PROSES KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM HIPNOTERAPI DI TRANCE CLINIC KOTA BANDUNG

Oleh

JOHN ROYLE CANDI

S1 Ilmu Komunikasi, Fakultas Komunikasi Bisnis, Universitas Telkom

jonahjolie@telkomuniversity.ac.id

Abstrak

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif dimana berdasarkan paradigma konstruktivisme. Penelusuran yang berkaitan dengan teori interaksionisme simbolik juga menjadi perhatian tertentu dalam penelitian ini. Komunikasi terapeutik merupakan jenis komunikasi baru yang sifatnya ialah mensugesti dan biasa digunakan di rumah sakit dan klinik hipnoterapi. Komunikasi terapeutik dikaji untuk mengetahui dari jenis komunikasi ini, tentu untuk perluasan wawasan mengenai jenis komunikasi yang ada. Proses dari komunikasi terapeutik yang terjadi di klinik hipnoterapi memiliki 5 fase yang pada praktiknya fase ini terbilang wajib dilaksanakan. Fase yang satu dan yang lainnya memiliki keterkaitan atau benang merah yang kuat, sehingga setiap fase wajib dilaksanakan secara berurutan bagi setiap terapis atau penggunanya. Fase-fase tersebut adalah Pra- Induksi, Induksi, Prosedur Terapeutik, Terminasi dan Post Hypnotic. Dalam menjalankan komunikasi terapeutik terapis perlu membangun rasa percaya dan kesamaan persepsi kepada pasiennya, agar terapis mendapatkan kepercayaan dari pasiennya untuk memudahkan proses komunikasi ini berhasil. **Kata Kunci: Komunikasi Terapeutik, Trance Clinic Kota Bandung, Insteraksionisme Simbolik.**

Abstract

This study used a descriptive research method which is based on the paradigm of constructivism. Search related to symbolic interaction theory also be a particular concern in this study. Therapeutic communication is a new type of communication is suggestion control and commonly used in hospitals and clinical hypnotherapy. Examined to determine the therapeutic communication of the type of communication is, certainly for the expansion of insight on the types of communication that exist. The process of therapeutic communication that occurs in clinical hypnotherapy has 5 phases in practice this phase must be implemented fairly. Phase and the other one has a connection or strong thread, so that each phase must be carried out sequentially for each therapist or users. These phases are the Pre-Induction, Induction, Therapeutic Procedures, Termination and Post Hypnotic. In carrying out therapeutic communication therapists need to build trust and a common perception of the patient, that therapists gain the trust of his patients to facilitate the communication process is successful. **Key Word: Therapeutic communication, Trance Clinic In Bandung, Symbolic Interaction.**

I. PENDAHULUAN

Latar Belakang Masalah

Komunikasi terapeutik sekarang mulai berkembang, salah satunya dalam dunia kesehatan. Kita bisa melihat sekarang ini banyak klinik ataupun tempat praktek penyembuhan penyakit yang menyerang mental seseorang misalnya *phobia* ataupun trauma jenis lainnya. Akan tetapi penyakit yang menyerang mental seseorang ini tidak dapat disembuhkan menggunakan obat – obatan baik obat berbahan kimia maupun alami. Semua jenis obat-obat yang diberikan kepada orang yang mentalnya terganggu ialah obat penenang yang khasiatnya hanya menenangkan pikiran terhadap rasa takutnya bukan bersifat menyembuhkan, karena bila efek obat tersebut habis maka seseorang akan tetap kembali kepada apa yang dia alami sebelumnya.¹

Sugesti selain untuk meyakinkan diri sendiri juga dapat dijadikan fasilitas bagi pengobatan gangguan psikologi. Contohnya ialah pengobatan gangguan psikologi di klinik hipnoterapi menggunakan komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatan dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Uripni, 2003:48). Komunikasi Terapeutik terjadi antar dua individu, perawat dan klien, dan menggambarkan kepribadian masing – masing individu (Videbeck, 2008:157). Komunikasi terapeutik bukan pekerjaan yang bisa dikesampingkan, namun harus direncanakan, disengaja, dan merupakan tindakan profesional. Akan tetapi, jangan sampai karena terlalu asyik bekerja, kemudian melupakan pasien sebagai manusia dengan beragam latar belakang dan masalahnya (Arwani, 2003:50).

Komunikasi terapeutik sekarang mulai berkembang, salah satunya dalam dunia kesehatan. Kita bisa melihat sekarang ini banyak klinik ataupun tempat praktek penyembuhan penyakit yang menyerang mental seseorang misalnya *phobia* ataupun trauma jenis lainnya. Akan tetapi penyakit yang menyerang mental seseorang ini tidak dapat disembuhkan menggunakan obat – obatan baik obat berbahan kimia maupun alami. Semua jenis obat-obat yang diberikan kepada orang yang mentalnya terganggu ialah obat penenang yang khasiatnya hanya menenangkan pikiran terhadap rasa takutnya bukan bersifat menyembuhkan, karena bila efek obat tersebut habis maka seseorang akan tetap kembali kepada apa yang dia alami sebelumnya.²

Di abad 20 Milton H. Erickson (1901-1980), mengembangkan hipnosis untuk dunia terapi. Dimana Erickson memanfaatkan hipnosis ini untuk digunakan dalam menterapi seseorang yang memiliki masalah psikis. Banyak korban psikis pasca perang dunia ke II yang berhasil diselamatkan oleh Erickson. Metode yang digunakan oleh Erickson inilah yang kemudian sering disebut dengan Ericksonian Hypnotherapy. Metode Erickson inilah yang menandai era Hipnoterapi modern

Di tahun 1973, dari Santa Cruz, dua orang ilmuwan bernama Richard Bandler dan Professor John Grinder, mengembangkan sebuah ilmu komunikasi yang diturunkan dari Hipnosis. Ilmu ini selanjutnya dikenal sebagai *Neuro Linguistic Programming* yang biasa dikenal dengan NLP. Dengan NLP, ternyata Bandler dan Grinder tidak saja memperbesar kemampuan hipnoterapi dalam keadaan tidur semata bahkan mengikuti jejak gurunya Erickson, NLP mampu mempercepat pemulihan trauma dalam keadaan sadar dan dalam tempo yang sangat singkat.

Hipnoterapi merupakan salah satu metode yang terbukti dan sangat efektif untuk mengatasi stres. Memang ada beberapa metode yang selain hipnoterapi yang digunakan untuk mengatasi stres tapi kurang efektif dan butuh waktu yang lama untuk bisa merasakan perubahan yang signifikan. Kurang efektif karena metode yang lain tidak menyentuh akar permasalahan dan hanya bermain di level pikiran sadar. Padahal sumber stres pada seseorang itu tersimpan di pikiran bawah sadar (Zain, 2011:21). Penelitian menunjukkan bahwa mereka yang menggunakan hipnosis sebagai terapi stres, terbukti memiliki fungsi kinerja otak kanan dan otak kiri yang lebih stabil dan seimbang (Rafael, 2006:3). Otak kanan terhubung langsung dengan Sistem Syaraf Otonom yang mengatur tekanan darah, detak jantung, pernafasan, dan pencernaan (Campbell, 2002:6).

Dalam berbagai hal tentang psikotransmitter dan hipnoterapi yang dialami dan dibaca oleh peneliti sebelum melakukan penelitian ini, maka peneliti membuat sebuah kesimpulan awal bahwa komunikasi bawah sadar memberikan pengaruh yang sangat besar dalam berbagai hal dan dapat dijadikan sebagai alternatif pengobatan. Namun kenapa peneliti ingin mengangkat penelitian dengan tema ini dikarenakan ada satu keraguan yang dialami oleh peneliti. Peneliti mengalami sebuah pobia yang disebabkan trauma pada saat kecil, yaitu pobia darah atau dikenal dengan nama *hematophobia*. Apakah dengan menggunakan komunikasi terapeutik dalam proses hipnoterapi berdampak pada kesembuhan permanen ataukah hanya bersifat sementara. Dengan kata lain apakah cara seperti ini efektif untuk apa yang saya alami. Maka dari itu peneliti menetapkan sebuah penelitian yang berjudul: PROSES KOMUNIKASI TERAPEUTIK DALAM HIPNOTERAPI DI TRANCE CLINIC KOTA BANDUNG.

---

¹ <http://www.tempo.co/read/news/2013/06/27/110491547/Hypnobeauty-Sugesti-Mempercantik-Diri-Luar-Dalam>, 13 Juni 2014 pukul 01:57 WIB.

² Diakses pada alfateta.blogspot.com/2009_10_01_archive.html, 23 Mei 2014 jam 20:43 WIB.

II. TINJAUAN TEORI

Komunikasi Terapeutik

Menurut As Hombly (1974) yang dikutip oleh Nurjannah, I (2001) mengatakan bahwa terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan.

Kalthner, dkk (1995) mengatakan bahwa komunikasi terapeutik terjadi dengan tujuan menolong pasien yang dilakukan oleh orang-orang yang profesional dengan menggunakan pendekatan personal berdasarkan perasaan dan emosi. Didalam komunikasi terapeutik ini harus ada unsur kepercayaan. (Mundakir, 2006:115).

Heri Purwanto (1994) mengemukakan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar dan bertujuan dalam kegiatannya difokuskan untuk kesembuhan pasien, dan merupakan komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan untuk penyembuhan pasien (Mundakir, 2006:115).

Mulyana (2000) mengatakan komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal yaitu komunikasi antara orang-orang secara tatap muka yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal maupun non verbal. (Mundakir, 2006:116).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik mengarah pada bentuk komunikasi interpersonal. Northouse (1998:12).

Dengan memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, perawat akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya kepada klien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi.

Tujuan Komunikasi terapeutik (Purwanto, 1994) adalah :

1. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan.
2. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
3. Memengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri. (Damaiyanti, 2010:11).

Stuart dan Sundeen dalam Christina, dkk (2003) mengatakan ada dua persyaratan dasar untuk komunikasi terapeutik efektif :

1. Semua komunikasi harus ditunjukkan untuk menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan.
2. Komunikasi yang menciptakan saling pengertian harus dilakukan terlebih dahulu sebelum memberikan saran, informasi maupun masukan. (Damaiyanti, 2010:12).

Persyaratan - persyaratan untuk komunikasi terapeutik ini dibutuhkan untuk membentuk hubungan perawat-klien sehingga klien memungkinkan untuk mengimplementasikan proses keperawatan. Komunikasi terapeutik ini akan efektif bila melalui penggunaan dan latihan yang sering.

Interaksionisme Simbolik

Beberapa orang ilmuwan punya andil utama sebagai perintis interaksionisme simbolik, diantaranya James Mark Baldwin, William James, Charles H. Cooley, John Dewey, William I. Thomas, dan George Herbert Mead. Akan tetapi Mead-lah yang paling populer sebagai perintis dasar teori tersebut. Mead mengembangkan teori interaksionisme simbolik pada tahun 1920-an dan 1930-an ketika ia menjadi professor filsafat di Universitas Chicago. Namun gagasan-gagasannya mengenai interaksionisme simbolik berkembang pesat setelah para mahasiswanya menerbitkan catatan dan kuliah-kuliahnya, terutama melalui buku yang menjadi rujukan utama teori interaksi simbolik, yakni : *Mind, Self, and Society* (1934) yang diterbitkan tak lama setelah Mead meninggal dunia. Penyebaran dan pengembangan teori Mead juga berlangsung melalui interpretasi dan penjabaran lebih lanjut yang dilakukan para mahasiswanya, terutama Herbert Blumer. Justru Blumer-lah yang menciptakan istilah "interaksi simbolik" pada tahun (1937) dan mempopulerkannya di kalangan komunitas akademis (Mulyana, 2001 : 68).

Perspektif interaksi simbolik sebenarnya berada di bawah perspektif yang lebih besar yang sering disebut perspektif fenomenologis atau perspektif interpretif. Maurice Natanson menggunakan istilah *fenomenologis* sebagai suatu istilah yang merujuk pada semua pandangan ilmu sosial yang menganggap kesadaran manusia dan makna subjektifnya sebagai fokus untuk memahami tindakan sosial. Menurut Natanson, pandangan fenomenologis atas realitas sosial menganggap dunia intersubjektif terbentuk dalam aktivitas kesadaran yang salah satu hasilnya adalah ilmu alam. Ia mengakui bahwa George Herbert Mead, William I. Thomas, dan Charles H. Cooley, selain mazhab Eropa yang dipengaruhi Max Weber adalah representasi perspektif fenomenologis ini. Bogdan dan Taylor mengemukakan bahwa dua pendekatan utama dalam tradisi fenomenologis adalah interaksi simbolik dan etnometodologi (Mulyana, 2001:59).

Selama awal perkembangannya, teori interaksi simbolik seolah-olah tetap tersembunyi di belakang dominasi teori fenomenologisme dari Talcott Parsons. Namun kemunduran fungsionalisme tahun 1950-an dan 1960-an mengakibatkan interaksionisme simbolik muncul kembali ke permukaan dan berkembang pesat hingga

saat ini. Selama tahun 1960-an tokoh-tokoh interaksionisme simbolik seperti Howard S. Becker dan Erving Goffman menghasilkan kajian-kajian interpretatif yang menarik dan menawarkan pandangan alternatif yang sangat memikat mengenai sosialisasi dan hubungan antara individu dan masyarakat (Mulyana, 2001:59).

Sedangkan interaksionisme simbolik mempelajari sifat interaksi yang merupakan kegiatan sosial dinamis manusia. Bagi perspektif ini, individu bersifat aktif, reflektif, dan kreatif, menafsirkan, menampilkan perilaku yang rumit dan sulit diramalkan. Paham ini menolak gagasan bahwa individu adalah organisme yang pasif yang perilakunya ditentukan oleh kekuatan-kekuatan atau struktur yang ada diluar dirinya. Oleh karena individu terus berubah maka masyarakat pun berubah melalui interaksi. Jadi interaksi lah yang dianggap sebagai variable penting yang menentukan perilaku manusia bukan struktur masyarakat.

Perspektif interaksi simbolik berusaha memahami perilaku manusia dari sudut pandang subjek. Perspektif ini menyarankan bahwa perilaku manusia harus dilihat sebagai proses yang memungkinkan manusia membentuk dan mengatur perilaku mereka dengan mempertimbangkan ekspektasi orang lain yang menjadi mitra interaksi mereka. Definisi yang mereka berikan kepada orang lain, situasi, objek dan bahkan diri mereka sendirilah yang menentukan perilaku mereka. Perilaku mereka tidak dapat digolongkan sebagai kebutuhan, dorongan impuls, tuntutan budaya atau tuntutan peran. Manusia bertindak hanyalah berdasarkan definisi atau penafsiran mereka atas objek-objek di sekeliling mereka. Tidak mengherankan bila frase-frase “definisi situasi”, “realitas terletak pada mata yang melihat” dan “bila manusia mendefinisikan situasi sebagai riil, situasi tersebut riil dalam konsekuensinya” sering dihubungkan dengan interaksionisme simbolik (Mulyana, 2001:70).

Menurut Adi. W. Gunawan hipnoterapi adalah aplikasi hipnosis dalam menyembuhkan masalah mental dan fisik (psikosomatis). (Gunawan, 2007:14).

Hipnoterapi

Menurut NSK Nugrogo, hipnoterapi adalah metode hipnosis yang digunakan untuk terapi yang berkaitan dengan mental atau keadaan psikologis seseorang. (Nugroho, 2008:176).

Dari semua psikoterapis yang berkembang di Indonesia saat ini, hipnoterapi masih berjalan lambat. Alasannya adalah mengenai persepsi masyarakat yang menganggap hipnoterapi adalah salah satu bentuk hal gaib, berhubungan dengan kuasa kegelapan, magic, dan ilmu sesat berbentuk gendam dan sejenisnya dimana prakteknya adalah pemilik ilmu menggunakan kekuatan dalam dirinya untuk memengaruhi orang lain, dan orang yang ingin dipengaruhi bertindak sebagai objek. Sedangkan dalam hipnoterapi tidak demikian, karena klien dianggap sebagai subjek. Jadi klien sebagai perencana dan penentu dalam proses hipnoterapi.

Akan tetapi untuk bisa mengerti apa itu hipnoterapi, terlebih dahulu peneliti mencoba menyampaikan apa itu hipnosis. Kata hipnosis dalam bahasa Inggris adalah *hypnosis* atau *hypnotism* (hipnotisme). Kata hipnosis menurut kamus Encarta memiliki makna:

“Suatu kondisi yang menyerupai tidur yang dapat sengaja dilakukan kepada orang, dimana mereka akan memberikan respon pada pertanyaan yang diajukan dan sangat terbuka dan reseptif terhadap sugesti yang diberikan oleh hipnotis dan merupakan teknik atau praktik dalam memengaruhi orang lain masuk ke dalam kondisi hipnosis.” (Gunawan, 2007:3).

III. METODOLOGI PENELITIAN

Metode penelitian yang digunakan oleh penelitian dalam melaksanakan penelitian ini yaitu penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Metode ini dilakukan berdasarkan pengalaman yang dialami oleh peneliti dalam kehidupan yang sedang dijalani saat ini. Dan disini peneliti terjun langsung ke lapangan untuk melakukan penelitian. Didukung oleh teori Jane Richie dalam Moleong (2007:6), penelitian kualitatif adalah upaya untuk menyajikan dunia sosial, dan perspektifnya di dalam dunia, dari segi konsep, perilaku, persepsi, dan persoalan tentang manusia yang diteliti. Kembali pada definisi disini dikemukakan tentang peranan penting dari apa yang seharusnya diteliti yaitu konsep, perilaku, persepsi, dan persoalan tentang manusia yang diteliti.

Penelitian kualitatif berdasarkan sifat realitas, mengandung persepsi subyektif bahwa realitas (komunikasi) bersifat ganda, rumit, semu, dinamis (mudah berubah), dikonstruksikan, dan holistik, kebenaran realitas bersifat relatif (Mulyana, 2007:50).

3.2 Paradigma Penelitian

Secara umum pendekatan penelitian atau sering juga disebut sebagai paradigma penelitian. Paradigma/pendekatan penelitian merupakan kerangka berpikir yang menjelaskan bagaimana cara pandang (perspektif) peneliti terhadap fakta kehidupan sosial dan perlakuan peneliti terhadap ilmu atau teori, yang dikonstruksi sebagai suatu pandangan yang mendasar dari suatu disiplin ilmu tentang apa yang menjadi pokok persoalan yang semestinya dipelajari (Ikbar, 2012:59).

Wimmer & Dominick dalam Kriyantono (2012:48) menyebut paradigma adalah seperangkat teori, prosedur dan asumsi yang diyakini tentang bagaimana peneliti melihat atau memandang dunia.

Pandangan konstruktivis biasanya memandang secara subjektif. Manusia berbeda dengan suatu benda. Manusia dianggap bebas dan aktif dalam berperilaku dan memaknai realitas sosial. Realitas merupakan hasil interaksi antar individu, jika kaum objektif memandang realitas sosial adalah teratur, dapat diramalkan dan relatif tetap, kaum subjektif memandang realitas sosial bersifat cair dan mudah berubah karena interaksi manusia. Pandangan subjektif menekankan pada penciptaan makna, artinya individu melakukan pemaknaan terhadap perilaku yang terjadi. Hasil pemaknaan ini merupakan pandangan manusia terhadap dunia sekitar. (Kriyantono, 2012:55).

Tabel 3.1: Tabel Kerangka Paradigma Penelitian

Kerangka	Paradigma Konstruktivis
1. Ontologi	Realitas: Hasil kejadian yang pada kenyataannya bisa kita lihat secara kasat mata, atau bisa juga mengenai apa yang kita lihat pada saat kejadian tanpa menganalisa dan mengetahui secara mendalam kebenaran yang sesungguhnya pada sifat objek yang kita teliti. Contohnya: Komunikasi Terapeutik yang terjadi pada pasien anak-anak maupun dewasa bersifat personal dan mendalam.
2. Epistemologi	Proses Interaksional yang terjadi antara peneliti, dokter/terapis, dan pasien yang masing-masingnya terlibat didalam penelitian ini. Contoh: Pendekatan yang terjadi oleh pasien kepada dokter ialah lebih bersifat teman namun intelek, biasanya komunikasi yang terjadi lebih santai namun bisa menghasilkan informasi yang akurat. Contoh kedua komunikasi antara dokter dengan pasien, bagaimana komunikasi yang terjadi masih belum bisa dipastikan seperti apa pastinya, namun bila dilihat dari segi konstruksi komunikasi yang harus terbentuk harusnya interaksinya bersifat interpersonal atau dengan kata lain lebih intim. Dan contoh yang terakhir ialah interaksi yang terjadi oleh peneliti dengan pasien. Meski belum terjadi interaksi antara peneliti dengan pasien namun peneliti ingin membangun komunikasi yang terjadi tidaklah arogan dalam bertanya, meski pertanyaan yang akan ditanyakan bukanlah mengenai masalah pribadi yang dialami oleh pasien, namun sifat dan karakteristik setiap orang berbeda. Sehingga hal tersebut menjadi pertimbangan peneliti dalam membentuk karakteristik interaksi yang akan terjadi selama penelitian terjadi.
3. Aksiologi	Manfaat meriset dapat dibagi dalam tiga hal. Pertama transformasinya, nilai etika, dan tujuan dari penelitian ini. Yang pertama ialah transformasi berisi tentang: • Perubahan apa yang terjadi • Bagaimana proses komunikasi tersebut dapat berjalan Yang kedua ialah nilai etika berisi tentang: • Isi komunikasi yang terjadi • Harus seperti apa komunikasi yang terjalin • Bagaimana menanggapi permasalahan yang terjadi didalam interaksi. Yang ketiga ialah tujuan. Tujuan disini ialah apa yang ingin kita dapatkan didalam penelitian yang sedang kita lakukan, dan apa manfaat dari penelitian yang kita lakukan serta siapa yang akan menjadi tujuan penelitian ini dilakukan.
4. Metodologi	Partisipasi: Peran kita disini akan memposisikan diri sebagai apa dan seperti apa yang kita inginkan, sesuai dengan jenis pendekatan yang kita inginkan. Disini pendekatannya berupa observasi ke klinik. Kualitas: Keadaan pada saat wawancara, apakah kita akan menciptakan suasana yang komunikatif atukah hanya komunikasi yang bersifat <i>straight</i>.

Sumber: Dedi N Hidayat

3.3 Objek Penelitian

Objek penelitian ini adalah Trance Clinic yang terletak di jalan Rajamantri Tengah no. 10, Buah Batu, Bandung. Trance Clinic didirikan tahun 2009, bergerak di bidang *mental health* melalui psikoterapi modern dan teknologi pikiran yang canggih. *Trance* adalah sebuah metode transformasi diri yang praktis, cepat, sederhana dan menyenangkan, yang dapat anda aplikasikan dalam kehidupan sehari-hari untuk membantu diri sendiri dan orang lain mencapai kehidupan yang diinginkan dalam segala aspek kehidupan.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini, adalah:

Wawancara

Penelitian ini menggunakan teknik wawancara yang dilakukan secara mendalam atau *in depth interview* dengan bentuk pertanyaan semi-terstruktur. Menurut Herdiansyah (2010:123-124), wawancara semi-terstruktur lebih tepat jika dilakukan pada penelitian kualitatif daripada penelitian lainnya.

Observasi

Selain wawancara, pada penelitian ini peneliti menggunakan teknik pengumpulan data dengan cara observasi partisipasi golongan partisipasi pasif. Menurut Sugiyono (2013, 64-66), *passive participation means the research is present at the scene of action but does not interact or participate*. Jadi dalam hal ini peneliti datang di tempat kegiatan orang yang diamati, tetapi tidak ikut terlibat dalam kegiatan tersebut. Pada penelitian ini, peneliti datang langsung ke tempat tinggal para pelaku Rebu sebagai informan peneliti, kemudian peneliti mengamati bagaimana kegiatan Rebu tersebut diaplikasikan oleh informan.

3.5 Uji Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara apa yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti tetapi kebenaran realitas data menurut penelitian kualitatif tidak bersifat tunggal, tetapi jamak dan tergantung pada konstruksi peneliti, dibentuk dalam diri seorang sebagai hasil proses mental tiap individu dengan berbagai latar belakangnya.

Menurut Sugiyono (2011:270), salah satu uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif adalah uji *credibility* (*validity* interbal), yang mana uji keabsahan data yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini. Uji kredibilitas data dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, *triangulasi*, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif, dan *membercheck*.

3.6 Teknik Analisis Data

Agar mendapatkan hasil penelitian yang dapat dipertanggungjawabkan keabsahannya. Analisis data dalam penelitian kualitatif berlangsung sebelum memasuki lapangan, selama berada di lapangan, dan setelah selesai penelitian di lapangan. Menurut Alex Sobur dalam bukunya *Filsafat Komunikasi* (2013: 9) menyatakan paling tidak metodologi yang mendasari fenomenologi mencakup empat tahap;

Pertama, *bracketing*, adalah proses mengidentifikasi dengan “menunda” setiap keyakinan dan opini yang sudah terbentuk sebelumnya tentang fenomena yang sedang diteliti. Dalam hal demikian, seorang peneliti akan diberi peluang untuk berusaha kembali seobjektif mungkin dalam menghadapi data tertentu.

Kedua, *intuition*, terjadi ketika seorang peneliti tetap terbuka untuk mengaitkan makna-makna fenomena tertentu dengan orang-orang yang telah mengalaminya. Intuisi mengharuskan peneliti, kreatif berhadapan dengan data yang sangat bervariasi, sampai pada tingkat tertentu memahami pengalaman baru yang muncul. Bahkan, intuisi mengharuskan peneliti menjadi seseorang yang benar-benar tenggelam dalam fenomena tersebut.

Ketiga, *analysing*, analisis melibatkan proses seperti *coding* (terbuka, *axial*, dan selektif), kategorisasi sehingga membuat sebuah pengalaman mempunyai makna yang penting. Setiap peneliti diharapkan mengalami “kehidupan” dengan data akan dia deskripsikan demi memperkaya esensi pengalaman tertentu yang bermunculan.

Keempat, *decribing*, yakni menggambarkan. Pada tahap ini, peneliti mulai memahami dan dapat mendefinisikan fenomena menjadi “fenomenon” (fenomena yang menjadi). Langkah ini bertujuan untuk mengkomunikasikan secara tertulis maupun lisan dengan menawarkan suatu solusi yang berbeda (Moustakas dalam Alex Sobur, 2013:9).

IV. PENUTUP

Proses Komunikasi Terapeutik

Berdasarkan penjelasan dari hasil penelitian yang telah dijabarkan sebelumnya, peneliti menyimpulkan bahwa komunikasi terapeutik yang terjadi di Trance Clinic kota Bandung terlaksana berdasarkan beberapa fase, komunikasi ini dapat dilakukan oleh orang banyak dengan syarat telah mengikuti pendidikan khusus mengenai komunikasi ini, dan komunikasi ini dapat terlaksana dengan adanya pembentukan sikap dan sosial untuk membangun rasa percaya dari pasien kepada terapis. Fase dalam komunikasi terapeutik dan tinjauan psikologi komunikasi yang tertera dalam hasil penelitian diatas dapat disimpulkan sebagai berikut.

a. Fase-fase komunikasi terapeutik

Terdapat enam fase dalam proses komunikasi terapeutik di Trance Clinic kota Bandung. Pertama ada Pra-induksi yaitu dimana proses awal mula komunikasi ini berjalan di dalam klinik. Mulai dari perkenalan kemudian mencurahkan masalah hingga kesimpulan awal dalam penanganannya nanti. 80% proses komunikasi terapeutik terjadi pada fase pertama. Kedua ada fase Induksi, fase yang dimana pasien mulai dibawa ke alam bawah sadarnya yaitu merubah gelombang otak pasien dari beta menuju gelombang teta sebelum disugesti oleh terapis. Pada fase kedua pasien akan diperintahkan menghitung mundur oleh terapis sebagai teknik perubahan gelombang otak. Lalu setelah pasien masuk ke alam bawah sadarnya kemudian pasien akan disugesti oleh terapis, disinilah fase ketiga terlaksana yaitu fase Prosedur Terapeutik. Prosedur terapeutik terdapat teknik-teknik yang digunakan untuk mensugesti pasien agar sembuh dari permasalahan psikologis yang dialami oleh pasiennya, teknik yang digunakan dalam prosedur terapeutik disesuaikan dengan seberapa besar masalah yang dialami oleh pasien. Setelah disugesti maka pasien akan dibawa ke gelombang otak asalnya yaitu gelombang otak beta dengan cara menghitung maju sebagai teknik pengembalian gelombang otak pasien. Pada saat penghitungan maju dimulai untuk mengembalikan gelombang otak pasien maka proses ini merupakan fase terminasi. Fase terakhir ada *Post Hypnotic* yaitu, fase dimana terapis memberikan terapi khusus untuk dilakukan pada saat diluar klinik sebagai pendukung kesembuhan pasien dan disini terapis juga memberikan wejangan kepada pasiennya sebagai penguat sugesti kepada pasiennya.

b. Kata khusus dalam penggunaan komunikasi terapeutik di Trance Clinic kota Bandung.

Terdapat kata khusus dalam komunikasi terapeutik yaitu *Idiomotor test* dan utilisasi. Seperti yang telah diterangkan oleh tiga informan kata khusus dalam komunikasi yang terjadi di klinik tidak beritahu kepada pasiennya. Istilah ini hanya diketahui oleh terapis dan diaplikasikan kepada pasien bila ingin menguji kedalaman gelombang otak pasien dan bila terjadi gangguan yang mengakibatkan konsentrasi pasien terganggu pada saat fase prosedur terapeutik dilaksanakan.

c. Hambatan dalam komunikasi terapeutik.

Terdapat dua hambatan yang terjadi dalam kesuksesan penggunaan komunikasi terapeutik dalam terapi. Hambatan ini terjadi pada saat terapi dilaksanakan dengan kata lain hambatan terjadi pada saat komunikasi terapeutik sedang dilaksanakan yaitu, hambatan yang diakibatkan dari bunyi-bunyian yang mengakibatkan pasien kehilangan fokus pada saat terapi dilaksanakan. Contoh-contoh hambatan: Penjual Bakso yang membunyikan pentungannya, bunyi telepon genggam yang lupa dimatikan, dan bunyi bising dari kendaraan bermotor. Kemudian hambatan yang terjadi diluar klinik yaitu hambatan yang terjadi di lingkungan luar klinik. Hambatan yang terjadi diluar klinik di klasifikasikan menjadi tiga bagian yaitu, *host*, *agent*, *environment* ketiga hal ini yang bisa menyebabkan komunikasi terapeutik tidak berhasil terapkan diluar klinik.

d. Prosedur komunikasi terapeutik disetiap klinik.

Berdasarkan dua informan yang menyatakan bahwa komunikasi terapeutik pada setiap klinik yang terjadi ialah sama. Tidak ada perbedaan diantara klinik satu dan klinik yang lainnya dalam mengaplikasikan komunikasi terapeutik. Namun menjadi pembeda dalam menjalankan komunikasi terapeutik disetiap klinik ialah cara pendekatannya. Pendekatan yang dilakukan oleh setiap terapis pada umumnya berbeda antara yang satu dengan yang lainnya.

e. Kriteria pengguna komunikasi terapeutik.

Kriteria penggunaan komunikasi terapeutik tidak dikatakan dalam teori yang ada dalam teori komunikasi terapeutik, yang tertera hanyalah syarat penggunaan komunikasi terapeutik. Namun yang terjadi dilapangan pada saat terapi mengatakan komunikasi ini memiliki kriteria khusus pada penggunaannya. Berdasarkan kebutuhan dan poin-poin pada komunikasi terapeutik dan syarat penggunaannya maka disimpulkan oleh informan bila kriteria pengguna komunikasi ini ialah orang yang sehat jasmani maupun rohaninya, dan telah mengikuti pendidikan khusus dalam menggunakan komunikasi terapeutik serta orang yang siap mengubah dirinya menjadi positif

sebelum mengubah atau mensugesti orang lain untuk berfikir dan berperilaku positif, sesuai dengan fungsi dari komunikasi terapeutik sendiri.

f. Perbedaan komunikasi terapeutik dengan komunikasi sosial

Terdapat perbedaan didalam komunikasi terapeutik dibandingkan komunikasi sosial lainnya. Kesimpulan yang didapat dari hasil penelitian ini didalam meninjau perbedaan antara komunikasi terapeutik dengan komunikasi sosial ialah, teknik, pendekatan, dan tujuan. Komunikasi terapeutik dalam pengaplikasiannya memiliki teknik khusus, seperti yang telah dijelaskan pada poin pertama didalam fase-fase komunikasi terapeutik terdapat teknik penggunaannya dalam fase prosedur terapeutik. Kemudian dari segi pendekatannya, pendekatan yang interpersonal merupakan pendekatan yang akan membuat rasa saling percaya dapat terjalin dari pasien kepada terapisnya. Kemudian tujuannya yang khusus yaitu menyembuhkan yang membuat komunikasi ini berbeda dari komunikasi sosial lainnya. bila komunikasi sosial bertujuan untuk menyampaikan informasi, maka dalam komunikasi terapeutik tujuannya ialah mensugesti komunikannya untuk berfikir positif.

4.2 Tinjauan Psikologis Komunikasi di Dalam Proses Komunikasi Terapeutik

Dalam penelitian ini peneliti meninjau bagaimana terapis membangun sikap dan membangun hubungan sosialnya dalam proses komunikasi terapeutik di Trance Clinic kota Bandung. Dalam membangun sikap pasien agar hubungan interpersonalnya dapat terjalin dengan baik maka terapis masuk kedalam permasalahan yang dialami oleh pasiennya agar empati terapis yang terbentuk dibenak pasien sangatlah tinggi dan terkesan terapis peduli akan masalah yang dialami oleh pasiennya, dan menyamakan persepsi antara pasien dengan terapis. Bila dasar dari komunikasi sudah sama maka dalam menjalankan komunikasi apapun termasuk komunikasi terapeutik akan berjalan dengan baik. Kemudian tinjauan dalam membangun hubungan sosial terdapat dua bagian dalam membangun hubungan sosial yang terjadi di Trance Clinic kota Bandung. Pada bagian pertama terapis membangun hubungan sosial dengan pasiennya dengan cara berkenalan dan pada tahapan kedua yaitu dengan cara memantau perkembangan pasien baik terapis sudah tidak terlaksana atau sudah selesai.

DAFTAR PUSTAKA

- Arwani. 2003. *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Bungin, Burhan H.M. 2007. *Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan. Publik, dan Ilmu social*. Jakarta : Kencana Prenama.
- Campbell, A. 2002. *A mind of her own: The evolutionary psychology of women*. Oxford: Oxford University Press.
- Creswell, John W. (2010). *Research Design Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan Mixed*. Yogyakarta. Pustaka Pelajar.
- Devito, Joseph A. 1997. *Komunikasi Antar Manusia*. Jakarta: Proffesional Books.
- Gunawan, A. W. 2007. *Hypnotherapi the art of subconscious restructuring*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Indrawati. 2003. *Komunikasi Untuk Perawat*. Jakarta: EGC.
- Mukriyah Damaiyanti. 2010. *Komunikasi Terapeutik dalam praktik keperawatan*. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. Bandung: Alfabeta.
- Nugroho, NSK. 2008. *Transformasi diri: memberdayakan diri melalui hipnoterapi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Pasiak, Taufik. 2002. *Revolusi IQ / EQ / SQ Menyingkap Rahasia Kecerdasan Berdasarkan Al-Quran dan Neurosains Mutakhir*. Bandung : Mizan.
- Rahardjo, Turnomo. 2005. *Menghargai Perbedaan Kultural Mindfulness dalam Komunikasi Antaretnis*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Ritzer, Georg, Douglas, J. Goodman, *Teori Sosiologi Modern*, Edisi keenam, Jakarta: Kencana, 2004
- Roesli, Utami. 2009. *ASI Panduan Praktis Ibu Menyusui*. Banyu Media. Yogyakarta.
- Uripni, Christina Lia; dkk. 2003. *Komunikasi Kebidanan*. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Videbeck, Sheila L. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta:Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- West, Richard.,& Turner, Lynn H. 2008. *Pengantar Teori Komunikasi Analisis dan Aplikasi*. Buku 1. Jakarta: Salemba Humanika.