.
- Zastrow, Charles, 2004, Ninth Edition : *Introduction to Sosial Work and Sosial Welfare, Empowering People*, George Williams College of Aurora University