

IMPLEMENTASI PSIKOTERAPI PENANGGULANGAN STRESS DAN DEPRESI PADA PASIEN DI RUMAH SAKIT JIWA MADANI PALU

Thalib

(Dosen Tarbiyah dan Ilmu Keguruan IAIN Palu)
thalib.iain@gmail.com

Naima

(Dosen Tarbiyah dan Ilmu Keguruan IAIN Palu)
naimaiain@gmail.com

Abstract

Counseling and psychotherapy is one of the services providing assistance to people or individuals who have a problem of life, both individual with his own problems, problems of individuals with a family environment, and problems of the individual with the social environment. Another thing is many individuals who experience a spiritual problem. The latter is a problem experienced by an individual with his Lord, as an example: many individuals who are unable to hold a vertical relationship with God. In this context many individuals are difficult to bring fear, obey, and a sense that God is always watching the actions and behavior of each individual, thus impacting the feeling lazy and reluctant to worship, and the difficulty to abandon acts prohibited and disowned by his Lord, Allah SWT. From the description of the problems have, consequently there are the circumstances and conditions of negative psychological, such as stress and depression, if individuals do not have the endurance mentally and spiritually strong and tough, faith is weak, then it is very fragile and easily affected by the state of stress and depression. Individuals who experience these circumstances (stress and depression) is necessary and requires assistance psychologically and spiritually so that individual back stable mentally and spiritually. Therefore, the reality shows that many individuals

who experience problems can solved and enlightened of the problem after the therapy at the Madani Mental Hospital. In this context, the study done.

Keywords: *psychotherapy, stress, depression*

Pendahuluan

Perubahan-perubahan sosial yang serba cepat sebagai konsekuensi modernisasi, industrialisasi, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, memiliki dampak pada kehidupan masyarakat. Perubahan-perubahan sosial tersebut telah mempengaruhi nilai kehidupan masyarakat. Perubahan yang terjadi di masyarakat tersebut, tidak semua orang mampu menyesuaikan diri, yang pada gilirannya dapat menimbulkan ketegangan atau stress pada dirinya. Stress dapat merupakan pencetus, penyebab atau akibat dari suatu penyakit, sehingga taraf kesehatan fisik dan kesehatan jiwa dari orang yang bersangkutan.

Perubahan-perubahan sosial yang seringkali bercorak sekuler juga telah mengakibatkan dehumanisasi atau menurunnya nilai kemanusiaan yang pada gilirannya dapat mengakibatkan seseorang jatuh sakit. Seseorang dikatakan sakit apabila “ia tidak lagi mampu berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-harinya, di rumah, di sekolah, di tempat kerja, atau di lingkungan sosialnya. Seseorang yang mengalami stress akan terganggu fungsi kehidupannya sehari-hari”.¹

Dari kenyataan tersebut di atas, mengindikasikan adanya masyarakat atau individu yang mengalami gangguan kejiwaan seperti stress dan depresi sebagai akibat dari ketidakmampuan mereka mengikuti perkembangan dan kemajuan zaman, sehingga akhirnya mereka jatuh sakit. Oleh karena itu, berdasarkan informasi dan pengamatan menunjukkan bahwa banyak masyarakat atau individu yang mengalami stress dan

¹Dadang Hawari. *Al-Qur'an Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*, (Yogyakarta: PT. Dana Bhakti Prima Yasa, 1998), h. 2

depresi menjadi pasien di Rumah Sakit Jiwa, yaitu: 1-5 orang setiap bulan masing-masing baik stress maupun depresi. Dari data tersebut, menarik untuk ditelaah dalam penelitian terhadap pasien di rumah sakit jiwa tentang mengapa mereka mengalami gangguan kejiwaan seperti stress dan depresi, dan bagaimana upaya penanggulangannya khususnya di Rumah Sakit Jiwa Madani Palu.

Masalah utama dalam penelitian ini adalah “mengapa pasien mengalami stress dan depresi”. Dari pokok permasalahan tersebut, dijabarkan dalam sub masalah sebagai berikut: (1) Apa faktor penyebab terjadinya stress dan depresi pada pasien di Rumah Sakit Jiwa Madani Palu, (2) Bagaimana bentuk-bentuk stress dan depresi yang dialami oleh pasien di Rumah Sakit Jiwa Madani Palu, (3) Bagaimana upaya penanggulangan pasien yang mengalami stress dan depresi di Rumah Sakit Jiwa Madani Palu.

Metode Penelitian

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan pendekatan dekriptif kualitatif, dengan menggunakan rancangan studi deskriptif kualitatif. Menurut Nasution, yang dimaksud dengan deskriptif kualitatif yaitu: “penelitian yang melihat gambaran yang lebih jelas tentang situasi-situasi sosial, suatu penelitian yang dilakukan atas suatu peristiwa atau fenomena sosial yang terjadi pada masyarakat”.²

Adapun lokasi penelitian berada di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Madani Palu, yang bertempat di Jl. Thalua Konci, Kelurahan Mamboro Kec. Palu Utara, Kota Palu.

Karena ini bersifat kualitatif, maka kehadiran peneliti di lapangan mutlak ada sebagai instrumen. Peran peneliti di lapangan sebagai *nonpartisipan observer*, tetapi aktif di

²S. Nasution, *Metode Research*, (Cet, III; Jakarta; Bumi Aksara, 2003), h. 24

lapangan karena peneliti yang langsung mengamati dan mencari informasi melalui informan atau nara sumber.

Sebelum penelitian ini dilakukan terlebih dahulu peneliti minta izin kepada kepala Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Palu dengan memperlihatkan surat rekomendasi penelitian dari ketua bidang penelitian dan pengabdian masyarakat IAIN Palu sehingga peneliti akan di ketahui kehadirannya di lokasi penelitian.

Jenis dan sumber data dalam penelitian ini adalah: Data primer dan data Skunder. Mengumpulkan data dengan cara observasi, wawancara dan dokumentasi. Peneliti menganalisa data dengan cara mereduksi, menyajikan dan memverifikasi dengan cara deduktif dan induktif. Untuk mengecek keabsahan data peneliti menggunakan teknik triangulasi , yaitu “tehnik pemeriksahan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu”.³

Hasil Penelitian

Pasien yang Mengalami Stress dan Depresi dan Upaya Penangulangannya

Secara umum, bahwa terjadinya stress karena berbagai sebab sesuai dengan situasi dan kondisi pasien masing-masing. Secara umum, ada lima faktor penyebab terjadinya stress, yaitu: (1) masalah pada keluarga, (2) masalah pekerjaan, (3) pelecehan seksual, (4) masalah dengan lingkungan, (5) penggunaan Napza, dan (6) adanya penyakit fisik. Hal ini diketahui berdasarkan informasi dari salah seorang psikiater, beliau mengemukakan: ada enam yang menjadi faktor penyebab utama terjadinya stress, yaitu:

- Adanya masalah dalam keluarga
- Adanya masalah dalam pekerjaan

³Amirul Hadi dan Haryono, *Metodologi Penelitian Pendidikan*, (Cet. III; Bandung: CV. Pustaka Setia, 2005), h. 62

- Adanya masalah seksual/pelecehan seksual
- Adanya masalah dalam lingkungan
- Masalah penggunaan NAPZA
- Adanya masalah / penyakit fisik.⁴

Dari hasil wawancara tersebut dipahami bahwa masalah pertama yang menjadi penyebab terjadinya stress adalah masalah dalam keluarga. Masalah dalam keluarga, seperti contoh: suami dengan istri sering bertengkar, suami sering memukul istri, dan jika anak yang mengalami masalah dalam keluarga, maka penyebab utamanya adalah kurangnya perhatian orang tua terhadap anak, atau kasih sayang mulai hilang dari hati orang tua terhadap anak. Masalah dalam keluarga ini pada intinya adalah terjadinya konflik dalam keluarga, dan mulai mudarnya rasa kasih sayang dalam keluarga. Hal ini diketahui sebagaimana dikemukakan oleh salah seorang perawat kesehatan beliau mengatakan: “timbulnya masalah dalam keluarga penyebab utamanya adalah terjadinya konflik dalam keluarga, yang biasanya diawali oleh sifat ego masing-masing (suami-istri)”.⁵

Penyebab kedua yang menjadi sebab terjadinya stress adalah masalah pekerjaan. Dalam hal pekerjaan ini, pasien biasanya mengatakan karena sering gagal dalam pekerjaan (pekerjaan kurang berhasil), atau pekerjaan terlalu berat/terlalu banyak, pekerjaan kurang cocok, dan atau di PHK (diputuskan hubungan kerja/kehilangan pekerjaan).

Penyebab ketiga yang menjadi sebab terjadinya stress adalah masalah pelecehan seksual. Sering terjadi pelecehan seksual terutama kepada wanita, pelecehan seksual secara paksa menyebabkan wanita merasa turun harga dirinya atau trauma dengan keadaan tersebut.

⁴Ni. Nyoman Sumiati. Psikiater, *Wawancara*, di Rumah Sakit Daerah Madani, tanggal, 26 Agustus 2015

⁵Jianto. Perawat kesehatan jiwa ruang mangga, *Wawancara*, di Rumah Sakit Daerah Madani, tanggal, 26 Agustus 2015

Penyebab keempat terjadinya stress adalah bermasalah dengan lingkungannya atau lingkungan tidak sesuai dengan dirinya. Lingkungan yang terlalu ribut, kotor, hidup yang tidak teratur atau tidak mengerti aturan dan atau tidak mau mengikuti aturan hidup/ mau bebas. Oleh karena keadaan demikian inilah sehingga orang yang mau hidup teratur dan tertib sudah merasa terganggu, tidak nyaman, tetapi tidak mampu untuk merubahnya, sehingga pada akhirnya orang tidak nyaman dan stress.

Penyebab kelima terjadinya stress adalah penggunaan NAPZA. Penggunaan narkotik yang berlebihan akan menjadikan seseorang ketagihan, dan setiap mengkonsumsi akan menambah dosis, dan demikian seterusnya. Akibatnya, memberikan dampak pada fisik dan psikis maupun pikiran, yang pada akhirnya sering tidak bisa tidur, suka marah-marah dan seterusnya menjadi stress.

Penyebab keenam terjadinya stress adalah adanya penyakit fisik. Penyakit fisik ini biasanya terjadi dibawa sejak lahir, sehingga saat tertentu dari kelahirannya terjadi kelainan (pikiran dan jiwa terganggu), yang pada akhirnya terjadi stress.

Untuk memperjelas uraian di atas, akan diuraikan keadaan atau masalah pasien yang mengalami stress di Rumah Sakit Jiwa sebagai berikut:

TABEL I

KEADAAN PASIEN STRESS DI RUMAH SAKIT JIWA MADANI PALU DI
RUANG SALAK
(JULI-AGUSTUS) 2015

NO	NAMA SAMARAN	JENIS STRESS	KET
1	ZUL (UMUR 19 TH)	mengamuk, ketawa sendiri, menyendiri sejak orang tua meninggal, sulit tidur, sulit makan, merusak barang.	pasien baru
2	MAR (UMUR 33 TH)	bicara sendiri, keluyuran sendiri.	sudah sering
3	POL HAS (UMUR 28 TH)	mengamuk, bicara kacau, memungut sampah di rumah orang lain, ketawa sendiri.	pasien baru
4	GAG (UMUR 34 TH)	gelisah, susah tidur, mengancam membunuh keluarganya.	sudah sering
5	AH (UMUR 44 TH)	gelisah, bicara sendiri, napsu makan kurang.	sudah sering
6	RUS (UMUR 38 TH)	gelisah, mengamuk, bicara sendiri, mudah marah.	pasien baru
7	AL (UMUR 49 TH)	bicara sendiri, melihat bayangan, menyendiri, susah tidur.	pasien baru
8	RIF-SAH (UMUR 19 TH)	mengamuk, bicara sendiri, memukul orang, suka marah, mendengar bisikan-bisikan, menyiram kepala dengan air, tidur berlebihan, makan berlebihan.	ruang salak
9	SAH-SUD (UMUR 22 TH)	mengamuk, suka marah, tidak mau bicara, tidak mau keluar kamar.	ruang salak
10	IK-PAT (UMUR 20 TH)	gelisah, bicara (-), makan 2 hari sekali, sulit diajak bicara, muntah-muntah, tidak tidur.	ruang salak
11	SUG (UMUR 19 TH)	mengamuk, mengancam membunuh, tidak mau minum obat, dua hari tidak tidur.	ruang salak
12	AC-AM (UMUR 21 TH)	gelisah, suka marah, mengamuk, tidak suka makan obat, susah tidur, dua hari tidak makan.	ruang salak

13	MEL (UMUR 26 TH)	gelisah, marah-marah, berusaha kabur dari rumah.	ruang salak
14	HELFI (UMUR 19 TH)	gelisah, bicara sendiri, susah tidur, membanting-banting kursi, putus obat sejak enam bulan.	ruang salak

Sumber Data: Data Rekam Medis Pasien Ruang Salak

Berdasar data di atas, dapat diketahui bahwa secara umum atau paling banyak jumlahnya yang stress mengalami perasaan gelisah dan ketawa serta bicara sendiri. Selain itu juga mereka susah tidur dan susah makan serta selalu marah-marah/mengamuk. Bahkan ada yang sadis, yaitu mereka mau membunuh keluarganya sendiri. Dengan demikian bahwa yang menagalami stress dapat dikelompokkan atau secara garis besarnya menjadi tiga bahagian, yaitu: (1) stress dengan gejala; gelisah, bicara sendiri, dan ketawa sendiri, (2) stress dengan gejala; susah tidur, susah makan, dan selalu marah-marah, (3) stress dengan gejala; nekat tidak mau makan, (4) stress dengan gejala; nekat membunuh keluarga sendiri. Dari jumlah 14 orang tersebut, semuanya berjenis kelamin laki-laki, dan mereka semua di ruang salak.

Bagaimana keadaan pasien ditinjau dari segi jenis-jenis stress yang dialami. Hal ini dapat dikelompokkan ke dalam 8 jenis stress, yaitu:

- skizofrenia,
- psikotik,
- skizoafektif,
- gangguan afektif bifolar,
- RM,
- ADHD
- Cemas,
- Depresi.⁶

⁶Ni. Nyoman Sumiati. Psikiater, *Wawancara*, di Rumah Sakit Daerah Madani, tanggal, 26 Agustus 2015

Untuk memberikan atau melakukan terapi terhadap pasien yang mengalami stress, yaitu dengan cara: (a) melakukan wawancara, (b) menegakkan diagnose, dan (c) memberikan terapi, seperti: farmakoterapi (pemberian obat), dan melakukan psikoterapi pada pasien dan keluarganya.⁷

Dari informasi di atas, dapat dipahami bahwa stress berawal dari adanya gangguan jiwa berupa skizofrenia, dari gangguan jiwa ini karena tidak direspon dengan baik atau tidak diperhatikan, maka selanjutnya akan meningkat menjadi sakit jiwa atau psikotik, kemudian berlanjut lagi menjadi skizoafektif atau bagian jiwa lainnya berupa gangguan perasaan akan terjadi. Selanjutnya, sakit jiwa tersebut akan berlanjut terus atau akan bertambah jika tidak ditangani dengan baik atau tidak segera diobati, hingga nanti akan sampai pada tingkat cemas dan depresi.

Oleh karena gangguan jiwa itu sifatnya dinamis, maka perlu penanganan atau perhatian secepatnya jika sudah nampak ada gejala terutama bagi orang tua di rumah, dan atau secepatnya di bawa ke rumah sakit khususnya rumah sakit jiwa. Oleh karena kurang cepatnya penanganan pada orang yang mengalami gangguan kejiwaan, dan karean cepatnya meningkat gangguan kejiwaan ini sehingga yang sangat tinggi angka pasien yang sakit adalah yang sakit jiwa. Hal ini dapat diketahui berdasarkan tabel pada tahun 2014, sebagaimana pada tabel di bawah ini:

⁷Ni. Nyoman Sumiati. Psikiater, *Wawancara*, di Rumah Sakit Daerah Madani, tanggal, 26 Agustus 2015

TABEL II
KEGIATAN PERAWATAN DI RSD MADANI
TAHUN 2014

NO	JENIS KEGIATAN	JUMLAH
1	Penyakit Dalam	2193
2	Bedah	892
3	Kesehatan Anak (Neonatal)	
4	Kesehatan Anak Lainnya)	443
5	Obstetri & Ginekologi (Ibu Hamil)	
6	Obstetri & Ginekologi Lainnya)	518
7	Saraf	4017
8	Jiwa	5977
9	Psikologi	43
10	Mata	846
11	Kulit dan Kelamin	201

Sumber Data: Rekam medis

Berdasarkan data di atas, dapat dipahami bahwa yang paling tinggi tingkat perawatan di RSD Madani tahun 2014 adalah perawatan jiwa sebanyak 5.977 kegiatan perawatan, urutan kedua, saraf 4.017 kegiatan perawatan, dan urutan ketiga adalah Penyakit Dalam 2.193 kegiatan perawatan. Hal ini merupakan bukti bahwa gangguan jiwa cepat berkembang menjadi stress yang kemudian menjadi depresi. Kedua jenis penyakit jiwa ini di bawah kendali poli jiwa, yang ditangani oleh dua orang psikiater.

Selanjutnya, bagaimana proses penanganan pasien yang mengalami stress di RSD Madani Palu. Proses penanganan pasien yang menagali stress adalah sebagai berikut: langkah pertama,

mendaftar di poli jiwa, langkah kedua, wawancara dengan psikiater, menegakkan diagnosa, langkah ketiga, pasien dibawa ke ruang mangga (tempat/ruang akut), keempat, di transfer ke ruangan salak atau anggur sebagai tempat perawatan, jika sudah nampak ada kooperatif.

Pengamatan menunjukkan bahwa perawatan pada setiap ruangan orang-orang yang mengalami stress pada setiap harinya diawasi oleh perawat khususnya pada saat makan dan minum obat. Saat sarapan pagi itu diawasi oleh perawat ruangan, setelah itu kemudian makan obat. Demikian juga pada saat makan siang, dan makan malam, untuk jatah makan malam itu dilakukan pada sore hari jam 17.30 atau jam 5.30 (lima tiga puluh), dan makan secara bersama-sama, setelah itu pasien makan obat. Fungsi obat yang diminum oleh pasien itu adalah “untuk menenangkan perasaan dan melemahkan organ tubuh khusus bagi pasien yang selalu mau mengamuk, dan marah-marah”.⁸

Pengamatan menunjukkan bahwa pasien yang baru masuk bila telah diberikan obat, maka akan nampak perilaku yang sedikit bersahabat, tingkah lakunya menampakkan lemah lembut, walaupun ada sedikit diantaranya yang nampak keras tetapi dapat diatasi oleh perawat yang ada.

Berkaitan dengan apa yang menjadi penyebab utama terjadinya stress, akan disimak beberapa hasil wawancara dari tgl, 30 s.d 31 Agustus 2015, dengan beberapa orang pasien sebagai berikut:

Melk-Sed, umur 26 th, beliau mengemukakan bahwa awal kejadiannya, saya waktu itu minum cap tikus, setelah itu minum narkoba lagi (THD), sabu-sabu (Y), maka setelah itu, saya sering mengamuk di rumah, dan putar musik

⁸Mantri Sande. Perawat senior ruang mangga, *Wawancara*, di ruang Magga RSD Madani, tanggal, 19 September 2015

keras-keras, sehingga akhirnya saya dibawa ke rumah sakit jiwa.

Jems, umur 31 th, waktu masih sekolah SMP pernah jatuh dari pohon magga (waktu itu panjat magga) saat itu pingsan sekitar 2 jam, setelah itu saya di bawa ke rumah sakit tentara (Rumkit), mungkin karena akibat benturan di kepala, sehingga akhirnya sering sakit kepala, dan kemudian muncul halusinasi, sehingga akhirnya saya dibawa ke rumah sakit jiwa.

Ref, umur 22 th, sekitar umur 10 tahun pernah makan sabun cuci, dan biasa juga dipukul oleh kakaknya, pada masa kelas 2 SD saya berhenti sekolah karena kecerdasan rendah, selain itu pada waktu kecil sering mata tinggi (ada gangguan mental) sejak kecil yang diistilahkan RM (retardasi mental) ini bawaan lahir. (wawancara dengan oragtua Ref).

Efen, umur 45 tahun, sejak kecil saya bercita-cita tinggi, tetapi kemampuan rendah termasuk kemampuan ekonomi, karena selalu bahan pikiran, akhirnya saya stress.

Taha, umur 35 th, saya awalnya terauma melihat peristiwa komplik antar keluarga dan saling bakar rumah, pernah kerja sawah 4 ha, menjelang panen tiba-tiba kena banjir dan habis, pernah tertipu hasil bagang ikan kurang lebih Rp. 10 juta, dan juga pernah jatuh dari pohon cengkeh. Pengaruh dari itu semua akhirnya saya sering bicara sendiri, sehingga akhirnya dibawa ke rumah sakit jiwa.

Sari, umur 30 th, masalah harta warisan yang tidak diberikan, akhirnya menjadi buah pikiran (selalu dipikirkan), akhirnya sering bicara sendiri, sehingga saya di bawa ke rumah sakit jiwa.

Abd. Bas, umur 30 th, pernah makan sabu-sabu (THD) dan saya konsumsi berlebihan, dan ini pengaruh teman-teman, akhirnya saya sering menyendiri, ketawa sendiri, sehingga akhirnya saya dibawa ke rumah sakit jiwa.

Ferd, umur 23 th, waktu itu ibu saya meninggal dunia, tetapi saya selalu mengingatnya, saya merasa kehilangan kasih sayang, karena sering diingat pada akhirnya saya stress, sehingga akhirnya saya dibawa ke rumah sakit jiwa.

If, umur 32 th, awal peristiwanya kena penyakit malaria, kebutuhan ekonomi keluarga, pada akhirnya biasa mengamuk, sehingga saya dibawa ke rumah sakit jiwa.

Nafr, umur 29 th, saya ini pengaruh obat-obatan (THD), sabu-sabu, karena pengaruh teman-teman, karena sudah ketagihan akhirnya sering marah-marah dan mengamuk, sehingga akhirnya saya di bawa ke rumah sakit jiwa.

Dari 10 orang pasien yang telah diwawancarai seperti di atas, maka penyebab awal dari stress itu beragam. Dari kesepuluh orang tersebut, 3 orang diantaranya karena minuman keras (minuman beralkohol), obat-obatan (THD), narkoba (Y), 2 orang karena syaraf, 1 orang karena RM (retardasi mental), 1 orang karena trauma akibat komplik antara keluarga, 1 trauma karena harta warisan, 1 orang karena kehilangan kasih sayang, 1 orang karena desakan ekonomi.

Dari 10 orang tersebut, yang paling menonjol adalah pengaruh minuman alkohol, obat-obatan (THD) dan narkoba (Y), dan keenam lainnya masing-masing memiliki latar belakang masalah yang berbeda. Untuk lebih jelasnya uraian di atas, dapat disimpulkan sebagaimana tabel di bawah ini:

TABEL III

FAKTOR PENYEBAB TERJADINYA STRESS PADA PASIEN DI RSD
MADANI PALU

NO	NAMA SAMARAN	UMUR (TAHUN)	FAKTOR PENYEBAB	KET
1	MEL, A. BAS, NAF.	26, 30, 29.	MINUMAN ALKOHOL (CAP TIKUS), OBAT-OBATAN (THD), NARKOBA (Y).	3 ORANG
2	JEM, IF	31, 30.	GANGGUAN SYARAF	2 ORANG

3	REF	22	RM (RETARDASI MENTAL)	1 ORANG
4	TAHAR	35	TRAUMA (KARENA KONPLIK KELUARGA)	1 ORANG
5	SARI	30	MASALAH HARTA WARISAN	1 ORANG
6	FERD	23	KARENA KEHILANGAN KASIH SAYANG ORANG TUA	1 ORANG
7	IF	30	KARENA DESAKAN EKONOMI	1 ORANG
JUMLAH				10 ORANG

Sumber Data: Hasil wawancara dengan pasien di RSD Madani, 30 s.d 31 Agustus 2015.

Berdasarkan tabel di atas bahwa minuman beralkohol dan obat terlarang merupakan faktor dominan bagi terjadinya stress, dan yang sangat memperhatikan adalah yang melakukan hal itu para generasi yang masih umur produktif.

Pengamatan menunjukkan bahwa pada umumnya atau kebanyakan yang mengalami stress adalah kaum laki-laki, bila dibandingkan dengan kaum wanita. Dapat dikatakan bahwa perbandingannya 5:1 (lima berbanding satu). Artinya, diantara lima laki-laki yang mengalami stress, baru ada satu wanita.

Dari pengamatan tersebut, maka dapat diketahui bahwa laki-laki lebih rendah daya tahannya terhadap pengaruh dari suatu problem dari pada wanita. Artinya, bahwa kaum wanita lebih mampu bertahan terhadap suatu problem dari pada kaum laki-laki. Hal dapat diketahui berdasarkan data yang diperoleh dari RSD Madani dalam bulan Agustus 2015, ada 42 orang pasien yang mengalami stress dan depresi, lima diantara 42 orang itu adalah wanita. Jadi $42 - 5 = 37$ orang. Untuk lebih jelasnya data pasien per Agustus 2015, di RSD Madani Palu, dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

TABEL IV
DATA PASIEN STRESS DAN DEPRESI

NO	NAMA RUANGAN	JUMLAH PASIEN	KET
1	MANGGA (RUANG AKUT)	5 ORANG	
2	SALAK	14 ORANG	
3	ANGGUR	3 ORANG	1 ORANG WANITA
4	SRIKAYA	16 ORANG	
5	MANGGIS	4 ORANG	RUANGAN KHUSUS WANITA
JUMLAH		42 ORANG	5 org wanita

Sumber Data: Rekam Medis Pasien (Juli -Agustus 2015).

Berdasarkan data di atas, dapat dipahami bahwa jumlah 42 orang pasien, hanya 5 orang pasien wanita, maka perbandingannya: $42-5= 37$. Berarti bahwa setiap 35 orang pasien laki-laki, maka 5 orang wanita. Artinya, setiap 7 orang pasien laki-laki baru ada satu orang pasien wanita, oleh karena itu pebandingannya: 7:1, (7 pasien laki-laki, 1 orang pasien wanita). Pertanyaan yang muncul adalah mengapa jumlah pasien laki-laki yang mangalami stress lebih banyak dari pada pasien wanita? Hal ini mungkin disebabkan karena laki-laki merasa besar tanggungjawabnya terhadap kehidupan dari pada wanita. Oleh karena itulah, sehingga laki-laki lebih banyak yang mengalami beban pikiran dan sekaligus beban jiwa karena adanya rasa tanggungjawab tersebut.

Wanita hanya merasakan sebagai beban perasaan saja, tetapi tidak menjadi beban pikiran, karena wanita lebih dominan perasaannya dari pada pikirannya. Artinya, wanita lebih banyak menggunakan perasaan dari pada pikiran.

Faktor Penyebab Terjadinya Depresi Pada Pasien di RSD Madani Palu.

Secara teoritis, bahwa antara pasien yang stress dan pasien yang mengalami depresi, terdapat kesamaan walaupun juga ada perbedaan yang menyolok. Secara kenyataan bahwa yang mengalami depresi berawal dari stress, karena stress lambat ditangani sehingga terjadilah depresi. Artinya, stress yang berlarut-larut mengakibatkan timbulnya depresi. Ciri depresi yang menonjol adalah “pasien cenderung bunuh diri, dan tidak mau makan karena ingin bunuh diri, serta napsu makan kurang”.

⁹

Sebelum mengemukakan tentang pasien yang mengalami depresi, maka perlu diketahui gejala-gejala orang atau pasien yang mengalami depresi, yaitu: depresi merupakan bentuk gangguan kejiwaan pada alam perasaan. Sebagaimana yang diinformasikan berikut ini:

Pemurung, lesu, tidak ada gairah hidup, merasa tidak berguna, putus asa, nafsu makan menurun, daya ingat menurun, gangguan tidur (sukar tidur dan mimpi tidak baik), gaduh, gelisah, libido menurun, dan pikiran tentang kematian atau bunuh diri.¹⁰

Berdasarkan informasi di atas, dapat dipahami bahwa pada dasarnya bahwa depresi itu merupakan gangguan kejiwaan yang sasarannya pada perasaan seseorang. Artinya, sasaran utama depresi adalah perasaan bukan pikiran dan juga bukan tingkah laku.

Untuk mengetahui hal ini (depresi) serta membedakannya dengan stress, maka akan dikemukakan beberapa orang pasien

⁹Mantri Sande. Perawat senior ruang Mangga, *Wawancara*, di ruang Magga RSD Madani, tanggal, 19 September 2015

¹⁰Mantri Sande. Perawat senior ruang Mangga, *Wawancara*, di ruang Mangga RSD Madani, tanggal, 19 September 2015

dengan keluhan pada saat masuk di rumah sakit jiwa sebagaimana tabel di bawah ini:

TABEL V
KEADAAN PASIEN DI RUANGAN SRIKAYA

NO	NAMA SAMARAN	UMUR	KELUHAN PASIEN	KET
1	ANPAT	22	SERING MENGAMUK, TIDAK TIDUR, TIDAK MAKAN TIGA HARI	
2	HARHUS	27	SERING MENGAMUK, BICARA SENDIRI, GELISAH.	
3	GED SOM	34	MENGAMUK, MELEMPAR & MEMUKUL ORANG, BICARA SENDIRI, MENDENGAR SUARA BISIKAN.	
4	TAHAS	35	SELALU GELISAH	
5	WARDI	21	SELALU GELISAH, MEMUKUL IBUNYA, PUTUS OBAT.	
6	ABAS	25	SERING MENGAMUK, MENGANCAM DENGAN BENDA TAJAM DAN MEMUKUL ORANG, BICARA SENDIRI, SUSAH TIDUR	
7	ARI	26	GELISAH, KABUR DARI RUMAH.	
8	JEM SUD	32	SERING MENGAMUK, MENGANCAM ORANG, BICARA SENDIRI.	
9	ISM	34	MENGAMUK DAN MEMUKUL ORANG, MEMUKUL IBU KANDUNG, TIDAK TIDUR MALAM.	
10	FER	33	GELISAH, BICARA SENDIRI, BERTERIAK-TERIAK, MENANGIS, NAPSA DAN ALKOHOL.	
11	EFEND	49	SERING MEMUKUL ORANG DISEKITAR RUMAH DAN KELUARGA, SUKA MENGGANGGU ORANG, SERING MEMBANTING BARANG DI RUMAH, SULIT TIDUR, BICARA.	
12	NAR SAM	37	GELISAH, JALAN TERUS, PENDIAM, TIDAK MAU DIAJAK BICARA, PUTUS OBAT.	
13	YANAF	29	MENGAMUK, MEMUKUL IBUNYA, SULIT TIDUR, TIDAK MAU MINUM OBAT.	
14	SARI	37	MENGAMUK, MEMUKUL ORANG, MERUSAK FASILITAS UMUM, CEPAT EMOSI, KOMSUMSI OBAT KOMIX & DEXTRO 9 BIJI, TIDAK MERASA SAKIT.	
15	FAHR	36	BICARA SENDIRI, MENANGIS, BERTERIAK-TERIAK, DIPASUNG SELAMA 1 TAHUN, PUTUS OBAT, MAKAN-TIDUR KURANG.	SERING MASUK RSD MADANI
16	I. WAY	30	GELISAH, BICARA SENDIRI,	SERING MASUK RSD MADANI

Sumber Data: Dokumen Rekam Medis Pasien (Agustus 2015).

Berdasarkan data pada tabel di atas, bahwa ada 16 pasien yang mengalami stress dan depresi. Untuk itu perlu dispesifikasi tentang pasien yang mengalami depresi berdasarkan keluhan pasien sehingga dia masuk di RSD Madani. Dari gejala yang ada, maka yang mengalami depresi adalah pasien no: 1 (Anpat), no 2. (Harhus), no 4 (Tahas), no 5 (Wardi), no 6 (A. Bas), no 7 (Ari), no 9 (Ism), no 10 (Fer), no 11 (Efend), no 12 (Narsam), no 13 (Yanaf), no 15 (Fahr), no 16 (I. Way).

Berdasarkan hasil analisis terhadap data dari keluhan pasien di atas bahwa terdapat 13 orang dari 16 orang pasien yang mengalami depresi. Dari 13 orang tersebut, mereka mengalami keluhan yang berbeda-beda, tetapi masuk dalam kategori atau memiliki gejala depresi, seperti: agitasi atau retardasi psikomotor (gelisah, gaduh), gangguan tidur (tidak dapat tidur). Dua gejala ini yang dominan dialami oleh pasien sebagaimana data di atas.

Untuk lebih jelasnya pasien yang depresi tersebut dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

TABEL VI
PASIEN YANG MENGALAMI DEPRESI

NO	NAMA SAMARAN	UMUR	KELUHAN	KET
1	ANPAT	22 TH	SERING MENGAMUK, TIDAK TIDUR, TIDAK MAKAN TIGA HARI	AGITASI/RETARDASI PSIKOMOTOR
2	HARHUS	27 TH	SERING MENGAMUK, BICARA SENDIRI, GELISAH.	AGITASI/RETARDASI PSIKOMOTOR
3	TAHAS	35 TH	SELALU GELISAH	AGITASI/RETARDASI PSIKOMOTOR
4	WARDI	21 TH	GELISAH, MEMUKUL IBUNYA, PUTUS OBAT.	AGITASI/RETARDASI PSIKOMOTOR
5	A. BAS	25 TH	SUSAH TIDUR	GANGGUAN TIDUR
6	ARI	26 TH	GELISAH, KABUR DARI	AGITASI/RETARDASI

			RUMAH.	PSIKOMOTOR
7	ISM	34 TH	TIDAK TIDUR MALAM.	GANGGUAN TIDUR
8	FER	33 TH	GELISAH, BERTERIAK-TERIAK	AGITASI
9	EFEND	49 TH	SUSAH TIDUR	GANGGUAN TIDUR
10	NARSAM	27 TH	GELISAH, TIDAK MAU DIAJAK BICARA	AGITASI
11	YANAF	39 TH	SUSAH TIDUR	GANGGUAN TIDUR
12	FAHR	36 TH	SUSAH TIDUR, SUSAH MAKAN	GANGGUAN TIDUR
13	I. WAY	30 TH	GELISAH	AGITASI

Sumber Data: Data Rekam Medis Agustus 2015

Berdasarkan data di atas, diketahui bahwa dari 13 orang pasien yang mengalami depresi, 7 orang diantaranya yang mengalami perasaan gelisah, dan 6 orang yang mengalami susah tidur (tidak bisa tidur atau kelebihan tidur).

Pengamatan terhadap pasien di rumah sakit jiwa menunjukkan bahwa memang nampak kegelisahan pada pasien saat berada di ruang mangga atau ruang akut. Di ruang mangga ini merupakan ruangan pertama bagi pasien setelah dari ruang UGD (unit gawat darurat), maka pasien saat berada di ruangan tersebut pada umumnya nampak gelisah, mata melotot, seram, kelihatan kaku dan tegang atau tidur.

Setelah mendapatkan perawatan beberapa hari di ruang mangga, maka selanjutnya pasien di bawa ke ruang manggis bagi pasien wanita, dan bagi pasien laki-laki mereka di bawa ke ruang salak, anggur, srikaya, guna menerima pengobatan lanjutan atau Irna Jiwa (pengobatan/pemulihan jiwa). Pada saat mereka berada di ruangan ini (manggis, anggur, srikaya, salak, dan ruang langsung), mereka menerima perawatan lanjutan sebagai upaya pemulihan kesehatan jiwa.

Bentuk-bentuk Stress dan Depresi Pada Pasien di RSD Madani Palu

Bentuk-bentuk stress yang dimaksud adalah tingkatan-tingkatan stress yang dialami oleh pasien berdasarkan gejala-gejala yang nampak pada pasien ketika berada di rumah sakit jiwa. Berdasarkan teori yang ada, maka pasien yang mengalami stress sesuai dengan gejalanya, ada enam tingkatan stress sehingga mereka diberikan penggolongan atau diberikan nama sesuai tingkatan stress tersebut.

Tingkatan stress yang mencapai enam tingkatan, dapat disimpulkan bahwa stress tersebut berawal dari tingginya semangat atau besarnya semangat dan energi dan gugup yang berlebihan, gejala letih, lelah waktu pagi, siang setelah makan dan menjelang sore hari. Hal ini selanjutnya akan meningkat menjadi otot terasa tegang, perasaan tegang makin meningkat, gangguan tidur serta badan terasa oyong. Pada tingkat ketiga ini, apabila tidak ditangani atau tidak diobati, maka akan terjadi gejala yang lebih meningkat lagi, seperti: tidur semakin sukar, kemampuan berkonsentrasi turun secara tajam, dan sudah mulai timbul perasaan takut, tetapi aneh karena perasaan takut yang tidak dimengerti mengapa terjadi? Selanjutnya, yang terjadi adalah perasaan letih yang sangat mendalam sehingga pekerjaan yang sederhana saja terasa kurang mampu, dan perasaan takut semakin menjadi dan terasa mau panik. Puncak dari semua itu adalah debaran jantung terasa amat keras, nafas sesak, badan gemetar, tubuh dingin, dan tenaga semakin menurun sehingga terasa mau pingsan atau collaps.

Keadaan yang digambarkan di atas, merupakan keadaan yang dialami oleh pasien di rumah sakit jiwa madani Palu, dengan berbagai keluhannya, sehingga psikiater menggolongkan stress itu menjadi 8 (delapan jenis), yaitu: “skizofrenia, psikotik,

skizoafektif, gangguan afektif bipolar, retardasi mental (RM), ADHD, cemas, dan depresi".¹¹

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa bentuk-bentuk stress yang dialami oleh pasien di RSD Madani Palu ada 8 (delapan), yaitu: (1) skizofrenia, (2) psikotik, (3) skizoafektif, (4) gangguan afektif bipolar, (5) retardasi mental, (6) ADHD, (7) cemas, dan (8) depresi.

Pengamatan menunjukkan bahwa gejala yang digambarkan di atas, nampak atau dapat disaksikan secara nyata dengan keadaan pasien di RSD Madani Palu, khususnya di ruang mangga/ ruang akut, karena di ruangan inilah pasien pertama ditangani setelah diantar dari ruang UGD (unit gawat darurat). Untuk lebih jelasnya keadaan pasien tersebut, dapat dilihat pada tabel di bawah ini:

TABEL VII
JENIS-JENIS KELUHAN PASIEN DI RSD MADANI PALU
RUANG MANGGA BULAN SEPTEMBER 2015

NO	NAMA SAMARAN	KELUHAN	JENIS STRESS	KET
1	NONA PRIS	MENGAMUK, BICARA SENDIRI, NGELUYUR, MUDAH MARAH	SKIZOAFEKTIF	SERING MASUK RSD
2	Tn. ALFI	MENGAMUK, BICARA SENDIRI, MENGANCAM.	PSIKOTIK AKUT	
3	Tn. ANG	MENGAMUK, MENGEJAR ORANG, GELISAH, MENANGIS TANPA SEBAB.	SKIZOFRENIA AKUT	
4	Tn. SLAM	MENGAMUK, SENYUM-SENYUM SENDIRI, SELALU MENUNDUK WAKTU BICARA.	PSIKOTIK AKUT	
5	Tn. AND-RIZ	GELISAH, SULIT TIDUR, MENGAMUK, MELIHAT BAYANGAN NENEKNYA MENYERAMKAN.	SKIZOFRENIA	

¹¹Ni. Nyoman Sumiati. Psikiater, *Wawancara*, di Rumah Sakit Daerah Madani, tanggal, 26 Agustus 2015

6	Tn. MO-FAH	GELISAH, BICARA SENDIRI, SUSAH TIDUR, MARAH-MARAH, KELUYURAN.	PSIKOTIK AKUT
7	Tn. SUKAR	MENGAMUK, BICARA SENDIRI, SUSAH TIDUR, KURANG MAKAN.	SKIZOAFEKTIF
8	Tn. YU-SIM	MARAH-MARAH, JALAN MONDAR-MANDIR DALAM RUMAH, MENGHAMBUR BARANG-BARANG DI RUMAH.	SKIZOAFEKTIF

Sumber data: Berkas Rekam Medis pasien.

Berdasarkan data di atas, dapat diketahui bahwa 8 (delapan) orang yang mengalami stress, dengan perincian sebagai berikut: 3 (tiga) orang yang mengalami skizoafektif, 3 (tiga) orang yang mengalami psikotik akut, 1 (satu) orang yang mengalami skizofrenia akut, 1 (satu) orang yang mengalami skizofrenia.

Disimpulkan bahwa dari 8 (delapan) orang tersebut, ada 3 (tiga) bentuk stress yang dialami pasien, yaitu: skizoafektif, psikotik akut, dan skizofrenia.

Bentuk-bentuk Depresi yang dialami Pasien di RSD Madani Palu.

Dari uraian di muka dijelaskan bahwa ada dua gejala yang sangat menonjol bagi pasien yang mengalami depresi, yaitu (1) agitasi atau retardasi psikomotor (gaduh, gelisah, atau lemah tak berdaya), dan (2) gangguan tidur: insomnia (sukar/tidak dapat tidur) atau sebaliknya hipersomnia, (terlalu banyak tidur). Gangguan ini seringkali disertai dengan mimpi-mimpi yang tidak menyenangkan, misalnya orang yang telah meninggal.

Berdasarkan keluhan tersebut dan seperti yang dialami oleh pasien di RSD Madani Palu, maka depresi dapat

dikategorikan atas tiga bagian, yaitu: “(1) depresi ringan, (2) depresi sedang, dan (3) depresi berat”.¹²

Untuk mengetahui ketiga bentuk depresi seperti tersebut di atas, akan dikemukakan keluhan atau masalah yang dialami oleh pasien di RSD Madani Palu, sebagaimana tabel di bawah ini:

TABEL VIII
JENIS-JENIS KELUHAN PASIEN DI RSD MADANI PALU
RUANG ANGGUR BULAN SEPTEMBER 2015

NO	NAMA SAMARAN	KELUHAN	JENIS DEPRESI	KET
1	NY. NI WAYA-SAR	GELISAH, TIDAK MAU MAKAN & MINUM, TIDAK MAU MEMBUKA MULUTNYA, ADA MENDENGAR BISIKAN-BISIKAN.	DEPRESI BERAT	UMUR 48 THN, SERING MASUK RSD
2	TN. ISW	TIDAK MAU BICARA, GELISAH, MONDAR-MANDIR DI RUMAH, SERING BANGUN TENGAH MALAM, TIDAK MAU MANDI, RASA KETAKUTAN MENDENGAR PETASAN.	DEPRSI SEDANG	UMUR 16 TH. PASIEN BARU

Sumber Data: data rekam medis pasien.

Berdasarkan data tersebut di atas, dapat diketahui bahwa pada bulan September di ruang mangga hanya dua orang pasien, satu diantara pasien tersebut adalah pasien yang sering masuk berobat di RSD Madani Palu, dan satu orang lagi merupakan pasien baru dan masih sangat muda usianya.

Untuk melengkapi data pasien tersebut di atas khususnya pasien yang mengalami depresi, akan dikemukakan data pasien dengan keluhan yang dialaminya, sebagaimana tabel di bawah ini:

¹²Ni. Nyoman Sumiati. Psikiater, *Wawancara*, di Rumah Sakit Daerah Madani, tanggal, 26 Agustus 2015

TABEL IX
JENIS-JENIS KELUHAN PASIEN DI RSD MADANI PALU
RUANG SALAK DAN MANGGIS BULAN SEPTEMBER 2015

NO	NAMA SAMARAN	KELUHAN	JENIS DEPRESI	KET
1	TN. NAP	MEMBAKAR KEBUN TETANGGA, MENGANCAM MEMBUNUH ORANG TUA SENDIRI, MENGAMUK, INGIN MENIDURI IBU KANDUNGNYA, SULIT TIDUR.	DEPRESI BERAT	UMUR 35 THN
2	TN. I WAY-AU	GELISAH, BERTERIAK-TERIAK, MARAH-MARAH, KURANG TIDUR.	DEPRSI SEDANG	UMUR 16 TH. PASIEN BARU. MASIH SMA
3	TN. TAM	GELISAH, MENGAMUK, KELUAR RUMAH TANPA TUJUAN, MINUM OBAT (THD).	DEPRESI SEDANG	UMUR 33 THN.
4	TN. OVR-LAN	MENGAMUK, MERUSAK BARANG, CURIGA, MINUM NARKOTIK, OBAT-OBATAN (THD).	DEPRESI SEDANG	UMUR 17 THN.
5	TN. JEF	GELISAH, MENGAMUK, MERUSAK BARANG, BICARA SENDIRI, MERASA DIRI ANGGOTA MILITER, JALAN TANPA TUJUAN.	DEPRESI RINGAN	UMUR 19 THN.
6	A. M	GELISAH, MEMBAWA-BAWA PARANG, MENGGAGU ORANG, MENGAMUK, MENDENGAR BISIKAN, BICARA SENDIRI.	DEPRESI BERAT	UMUR 32 THN
7	NY. FIT	GELISAH, CURIGA, MUDAH MARAH, JALAN TANPA TUJUAN, SULIT TIDUR..	DEPRESI SEDANG	UMUR 22 THN
8	NY. RIS	MARAH-MARAH, MEMAKAI PAKAIAN BERLAPIS-LAPIS, MERUSAK BARANG, TIDUR DI JALAN, BICARA SENDIRI.	DEPRSI BERAT	UMUR 50 THN. SERING MASUK RSD.
9	NY. TSANAW	MENGAMUK, MENANGIS, MENGANCAM ORANG DI RUMAH, GELISAH, BICARA SENDIRI.	DEPRESI SEDANG	UMUR 51 THN. SERING MASUK RSD
10	NY. FAT	GELISAH, KETAWA SENDIRI, MARAH-MARAH, MEMBAWA BARANG DALAM KERESEK.	DEPRESI BERAT	UMUR 50 THN. SERING MASU RSD
11	NY. MIS	SERING TELANJANG, GELISAH, KELUYURAN.	DEPRESI SEDANG	UMUR 34 THN.
12	NY. MELIA-IB	BICARA SENDIRI, MARAH-MARAH, GELISAH, JALAN TANPA TUJUAN.	DEPRESI RINGAN	UMUR 46 THN.

Sumber Data: Rekam medis pasien.

Berdasarkan data pada tabel di atas, dari 12 (dua belas) pasien, 4 (empat) orang diantaranya mengalami depresi berat, 5 (lima) orang diantaranya mengalami depresi sedang, dan 3 (tiga)

orang diantaranya mengalami depresi ringan. Ketiga bentuk depresi yang dialami oleh pasien (berat, sedang dan ringan), jika dianalisa keluhan pasien, maka adanya pengelompokan bentuk depresi itu ditentukan oleh berat dan ringannya suatu problem yang dialami oleh pasien. Hal ini dapat dilihat atau diamati dari keluhan pasien itu sendiri.

Pengamatan di RSD Madani, menunjukkan bahwa secara kejiwaan memang nampak pada wajah pasien yang mengalami beban psikologis berat, ada sedang, dan nampak ada yang ringan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa beratnya beban masalah akan menentukan bagi beratnya depresi yang dialami pasien, demikian juga sedang dan ringannya problem psikologis yang dialami oleh pasien, maka turut menentukan bagi bentuk depresi yang diderita oleh pasien tersebut.

Terapi Penanggulangan Stress dan Depresi Bagi Pasien di RSD Madani Palu.

Stress dan depresi yang dialami oleh pasien di Rumah Sakit Daerah Madani Palu, penanggannya secara paralel antara stress dan depresi. Artinya, cara yang dilakukan oleh psikiater maupun perawat atau mantri itu ditangani secara bersamaan atau tidak dipisahkan antara pasien stress dan depresi diobati secara bersama-sama, dan ditempatkan pada ruangan yang sama.

Berdasarkan hasil wawancara dengan psikiater, mak dikemukakan bahwa cara menanggulangi pasien atau proses penanggulungannya dalah: “(1) wawancara, (2) menegakkan diagnosa, dan (3) memberikan terapi”. Dalam hal memberikan terapi, maka terapi pertama yang dilakukan adalah farmakoterapi (terapi menggunakan obat).¹³ Selanjutnya, dikemukakan bahwa setelah dilakukan parmakoterapi, maka terapi selanjutnya adalah dilakukan psikoterapi (terapi kejiwaan), yang meliputi: “(1) psikoterapi psikiatrik, (2)

¹³Ni. Nyoman Sumiati. Psikiater, *Wawancara*, di RSD Madani Palu, tanggal, 26 Agustus 2015

psikoterapi keagamaan, (3) psikoparmaka (obat lanjut), (4) terapi somatik, (5) terapi relaksasi, dan (6) terapi perilaku.”¹⁴

Pengamatan di lapangan terhadap pemberian terapi kepada pasien yang mengalami stress dan depresi bahwa yang dominan diberikan kepada pasien adalah terapi psikoparmaka (terapi menggunakan obat). Pemberian obat ini sangat intensif karena menjaga agar pasien tidak gaduh, tidak mengamuk, sehingga suasana tenang dapat terkendali.

Psikoterapi psikiatrik diberikan oleh psikiater setiap hari (pagi hari) saat kunjungan (visite) kepada pasien. Visite ini dimaksudkan sebagai upaya mengontrol tingkat kesehatan jiwa pasien, dan sekaligus memberikan tambahan resep atau resep baru bagi pasien.

Psikoterapi keagamaan ini masih kurang diberikan karena situasi dan kondisinya yang belum mendukung, hanya saja sering diberikan wejangan agama oleh perawat terutama perawat yang paham terhadap agama. Hal ini diungkapkan oleh salah satu informan, beliau mengemukakan bahwa “terapi keagamaan masih kurang diberikan karena situasi dan kondisinya yang kurang mendukung, tetapi pasien biasa diberikan nasehat agama seperlunya saja sesuai dengan keadaan pasien”.¹⁵

Psikoparmaka merupakan terapi yang sangat dominan diberikan kepada pasien yang hampir “mencapai 85%. Hal ini beralasan karena fungsi obat itu untuk menenangkan dan melemahkan fisik pasien sehingga pasien merasa tenang dan perasaan gaduh dan mau mengamuk menjadi menurun”.¹⁶

¹⁴Ni. Nyoman Sumiati. Psikiater, *Wawancara*, di RSD Madani Palu, tanggal, 26 Agustus 2015

¹⁵Jianto. Perawat ruang magga, *Wawancara*, di RSD Madani Palu, tanggal, 30 Agustus 2015

¹⁶Mantri Sande. Perawat ruang srikaya, *Wawancara*, di RSD Madani Palu, tanggal 31 Agustus 2015

Terapi relaksasi, terapi ini diberikan kepada pasien hanya dalam bentuk memberikan waktu kepada pasien yang sudah kooperatif untuk refreking di luar ruang kurungan atau tempat tidur untuk istirahat atau ngobrol seperlunya saat jam istirahat pada waktu sore hari di luar atau teras gudung, mereka gobrol, minum kopi, teh, merokok dan sebagainya.

Terapi perilaku, terapi ini dilakukan untuk merubah perilaku pasien agar berubah menjadi lebih baik. “Terapi perilaku ini sangat sering dilakukan kepada pasien yang disebut dengan perawatan perilaku, seperti: mandi, sikat gigi, ganti pakaian.”¹⁷

Pengamatan menunjukkan bahwa terapi perilaku ini juga dilakukan sebagai upaya membangun kembali kepercayaan diri pasien agar dapat kembali diterima ditengah-tengah keluarga dan masyarakat. Terapi yang dilakukan berupa terapi kelompok, dengan langkah-langkah sebagai berikut: *pertama*, semua pasien duduk di kursi secara melingkar, *kedua*, terapis atau mantri/perawat mengarahkan pasien apa yang akan dilakukan pasien masing-masing, *ketiga*, setiap pasien memperkenalkan diri yang diawali dengan mengucapkan salam, menyampaikan hobi, pekerjaan, dan cita-cita, *keempat*, terapis/mantri/perawat mengarahkan atau memberikan nasehat agar pasien tidak lagi mengulangi perilaku buruknya yang menyebabkan ia masuk rumah sakit jiwa, *kelima*, pasien diajak untuk tepuk tangan secara bersama-sama, *keenam*, pasien diajak untuk menyanyi bersama-sama yang dipimpin oleh terapis/perawat, *ketujuh*, terapis/mantri selanjutnya mengarahkan tentang pentingnya minum obat untuk mempercepat kesembuhan bagi pasien yang diselingi dengan tepuk tangan oleh pasien, *kedelapan*, terapis/perawat mengarahkan pasien untuk bertingkah laku baik terhadap: keluarga, masyarakat, dan tempat kerja, pasien diarahkan untuk berpikir positif terhadap orang lain, dan

¹⁷Jianto. Perawat ruang mangga, *Wawancara*, di RSD Madani Palu, tanggal, 30 Agustus 2015

melupakan masa lalu yang negatif, *kesembilan*, terapis/perawat mengucapkan salam penutup, dan menutup kegiatan terapi.¹⁸

Uraian di atas disimpulkan bahwa enam jenis terapi semua dijalankan untuk kesembuhan bagi pasien yang mengalami stress dan depresi, hanya intensitas dan volumenya yang berbeda, dan yang dominan dilakukan ialah terapi psikoparmaka, dan terapi perilaku.

Kesimpulan

Hasil penelitian, ditemukan bahwa: *Pertama*, faktor-faktor penyebab terjadinya stress dan depresi bagi pasien di RSD Madani Palu, adalah masalah keluarga, pekerjaan, pelecehan seksual, masalah lingkungan, penggunaan NAPZA (obat-obat terlarang, seperti: narkoba (THD dan Y), dan khusus depresi yang dominan faktor penyebabnya adalah masalah keluarga, kehilangan pasangan (perselingkuhan), dan problem pekerjaan. Dalam hal ini, faktor yang sangat dominan bagi terjadinya stress adalah masalah keluarga terutama rendahnya pengawasan orang tua terhadap anak-anaknya sehingga banyak yang terjebak dengan narkoba, dan rendahnya rasa kasih sayang orang tua terhadap keluarganya. *Kedua*, Bentuk-bentuk stress yang dialami oleh pasien adalah skizoprenia, psikotik, skizoafektif, gangguan afektif bipolar, retardasi mental (gangguan mental sejak lahir), ADHD, cemas, dan depresi. Khusus depresi bentuknya adalah depresi ringan, depresi sedang, dan depresi berat. Bentuk-bentuk stress yang dominan dialami oleh pasien di RSD Madani Palu adalah skizoprenia, psikotik, dan skizoafektif. Ketiga jenis stress ini terkadang ada yang tidak dapat disembuhkan secara tuntas terbukti dengan adanya pasien yang masuk RSD Madani berkali-kali (sampai lima kali). *Ketiga*, Upaya-upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit jiwa khususnya psikiater dan seluruh staf perawat dalam membantu

¹⁸Mantri Sande. Perawat ruang salak, *Wawancara*, di RSD Madani Palu, tanggal, 19 September 2015

menanggulangi atau menyembuhkan pasien adalah melakukan wawancara bagi penegakan diagnosa terhadap pasien, melakukan terapi psikoparmaka dan psikoterapi terhadap pasien dan keluarganya. Dalam hal ini juga telah dilakukan enam jenis terapi sebagai upaya menanggulangi derita pasien, yaitu: psikoterapi psikiatrik, psikoterapi keagamaan, psikoparmaka, terapi somatik, terapi relaksasi, dan terapi perilaku. Tetapi yang dominan dilakukan di RSD Madani Palu adalah terapi psikoparmaka, terapi psikiatrik, dan terapi perilaku.

Daftar Pustaka

- Akhyar Lubis, Saiful, *Konseling Islami*, Yogyakarta: Elsaq Press, 2007.
- Al-Ghazali. *Mengobati Penyakit Hati*, cet, IV, Bandung: Karisma, 1994.
- Andi Mappiare AT. *Konseling dan Psikoterapi*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 1996.
- Arifin, H.M. *Pedoman Pelaksanaan Bimbingan dan Penyuluhan Agama*, cet kelima, Jakarta: PT. Golden Trayon Press, 1994.
- Bakran Adz-Dzaky, M. Hamdani, *Psikoterapi dan Konseling Islam*, Yogyakarta: Fajar Pustaka Baru, 2001.
- Corey Gerald. *Teori dan Praktek Dari Konseling dan Psikoterapi*, Terjemahan oleh Mulyarto, Semarang: IKIP Semarang Press, 1995.
- Baharuddin. *Paradigma Psikologi Islami*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2004.
- Berry W. John. *Psikologi Lintas Budaya Riset dan Aplikasi*. Jakarta: PT. Gramedia. 1999.
- Departemen Agama R.I., *Al-Qur'an dan Terjemahannya*, Bandung: Sinar Baru Algensindo, 2008.

- H.A.R Tilaar .*Kekuasaan dan Pendidikan Suatu Tinjauan dan Persepektif Studi Kultural*. Indonesia Tera. 2003.
- Dasuki, H.A Hafizh et. al. *Ensiklopedi Islam*. Jakarta : Ictiar baru Van Hoeve. 1993.
- Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, Cet. I; Jakarta: Balai Pustaka. 1988.
- Faisal, Sanapiah. *Format-format Penelitian Sosial*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada. 2003.
- Gunawan Adi. *Kamus Praktis Ilmiah Populer*, Surabaya: Kartika, tth.
- Gunarsa Singgih D. *Konseling dan Psikoterapi*, Jakarta: PT. BPK Gunung Mulia, 1996.
- Kartini Kartono & Jenny Andari. *Hygiene Mental dan Kesehatan Mental dalam Islam*, Bandung: Mandar Maju, 1989.
- Hasyimi, A. *Dustru Dakwah dalam memahami Al-Qur'an*, Jakarta: Bulan Bintang, 1974.
- Hawari, Dadang, *Al-Qur'an Ilmu Kedokteran Jiwa dan Kesehatan Jiwa*, Yogyakarta: PT. Dana Bhakti Prima Yasa, 1998.
- Kahmad, H. Dadang *Metode Penelitian Agama (Prespektif Ilmu Perbandingan Agama)*. Bandung: Pustaka Setia, 2000.
- Ma'ruf Noor Farid. *Dinamika dan Akhlak Dakwah*, Cet. Iv, Surabaya: Bina Ilmu. 1981.
- M. Ishak Shahab, H. Nadhar. H, *Khuruj fi Sabilillah*. Bandung: Pustaka Billah, 1422.
- Miles, Mattew B. Dan A. Michel Huberman. *Qualitative Data Analisis*, diterjemahkan oleh Tjetjep Rohendi Rohidi dengan judul, *Analisis Data Kualitatif Buku Sumber*

Tentang Metode-metode Baru, Cet. I Jakarta, UI-Press. 1992.

Mubarak Ahmad. *Jiwa dalam Al-Qur'an, Solusi Krisis Keruhanian Manusia Modern*, Jakarta: Paramadina, 2000.

Moh. Sholeh. *Terapi Shalat Tahajjud, Menyembuhkan Berbagai Penyakit*, cet, VII, Jakarta: Hikmah (PT. Mizan Publika), 2006.

Mulyana, Deddy, *Komunikasi Antarbudaya Panduan Berkomunikasi dengan Orang-orang Berbeda Budaya*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, 2001.

Mulyana Deddy, *Metodologi Penelitian Kualitatif, Paradigma Baru Ilmu Komunikasi dan Ilmu Sosial Lainnya*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya. 2002.

Nasution, S, *Metode Rearch*, Jakarta: Bumi Aksara, cet. III, 2003.

Soehartono, Irwan. *Metode Penelitian Sosial*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya, 1995.

Surya, Sumandi Brata. *Metodologi Penelitian*, Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2002.

Usman, H. Husen Kambayang. *Usaha Dakwah & Tabligh (Terapi Ruhani Paling Menakjubkan)*, Bandung: Penerbit Pustaka Ramadhan, 2005.

Wojowasito, S dan W.J.S Poerwadarminta, W.J.S, *Kamus Lengkap Inggris-Indonesia, Indonesia-Inggris*, Cet. I; Jakarta: Hata, 1974.