

**KOMUNIKASI TERAPEUTIK ANTARA PSIKOLOG DAN PENDERITA
PTSD (*POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER*) DI KOTA MAKASSAR**

OLEH :

ZHAFIRAH PERMATA SARI



**DEPARTEMEN ILMU KOMUNIKASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2023

**KOMUNIKASI TERAPEUTIK ANTARA PSIKOLOG DAN PENDERITA
PTSD (*POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER*) DI KOTA MAKASSAR**

OLEH :

ZHAFIRAH PERMATA SARI

E021191074

*Skripsi Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Pada
Ilmu Komunikasi Konsentrasi Broadcasting*

**DEPARTEMEN ILMU KOMUNIKASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2023

HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI

Judul Skripsi : Komunikasi Terapeutik Antara Psikolog dan Penderita PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) di Kota Makassar.

Nama : Zhafirah Permata Sari

Nomor Induk Mahasiswa : E021191074

Departemen : Ilmu Komunikasi

Makassar, 20 Januari 2023

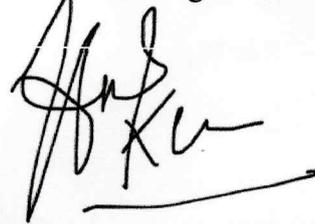
Menyetujui

Pembimbing I



Dr. Indrayanti, S.Sos., M.Si
NIP.197603292010122002

Pembimbing II



Sartika Wardanhi DH. Pasha S.Sos., M.IKom.
NIP. 198711232019032010

Mengetahui

Ketua Departemen Ilmu Komunikasi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
Universitas Hasanuddin



Dr. Sudirman Karnay, M.Si

NIP. 196410021990021001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Zhafirah Permata Sari

NIM : E021191074

Program Studi : Ilmu Komunikasi

Jenjang : S1

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya yang berjudul :

Komunikasi Terapeutik Antara Psikolog dan Penderita PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) di Kota Makassar

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilalihan tugas orang lain dan skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan karya tulis saya sendiri. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini adalah hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 20 Januari 2023

Yang Menyatakan,



Zhafirah Permata Sari

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb. Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi ini guna memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar Sarjana Ilmu Komunikasi di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan dikarenakan segala keterbatasan yang ada. Untuk menyempurnakan skripsi ini, penulis sangat membutuhkan dukungan dan kritik serta saran yang bersifat membangun. Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya dan setulus-tulusnya kepada :

1. Mama tercinta, Wahida Norita, S.E , dan ayah tercinta (Alm) Alfian Noor yang selalu memberikan kasih sayang penuh, mendukung kebutuhan material, dan mengorbankan banyak hal untuk menyukseskan pengerjaan skripsi ini. Semoga papa dapat melihat penulis menggunakan toga dari rumah yang berbeda
2. Pembimbing 1 Tercinta, Ibu Dr. Indrayanti, S.Sos., M.Si yang telah membimbing dengan sangat sabar, memberikan masukan, dan selalu memberikan semangat penuh untuk penulis.
3. Pembimbing 2 Tercinta, Ibu Sartika Wardanhi DH. Pasha S.Sos., M.IKom yang telah membantu, membimbing, dan memberikan masukan, baik selama penulisan skripsi maupun proses akademik keseluruhan.
4. Ketua Departemen Ilmu Komunikasi Universitas Hasanuddin, Bapak Dr. Sudirman Karnay, M.Si. beserta Sekretaris Departemen Ilmu Komunikasi

Bapak Nosakros Arya, M.I.Kom. atas segala dukungan dan kebijakan yang diberikan selama proses akademik dan penyelesaian skripsi.

5. Staff pengajar, staff akademik Departemen Ilmu Komunikasi Universitas Hasanuddin, dan staff Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik yang telah memberikan ilmu dengan tulus dan membantu penyelesaian dokumen skripsi.
6. Adik tersayang, Muhammad Gathfan Atharillah dan Mustika Putri Tanjung yang selalu menjadi tempat untuk berbagi cerita apapun, orang yang paling memahami penulis dan menjadi saksi dari suka duka proses perkuliahan.
7. Pengurus KPMB Makassar periode 2021-2022 yang telah menjadi keluarga kedua yang tulus bagi penulis sejak berada di Makassar
8. Korps Mahasiswa Ilmu Komunikasi (Kosmik) yang menjadi tempat untuk mengembangkan kemampuan diri dan Teman – teman Aurora 2019 yang menjadi kerabat terbaik dalam mendukung proses penyelesaian skripsi
9. Pertemanan CampFreak Mustika, Agus, Fahrizal, Yuni, Taufiq, dan Aji yang telah memberikan semangat pada penulis dalam penyelesaian skripsi.

Akhir kata, segala hal yang diniatkan untuk berhasil harus melebihi keinginan untuk menyerah sehingga hasilnya dapat menyiratkan senyum untuk hati banyak orang. Penulis berharap semoga skripsi ini dapat menjadi tulisan yang bermanfaat bagi penulis dan seluruh masyarakat. Terima Kasih Banyak.

Makassar, 20 Januari 2023

Penulis

ABSTRAK

ZHAFIRAH PERMATA SARI. *Komunikasi Terapeutik Antara Psikolog dan Penderita PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) di Kota Makassar. (Dibimbing oleh Indrayanti dan Sartika Wardanhi DH. Pasha).*

Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui alasan khusus penderita PTSD melakukan konseling ke psikolog, mengidentifikasi tahapan komunikasi terapeutik antara psikolog dan penderita PTSD dalam pengungkapan masalah, serta mengetahui faktor penghambat dan pendukung komunikasi terapeutik yang terjadi antara psikolog dengan penderita PTSD.

Metode yang digunakan untuk penelitian ini adalah metode penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus terhadap subjek penelitian yaitu psikolog klinis yang pernah menangani proses pemulihan penderita PTSD di Lembaga Psikomorfosa Makassar dan penderita PTSD yang berusia 17 tahun ke atas. Untuk menunjang berbagai informasi yang ada di penelitian ini, pengumpulan data dilakukan dengan metode observasi, wawancara, dokumentasi, dan studi pustaka. Sedangkan, analisis data yang digunakan ialah dalam bentuk Analisis Data Interaktif.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketiga informan yang merupakan penderita PTSD kategori remaja akhir melakukan konseling ke psikolog dikarenakan mengalami gejala PTSD dan berupaya untuk mengurangi disonansi kognitif yang terjadi. Sebagai upaya agar klien dapat mengungkapkan masalah dan mengurangi disonansi kognitif, psikolog melakukan tahapan komunikasi terapeutik yang terbagi menjadi empat yaitu tahap pra-interaksi yaitu mengidentifikasi keluhan, tahap perkenalan atau orientasi untuk membangun hubungan yang bermakna terapeutik dan memvalidasi perasaan, tahap kerja untuk terapi komunikasi terapeutik, dan tahap terminasi atau pemulihan akhir. Faktor keberhasilan komunikasi terapeutik berupa persepsi, nilai, emosi, pengetahuan, latar belakang sosial budaya, peran dan hubungan, kondisi lingkungan. Hambatan dalam komunikasi terapeutik antara psikolog dan penderita PTSD yaitu batasan bahasa dan persepsi.

ABSTRACT

ZHAFIRAH PERMATA SARI. *The Therapeutic Communication Between Psychologist With PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) Patient. (Supervised By Indrayanti and Sartika Wardanhi DH. Pasha).*

This research aims to find out the specific reason of PTSD Patient who seek counseling to psychologist, identify stages of therapeutic communication between psychologist and PTSD in problem solving, also knowing the inhibiting and supporting factors of therapeutic communication that occur between psychologist and PTSD Patient

The method used to this research is a qualitative in case study approach to the research subject, that is clinical psychologists who have handled the recovery process of PTSD Patient at Psikomorfoza Makassar Institute and PTSD Patient aged 17 year and over. To support the various information contained in this research, data collection was carried out by observation, interview, documentation and literature study. Meanwhile, the data analysis that used is in the form of Interactiv Data Analysis.

This research shows that three informant who is a PTSD Patient provided counseling to psychologist duet o experiencing PTSD symptomp and as an effort to reduce cognitive dissonance that occured. As an effort so that clients could express problems and reduce cognitive dissonance, psychologist carry out stages of therapeutic communication which are divided into four that is the pre-interaction stage that identifying complaint, the introduction or orientation stage to build relationship which means therapeutic and validate feelings, the work stage for therapeutic communication therapy, and the termination stage or final recovery stage. The success factors of therapeutic communication are perception, value, emotions, knowledge, socio-cultural background, roles and relationship, enviromental conditions. Obstacle in therapeutic communication between psychologist and PTSD Patient are language barrier and perception.

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian	8
D. Kerangka Konseptual.....	9
E. Definisi Konseptual	17
F. Metode Penelitian	18
BAB II.....	24
TINJAUAN PUSTAKA	24
A. Komunikasi Interpersonal.....	24
B. Komunikasi Terapeutik.....	29
C. Gangguan Stress Pasca Trauma/ <i>Post-Traumatic Stress Disorder</i> (PTSD).....	45
D. Model Johari Window.....	49
E. Teori Disonansi Kognitif.....	51
BAB III	54
GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN/OBJEK PENELITIAN.....	54
A. Profil dan Sejarah Lembaga.....	54
B. Visi, Misi, dan Nilai Lembaga.....	58
C. Keadaan Fasilitas di Lembaga Psikomorfoza Makassar	59
D. Struktur Organisasi	60
BAB IV	63
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	63

A. Hasil Penelitian	63
B. Pembahasan Penelitian	131
BAB V	153
PENUTUP	153
A. Kesimpulan	153
B. Saran.....	155
DAFTAR PUSTAKA	157

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Bagan Kerangka Konseptual.....	16
Gambar 1. 2 Skema Model Analisis Data Interaktif.....	23
Gambar 1. 3 Model Johari Window.....	50
Gambar 1. 4 Gambaran Proses Teori Disonansi Kognitif.....	52
Gambar 1. 5. Struktur Organisasi.....	60
Gambar 1. 6 Rekapitulasi Layanan Kesehatan Mental Psikomorfofa.....	62

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Informan Penelitian.....	20
Tabel 2. Jenis Trauma dan Peristiwa Yang Dialami	76

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Manusia sebagai makhluk sosial pada harfiahnya memiliki kebutuhan dasar untuk menjalin hubungan interaksi dengan orang lain untuk menjalankan kehidupannya. Pada proses pemenuhan kebutuhan itu, komunikasi menjadi salah satu elemen esensial sebagai upaya untuk mempertahankan hubungan dengan orang lain. Komunikasi yang terjadi antar manusia mengubah, mempengaruhi, memperbaiki perilaku individu satu sama lain dan membentuk suatu makna serta diferensiasi yang beragam. Konteks komunikasi yang ada turut dilatarbelakangi oleh pengetahuan, pengalaman atau peristiwa yang dihadapinya (Mukarom, 2020).

Pada kehidupan sehari-hari, manusia dihadapkan pada kejadian dan peristiwa yang menyenangkan ataupun sebaliknya. Peristiwa yang menyenangkan dapat menciptakan memori kenangan yang baik sedangkan peristiwa buruk dapat menimbulkan keinginan untuk tak mengingat peristiwa itu kembali sehingga akan berdampak pada masalah psikologis.

Salah satu masalah psikologis yang dapat timbul yaitu *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) atau gangguan stress pasca trauma merupakan bentuk dari gangguan kecemasan yang memiliki potensi masalah kejiwaan yang serius (Benedek, 2009). Gangguan kecemasan atau *anxiety disorder* yang menjadi cabang dari gangguan mental emosional terbagi menjadi lima jenis yakni gangguan panik (*panic disorder*), gangguan cemas menyeluruh yang istilahnya

dalam bahasa Inggris yaitu (GAD), Gangguan Obsesif Kompulsif (OCD), Gangguan Fobia, Gangguan Stress Akut dan Gangguan Stress Pasca Trauma yang lebih dikenal dengan nama (PTSD). Secara umum, kelima jenis ini memiliki beberapa kriteria yang sama dalam gejala penderitanya. Munculnya perasaan takut dan waspada terhadap sesuatu yang tidak jelas dan tidak menyenangkan menjadi salah satu kriteria dari gangguan kecemasan (Davison, 2004).

Secara khusus, PTSD adalah gangguan stress yang diakibatkan oleh peristiwa traumatik yang luar biasa seperti bencana alam, pemerkosaan, perang atau kehancuran, kematian orang terdekat, berada di tempat pembantaian, teror, kekerasan fisik, seksual maupun verbal (Pieter & Lubis, 2010). Prevalensi penderita PTSD di dunia mencapai lebih dari 200 juta masyarakat (Julia, 2022). Sedangkan di Indonesia, Survei Kesehatan Mental Nasional Indonesia (*Indonesia National Adolescent Mental Health Survey*) menyatakan bahwa sekitar 2,45 juta remaja mengalami gangguan mental di mana 0,5% dari total penderita gangguan mental atau setara dengan 12,250 remaja di Indonesia mengalami PTSD dalam kurun waktu 12 bulan terakhir (Gloria, 2022).

Seseorang yang didiagnosis PTSD akan mengalami tekanan emosional hingga kecemasan yang berlebih. Olehnya, PTSD dikategorikan sebagai bentuk gangguan kecemasan yang menjadi bagian dari gangguan mental emosional. Gangguan mental emosional mengindikasikan bahwa individu mengalami suatu perubahan emosional yang jika tak diantisipasi dapat berkembang menjadi masalah kejiwaan yang serius. (Pieter & Lubis, 2010)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mencatat bahwa prevalensi gangguan mental emosional pada penduduk yang berusia di atas 15 tahun di Indonesia berjumlah lebih dari 19 juta penduduk. Sedangkan provinsi Sulawesi Selatan menduduki peringkat ketiga dengan gangguan mental emosional yang mencapai 34,540 orang (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2019).

Tingkat penderita gangguan mental emosional tertinggi di provinsi Sulawesi Selatan terdapat di Kota Makassar yakni sebanyak 5,963 orang yang didominasi oleh remaja berusia 15-24 tahun. Penanganan pada penderita gangguan mental emosional khususnya PTSD di kota Makassar dilakukan melalui beberapa lembaga psikologi, salah satunya yaitu pada Lembaga Psikomorfosa Makassar di mana lembaga ini menjadi salah satu lembaga terbaik yang direkomendasikan dengan berbagai pelayanan kesehatan mental di kota Makassar (Into The Light, 2022). PTSD merupakan salah satu dari sepuluh gangguan kejiwaan yang paling banyak ditangani oleh Lembaga Psikomorfosa Makassar pada tahun 2021 (Psikomorfosa, 2022).

Seseorang dapat dikatakan sebagai PTSD atau tidak terletak pada bagaimana respon individu setelah mengalami peristiwa traumatik. Tidak semua orang yang mengalami trauma psikologis dikatakan sebagai penderita PTSD. Ketika individu dalam pertumbuhan pasca traumanya tidak mampu bertahan dan mengatasi permasalahannya sehingga menimbulkan gejala fisik maupun psikologis dalam jangka waktu panjang dan mempengaruhi pola pikir, perilaku serta cara bersikap, kriteria inilah yang mendiagnosis seseorang sebagai PTSD. (Hatta, 2016)

Penderita PTSD mengalami peristiwa mencekam yang menciptakan kenangan menakutkan terus-menerus hingga mengalami masalah tidur bahkan hingga mati rasa (National Institute of Mental Health, 2008). Penderita PTSD dapat terjadi pada segala kalangan dan usia dengan penanganan yang berbeda tergantung peristiwa traumatik yang dialami. Mendatu (2010 : 22) menyebutkan peristiwa traumatik dapat dibagi menjadi tiga jenis yang berbeda, yakni trauma impersonal, interpersonal, dan kelekatan di mana dua dari tiga jenis trauma ini melibatkan perasaan seseorang.

Setiap bentuk pengobatan dan kesehatan termasuk proses pemulihan trauma melibatkan komunikasi sebagai bagian yang esensial. (Samovar L. A., 2007). Komunikasi merupakan proses transaksional melalui penyortiran kognitif, pemilihan, dan pengiriman, simbol sedemikian rupa untuk membantu pendengar memperoleh dari pikirannya sendiri makna atau tanggapan yang mirip dengan yang dimaksudkan oleh komunikator. (Ross, 2018) Komunikasi dalam hal ini menggunakan konsep komunikasi antar manusia dimana peran komunikator dengan komunikan dapat menjadi pengirim dan penerima pesan dalam waktu yang sama atau transaksional. Transaksional yang dimaksudkan adalah kedua unsur komunikasi dapat memberikan umpan balik (*feedback*) sehingga terjadinya komunikasi yang efektif. Komunikasi yang berlangsung dilaksanakan secara interpersonal (psikolog-klien) yang berfokus pada makna terapeutik yang dapat memecahkan masalah klien. (Mundakir, 2006).

Ilmu komunikasi pada dasarnya mengkaji tentang tingkah laku manusia untuk menerapkan tindakan komunikasi yang efektif. Tindakan yang dimaksud

dalam hal ini ialah menyampaikan pesan yang disampaikan dan menerima pesan yang telah disampaikan agar ada makna yang dapat dipahami oleh kedua pihak, baik komunikator maupun komunikan. Bidang ini berkaitan erat dengan psikologi di mana spesifikasi pembahasan mengenai tingkah laku manusia terdapat pada bidang psikologi. Hubungan kedua bidang ini pun juga telah dikemukakan oleh Aristoteles sejak masa perumusan retorika sebagai studi yang berfokus pada persuasi. Relevansi keduanya secara garis besar terletak pada aktivitas komunikasi yang kemudian dapat mengubah tingkah laku manusia. Komunikasi berperan sebagai mediator utama untuk dapat menyelesaikan masalah kesehatan, yang dalam psikologi khususnya adalah masalah kejiwaan. (Supratman, 2016)

Psikolog sebagai salah satu profesi kesehatan untuk menangani orang-orang dengan masalah kejiwaan dituntut untuk mempunyai keterampilan komunikasi yang bermakna terapeutik. Olehnya, makna dan area komunikasi lebih difokuskan pada pemulihan. Kemampuan komunikasi harus dimiliki oleh seorang psikolog karena pada dasarnya komunikasi manusia dianggap sebagai alat profesional kesehatan yang harus menyediakan perawatan kesehatan (Kreps, 2016) Tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan, namun turut memberikan informasi dalam bentuk komunikasi yang mudah untuk dipahami dan berfokus pada kesembuhan pasien atau penderita baik secara verbal, maupun non verbal, dalam hal ini disebut Komunikasi Terapeutik (Machfoedz, 2009). Carl Rogers (1961) mengungkapkan bahwa komunikasi terapeutik bukan tentang apa yang dilakukan seseorang namun bagaimana seseorang melakukan

komunikasi dengan orang lain. Komunikasi terapeutik memerlukan perencanaan, pertimbangan, dan pelaksanaan secara profesional untuk dapat menghadapi, mempersepsikan, dan menghargai keunikan klien (Mundakir, 2006).

Berdasarkan observasi awal (pra-penelitian) yang telah dilakukan peneliti terhadap psikolog dan penderita PTSD, Rahmat Permadi selaku psikolog klinis di Lembaga Psikomorfofosa Makassar mengungkapkan bahwa sebagian besar penderita PTSD yang pernah ditanganinya cenderung tertutup, utamanya dalam membahas hal yang berkaitan dengan traumanya. Sifat tersebut ada dikarenakan ketakutan penderita jika gejala fisik maupun psikologis muncul secara tiba-tiba saat sedang melakukan konseling dan ingatan peristiwa tersebut akan terus menghantui pasca konseling. Hal ini turut disampaikan oleh seseorang yang mengalami PTSD berinisial S. Pada masa proses pemulihan, penderita PTSD membutuhkan sosok yang dapat menerima ceritanya dan bisa membantunya untuk keluar dari rasa takut, rasa bersalah, serta ketidakberdayaan yang menghantuinya. Peneliti menganalisis dari hasil observasi bahwa proses pemulihan dapat semakin cepat jika penerapan komunikasi terapeutik dapat dilakukan dengan baik.

Untuk penelitian ini, peneliti berfokus pada kasus penderita PTSD yang memiliki trauma interpersonal dan kelekatan dikarenakan keduanya termasuk kedalam trauma psikologis yang memiliki tingkat pengungkapan masalah yang relatif sulit. Hal ini dipaparkan dalam penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Etik Anjar Fitriati (2017). Pada penelitian tersebut menghasilkan kesimpulan bahwa ketika konseling berlangsung di Rifka Annisa WCC terjadi komunikasi

interpersonal antara konselor dengan klien yang mengalami trauma atas peristiwa kekerasan terhadap istri di mana konseling melibatkan pertukaran pesan atau informasi antara komunikator dan komunikan yang terjadi secara langsung atau tatap muka (*face to face*).

Penelitian terdahulu yang berjudul Gejala Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) : Remaja Yang Pernah Mengalami Kekerasan Oleh Orang Tua oleh Kadek Indah Paramita Andriani (2020) juga menjadi rujukan peneliti dalam menganalisis gejala-gejala penderita PTSD dalam trauma interpersonal terkhusus bentuk kekerasan. Pada hasil penelitian tersebut menghasilkan kesimpulan bahwa subjek informan yang berusia 17-21 tahun mengalami trauma psikologis setelah mengalami kekerasan pada masa kanak-kanak.

Sebagian besar penelitian mengenai komunikasi terapeutik dan *post-traumatic stress disorder* belum pernah meneliti secara khusus tentang penerapan komunikasi terapeutik dengan subjek PTSD khususnya di Kota Makassar yang memiliki penduduk dengan gangguan mental emosional tertinggi di Provinsi Sulawesi Selatan (Badan Litbang, 2018) sehingga peneliti akan mengkaji mengenai komunikasi terapeutik yang digunakan psikolog untuk membantu penderita PTSD mengungkapkan masalahnya , khususnya di Kota Makassar.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas dan fokus penelitian maka perumusan masalah yaitu :

1. Mengapa penderita PTSD melakukan konseling ke psikolog?
2. Bagaimana tahapan komunikasi terapeutik yang digunakan psikolog terhadap penderita PTSD dalam membantu pengungkapan masalah?
3. Apa saja faktor penghambat dan pendukung komunikasi terapeutik yang terjadi antara psikolog dengan penderita PTSD?

C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Mengetahui alasan khusus penderita PTSD melakukan konseling ke psikolog
2. Mengidentifikasi tahapan komunikasi terapeutik yang digunakan psikolog terhadap penderita PTSD dalam membantu pengungkapan masalah
3. Mengetahui faktor penghambat dan pendukung komunikasi terapeutik yang terjadi antara psikolog dengan penderita PTSD

2. Kegunaan Penelitian

a. Kegunaan Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah bahan literatur, pemahaman dan rujukan bagi perkembangan studi Ilmu Komunikasi di Universitas Hasanuddin seluas-luasnya khususnya di bidang psikologi komunikasi. Selain itu, penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi rujukan bagi penelitian lebih lanjut.

b. Kegunaan Praktis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi atau kajian literatur dalam rangka pengembangan ilmu pengetahuan dan edukasi terkait kesehatan mental dan diharapkan juga pembaca dapat mempraktikkan tahapan komunikasi dan memperhatikan faktor-faktor dalam komunikasi terapeutik yang telah diteliti sesuai dengan kebutuhan penderita gangguan mental. Selain itu, penelitian ini untuk memenuhi salah satu syarat dalam memperoleh gelar sarjana pada Departemen Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Hasanuddin.

D. Kerangka Konseptual

1. Komunikasi Interpersonal

Komunikasi Interpersonal merupakan bentuk komunikasi yang terjadi antara satu individu dengan individu lainnya yang bersifat spontan dan dapat terjadi kedekatan emosional diantara keduanya (Rahmi, 2021). Komunikasi interpersonal pada dasarnya melibatkan dua orang atau lebih dalam proses komunikasinya sehingga berbagai konteks komunikasi juga seringkali melibatkan komunikasi interpersonal dalam suatu penelitian karena memiliki konteks yang luas.

Proses komunikasi interpersonal termasuk dalam model komunikasi transaksional dan bersifat dua arah di mana terjadi pertukaran informasi antara komunikator dengan komunikan dan melibatkan timbal balik yang menciptakan makna saling memahami satu sama lain (Bahfiarti, 2020).

Komunikasi interpersonal pada dasarnya bertujuan untuk dapat dipahami, dapat memahami orang lain, untuk diterima dan untuk menyelesaikan sesuatu. Pada komunikasi interpersonal, setiap individu memiliki keinginan untuk mengerti dan memahami perasaan, pikiran, pendapat, serta tindakan yang individu lainnya lakukan sehingga dapat terjalin hubungan komunikasi yang baik antara pihak komunikator dan pihak komunikan (Ascharisa, 2020).

2. Komunikasi Terapeutik sebagai metode pemulihan

Komunikasi terapeutik digambarkan sebagai proses komunikasi di mana seorang praktisi kesehatan melakukan kegiatan mulai dari pengkajian, menentukan masalah keperawatan, menentukan rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan, dan melakukan proses evaluasi (Nasir, 2009).

Komunikasi terapeutik merupakan bentuk dari komunikasi antar pribadi dimana komunikasi ini merupakan satu proses sosial yang melibatkan orang-orang yang mempengaruhi di dalamnya. Komunikasi ini dianggap paling efektif dalam hal mengubah sikap, perilaku, pendapat seseorang karena model yang digunakan adalah model komunikasi dua arah dengan sifatnya yang dialogis berupa percakapan.

Berdasarkan model komunikasi dua arah yang berfokus pada dialog, praktisi kesehatan tidak melayani pasien sebagai sebuah obyek tapi sebagai seorang manusia yang memiliki jiwa kemanusiaan dan melibatkan perasaan untuk dapat bertukar pikiran. Peran praktisi kesehatan yang dalam hal ini merupakan dokter, psikolog, bidan, perawat bukan untuk membujuk pasien untuk menerima pandangan atau pendapat dari praktisi kesehatan, melainkan

untuk menemukan perbedaan antara praktisi kesehatan tersebut dengan pasien yang kemudian sampai pada kesimpulan bersama tentang realitas klinis seperti yang dialami oleh pasien (Mulyana, 2016).

Pada konteks komunikasi kesehatan, komunikasi terapeutik menjadi suatu metode penting yang digunakan oleh praktisi kesehatan terhadap pasien. praktisi kesehatan untuk membantu pemulihan gangguan jiwa lebih dikenal sebagai psikolog. Psikolog pada dasarnya telah dibekali keterampilan komunikasi yang baik dalam bentuk verbal dan non verbal yang bermanfaat untuk membangun hubungan terapeutik yang efektif dengan pasien. Hubungan terapeutik antara pasien dan praktisi kesehatan membentuk dasar bagi pemulihan. Terlebih lagi, jika hubungan tersebut memiliki sifat yang unik dan menarik bagi pasien maupun praktisi kesehatan (Sheldon, 2009).

Penerapan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh psikolog pada penderita PTSD dilakukan melalui konseling yang merupakan hubungan antar dua individu dimana seseorang berupaya untuk membantu orang lain agar memahami dan memecahkan masalahnya dalam rangka penyesuaian diri (Willis, 2014). Adapun tahapan dalam komunikasi terapeutik dimulai dengan fase pra-interaksi yang berfokus pada analisis untuk merencanakan interaksi pada pertemuan pertama. Tahap selanjutnya yaitu tahap pengenalan atau orientasi untuk mengidentifikasi masalah klien yang kemudian dilanjutkan dengan tahap kerja yakni inti dari hubungan terapeutik yang terjalin antara psikolog dengan klien. Tahapan komunikasi terapeutik diakhiri dengan tahap terminasi atau akhir dari setiap pertemuan antara psikolog dan klien. Tahapan-

tahapan ini akan berjalan dengan efektif jika didasari faktor-faktor berupa persepsi, nilai, emosi, pengetahuan, peran dan hubungan, kondisi lingkungan.

Komunikasi terapeutik juga didasari oleh pemahaman komunikasi dan hubungan interpersonal untuk menginterpretasikan makna yang menyangkut diri sendiri, orang lain dan hubungan yang terjadi. Faktor-faktor komunikasi terapeutik ini juga menjadi penentu keberhasilan dari komunikasi yang memiliki umpan balik.

3. Gangguan Stress Pasca Trauma / *Post Traumatic Stress Disorder*

Gangguan Stress Pasca Trauma (*Post Traumatic Stress Disorder-PTSD*) merupakan gangguan stress pada seseorang yang mengalami peristiwa traumatik dan menimbulkan berbagai gejala fisik maupun psikologis (Pieter, 2010). PTSD juga diartikan sebagai bentuk gangguan kecemasan yang dialami oleh diri setelah melalui kejadian yang berhubungan dengan ancaman dan ketidakberdayaan. PTSD dapat muncul akibat peristiwa seperti bencana alam, korban tindak kriminal, kekerasan, berada dalam tempat pembantaian, kehancuran, perang, teror, sandera, pelecehan seksual, kematian orang terdekat, korban pencurian, tenggelam.

National Institute of Health (2008) mengungkapkan bahwa PTSD dapat terjadi pada berbagai kalangan dan usia, mulai dari anak-anak hingga dewasa. Seseorang dapat dikatakan PTSD jika merasa terjadi *flashback* yang menimbulkan trauma terus menerus hingga menimbulkan perasaan takut, dan juga mengalami mimpi buruk bahkan hal ini dapat terjadi dalam kegiatan

sehari-hari. Selain itu, penderita juga menjauhi beberapa tempat dan benda yang mengingatkan peristiwa traumatik hingga menimbulkan fobia.

Gejala fisik dan psikologis juga terjadi pada penderita PTSD di mana penderita dapat mengalami gangguan tidur, mudah terkejut, sulit untuk konsentrasi pada suatu hal, gangguan memori, merasa terasingkan, merasa bersalah ke diri sendiri, dan pikiran-pikiran negatif yang muncul saat sedang atau tidak beraktivitas. Gejala-gejala ini biasanya terjadi kurang lebih 3 bulan setelah insiden trauma, atau bahkan bisa juga bertahun-tahun kemudian. Namun, tidak semua orang yang mengalami peristiwa berbahaya mengidap PTSD.

Ada berbagai faktor yang mempengaruhi seseorang mengalami gejala PTSD, yakni tidak memiliki dukungan sosial, peristiwa menyakitkan yang berulang, rasa ketidakberdayaan yang tak bisa diceritakan ke orang lain, trauma masa kecil, memiliki riwayat penyakit mental dan penyalahgunaan zat berbahaya (*U.S Department of Veteran Affairs, 2022*). Tantangan dalam pemulihan PTSD adalah kepekaan terhadap pemicu, rangsangan fisik dan emosional yang diasosiasikan otak dengan trauma asli.

4. Pengungkapan Masalah

Masalah merupakan suatu hal yang harus diselesaikan. Masalah menjadi suatu pelajaran yang disadari dalam kesadaran jiwa sehingga membuka mata untuk dapat melihat dengan mudah berbagai kelemahan dan tantangan dalam hidup (Effendi I. , 1999). Masalah muncul karena peristiwa atau hal-hal yang mengalami distorsi realita dengan berbagai faktor yang berbeda. Tidak semua

orang dapat mengungkapkan masalah yang dihadapinya kepada orang lain sehingga membutuhkan tahapan pengungkapan masalah yang melibatkan komunikasi secara signifikan. Terlebih lagi, sensitivitas komunikasi perlu diperhatikan pada penderita gangguan mental atau dalam penelitian ini yakni penderita *Post-Traumatic Stress Disorder*.

Pengungkapan masalah dapat dilakukan jika seseorang dapat mengungkapkan informasi tentang dirinya terlebih dahulu, khususnya hal-hal yang disembunyikan atau yang disebut dengan keterbukaan diri. Pada konteks komunikasi interpersonal, sifat dari pengungkapan diri ini ialah *reversible* dimana apa yang diucapkan oleh komunikator kepada komunikan baik secara verbal maupun non verbal tidak dapat ditarik kembali sehingga komunikator harus memiliki keterampilan komunikasi yang baik dan memahami benar mengenai konsep diri seperti yang dikemukakan oleh Joseph Luft dan Harry Ingham dalam Model Jendela Johari (Bahfiarti, 2020). Model Johari Window mengungkapkan 4 area dalam konsep diri manusia yaitu terbuka, buta, tersembunyi, dan tidak tahu.

Model Johari Window ini digunakan oleh peneliti untuk menganalisis konsep diri dalam penderita PTSD setelah melakukan komunikasi terapeutik dengan Psikolog. Berdasarkan observasi awal (pra-penelitian) yang telah dilakukan sebelumnya pada Rahmad selaku psikolog di Lembaga Psikomorfofa Makassar dan dua informan inisial D dan M, dalam model Johari Window ini, penderita PTSD cenderung berada di area tersembunyi dan area yang tidak diketahui dimana sebagian penderita mengingat mengenai peristiwa

traumatik yang terjadi namun tak dapat diceritakan pada orang lain sehingga diperlukan orang yang dianggap mampu untuk memahami peristiwa yang terjadi dan membantu penderita menuju titik pemulihan atau area terbuka, dalam hal ini orang tersebut merupakan psikolog. Sedangkan pada penderita dengan area yang tak diketahui cenderung menyalahkan dirinya sendiri hingga mengalami gejala-gejala fisik maupun psikologis sehingga diperlukan penanganan masalah yang dimulai dengan tahapan pengungkapan masalah yang didasari oleh teori disonansi kognitif yang di mana teori ini akan berfokus mengurangi ketidakseimbangan dalam pikiran seseorang.

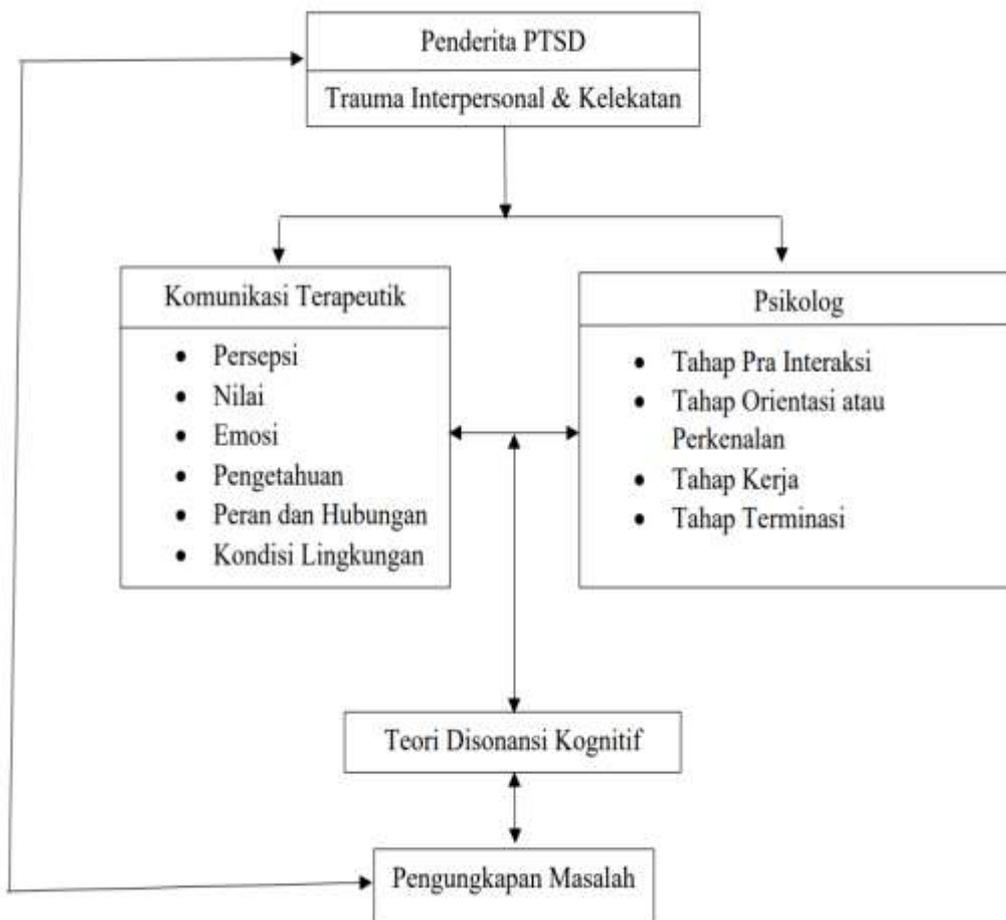
5. Teori Disonansi Kognitif

Teori Disonansi Kognitif yang dikemukakan oleh Festinger (1957) merupakan teori untuk mencoba mengubah sikap, kebiasaan dan mindset dari penderita. Teori ini sering digunakan dalam komunikasi kesehatan atau komunikasi terapeutik oleh psikolog atau praktisi kesehatan untuk membantu pasien pulih (Sheldon, 2000).

Disonansi Kognitif dapat memotivasi perilaku komunikasi ketika orang berusaha untuk membujuk orang lain dalam artian mengubah pikiran atau perilaku seseorang dengan mengurangi suatu perasaan tidak nyaman (disonansi). Teori ini menjadi bagian tradisi sibernetika dimana tujuannya adalah memahami bagaimana dan mengapa setiap individu manusia berperilaku seperti itu.

Pada proses teori disonansi kognitif, tindakan yang tidak konsisten atau tidak selaras dengan kepercayaan dapat menyebabkan disonansi

(ketidakseimbangan) sehingga dianggap perlu untuk mengurangi disonansi dengan cara komunikasi yang terjadi harus bisa diterima pada kognisi (kepercayaan tentang sesuatu yang didapatkan dari proses berpikir). Ketika disonansi berkurang, kepercayaan dan /atau *mindset* seseorang akan berubah, sama halnya dengan persepsi mengenai aksi yang akan dilakukan.



Gambar 1. 1 Bagan Kerangka Konseptual

E. Definisi Konseptual

- 1) Komunikasi Interpersonal adalah proses pertukaran pesan antara individu ke satu individu lainnya atau lebih yang berusaha mencapai makna saling memahami satu sama lain.
- 2) Komunikasi Terapeutik adalah proses penyampaian pesan antara praktisi kesehatan dengan pasien dengan memperhatikan aspek kesehatan dengan tujuan pemulihan. Adapun tahapan komunikasi terapeutik terbagi menjadi 4 yaitu pra-interaksi, orientasi, kerja, dan terminasi. Tahapan ini dapat berjalan efektif jika memperhatikan faktor-faktor keberhasilan dalam komunikasi terapeutik yaitu persepsi, nilai, emosi, latar belakang sosial budaya, pengetahuan, peran dan hubungan, dan kondisi lingkungan
- 3) Psikolog adalah praktisi kesehatan atau ahli dalam menangani orang-orang dengan gangguan psikologis. Psikolog yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah psikolog yang pernah menangani penderita PTSD dan bekerja di Lembaga Psikomorfofosa Makassar
- 4) *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)* / Gangguan Stress Pasca Trauma adalah gangguan psikologis yang merupakan kecemasan yang dialami oleh seseorang akibat dari peristiwa traumatik yang menyeramkan atau ketidakberdayaan yang masih membekas di benak ingatan atau perasaan dan menyebabkan timbulnya gejala fisik maupun psikologis. Penderita PTSD yang dimaksudkan dalam penelitian ini adalah remaja akhir berusia 17 tahun ke atas yang memiliki PTSD.

- 5) Teori Disonansi Kognitif adalah teori yang membahas mengenai cara untuk mengurangi ketidakseimbangan dalam suatu proses pikiran seseorang dengan mencoba mengubah sikap, kebiasaan dan *mindset* seseorang.
- 6) Pengungkapan Masalah adalah proses untuk mengungkapkan informasi diri khususnya hal-hal yang disembunyikan. Pengungkapan dapat dilakukan melalui komunikasi terapeutik yang merupakan bagian dari komunikasi interpersonal.

F. Metode Penelitian

1 Objek dan Waktu Penelitian

Objek pada penelitian ini adalah Lembaga Psikomorfofosa Makassar.

Penelitian akan dimulai pada November - Desember 2022.

2 Tipe Penelitian

Adapun tipe penelitian yang digunakan peneliti dalam penelitian ini adalah tipe penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus di mana penelitian ini berfokus pada kasus peristiwa traumatik kategori trauma kelekatan dan interpersonal. Pada prosesnya, peneliti akan menggambarkan, mencatat, menganalisis, serta menginterpretasikan makna-makna, perilaku, pemikiran seseorang yang akan dihubungkan dengan variabel lain.

3 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti adalah pengumpulan data kualitatif yang bersumber dari penelitian lapangan. Teknik yang digunakan peneliti berdasar pada jenis pengumpulan data sebagai berikut.

1. Data Primer :

a. Wawancara Mendalam (*In-Depth Interview*)

Untuk mengumpulkan data primer yaitu wawancara mendalam, peneliti akan mengumpulkan informasi dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka dengan orang yang diwawancarai. Berbagai pertanyaan akan diajukan secara lisan secara mendalam untuk memperoleh data yang akurat.

b. Observasi

Observasi pada hakikatnya merupakan proses peneliti dalam mengamati situasi penelitian. Teknik ini digunakan oleh peneliti untuk melakukan pengamatan secara langsung untuk dapat menyajikan gambaran mengenai peristiwa secara realistis dan memahami konteks data dalam situasi sosial.

c. Dokumentasi

Pada metode dokumentasi, peneliti akan menelusuri data historis seperti dokumen-dokumen yang menjadi media penderita untuk menyampaikan informasi dalam bentuk non verbal. Selain itu, dalam proses observasi ke penderita, peneliti akan menggunakan metode dokumentasi dengan media sebagai perantara agar dalam proses wawancara dan observasi, informan akan lebih nyaman untuk berbicara.

2. Data Sekunder :

Pada pengumpulan data sekunder, peneliti akan mengumpulkan berbagai referensi melalui jurnal, literatur, artikel, buku, media online, bahan kuliah yang berkaitan dengan penelitian atau yang disebut dengan Studi Pustaka (*library research/literature review*).

4 Teknik penentuan informan

Untuk menentukan informan, peneliti menggunakan teknik *snowball sampling* yaitu menentukan informan yang awalnya dipilih dalam jumlah kecil yang kemudian dapat meningkat jumlahnya jika informan ini belum dapat memenuhi data yang diinginkan. Olehnya, peneliti akan mencari informan lainnya yang dapat melengkapi data penelitian (Asdar, 2018).

Adapun informan yang dibutuhkan untuk penelitian sebanyak 5 orang dengan kriteria sebagai berikut.

1. 2 Psikolog Klinis yang bekerja di Lembaga Psikomorfofa Makassar
2. 2 remaja akhir penderita PTSD yang masih dalam masa konseling
3. 1 remaja penderita PTSD dan telah menyelesaikan masa konseling

Berikut merupakan tabel yang berisikan identitas informan penelitian serta lokasi dan tanggal pelaksanaan wawancara.

Tabel 1. Informan Penelitian

No.	Nama Informan	Kategori Informan	Tanggal Wawancara	Lokasi Wawancara
1	Mila (bukan nama sebenarnya)	Penderita PTSD Yang Masih Dalam Masa Konseling	30/12/2022	Rumah Penderita
2	Raka (bukan nama sebenarnya)	Penderita PTSD Yang Telah Menyelesaikan Masa Konseling	03/01/2023	<i>Google Meeting</i>
3	Diana (bukan nama sebenarnya)	Penderita PTSD Yang Masih Dalam Masa Konseling	04/01/2023	Rumah Penderita

No.	Nama Informan	Kategori Informan	Tanggal Wawancara	Lokasi Wawancara
4	Nur Fadilla	Psikolog	28/12/2022	Lembaga Psikomorfosa Makassar
5	Rahmat Permadi	Psikolog	30/11/2022	Lembaga Psikomorfosa Makassar
6	Alex (bukan nama sebenarnya)	Anggota keluarga Mila, Penderita PTSD	30/12/2022	Rumah Penderita
7	Ratih (bukan nama sebenarnya)	Kerabat Raka, Penderita PTSD	04/01/2023	<i>Google Meeting</i>
8	Fanya (bukan nama sebenarnya)	Kerabat Diana, Penderita PTSD	04/01/2023	Rumah Penderita
9	Zalsabila Hasianka	Staff Admin	03/01/2023	Lembaga Psikomorfosa Makassar

(Sumber : Data Primer Penelitian, 2023)

5 Teknik analisis data

Teknik yang diambil oleh peneliti untuk melakukan analisis data yakni teknik analisis data interaktif dari Miles dan Huberman (Asdar, 2018) yakni ;

a. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Reduksi data bertujuan untuk memilih dan memilah data yang bersifat subjektif sehingga data yang ada tidak terkesan pribadi. Dalam kegiatan reduksi data, peneliti akan memfokuskan pada data mengenai permasalahan yang sedang diteliti, lalu melakukan seleksi data dengan mengkategorisasikan data yang perlu dimasukkan ke dalam hasil penelitian dan yang tidak perlu dimasukkan. Setelah itu, data yang sudah diseleksi akan melalui proses

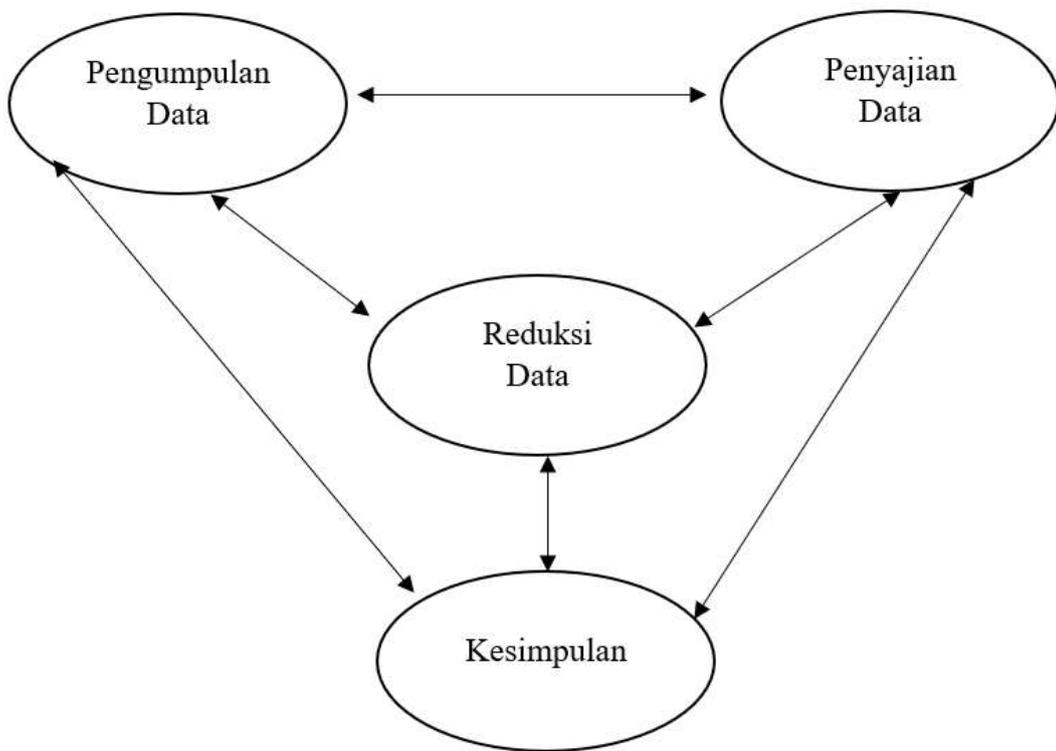
penyederhanaan dimana data akan difokuskan pada bingkai kerja konseptual dalam penelitian lalu membuat ringkasan dalam bentuk deskriptif atau yang disebut dengan abstraksi yang kemudian akan ditransformasi dalam artian ditafsirkan dan diberi makna.

b. Penyajian Data (*Display Data*)

Mengorganisasikan data yang disusun dalam bentuk teks yang berisi tatanan informasi yang kaya akan makna untuk menuju pembuatan kesimpulan. Setelah melakukan observasi, wawancara, dan dokumentasi, hasil dari ketiga metode pengumpulan data tersebut disajikan dalam bentuk catatan wawancara, catatan lapangan, dan catatan dokumentasi guna kemudahan analisis.

3. Kesimpulan dan Verifikasi (*Conclusion Drawing and Verification*)

Kesimpulan merupakan hasil dari reduksi data dan penyajian data yang dianggap perlu diambil untuk menarik garis besar dari suatu hasil analisis data. Peneliti menarik kesimpulan setelah melakukan verifikasi atas bukti-bukti yang valid untuk menyesuaikan kembali terkait kesimpulan dengan data faktual.



Gambar 1. 2 Skema Model Analisis Data Interaktif

Sumber : Asdar (2018)

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Komunikasi Interpersonal

1. Konsep Komunikasi Interpersonal

Komunikasi secara etimologi berasal dari bahasa latin yaitu *communicatus, communicare* yang bersumber dari kata *communis* yang berarti ‘berbagi’ atau ‘menjadikan sama’, dalam artian luas yakni proses untuk mencapai tujuan kebersamaan atau kesamaan makna. Komunikasi Interpersonal atau Komunikasi Antar Pribadi merupakan komunikasi yang dilakukan oleh orang-orang secara tatap muka untuk mendapatkan reaksi dari lawan bicara secara verbal maupun non verbal. (Suranto, 2011).

Proses komunikasi antar perorangan secara tatap muka disebut dengan komunikasi interpersonal atau komunikasi antar pribadi. Proses komunikasi ini dapat terjadi secara langsung maupun tidak langsung (Turner, 2004). Kegiatan dalam komunikasi interpersonal meliputi dialog, percakapan tatap muka, percakapan dengan medium telepon, dan surat menyurat antar dua orang (Sendjaja, 2020). Penelitian para ahli komunikasi berfokus pada hubungan antar pribadi yang terjalin akibat dari komunikasi interpersonal yang berlangsung.

Komunikasi interpersonal tergolong dalam model komunikasi transaksional dimana aktivitas komunikasi berupa penyampaian dan penerimaan pesan yang dilakukan oleh dua pihak untuk mencapai tujuan kesamaan makna secara verbal ataupun non verbal, baik dari pihak

komunikator maupun komunikan (Mulyana, 2016). Konsep dari komunikasi interpersonal dijelaskan melalui pandangan Little John (Bahfiarti, 2020) antara lain.

“(1) There must be two or more people in physical proximity who perceive the presence of one another, (2) Interpersonal communication involve communicative interdependence, in other word, one’s communicative behavior is a direct consequence of the other’s, Barnlund calls this quality focused interaction, which implies concentrated mutual attention, (3) Interpersonal communication involves the change of messages, (4) the messages are coded in a variety of verbal and non verbal ways, (5) the final criteria is that interpersonal communication is relatively instructured, it is marked by informality and flexibility.”

Little John menyebutkan bahwa pihak yang melakukan Komunikasi Interpersonal disampaikan melalui komunikasi verbal dan non verbal. Pada dasarnya, komunikasi interpersonal harus melibatkan dua orang atau lebih yang memiliki kedekatan fisik dan bergantung satu sama lain hingga menimbulkan perilaku yang komunikatif yang menyiratkan umpan balik dalam komunikasi yang terjadi. Umpan balik yang terjadi dalam komunikasi interpersonal dapat mengubah pesan. Komunikasi interpersonal juga relatif bersifat terstruktur dan fleksibilitas serta informalitas.

Keterampilan komunikasi interpersonal merupakan kriteria yang digunakan untuk berinteraksi dengan orang lain termasuk bahasa tubuh seperti perilaku, intonasi, postur tubuh serta kemampuan untuk mendengar, memperhatikan, dan memahami dengan baik. Keterampilan ini perlu dikuasai untuk dapat mempengaruhi seseorang dalam membangun hubungan yang baik. (Michael, 2021)

Komunikasi interpersonal yang terjalin antara dua orang atau lebih dapat membangun hubungan interpersonal yang dapat mempengaruhi konsep diri hingga perkembangan diri. Interaksi yang terjadi dapat membuat manusia mengenal seseorang atau mengenal perbedaan dan persamaan serta membentuk suatu pengalaman (Rahmi, 2021). Komunikasi Interpersonal memiliki konteks menarik yang dapat dikaitkan dengan berbagai bidang dan digunakan oleh beragam subjek. Misalnya, seperti pada penelitian ini yakni subjek psikolog yang melakukan penyampaian pesan kepada klien untuk tujuan pemulihan, dalam hal ini disebut dengan komunikasi terapeutik yang melibatkan beberapa aspek khusus dalam komunikasi interpersonal. Hubungan interpersonal harus terjalin dengan baik hingga memiliki kesan yang menarik untuk dapat membuka hubungan yang bermakna terapeutik.

2. Unsur-Unsur Komunikasi Interpersonal

Proses komunikasi dapat berlangsung secara efektif dengan unsur-unsur. Unsur-unsur komunikasi interpersonal bergantung pada model dan konteks komunikasi yang dianalisis oleh para peneliti. Unsur-unsur komunikasi interpersonal terbagi menjadi enam hal yaitu sumber, pesan, media, penerima, efek, *feedback* (umpan balik), dan lingkungan (Cangara, 2005).

a. Sumber

Sumber merupakan orang yang menyampaikan atau membuat pesan/informasi. Menurut (Rozali, 2022) sumber merupakan hal yang mendasari penyampaian pesan guna memperkuat pesan yang akan disampaikan seperti orang, buku, lembaga, dan sebagainya. Orang yang

menyampaikan pesan juga disebut dengan komunikator. Komunikator sebagai penyampai pesan memiliki peran untuk mempengaruhi penerima pesan agar dapat memahami isi pesan yang disampaikan. Komunikator harus memiliki keterampilan untuk menentukan cara berkomunikasi, media yang akan digunakan, perkiraan tanggapan yang akan dicapai agar dapat menyesuaikan isi pesan yang akan disampaikan dan berkomunikasi secara efektif dan efisien dengan komunikan.

b. Pesan

Pesan dimaksudkan sebagai suatu materi yang diberikan oleh komunikator kepada komunikan. Penyampaian pesan dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti gerak tubuh, ekspresi wajah, nada suara, hingga kata-kata. Pesan terbagi menjadi dua yaitu pesan verbal yang merupakan pesan yang disampaikan secara lisan dan pesan non verbal yaitu pesan yang disampaikan dengan bahasa tubuh seperti ekspresi wajah, sikap, nada suara, gerakan tangan, penampilan. (Stewart Tubbs, 2005)

c. Media

Media penyampaian pesan terbagi menjadi dua kategori yaitu media komunikasi personal dan media komunikasi massa. Media komunikasi personal bersifat lebih pribadi dan digunakan hanya oleh dua orang atau lebih. Contoh dari media komunikasi ini yaitu aplikasi *chatting*, telepon, dan Skype. Media komunikasi massa bersifat masif dalam hal memberikan dampak yang besar bagi banyak orang.

d. Penerima

Pihak yang menerima pesan dari sumber disebut dengan penerima atau komunikan. Pada komunikasi interpersonal, pihak penerima bertugas untuk memberikan respon dalam bentuk verbal dan non verbal kepada sumber atau komunikator

e. Efek

Efek merupakan akibat atau dampak yang terjadi setelah komunikasi berlangsung. Efek dapat dilihat ketika adanya perbedaan atau perubahan yang terjadi pada penerima, baik dari segi pikiran, perasaan maupun perilaku (Cangara, 2005). Efek terbagi menjadi tiga yakni *personal opinion*, *majority opinion*, dan *public opinion*, *Personal Opinion* merujuk pada pendapat seseorang mengenai suatu masalah atau hal yang disampaikan. *Public Opinion* memiliki arti sebagai penilaian sosial berdasarkan proses pertukaran pikiran. *Majority Opinion* merupakan pendapat yang memiliki suara terbanyak atau disetujui dari sebagian besar masyarakat. (Rozali, 2022)

f. Umpan Balik

Umpan balik merupakan tanggapan dari pesan yang diterima dari komunikan terhadap sumber atau komunikator maupun sebaliknya. Ketika umpan balik terjadi maka komunikan telah menerima pesan yang disampaikan oleh sumber atau komunikator.

g. Kondisi Lingkungan

Keadaan atau situasi yang terjadi selama komunikasi interpersonal berlangsung disebut dengan lingkungan. Unsur lingkungan terbagi menjadi

empat yaitu lingkungan fisik, lingkungan psikologis, lingkungan sosial budaya, dan dimensi waktu.

B. Komunikasi Terapeutik

1. Konsep Komunikasi Terapeutik

Komunikasi Terapeutik merupakan keterampilan yang dimiliki oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi gangguan psikologis, beradaptasi terhadap stress, dan belajar mengenai cara untuk memulai hubungan dengan orang lain (Northouse, 2005). Carl Rogers (1961) mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik ialah mengenai bagaimana seseorang melakukan komunikasi dengan orang lain, bukan tentang apa yang dilakukan seseorang. Komunikasi terapeutik juga merupakan sebuah pengalaman yang terjadi antara perawat-klien dan bertujuan untuk menyelesaikan masalah klien (Mundakir, 2006)

Menurut Siti Fatima, komunikasi digunakan sebagai alat untuk mempengaruhi pikiran, sikap dan perilaku orang untuk dapat membina hubungan terapeutik dengan pasien (klien). Terapeutik dimaknakan sebagai upaya pertolongan, penyembuhan, perawatan, dan pengedukasian kepada pasien atau klien (Fatimah, 2022) .

Komunikasi terapeutik merupakan konteks spesifik dari komunikasi kesehatan dimana praktisi kesehatan dan pasien berbagi makna untuk memahami kesehatan (Mulyana, 2016). Umumnya komunikasi ini terjadi secara interpersonal yang direncanakan secara sadar dan berfokus pada pemulihan pasien (Uripni, 2011).

Komunikasi terapeutik yang terjadi antara praktisi kesehatan dan pasien berlangsung dalam bentuk komunikasi dua arah di mana keduanya saling berbagi informasi dan membuat keputusan medis bersama. Komunikasi ini melibatkan kepercayaan dan sikap saling memahami untuk membangun hubungan bermakna terapeutik yang ditandai dengan komunikasi secara terbuka, kolaborasi, dan kesepakatan tentang bagaimana mengelola masalah kesehatan pasien (B. Kelly, DiMatteo, & Heritage, 2009). Oleh karenanya, praktisi kesehatan sebagai pihak yang menerapkan komunikasi terapeutik harus dapat membangun kepercayaan pasien agar pasien dapat terbuka mengenai masalah yang dialaminya. praktisi kesehatan dalam hal ini dituntut untuk memiliki kapasitas dan kemampuan komunikasi yang baik.

Pada dunia kesehatan, komunikasi terapeutik sedari awal lebih difokuskan pada aspek keperawatan seperti yang didefinisikan oleh Ahmad Zainal Abidin yakni suatu pendekatan terapi yang menggabungkan ilmu komunikasi dalam terapi medis dan komplementer yang mengedepankan tujuan dan manfaat. (Abidin, 2019).

Beberapa peneliti seperti Catnan, Ha, Anat, Longnecker juga menyebutkan bahwa komunikasi merupakan jantung dan seni dari kedokteran. Tri Erry Astoeti menyebutkan bahwa komunikasi terapeutik merupakan interaksi yang terjadi antara dokter dengan pasien yang berfokus pada kebutuhan pasien untuk meningkatkan efektivitas pertukaran informasi. Komunikasi terapeutik bermanfaat untuk mendorong pemulihan pasien dan menghilangkan rasa takut dengan interaksi yang dibangun (Ganiem, 2018).

Komunikasi terapeutik juga berawal dari komunikasi antara dokter dengan pasien yang dikategorikan sebagai hubungan pelindung-pasien dimana dokter adalah pelindung sedangkan pasien adalah klien. Komunikasi ini menunjukkan bahwa praktisi kesehatan mengontrol alur penyampaian pesan dengan pasien lalu praktisi kesehatan yang menentukan perawatan seperti apa yang akan dijalankan oleh pasien atau penderita (Charles, 2004). Komunikasi terapeutik kemudian berkembang dalam bidang psikologi yang diartikan sebagai bentuk komunikasi yang dibuat untuk menghilangkan distress psikologis dan meningkatkan kesejahteraan pasien (Supartini, 2004).

Komunikasi terapeutik menjadi suatu metode baru yang digunakan untuk proses penyembuhan jiwa di mana sumber gangguan jiwa ialah gangguan komunikasi sehingga diperlukan pemahaman akan masalah yang dihadapi oleh pasien dan tahapan pendekatan yang tepat oleh psikolog untuk membangun hubungan yang terapeutik dengan pasien. Pada bidang psikologi, komunikasi dapat digunakan untuk membentuk kepribadian seseorang dan menggambarkan kualitas hubungan dengan orang lain (Santi, 2022).

Persepsi ialah kunci dari komunikasi terapeutik sehingga dalam bidang psikologi, konteks komunikasi yang umumnya terjadi ialah komunikasi intrapersonal dan komunikasi interpersonal di mana komunikasi ini melibatkan proses kognitif dan pertukaran informasi untuk pemulihan melalui pesan verbal dan non verbal antar individu secara tatap muka. Pada berbagai fokus di bidang kesehatan, pihak yang menerapkan komunikasi terapeutik untuk pemulihan pasien atau klien ialah perawat, dokter, dan psikolog.

2. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Pada pelaksanaannya, komunikasi terapeutik memiliki berbagai ciri-ciri atau karakteristik yang juga menjadi faktor dasar untuk mengembangkan hubungan yang saling membantu (*helping relationship*). *Helping relationship* merupakan hubungan antar manusia untuk dapat menghasilkan pemahaman tentang klien sebagai manusia yang utuh.

Carl Roger (2006) (Muhith, 2018) merangkum karakteristik komunikasi terapeutik sebagai berikut.

A. *Genuineness* (Keikhlasan)

Secara etimologi, ikhlas berasal dari bahasa Arab yang memiliki arti bersih, tulus, dan murni hati. Secara terminologi, ikhlas diartikan sebagai segala sesuatu yang dilakukan dengan hati yang tulus tanpa ada niatan tertentu. Komunikasi terapeutik pada dasarnya bertujuan untuk membantu proses pemulihan klien atau pasien sehingga keikhlasan yang dimaksudkan berupa ketulusan hati dalam bentuk perilaku maupun niat dari praktisi kesehatan untuk mencapai tujuan pemulihan pasien. Praktisi kesehatan seperti perawat, dokter, dan psikolog harus mampu menerima sikap dan perasaan negatif dari klien dan tidak boleh terpengaruh oleh emosi yang reaksional. Keikhlasan dapat ditunjukkan melalui afirmasi positif yang disampaikan dalam bentuk komunikasi verbal maupun non verbal. Karakteristik ini akan membentuk kesadaran diri dari praktisi kesehatan hingga dapat membentuk kepercayaan yang lebih mendalam dan membangun hubungan bermakna dalam proses pemulihan klien

B. *Empathy* (Empati)

Empati melibatkan aspek menerima dan memahami terhadap perasaan orang lain. Berempati dalam komunikasi terapeutik adalah sikap untuk menerima dan memahami perasaan orang lain tanpa melibatkan emosi individu. Seperti peribahasa “*put yourself in someone’s shoes*” yang berarti praktisi kesehatan harus dapat membayangkan dirinya ketika berada di posisi klien, berusaha untuk melihat sudut pandang dari klien agar praktisi kesehatan dapat memahami dengan baik apa yang sekiranya dirasakan oleh klien. Empati dapat ditunjukkan secara verbal maupun non verbal. Misalnya, saat psikolog berhadapan dengan pasien yang mengalami trauma karena ditinggalkan oleh orang terdekatnya, dalam situasi ini psikolog dapat menyampaikan awalan komunikasi secara verbal “Saya mengerti perasaan bapak/ibu, ditinggal oleh orang yang dicintai tidaklah mudah” sedangkan bentuk non verbal dapat ditunjukkan dengan ekspresi yang menunjukkan bahwa psikolog sedang memberikan perhatian penuh terhadap cerita yang disampaikan oleh klien.

C. *Warmth* (Kehangatan)

Kehangatan menjadi salah satu faktor penting untuk mengembangkan hubungan saling membantu yang harus diterapkan oleh praktisi kesehatan agar klien/pasien dapat menyampaikan hal-hal yang dirasakan tanpa harus takut akan dihakimi atau diintervensi. Kehangatan ditunjukkan dengan mendengarkan keluhan atau masalah pasien secara seksama untuk dapat memahami kebutuhan pasien yang kemudian

dikomunikasikan dengan suara yang meyakinkan, penampilan yang tenang, ekspresi yang menunjukkan rasa kasih sayang, melakukan *eye-contact* dan tersenyum saat diperlukan selama berkomunikasi. Bahasa tubuh menjadi poin penting dalam menunjukkan kehangatan kepada klien.

3. Jenis Komunikasi Yang Dimanifestasikan Dalam Komunikasi Terapeutik

Potter dan Perry (Arwani, 2002) mengemukakan jenis komunikasi yang dimanifestasikan dalam komunikasi terapeutik yaitu :

A. Komunikasi Tertulis

Jenis komunikasi ini merupakan komunikasi yang disampaikan melalui tulisan, baik tulisan manual maupun tulisan dari media. Pada komunikasi terapeutik, bentuk dari jenis komunikasi ini ialah keterangan diagnosa, psikotes, catatan medis, hasil tulisan atau gambar pasien yang menggambarkan apa yang dirasakan, dan lain-lain. (Siregar, 2021)

B. Komunikasi Verbal

Jenis komunikasi verbal merupakan jenis komunikasi yang lazim digunakan oleh manusia dalam kehidupan sehari-hari, khususnya pelayanan medis. Komunikasi verbal merupakan penyampaian pesan atau informasi secara lisan secara tatap muka ataupun telepon, *teleconference*, dan sebagainya. Komunikasi ini tidak hanya bergantung pada kata-kata yang disampaikan, namun juga sangat dipengaruhi oleh bentuk-bentuk paralinguistik seperti penekanan, kecepatan, irama, dan intonasi. Ketika melakukan komunikasi verbal, ada beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu ;

a. Denotatif dan Konotatif (Makna kata dan bahasa)

Denotatif diartikan sebagai pemahaman makna kata yang sama sedangkan konotatif berarti perasaan, ide, atau pikiran yang ada dalam suatu kata. Seorang praktisi kesehatan harus dapat memahami makna kata untuk disampaikan lawan bicaranya. Misalnya, ketika melihat pasien dalam keadaan yang kritis. Kata kritis dari arti denotatif dimaksudkan sebagai seseorang yang teliti dalam menyikapi permasalahan. Sedangkan, dalam artian konotatif dimaknai sebagai situasi atau kondisi yang gawat.

b. Jelas dan Ringkas

Komunikasi yang disampaikan harus dalam bentuk yang sederhana, singkat, dan langsung untuk menghindari kerancuan yang memiliki kemungkinan untuk timbul. Ringkas diartikan untuk langsung pada tujuan komunikasi dan tidak bertele-tele sehingga mudah untuk dipahami.

c. Perbendaharaan Kata

Alih-alih menggunakan bahasa akademis pada pasien, praktisi kesehatan dapat menggunakan bahasa yang mudah untuk dipahami oleh pasien. Misalnya, ketika dokter mengatakan “Saya akan mengauskultasi usus Anda untuk menganalisa fungsinya” , akan lebih baik jika kata-kata tersebut diganti dengan “Saya akan mendengarkan usus Anda untuk menentukan apakah masih berfungsi dengan baik”

d. Kecepatan berbicara (*pacing*)

Tempo atau kecepatan berbicara dapat mempengaruhi pasien atau klien dalam menerima pesan. Semakin cepat praktisi kesehatan berbicara, artikulasi yang disampaikan akan semakin membingungkan pasien sehingga diperlukan jeda atau selaan untuk memberi penekanan atau kejelasan kepada penerima pesan.

e. Intonasi

Nada suara menimbulkan berbagai makna dan persepsi yang dapat menggambarkan perasaan atau emosi seseorang. Untuk menggunakan intonasi yang tepat, setiap individu harus dapat mengontrol emosi yang tercipta karena dalam komunikasi terapeutik, praktisi kesehatan berperan sebagai penyampai pesan yang menyenangkan untuk hubungan yang terapeutik.

f. Waktu dan Kesesuaian

Penyampaian pesan tanpa melihat waktu dan relevansi dalam suatu konteks komunikasi tentu akan sangat timpang dan berujung pada kegagalan komunikasi. Misalnya, ketika ada seseorang mengeluh mengenai sakit maag namun seorang perawat pada saat itu juga melakukan penyuluhan mengenai kebersihan tubuh, tentu itu bukan waktu yang tepat dan malah meningkatkan emosi atau sakit yang pasien rasakan. Relevansi/kesesuaian diartikan pada konteks pesan yang ingin disampaikan.

C. Komunikasi Non Verbal

Penyampaian informasi atau pesan menggunakan bahasa tubuh, pantomim, mimik wajah, atau bahasa isyarat disebut dengan komunikasi non verbal. Bahasa tubuh memiliki berbagai unsur menurut Dimbley dan Burton (1992, dalam buku Mundakir (2006)) yaitu gerak tubuh, ekspresi wajah, pandangan, postur, sentuhan, pakaian (penampilan individu), dan jarak tubuh serta kedekatan.

4. Tahapan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik melalui berbagai tahapan (Sarfika, Ariani, & Freska, 2018) yakni

A. Pra-Interaksi

Tahapan ini juga dikenal dengan tahapan apersepsi dimana praktisi kesehatan berusaha untuk menggali latar belakang dari pasien untuk dapat memahami apa yang dirasakan oleh pasien terhadap masalah yang dihadapi. Pada tahapan ini, praktisi kesehatan wajib memiliki pengetahuan mengenai penyakit dan masalah klien. Pengetahuan ini didapat dari literatur, pengalaman, atau diskusi dengan teman sejawat. Hal ini berguna untuk memudahkan praktisi kesehatan dalam menganalisis masalah yang dihadapi klien. Praktisi kesehatan juga perlu melakukan analisa terhadap kekuatan profesional dan keterbatasan lalu jika memungkinkan, berusaha untuk mencari data tentang klien, serta merencanakan pertemuan pertama dengan klien. Fokus, tidak cemas dan menjadi *active listening* juga menjadi bagian dari sikap yang harus dimiliki oleh para praktisi kesehatan sebelum berinteraksi dengan klien.

B. Tahap Perkenalan atau Orientasi

Tahap Perkenalan

Tahap ini adalah tahap dimana praktisi kesehatan bertemu dengan klien untuk pertama kalinya. Pada tahap ini, kegiatan yang dilakukan adalah praktisi kesehatan memperkenalkan diri kepada pasien dan/atau keluarga pasien bahwa dirinya yang akan memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Tahap ini juga menjadi awalan untuk keterbukaan diri pasien sehingga perlu untuk membentuk *first impression* yang menarik mulai dari memberi salam, memperkenalkan diri, menanyakan nama klien (tahap ini lebih berfokus pada menanyakan nama panggilan pasien yang membuat pasien nyaman) , menyepakati pertemuan/kontrak, menghadapi kontrak/pertemuan, memulai awalan percakapan yang berfokus pada identifikasi alasan mengapa klien datang ke rumah sakit atau lembaga, serta menyepakati masalah klien yang berujung mengakhiri perkenalan (Sarfika, Ariani, & Freska, 2018). Tahap perkenalan menjadi awalan bagi praktisi kesehatan untuk dapat membantu klien dalam membuka diri seperti mengutarakan keluhannya. Praktisi kesehatan secara khusus bertugas untuk membina hubungan saling percaya, menerima dan menghargai kondisi klien, serta menggunakan komunikasi yang terbuka. Lingkungan yang kondusif juga membantu klien untuk dapat berpikir jernih dan mengutarakan keluhan secara detail, terbuka, sistematis, dan objektif.

b. Fase Orientasi

Tahapan ini bertujuan untuk memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah dirancang dengan keadaan pasien serta mengevaluasi tindakan yang telah dilakukan sebelumnya (Stuart, 2018). Pada tahapan ini, praktisi kesehatan dituntut untuk memiliki keterampilan *active listening*, fokus, dan rasa untuk memahami untuk dapat mengumpulkan data-data yang diperlukan dalam proses pemulihan. Praktisi kesehatan harus mengecek keseluruhan data mulai dari observasi, wawancara, pemeriksaan fisik/latar belakang, hingga studi dokumentasi. Kemampuan analisa yang tepat juga diperlukan untuk dapat mendiagnosa kendala yang dihadapi oleh klien. Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam fase ini ialah langkah pengantar seperti memberi salam (seperti halnya fase perkenalan), memvalidasi atau mengkonfirmasi kembali keadaan klien, dan mengaitkan kontrak sebelumnya yang kemudian berlanjut pada identifikasi alasan klien datang, mengeksplorasi perasaan, pikiran, dan tindakan klien, dan memberikan perhatian penuh agar klien dapat berkomunikasi dengan terbuka serta membangun kepercayaan satu sama lain.

C. Tahap Kerja

Tahapan ini merupakan inti dari tahapan komunikasi terapeutik yang bertujuan untuk melaksanakan terapi, observasi, monitoring, melaksanakan pendidikan kesehatan, dan mengembangkan kemampuan klien secara mandiri dalam menyelesaikan masalah yang dihadapinya. Langkah yang harus dilakukan oleh praktisi kesehatan pada tahapan ini dimulai dengan mengeksplorasi stressor yang relevan, dalam artian menanyakan keluhan

utama atau keluhan yang berkaitan dengan pelaksanaan. Langkah selanjutnya yaitu mendorong perkembangan *insight* klien dengan memberi kesempatan klien untuk bertanya. Lalu, menangani tingkah laku yang telah menjadi kebiasaan klien melalui kegiatan dengan cara yang baik dan memberikan contoh-contoh yang dapat membantu kognitif pasien bekerja.

D. Tahap Terminasi

Tahapan ini adalah tahapan akhir dalam komunikasi terapeutik yang terjadi antara praktisi kesehatan dengan klien dimana tahapan ini terbagi menjadi dua yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara merupakan akhir pertemuan dari praktisi kesehatan dengan klien pada sesi-sesi tertentu yang akan berlanjut pada waktu yang telah ditentukan. Terminasi akhir merupakan tahapan dimana klien telah menyelesaikan proses pemulihannya di rumah sakit atau suatu lembaga. Pada tahap ini, praktisi kesehatan harus menciptakan realitas perpisahan agar dapat mengevaluasi subjektif dan objektif terhadap kondisi klien dan melihat kembali apakah perlu untuk melakukan pertemuan lanjutan atau tidak. Tahapan ini juga menuntut praktisi kesehatan untuk dapat mengeksplorasi perasaan adanya penolakan, kehilangan, perasaan marah dan sedih, serta perilaku yang relevan. Setelah evaluasi dilakukan, praktisi kesehatan juga perlu memberikan *reinforcement* yang positif dan mengakhiri kegiatan dengan baik agar proses pemulihan dapat berjalan dengan baik setelah pasien keluar dari rumah sakit.

4. Faktor Keberhasilan Komunikasi Terapeutik

Perry & Potter (Mundakir, 2006) mengemukakan mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi jalannya penyampaian dan penerimaan pesan, dalam hal ini yakni komunikasi terapeutik sebagai berikut.

a) Persepsi

Persepsi merupakan cara seseorang mengorganisasikan pemikirannya dan menginterpretasikan dalam otaknya mengenai hal-hal yang terjadi pada sekelilingnya. Thoha (1994) mengemukakan pandangan lain mengenai pengertian dari persepsi dalam penelitian Nita Sriana (2016), persepsi adalah proses kognitif yang terjadi pada seseorang saat berusaha untuk memahami pesan yang disampaikan melalui indra penglihatan, penciuman, perasaan, penghayatan, bahkan sudut pandang.

Persepsi juga merupakan inti dari berjalannya komunikasi terapeutik. Seorang praktisi kesehatan harus memiliki kemampuan analisa yang baik melalui pengetahuan yang dikuasai agar persepsi yang diinterpretasikan memberi makna atau pemahaman pada klien (Mulyana, 2016).

b) Nilai

Menurut Perry & Potter, nilai merupakan apa yang diyakini oleh seseorang. Nilai juga dapat diartikan sebagai sesuatu yang memiliki kualitas, tidak tergantung pada benda (Scheler, 2001). Nilai juga dekat dengan etika dan bervariasi mengikuti kualitas diri seseorang sehingga nilai yang dimiliki oleh satu individu tentu berbeda dengan individu lainnya. Begitupula dengan nilai yang diterapkan oleh praktisi kesehatan berbeda dengan nilai dari klien.

Misalnya, komunikasi yang terjadi antara praktisi kesehatan dengan sesama kolega akan berfokus pada upaya pemulihan klien yang dihadapi masing-masing atau berkaitan dengan masalah kesehatan lainnya sedangkan komunikasi antara praktisi kesehatan dan klien berupa dukungan sebagai upaya untuk mengatasi masalah klien dan mencoba untuk melakukan pendekatan nilai yang dimiliki pasien dengan mengurangi disonansi kognitif menyelesaikan masalah yang dihadapi.

c) Emosi

Perasaan yang terdapat pada diri seseorang secara subyektif disebut dengan emosi. Kekuatan emosi dipengaruhi oleh kemampuan yang dimiliki seseorang ketika berhubungan dengan orang lain. Praktisi kesehatan harus dapat memisahkan emosi profesional dengan emosi individu. Emosi profesional adalah perasaan yang menempatkan diri terhadap apa yang dirasakan oleh orang lain sedangkan emosi individu berkaitan dengan perasaan pada pengalaman yang terjadi pada diri praktisi kesehatan. Ketika menghadapi klien, praktisi kesehatan dituntut untuk dapat menghadapi emosi reaksional sehingga manajemen emosi terhadap praktisi kesehatan menjadi salah satu kemampuan profesional dalam bidang kesehatan.

d) Latar Belakang Sosial Budaya

Proses penyampaian komunikasi juga dipengaruhi oleh latar belakang sosial budaya dimana tingkah laku dan pemikiran terhadap suatu hal berbeda antara satu budaya dengan budaya lainnya. Misalnya, di Indonesia masih banyak anak yang tinggal dengan orang tua bahkan saat menginjak usia dewasa.

Berbeda dengan budaya di Amerika Serikat dimana anak yang berusia lebih dari 18 tahun dapat tinggal sendiri atau pindah dari rumah orang tuanya. Perbedaan latar belakang sosial budaya ini dapat menjadi pegangan bagi praktisi kesehatan dalam bertutur kata, bersikap dan melangkah dalam berkomunikasi dengan klien.

e) Pengetahuan

Perbedaan tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh setiap orang dapat menjadi suatu hambatan dalam berkomunikasi ketika komunikator tidak memiliki pengetahuan yang luas. Praktisi kesehatan tentu akan lebih mudah berbicara mengenai masalah jantung dengan pasien yang memiliki pengetahuan khusus tentang masalah yang dialaminya dibanding berbicara dengan orang yang baru mengetahui masalah tersebut. Inilah yang menyebabkan komunikasi dapat menjadi satu arah ataupun dua arah. Oleh karenanya, praktisi kesehatan harus dapat memahami berbagai tingkat pengetahuan.

f) Peran dan Hubungan

Hubungan praktisi kesehatan-klien bukan hanya sekedar hubungan mutualis atau hubungan yang saling menguntungkan satu sama lain atau memberikan dan menerima satu sama lain, melainkan hubungan ini disebut sebagai "*a human to human relationship*". Komunikasi terapeutik yang terjalin berdasar pada komunikasi antar manusia yang menjadikan klien bukan sebagai obyek melainkan manusia yang utuh. Hubungan ini pada dasarnya

menciptakan iklim psikologis yang kondusif dan memfasilitasi perkembangan positif pada diri klien (Travelbee, 2006).

Pada hubungan bermakna terapeutik yang terjalin, praktisi kesehatan harus dapat berperan sebagai komunikator yang baik untuk dapat mempengaruhi komunikasi yang terjadi. Ketika seseorang berkomunikasi dengan orang yang dikenal atau seperti mengenali diri lawan bicara, maka lawan bicara akan merasa bebas dan nyaman dalam menyampaikan ide/gagasan kepada individu yang mempunyai perkembangan positif.

Komunikasi ini akan menciptakan hubungan yang menyenangkan dan positif. Berusaha untuk mengenali diri lawan bicara dalam berkomunikasi merupakan peran dari praktisi kesehatan untuk mendapatkan dampak positif bagi kemajuan hubungan.

g) Kondisi Lingkungan

Komunikasi akan berjalan dengan lancar dan nyaman jika lingkungan yang ada bebas dari gangguan dan kericuhan. Ruangan yang tenang, bersih, dan ramah membuat suasana dari komunikasi yang berlangsung menjadi lebih positif.

C. Gangguan Stress Pasca Trauma/*Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD)

1. Pengertian Gangguan Stress Pasca Trauma/*Post-Traumatic Stress*

***Disorder* (PTSD) dan Jenis Trauma**

Gangguan Stress Pasca Trauma/ *Post-Traumatic Stress Disorder* atau yang disingkat dengan PTSD merupakan gangguan stress yang dialami oleh seseorang akibat mengalami peristiwa traumatik yang luar biasa seperti bencana alam, pemerkosaan, kekerasan dalam rumah tangga, teror, perang, sandera, berada dalam tempat pembantaian (Pieter & Lubis, Pengantar Psikologi dalam Keperawatan, 2010). PTSD pada dasarnya adalah label yang diberikan pada seseorang berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) Fourth Edition di bawah kelompok diagnosis Anxiety Disorders (Frierson, 2008) dalam artian bahwasanya PTSD merupakan bagian dari *anxiety disorder*/gangguan kecemasan. Gangguan kecemasan sendiri merupakan cabang dari gangguan mental emosional sehingga dapat dikatakan bahwa PTSD merupakan bagian dari gangguan mental emosional dan gangguan kecemasan.

Sadock, B.J, & Sadock, V.A (2007) mendefinisikan PTSD sebagai suatu keadaan yang terjadi setelah seseorang melihat, mendengar, atau mengalami suatu kejadian trauma yang dapat mengancam kehidupannya dan kemudian membuatnya mengalami penurunan mental dan fisik secara ekstrem

PTSD terjadi ketika seseorang mengalami atau menyaksikan peristiwa traumatik dan merasakan ketakutan yang terus menerus sehingga muncul rasa ketidakberdayaan untuk menghadapinya. Ketika seseorang mengalami reaksi

setelah kejadian traumatik dalam kurun waktu lebih dari enam minggu dan mengganggu aktivitas dalam kehidupan sehari-hari maka ia dapat dikatakan mengalami PTSD (MSF-Holland, 2001). Peristiwa atau kejadian traumatik ini terbagi menjadi tiga jenis yang berbeda (Mendatu, 2010) yaitu :

1. Trauma Impersonal

Peristiwa traumatik yang tidak melibatkan perasaan penderita dengan orang lain. Misalnya : Bencana alam, kecelakaan, bencana terkait manusia seperti kecelakaan lalu lintas, terjatuh dari pohon, tenggelam, dan sebagainya.

2. Trauma Interpersonal

Peristiwa traumatik yang melibatkan perasaan seseorang karena melibatkan dirinya atau orang-orang terdekatnya sebagai korban, pelaku, atau saksi matanya. Misalnya : Kehilangan atau kematian orang terdekat, dikhianati atau mendapatkan kebohongan besar dari orang-orang yang pernah dipercaya, pencurian, perampokan, dan kekerasan dalam beragam bentuk.

3. Trauma Kelekatan

Peristiwa traumatik ini akan muncul ketika diinterpretasikan oleh korban sebagai ancaman untuk menjalin kelekatan dengan orang lain yang disebabkan oleh salah satu dari orang terdekat. Biasanya peristiwa traumatik yang terjadi berkaitan dengan masa kecil. Misalnya : Kekerasan fisik dan psikologis yang didapati dari orang terdekat, kekerasan seksual terhadap orang terdekat, dipisahkan secara paksa dengan atau oleh orang terdekat, diabaikan kebutuhan fisik dan emosionalnya.

Ketika salah satu dari ketiga jenis trauma ini terjadi, maka akan muncul respon yang berbeda dari tiap individu yang merasakan. Respon yang disertai dengan gejala fisik dan psikologis yang sulit untuk diatasi dapat menyebabkan PTSD. David M Bendek (2009) menambahkan bahwa PTSD memiliki potensi masalah kejiwaan yang serius dimana ketika diri penderita sudah tidak bisa mengontrol peristiwa yang kembali di pikirannya, maka dapat menimbulkan masalah-masalah kejiwaan lainnya seperti depresi hingga *distress* yang mendalam.

2. Gejala PTSD / *Post-Traumatic Stress Disorder*

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-V, 2013), gejala-gejala yang terjadi pada penderita PTSD, yaitu :

A. Mengingat Kembali Kejadian Traumatik (*Intrusive Re-Experiencing*)

Re-Experiencing adalah gejala PTSD yang paling sering terjadi pada penderita PTSD dimana penderita mengingat kembali peristiwa yang dialaminya. Seseorang dapat mengalami mimpi buruk yang mengerikan mengenai kejadian itu atau ingatan yang traumatik dapat tiba-tiba kembali yang membuat diri merasakan ketakutan intens dan serangan panik. Gejala fisik yang muncul juga dapat berupa sesak di dada, peningkatan tekanan darah, jantung berdebar lebih cepat, pernafasan yang cenderung cepat dan sebagainya (Health, 2022). Kembalinya ingatan mengenai kejadian yang traumatik biasanya disebabkan oleh melihat kembali tempat, benda, suasana, kata-kata, atau seseorang yang berkaitan. Gejala ini juga biasanya dimulai dari pikiran dan perasaan dari penderita itu sendiri.

B. Penghindaran (*Avoidance*)

Penderita PTSD umumnya berusaha untuk menghindari kegiatan, benda, atau tempat yang menjadi pemicu dirinya mengingat kembali peristiwa traumatik tersebut. Seperti contohnya, ketika seseorang yang pernah mengalami kecelakaan pesawat, ia akan berusaha untuk tidak berpergian dengan pesawat atau menghindari pergi ke tempat yang tinggi agar tidak mengingat hal-hal itu kembali.

C. Ketegangan (*Arousal*)

Pada gejala ini, penderita PTSD akan mengalami kesulitan tidur dan kesulitan untuk mengontrol emosi. Suara yang terlalu keras dan kejadian yang membuat stress dapat dengan mudah mengagetkan penderita PTSD. Gejala ini dapat membuat seseorang merasa tegang atau merasa gugup yang berlebih.

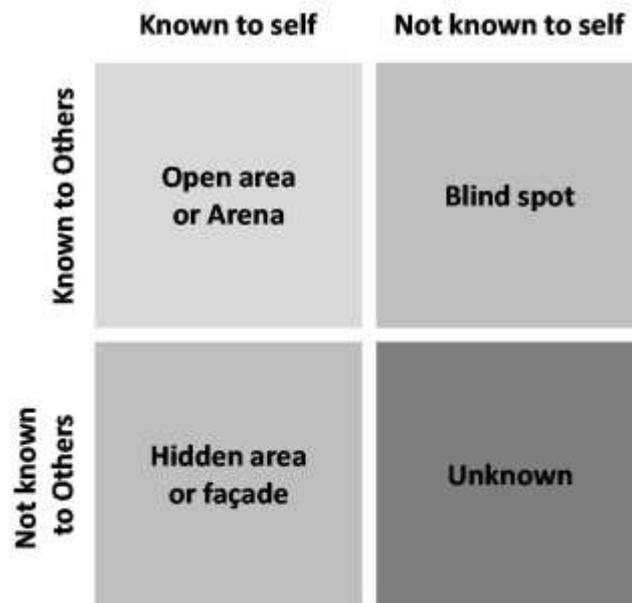
D. Gejala Kognisi dan Gangguan Suasana Hati (*Cognition and Mood Symptoms*)

Gejala lainnya umumnya terjadi pada penderita PTSD yaitu gejala kognisi dan gangguan suasana hati dimana gejala ini dapat membuat suasana hati seseorang memburuk dan menyalahkan dirinya sendiri berulang kali, penderita PTSD juga dapat kehilangan minat pada aktivitas yang biasanya dilakukan sekalipun itu merupakan hobi atau minatnya. Pada gejala ini, Penderita PTSD akan mengalami kesulitan untuk mengingat penyebab utama dari peristiwa traumatik dan berpikiran negatif tentang diri sendiri atau dunia yang kemudian menyebabkan dirinya merasa terasing dari teman atau anggota keluarga.

Berdasarkan tinjauan yang dilakukan pada psikolog di Lembaga Psikomorfosa Makassar, Nur Fadilla mengemukakan bahwa gangguan psikologis PTSD memiliki tingkatan yakni ringan, sedang, dan tinggi. Gejala-gejala yang muncul biasanya akan menunjukkan tingkatan penderita PTSD. Seseorang belum bisa mendapatkan diagnosa akhir mengenai label PTSD ketika gejala-gejala tersebut baru muncul selama beberapa minggu setelah peristiwa. Seseorang dapat dikatakan sebagai PTSD jika mengalami salah satu dari gejala-gejala tersebut kurang lebih dalam waktu tiga bulan setelah kejadian traumatik dan dapat mengganggu hubungan atau pekerjaan. Namun, beberapa orang juga dapat mengalaminya setelah bertahun-tahun dari kejadian traumatik itu.

D. Model Johari Window

Model *Johari Window* dikemukakan oleh Joseph Luft dan Harry Ingham pada tahun 1955. Model ini digunakan sebagai sistem pengembangan diri pada individu dengan individu lainnya atau dalam suatu kelompok berdasarkan pengungkapan diri dan umpan balik. Model ini menjelaskan mengenai analisa konsep diri dan bagaimana hubungan dalam membuka diri (Bahfiarti, 2020). Pada penelitian ini, model ini dijadikan sebagai analisa awal dalam melihat area konsep diri penderita PTSD yang kemudian akan diteliti lebih lanjut mengenai tahapan-tahapan dalam berkomunikasi terapeutik dengan praktisi kesehatan. Berikut gambaran dan penjabaran mengenai model johari window.



The Johari Window Model

Gambar 1. 3 Model Johari Window
Sumber : Jaime Gutierrez-Ang (2009)

1. Terbuka (*Open*)

Pada area ini, informasi diri diketahui oleh orang lain selangkah demi selangkah hingga mengurangi area tersembunyi yang ada pada diri mulai dari identitas, kebiasaan, sikap hingga perasaan. Adanya umpan balik atau *feedback* yang terjadi dalam komunikasi antar komunikator dengan komunikan menimbulkan pemahaman satu sama lain dan membuat ruang lingkup area semakin luas.

2. Buta (*Blind*)

Area ini merupakan area dimana informasi mengenai diri sendiri diketahui oleh orang lain namun diri tak menyadarinya. Area ini dapat membangun komunikasi yang baik untuk bekerjasama dengan orang lain.

3. Tersembunyi (*Hidden*)

Area ini menjadi area dimana informasi yang ada pada diri tidak disebarkan kepada orang lain atau cenderung tertutup. Miskomunikasi dapat terjadi yang memiliki potensi untuk menghambat hubungan interpersonal

4. Tidak Tahu (*Unknown*)

Area ini merupakan area di mana diri sendiri maupun orang lain tidak mengetahui informasi diri. Hal ini dapat disebabkan oleh pengalaman atau peristiwa traumatis di masa lalu yang tidak diketahui seumur hidup namun dapat dirasakan. Seseorang cenderung tertutup pada diri maupun orang lain sehingga pada area ini sebenarnya diperlukan interaksi dengan orang-orang yang memiliki keterampilan komunikasi dan pengamatan yang baik agar orang tersebut dapat terbuka.

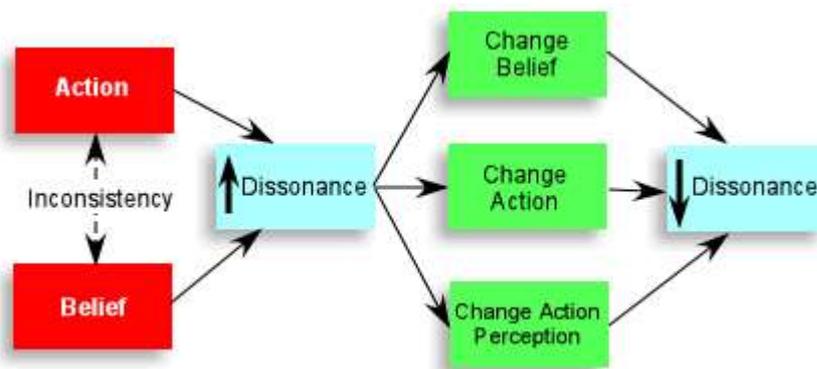
E. Teori Disonansi Kognitif

Teori disonansi kognitif menjelaskan mengenai cara manusia berupaya untuk mencari dan mengurangi ketidaknyamanan dalam beragam situasi. Teori ini juga menjelaskan bagaimana proses psikologi sosial yang berfokus pada perubahan sikap, *mindset*, dan perilaku yang seimbang. Teori ini pertama kalinya dikemukakan oleh Leon Festinger pada tahun 1957. Pada awalnya, teori ini hanya diperuntukkan disiplin ilmu psikologi sosial yang menekankan terkait cara kerja kognisi untuk mengurangi inkonsistensi. Namun, pada perkembangannya, teori ini membuat para peneliti dari disiplin ilmu komunikasi terinspirasi untuk menerapkannya ke dalam berbagai tema

penelitiannya sehingga teori ini termasuk ke dalam teori psikologi komunikasi. (Muhammadin & dkk, 2021).

Kognisi merupakan jalan untuk mengetahui, meyakini, menilai, dan berpikir sedangkan disonansi adalah suatu perasaan tidak nyaman yang memotivasi orang untuk mengambil langkah ketidaknyamanan itu (Turner, 2004) Tingkat disonansi dipengaruhi oleh alasan seseorang yang membenarkan disonansi itu. Alasan merujuk pada penalaran untuk menjelaskan mengenai adanya inkonsistensi. Semakin orang tersebut membenarkan suatu ketidakseimbangan yang ada di pikirannya, maka perilaku komunikasi atau sikapnya pun akan terus berjalan tidak konsisten (Turner, 2004).

Dari kedua definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa disonansi kognitif adalah perasaan tidak nyaman akibat pikiran, sikap, dan perilaku yang tidak konsisten. Disonansi kognitif dapat menyebabkan ketegangan psikologis karena inkonsistensi yang terjadi.



Gambar 1. 4 Gambaran Proses Teori Disonansi Kognitif

Sumber : West & Turner (2007)

Gambar 1.4 menggambarkan bahwa ketika tindakan dan keyakinan mengalami inkonsistensi maka hal ini dapat berpengaruh pada peningkatan disonansi. Ketika disonansi semakin meningkat, maka ketegangan psikologis juga akan semakin meningkat. Untuk mencegah hal tersebut, hal yang perlu dilakukan ialah mengurangi tingkat disonansi dengan mengubah tindakan, persepsi, pikiran, dan apa yang diyakini. Pada psikologi komunikasi, pendekatan komunikasi dapat dilakukan sebagai upaya untuk mengurangi disonansi kognitif yang ada dalam diri individu. Misalnya, dalam tinjauan kasus yang akan diteliti oleh peneliti, ketika seseorang mengalami gejala PTSD yang mengganggu aktivitas dalam kesehariannya, ia memiliki keinginan untuk memulihkan traumanya dan melupakan kejadian traumatik. Pada proses pemulihannya, ia membutuhkan seseorang yang dapat membantunya seperti praktisi kesehatan, dalam hal ini psikolog. Namun, ketika datang ke tempat psikolog, individu tersebut tidak dapat menceritakan rangkaian kejadian traumanya dikarenakan rasa takutnya yang mendalam akan mengalami ketidakberdayaan jika teringat kembali. Keinginan orang tersebut tidak selaras dengan perilakunya, rasa takut dan pikiran yang mencekam membuat inkonsistensi dalam kognitif individu sehingga inilah yang disebut dengan disonansi kognitif. Komunikasi terapeutik dengan berbagai tahapan dapat menjadi upaya untuk mengurangi tingkat disonansi.