

**STRATEGI KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT PADA PASIEN
SKIZOFRENIA DI RUANG KUTILANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
(RSJD) PROVINSI LAMPUNG**

SKRIPSI

Oleh

DHEA CHANTIKA

NPM 2116031047



FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

UNIVERSITAS LAMPUNG

BANDAR LAMPUNG

2025

ABSTRAK

STRATEGI KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUANG KUTILANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH (RSJD) PROVINSI LAMPUNG

OLEH

DHEA CHANTIKA

Skizofrenia merupakan gangguan mental kronis yang memengaruhi komunikasi dan interaksi sosial. Penanganan skizofrenia membutuhkan pendekatan komunikasi terapeutik yang efektif untuk mendukung pemulihan pasien. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi strategi komunikasi terapeutik perawat pada pasien skizofrenia di Ruang Kutilang, RSJD Provinsi Lampung. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif yang mengumpulkan data melalui wawancara, observasi dan analisis dokumen yang didasari oleh SOP yang ada di RSJD Provinsi Lampung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat secara konsisten menerapkan empat tahapan komunikasi terapeutik, yakni tahap pra-interaksi (persiapan sebelum bertemu pasien), pengenalan (pendekatan awal saat bertemu pasien), kerja (penggalan masalah dan pemberian intervensi), dan terminasi (penutupan sesi dan rencana tindak lanjut). Strategi CAT dilakukan melalui konvergensi (penggunaan bahasa dan gaya komunikasi yang mudah dipahami), divergensi (menegaskan batasan profesional), dan penghindaran akomodasi berlebihan (menjaga sikap yang tidak merendahkan pasien). Dari hasil penelitian dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa dalam menjalankan pelayanan keperawatan di RSJD Provinsi Lampung, perawat telah melaksanakan tugas sesuai dengan SOP yang bertujuan untuk kesembuhan pasien. SOP tersebut selaras dengan model komunikasi terapeutik Stuart dan Sundeen (1998) yang diterapkan secara sistematis melalui empat tahapan (pra-interaksi, pengenalan, kerja, dan terminasi). Komunikasi terapeutik tersebut diperkuat dengan penerapan strategi CAT oleh Howard Giles (1973), yang mencakup konvergensi, divergensi, dan penghindaran akomodasi berlebihan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi, kenyamanan pasien, dan mendukung pemulihan pasien.

Kata Kunci: Komunikasi Terapeutik, Perawat, Skizofrenia, Teori Akomodasi Komunikasi

ABSTRACT

THERAPEUTIC COMMUNICATION STRATEGIES OF NURSES FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN THE KUTILANG WARD, REGIONAL MENTAL HOSPITAL OF LAMPUNG PROVINCE

By

DHEA CHANTIKA

Schizophrenia, a chronic mental disorder, significantly impairs communication and social interaction, necessitating effective therapeutic communication strategies to support patient recovery. This study aims to identify the therapeutic communication strategies employed by nurses for schizophrenia patients in the Kutilang Ward, Regional Mental Hospital (RSJD) of Lampung Province. Utilizing a qualitative descriptive method, data were collected through interviews, observations, and document analysis, guided by the hospital's Standard Operating Procedures (SOP). The findings reveal that nurses consistently implement the four stages of therapeutic communication as outlined by Stuart and Sundeen (1998): pre-interaction (preparation before meeting the patient), orientation (initial approach to build trust), working (problem exploration and intervention delivery), and termination (session closure and follow-up planning). The application of Howard Giles' (1973) Communication Accommodation Theory (CAT) involves convergence (using simple, understandable language and communication style), divergence (asserting professional boundaries), and avoidance of overaccommodation (maintaining a non-demeaning attitude). The study concludes that nursing services at RSJD Lampung adhere to SOPs aimed at patient recovery, aligning with the systematic four-stage therapeutic communication model of Stuart and Sundeen (1998). These strategies are enhanced by CAT, incorporating convergence, divergence, and avoidance of overaccommodation, thereby improving communication effectiveness, patient comfort, and supporting recovery.

Keywords: *Therapeutic Communication, Nurses, Schizophrenia, Communication Accommodation Theory*

**STRATEGI KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT PADA PASIEN
SKIZOFRENIA DI RUANG KUTILANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH
(RSJD) PROVINSI LAMPUNG**

Oleh:

DHEA CHANTIKA

**Skripsi
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar
SARJANA ILMU KOMUNIKASI**

Pada

**Jurusan Ilmu Komunikasi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**



**JURUSAN ILMU KOMUNIKASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2025**

Judul Skripsi : **STRATEGI KOMUNIKASI TERAPEUTIK
PERAWAT PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI
RUANG KUTILANG RUMAH SAKIT JIWA
DAERAH (RSJD) PROVINSI LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : **Dhea Chantika**

Nomor Pokok Mahasiswa : **2116031047**

Jurusan : **Ilmu Komunikasi**

Fakultas : **Ilmu Sosial dan Ilmu Politik**

MENYETUJUI

1. **Komisi Pembimbing**

Andi Windah, S.I.Kom., MComn&MediaSt.
NIP. 1198308292008012010

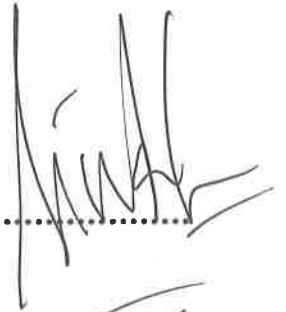
2. **Ketua Jurusan**

Agung Wibawa, S.Sos.I, M.Si.
NIP. 198109262009121004

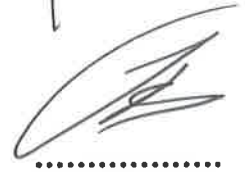
MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

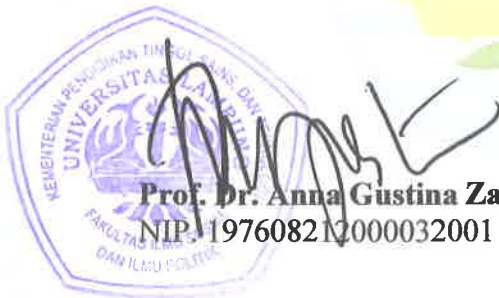
Ketua : **Andi Windah, S.I.Kom., MComn&MediaSt.**



Penguji Utama : **Dra. Ida Nurhaida, M.Si.**



2. Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



Prof. Dr. Anna Gustina Zainal, S.Sos., M.Si
NIP. 197608212000032001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 18 Juni 2025

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dhea Chantika
NPM : 2116031047
Jurusan : Ilmu Komunikasi
Alamat : Jl. Sunda No.05, Teluk Betung Barat, Bandar Lampung
No. Handphone : 0895330723025

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi saya yang berjudul **“Strategi Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung”** adalah benar-benar hasil karya ilmiah saya sendiri, bukan plagiat (milik orang lain) atau pun dibuat oleh orang lain.

Apabila dikemudian hari hasil penelitian atau tugas akhir saya ada pihak-pihak yang merasa keberatan, maka saya akan bertanggung jawab dengan peraturan yang berlaku dan siap untuk dicabut gelar akademik saya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tidak dalam keadaan tekanan dari pihak manapun.

Bandar Lampung, 17 Juni 2025
Yang membuat pernyataan,



Dhea Chantika
NPM. 2116031047

RIWAYAT HIDUP



Penulis bernama lengkap Dhea Chantika, lahir pada 24 Juni 2003. Merupakan anak terakhir dari enam bersaudara, pasangan Alm. Bapak Supri dan Ibu Nani Sumarni. Pendidikan formal penulis dimulai dari Taman Kanak-kanak (TK) Al-Fatihah dan lulus pada tahun 2009. Pendidikan dasar di Sekolah Dasar Negeri (SDN) 5 Talang dan lulus pada tahun 2015. Pendidikan Menengah Pertama ditempuh di Sekolah Menengah Pertama Negeri (SMPN) 16 Bandar Lampung, lulus pada 2018 dan menyelesaikan Sekolah Menengah Atas Negeri (SMAN) 2 Bandar Lampung dan lulus pada tahun 2021. Penulis melanjutkan studi di sebagai mahasiswa Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung melalui jalur SBMPTN pada tahun 2021.

Selama menempuh studi sebagai mahasiswa, penulis aktif berorganisasi dalam Himpunan Mahasiswa Jurusan (HMJ) Ilmu Komunikasi Universitas Lampung sebagai anggota bidang *Photography* pada periode tahun 2022 dan 2023. Penulis juga aktif sebagai tim kreatif Universitas Lampung TV (Unila TV) sejak tahun 2022 hingga 2023. Penulis turut berpartisipasi dalam program Merdeka Belajar Kampus Merdeka (MBKM) FISIP UNILA sebagai bagian dari tim penelitian/riset pada tahun 2023. Pada tahun 2024, penulis melaksanakan kegiatan magang di Radar TV Lampung sebagai penulis berita dan *campers*.

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah rabbil 'alamiin, segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia-Nya. Berkat pertolongan-Nya, penulis dapat melalui setiap tahapan dengan berbagai tantangan dalam perjalanan perkuliahan hingga proses penyusunan skripsi ini dapat selesai dengan baik.

Untuk kedua orang tuaku tercinta, Alm. Bapak Supri dan Ibu Nani Sumarni yang jasanya tidak akan pernah bisa berbalas, pengorbanan yang tiada henti dan cinta kasih yang tidak ada habisnya.

Untuk kelima kakakku, yang senantiasa memberi pembelajaran hidup, penyemangat dan selalu mendukung hal baik apapun yang penulis lakukan.

Untuk manusia-manusia baik disekelilingku, yang telah bersedia berbagi suka duka dan canda tawa yang memberikan penulis semangat.

Untuk diriku, Terima Kasih.

MOTTO

“And the next life is certainly far better for you than this one”

- QS. 93:4

“Be a girl with a mind, a woman with attitude, and a lady with class”

- Unknown

“Hidup itu paradoks. Untuk bisa sembuh, kamu harus merasakan sakit dulu.

Untuk bisa mengenal kedamaian, kamu harus berperang dulu. Untuk bisa mengenal apa itu bahagia, kamu harus pernah sedih dulu. Untuk bisa bangkit melawan, kamu harus jatuh kalah dulu.”

- Brian Khrisna dalam buku *Seporsi Mie Ayam Sebelum Mati*

SANWACANA

Segala puji syukur penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat yang Tuhan berikan, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“Strategi Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Pasien Skizofrenia Di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung”** sebagai salah satu persyaratan untuk meraih gelar Sarjana Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Lampung. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kata sempurna dan tidak luput dari kekurangan. Namun, dengan segala kemampuan dan pengetahuan yang dimiliki, penulis telah berusaha semaksimal mungkin dalam menyusun skripsi ini. Berkat dukungan serta bantuan dari berbagai pihak, skripsi ini akhirnya dapat terselesaikan. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih setulus-tulusnya kepada:

1. Ibu Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A., I.P.M., Asean Eng., selaku Rektor Universitas Lampung.
2. Ibu Prof. Dr. Anna Gustina Zainal, M.Si., selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Lampung.
3. Bapak Agung Wibawa, S.Sos.I., M.Si., selaku Ketua Jurusan Ilmu Komunikasi FISIP Universitas Lampung.
4. Bapak Ahmad Rudy Fardiyana S.Sos., M.Si., selaku Sekretaris Jurusan Ilmu Komunikasi FISIP Universitas Lampung.
5. Ibu Andi Windah, S.I.Kom., MComn&MediaSt. selaku dosen pembimbing skripsi yang tidak hanya berperan sebagai pembimbing namun juga sosok yang sangat menginspirasi penulis. Terima kasih banyak penulis ucapkan atas semua bimbingan, arahan, ilmu, dan pengalaman-pengalaman berharga yang tidak hanya mengenai skripsi penulis
6. Ibu Dr. Ida Nurhaida, M.Si. selaku dosen penguji skripsi penulis atas semua bimbingan dan masukan sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
7. Seluruh dosen, staff administrasi, serta keluarga besar Jurusan Ilmu Komunikasi FISIP Universitas Lampung yang tidak dapat penulis sebutkan

satu persatu, terima kasih banyak atas segala pengetahuan, dukungan dan bantuan yang telah diberikan selama ini.

8. Kedua orang tuaku, Alm. Bapak Supri dan Ibu Nani Sumarni. Terima kasih atas segala doa yang dipanjatkan dan kasih sayang yang telah diberikan. Terima kasih atas seluruh perjuangan dan pengorbanan yang direlakan. Terima kasih atas beribu jatuh dan berjuta bangkit untuk menghidupi anak-anaknya. Tanpa kalian, aku tidak mungkin ada dan tumbuh sebaik ini.
9. Kelima kakakku, Mami Yunita Puspitasari, Ibu Kiki Mayrani, Ibun Novita Adriana, Mas Andhika Bayu Saputra, Mba Destiana Trisianti. Terima kasih telah menjagaku sebagai anak bungsu dengan baik. Terima kasih atas rasa 'mengalah' yang terus menerus dirasakan. Terima kasih atas kesabaran, nasihat, dan dukungan yang telah diberikan.
10. Saudara ipar Mas Rico, Mas Aat, Mas David, Yayuk dan kesepuluh ponakanku Qeela, Nissa, Delard, Rere, Daru, Shabby, Ahkeel, Thifa, Kina, dan Blues. Terima kasih telah meramaikan hidupku, mewarnai hariku dan memberi kebahagiaan dengan canda tawa yang saling merekah.
11. Untuk Salsabila Kharisma Makki dan Galuh Nadya Utami, terima kasih telah membersamaku sejak awal perkuliahan. Terima kasih sudah berbagi suka dan duka, membantu dan menolong penulis dalam berbagai keadaan.
12. Untuk sahabat-sahabatku sejak SMP "Anak-Anak Cantik", Renisha Putri Giani, Fauziah Zahra Rahmadhani, Shabrina Azzahra dan Refalina Aprilia. Terima kasih telah menjadi tempat berbagi keluh kesah, tempat menghibur dikala suntuk dan terima kasih atas canda tawa yang membumbui kehidupanku.
13. Untuk sobatku sejak SMA, uwo Alya Zahradita, sobat sejak SMP, Naza Aidisa, dan sabat tak terdugaku, Aisyah Raihanah Fadilah, terima kasih atas waktu yang disempatkan untuk membantu penulis dalam banyak hal.
14. Untuk teman-teman "Selusin Gratis Satu", Dina, Galuh, Anita, Atika, Cici, Shinta, Suci, Aul, Adira, Tiara, Salma dan Erni. Terima kasih telah menemani masa mahasiswa akhir ini sehingga penulis tidak merasa sendiri.
15. Kepada semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu dan berkontribusi selama proses pengerjaan skripsi ini.

16. Kepada siapapun yang berkesempatan membaca ini, semoga yang merasa sakit, lekas sembuh dan yang merasa tidak sakit, lekas menerima lalu melanjutkan hidup dengan baik.

Bandar Lampung, 24 Juni 2025

Penulis

Dhea Chantika

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	i
DAFTAR TABEL.....	iii
DAFTAR GAMBAR.....	iv
DAFTAR LAMPIRAN	v
I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	7
1.5 Kerangka Pikir.....	8
II. TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Penelitian Terdahulu.....	12
2.2 Komunikasi Terapeutik	14
2.2.1 Tujuan Komunikasi Terapeutik.....	15
2.2.2 Tahapan Komunikasi Terapeutik	16
2.2.3 Komunikasi Verbal dan Nonverbal.....	21
2.2.4 Hambatan Komunikasi Terapeutik	25
2.3 Skizofrenia.....	27
2.3.1 Gejala Skizofrenia.....	27
2.3.2 Penyebab Sizofrenia.....	28
2.3.3 Jenis Skizofrenia	30
2.3.4 Tingkat Kesadaran Pasien Skizofrenia.....	30
2.4 Teori Akomodasi Komunikasi (<i>Communication Accommodation Theory - CAT</i>)	32
III. METODE PENELITIAN	35
3.1 Tipe Penelitian.....	35
3.2 Fokus Penelitian	35
3.3 Lokasi Penelitian	36
3.4 Sumber Data	36

3.5	Penentuan Informan.....	37
3.6	Teknik Pengumpulan Data	38
3.7	Teknik Analisis Data	38
3.8	Teknik Keabsahan Data.....	39
IV.	HASIL DAN PEMBAHASAN	40
4.1	Gambaran Umum Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung dan Ruang Kutilang.....	40
4.2	Profil Informan dan Subjek Observasi	47
4.3	Hasil Penelitian.....	51
4.3.1	Pelayanan Keperawatan dalam Penanganan Pasien Skizofrenia	52
4.3.2	Pola Penyesuaian Komunikasi Perawat dalam Pelayanan Keperawatan pada Pasien Skizofrenia	65
4.4	Pembahasan	70
4.4.1	Penerapan Tahapan Komunikasi Terapeutik pada Pasien Skizofrenia	70
4.4.2	Penerapan Teori Akomodasi Komunikasi - CAT dalam Komunikasi Terapeutik.....	73
4.4.3	Keterkaitan antara Tahapan Komunikasi Terapeutik dan Strategi Akomodasi Komunikasi dalam Mengatasi Hambatan Komunikasi pada Pasien Skizofrenia	76
V.	PENUTUP	71
5.1	Kesimpulan.....	71
5.2	Saran.....	71
	DAFTAR PUSTAKA.....	72
	LAMPIRAN.....	76

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Penelitian Terdahulu.....	12
Tabel 2. Tugas Perawat Pada Tiap Tahap Komunikasi Terapeutik	21
Tabel 3. Jumlah Pasien di Ruang Kutilang 2024	45
Tabel 4. Data Diri Informan dan Subjek Observasi	51
Tabel 5. Temuan terkait pentingnya komunikasi dalam perawatan jiwa	53
Tabel 6. Temuan terkait persiapan sebelum bertemu pasien.....	54
Tabel 7. Temuan terkait pendekatan awal saat bertemu pasien	57
Tabel 8. Temuan terkait penggalian masalah dan pemberian intervensi.....	60
Tabel 9. Temuan terkait penutupan sesi dan rencana tindak lanjut.....	62
Tabel 10. Temuan terkait penggunaan bahasa dan gaya komunikasi yang mudah dipahami	65
Tabel 11. Temuan terkait menegaskan batasan profesional.....	67
Tabel 12. Temuan terkait menjaga sikap yang tidak merendahkan pasien	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Jumlah Pasien di Ruang Kutilang Januari – November 2024	6
Gambar 2. Bagan Kerangka Pikir	9
Gambar 3. Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung	40
Gambar 4. Stuktur Organisasi RSJD Provinsi Lampung	43
Gambar 5. Ruang Kutilang RSJD Provinsi Lampung	44
Gambar 6. Stuktur Organisasi Ruang Kutilang	46
Gambar 7. Alur Pelayanan Rawat Inap Ruang Kutilang	46
Gambar 8. Informan 1	47
Gambar 9. Informan 2	48
Gambar 10. Wawancara Informan 1 dan Informan 2	53
Gambar 11. Wawancara Informan 3 dan Observasi Perawat dengan SO	56
Gambar 12. Wawancara Informan 3 dan Observasi Perawat dengan SO	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1: Surat Permohonan Izin Penelitian dari Universitas Lampung	77
Lampiran 2: Surat Izin Penelitian dari RSJD Provinsi Lampung	78
Lampiran 3: Layak Etik Penelitian dari Komite Etik RSUD Dr. H. Abdul Moeloek	79
Lampiran 4: Dokumentasi Foto Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung dan Ruang Kutilang.....	80
Lampiran 5: Dokumentasi Foto bersama dan wawancara Informan 1 (Kepala Ruangan, Hartoni).....	80
Lampiran 6: Dokumentasi Foto bersama dan wawancara Informan 2 (Perawat Lamini).....	81
Lampiran 7: Dokumentasi Wawancara Informan 3 (Pasien R)	81
Lampiran 8: Dokumentasi Observasi dengan Subjek Observasi (Pasien D)	82
Lampiran 9: Dokumentasi Foto bersama Informan 1 dan Informan 2.....	82
Lampiran 10: Transkrip Wawancara dengan Informan 1 dan Informan 2 tentang Pertanyaan Umum	83
Lampiran 11: Transkrip Wawancara dengan Informan 1 tentang Pertanyaan Khusus Kepala Ruangan.....	87
Lampiran 12: Transkrip Wawancara dengan Informan 2 tentang Komunikasi Terapeutik.....	90
Lampiran 13: Transkrip Wawancara dengan Informan 2 tentang Teori Akomodasi Komunikasi - CAT	94
Lampiran 14: Transkrip Wawancara dengan Informan 3 tentang Pertanyaan Khusus Pasien Skizofrenia	95
Lampiran 15: Hasil Observasi Informan 2 dengan Subjek Observasi	97

I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Komunikasi menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan manusia. Menjadi manusia seutuhnya dianggap sebagai manusia yang mampu berkomunikasi dengan baik. Hal ini selaras dengan pendapat Mulyana (dalam Parapat, 2019) yang mengatakan bahwa manusia tidak dapat tidak berkomunikasi. Namun, di dunia yang penuh keberagaman ini, ada beberapa kondisi di mana seseorang kesulitan untuk berkomunikasi dengan sesamanya. Kondisi tersebut salah satunya dialami oleh penderita skizofrenia.

Skizofrenia ditandai dengan gejala-gejala yang dapat menyebabkan gangguan komunikasi dengan berbagai tingkat keparahan. Kesulitan berkomunikasi yang dialami penderita skizofrenia diantaranya seperti alogia (kemiskinan bicara), bicara tidak teratur, dan gangguan komunikasi sosial. Hal tersebut dapat menyebabkan kesalahpahaman, interaksi sosial berkurang, dan kesulitan mengekspresikan pikiran dan emosi (Raina, 2024). Keterbatasan dalam berkomunikasi dan berinteraksi secara normal menyebabkan penderita skizofrenia sering disebut sebagai “orang gila”.

Faktanya, alih-alih menerima perawatan yang layak, penderita skizofrenia sering diperlakukan secara tidak manusiawi, seperti dipasung, tidak dirawat, atau bahkan dibiarkan terlantar di jalanan. Seperti kasus yang terjadi tahun 2022 lalu, dilansir dari salah satu artikel *Kompas.tv*, seorang pria di Lampung Utara yang diketahui menderita skizofrenia dan pernah menjalani perawatan di rumah sakit jiwa ditangkap polisi karena telah membunuh ayahnya sendiri lantaran kesal dipasung sejak kecil dan tidak diberi izin menikah (*Kompas.tv*, 18 November 2022). Kasus tersebut menjadi salah satu contoh dari kasus-kasus lain serupa yang berakibat fatal karena pemahaman masyarakat tentang penanganan skizofrenia masih kurang baik.

Skizofrenia adalah gangguan mental kronis yang dapat memengaruhi pola pikir, persepsi, tingkah laku, emosi, dan kemampuan berkomunikasi penderitanya (Alodokter, 17 Januari 2023). Menurut data dari *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2022, tercatat sekitar 24 juta penyintas skizofrenia di seluruh dunia. Sementara itu, berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018, jumlah penderita skizofrenia di Indonesia diperkirakan mencapai 400.000 orang atau 1,7 per 1.000 penduduk (Kementerian Kesehatan, 28 Februari 2023).

Lebih lanjut, menurut *Our World in Data* pada tahun 2019 menunjukkan prevalensi penyakit skizofrenia pada laki-laki lebih tinggi daripada perempuan yakni, 0,31%, sedangkan prevalensi perempuan sebanyak 0,27% (Katadata.co.id, 18 September 2023). Di Lampung sendiri, menurut data dari Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung tahun 2021, terdapat 77,3% dari 20.416 pasien RSJD yang ditangani merupakan kasus skizofrenia. Kemudian, sebanyak 90% dari 575 pasien rawat inap merupakan pasien skizofrenia, yakni sejumlah 517 pasien (Kumparan, 24 Maret 2022).

Meskipun angka penderita skizofrenia di Indonesia tergolong tinggi, namun penanganan skizofrenia di Indonesia tidak cukup baik, bahkan menjadi yang terburuk di dunia. Terbukti dari hasil *Disability Adjusted Life Years* (DALY) tahun 2022 yang menyebut Indonesia sebagai peringkat nomor satu tertinggi di dunia untuk kasus skizofrenia (metrotvnews.com, 9 Maret 2024). Angka DALY yang tinggi artinya banyak tahun kehidupan yang hilang karena kematian dini dan disabilitas. Terkait hal tersebut, Keliat (dalam Apriliani, 2020) menyebut bahwa penanganan skizofrenia memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan penanganan medis dengan mengonsumsi obat antipsikotik dan terapi modalitas yang meliputi terapi individu, terapi lingkungan, terapi kognitif, terapi kelompok, terapi perilaku dan terapi keluarga melalui komunikasi.

Karakteristik penderita skizofrenia yang cenderung mengalami gangguan persepsi, pola pikir, dan respons emosional menyebabkan penderitanya kesulitan dalam memahami pesan yang disampaikan, menyampaikan pikiran mereka dengan jelas, atau membangun koneksi emosional. Oleh karena itu, dibutuhkan pendekatan khusus untuk melakukan perawatan pada pasien skizofrenia, yakni dengan menggunakan komunikasi terapeutik. Berdasarkan pendapat Afnuhazi (dalam Restia, 2021) komunikasi terapeutik merupakan sarana utama yang digunakan untuk menerapkan proses keperawatan jiwa. Kemampuan perawat dalam menjalankan komunikasi terapeutik memiliki peran penting dalam menentukan keberhasilan berbagai intervensi keperawatan jiwa lainnya.

Model komunikasi terapeutik dikembangkan oleh Gail W. Stuart dan Michele T. Sundeen dalam bukunya *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (1998). Model ini berfokus pada bagaimana perawat dapat membantu pasien dalam memahami perasaan, mengatasi masalah emosional, dan mencapai tujuan kesehatan mental melalui komunikasi yang efektif. Stuart (1998)) mendefinisikan komunikasi terapeutik sebagai komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan, dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien.

Pengertian lain menurut Northouse (dalam Suryani, 2006) menjelaskan komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu pasien beradaptasi terhadap stres, mengatasi gangguan psikologis, dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain. Lebih lanjut, Mulyana (dalam Apriliyanti, 2021) menjelaskan bahwa konsep komunikasi terapeutik merujuk pada proses di mana perawat secara sengaja berupaya membantu pasien untuk memperoleh pemahaman yang lebih mendalam melalui komunikasi verbal dan non-verbal. Penelitian yang dilakukan oleh Novi Dini Restia pada tahun 2021 di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik yang digunakan perawat pada pasien skizofrenia terbukti berhasil meningkatkan pemulihan pada pasien (Restia, 2021).

Selain menggunakan komunikasi terapeutik, perlu dipahami bahwa komunikasi adalah proses pembentukan makna untuk mencapai keadaan homonim, yang berarti telah terjadi kesamaan makna antara komunikator dan komunikan. Upaya untuk mencapai situasi ini tergantung pada berbagai variabel seperti kondisi latar belakang komunikator, komunikan, lingkungan, dan isi pesan itu sendiri (Windah, 2023). Dalam berinteraksi dengan pasien skizofrenia, yang seringkali memiliki kesulitan pemahaman dan ekspresi akibat gejalanya, komunikasi tidak bisa berjalan satu arah atau kaku. Perawat dituntut untuk secara aktif menyesuaikan gaya bahasa, intonasi, pilihan kata, bahkan komunikasi nonverbalnya agar pesan dapat diterima secara efektif dan tidak menimbulkan kebingungan atau resistensi. Kemampuan adaptasi ini selaras dengan Teori Akomodasi Komunikasi atau *Communication Accommodation Theory* (CAT) yang dikembangkan oleh Howard Giles (1973). Menurut Giles (dalam Griffin et al, 2019) akomodasi adalah proses di mana individu mengubah perilaku komunikasinya (seperti gaya bicara, aksen, pilihan kata, atau perilaku nonverbal) agar menjadi lebih mirip atau berbeda dari lawan bicaranya. Tujuan utama dari akomodasi adalah untuk mengurangi atau meningkatkan jarak sosial antara partisipan komunikasi.

Morissan (2013) menjelaskan bahwa CAT adalah teori dalam komunikasi interpersonal yang menguraikan bagaimana dan mengapa kita menyesuaikan perilaku komunikasi kita dengan perilaku komunikasi orang lain. Teori ini berpijak pada premis bahwa ketika seseorang berinteraksi, mereka menyesuaikan pembicaraan, pola vokal, dan atau tingkah laku mereka untuk mengakomodasi orang lain (Sumangkut, 2019). Giles mendefinisikan perilaku meniru dalam komunikasi sebagai konvergensi, yaitu sebuah strategi di mana individu menyesuaikan perilaku komunikasinya agar menjadi lebih mirip dengan lawan bicara. Penyesuaian ini dapat mencakup berbagai aspek seperti gaya bicara (misalnya, kecepatan, aksen, jeda), pilihan kata, hingga perilaku nonverbal, dengan tujuan utama untuk meningkatkan efektivitas komunikasi. Sebaliknya, divergensi adalah strategi komunikasi yang justru menekankan perbedaan antara diri sendiri dengan orang lain. Dalam konteks komunikasi

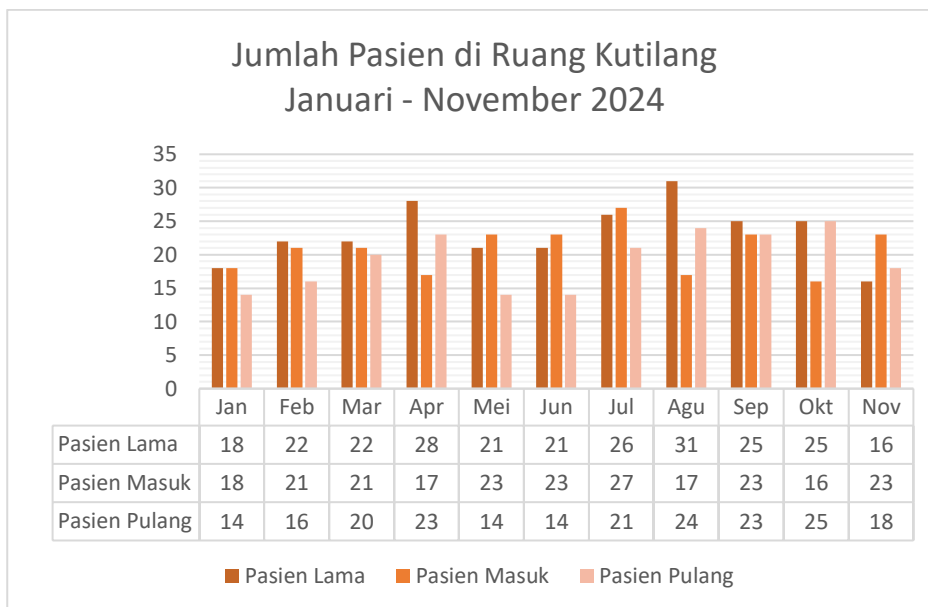
terapeutik dengan pasien skizofrenia, pemahaman dan penerapan strategi akomodasi ini menjadi sangat krusial.

Seorang perawat dapat secara sadar menggunakan konvergensi untuk membangun rasa percaya dengan pasien. Misalnya, perawat mungkin menyesuaikan kecepatan bicaranya agar lebih lambat dan jelas jika pasien mengalami kesulitan memproses informasi. Tujuan dari konvergensi di sini adalah untuk membuat pasien merasa dipahami, dihargai, dan lebih nyaman dalam berinteraksi. Di sisi lain, strategi divergensi dalam komunikasi terapeutik dengan pasien skizofrenia harus diterapkan dengan sangat hati-hati dan selektif. Misalnya, jika pasien berbicara dengan sangat cepat dan tidak koheren, perawat mungkin mempertahankan tempo bicara yang tenang dan jelas untuk memberikan model komunikasi yang lebih terstruktur tanpa secara langsung mengkritik cara bicara pasien.

Selain itu, perawat harus secara aktif menghindari akomodasi berlebihan (*overaccommodation*). Sebagaimana dijelaskan dalam teori CAT, akomodasi berlebihan terjadi ketika penyesuaian komunikasi, meskipun mungkin berniat baik, justru dianggap merendahkan, menggurui, atau terlalu menyederhanakan. Dalam interaksi dengan pasien skizofrenia, akomodasi berlebihan bisa berupa pengulangan yang tidak perlu, atau penyederhanaan pesan secara ekstrem yang dapat membuat pasien merasa tidak kompeten atau tidak dihargai kecerdasannya. Hal ini justru dapat merusak hubungan terapeutik dan meningkatkan resistensi pasien. Oleh karena itu, kunci komunikasi yang efektif terletak pada kemampuan perawat untuk secara dinamis menilai kebutuhan pasien dan memilih strategi akomodasi (konvergensi atau divergensi) yang paling sesuai, sambil menghindari akomodasi berlebihan, sehingga komunikasi tetap mendukung proses penyembuhan dan tidak menimbulkan kebingungan atau perasaan negatif pada pasien.

Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung sebagai rumah sakit satu-satunya khusus penanganan kesehatan jiwa yang ada di Lampung bertugas

menyelenggarakan pelayanan kesehatan, khususnya dalam bidang kesehatan jiwa. RSJD Provinsi Lampung menyediakan berbagai layanan medis maupun non-medis, termasuk layanan rawat jalan dan rawat inap bagi penderita gangguan jiwa, tak terkecuali untuk penderita skizofrenia. Berikut adalah data jumlah pasien di Ruang Kutilang selama bulan Januari hingga November 2024.



Gambar 1. Jumlah Pasien di Ruang Kutilang Januari – November 2024
Sumber: (Laporan Bulanan Pasien Ruang Kutilang diolah Peneliti, 2024)

Secara umum, grafik diatas menunjukkan bahwa jumlah pasien lama cenderung stabil setiap bulan dan pasien pulang lebih sedikit. Peningkatan tertinggi terlihat pada bulan Agustus dengan 31 pasien lama, yang menunjukkan bahwa sebagian besar pasien membutuhkan rawat inap jangka panjang. Pemilihan Ruang Kutilang sebagai lokasi penelitian didasarkan pada beberapa pertimbangan. Ruang Kutilang merupakan ruang rawat inap khusus untuk pasien laki-laki dengan kapasitas maksimal 50 pasien. Keputusan untuk fokus pada pasien laki-laki ini relevan mengingat data dari *Our World in Data* tahun 2019 yang menunjukkan prevalensi skizofrenia cenderung lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Dengan memfokuskan penelitian pada pasien laki-laki di satu ruang perawatan spesifik, diharapkan dapat tergali strategi komunikasi terapeutik yang mungkin lebih terfokus atau memiliki karakteristik tertentu dalam konteks tersebut, sekaligus mengurangi potensi

variabilitas yang mungkin timbul dari dinamika gender dalam interaksi jika pasien perempuan juga dilibatkan.

Pembahasan mengenai komunikasi terapeutik perawat pada pasien skizofrenia penting untuk dibahas. Angka penderita skizofrenia yang tinggi, keterbatasan berkomunikasi penderitanya dan penanganan yang tidak cukup baik berdasarkan *Disability Adjusted Life Years* (DALY), menjadi alasan peneliti tertarik untuk membahas fenomena tersebut dalam kacamata komunikasi, khususnya komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat pada pasien skizofrenia. Oleh karena itu, peneliti memilih “STRATEGI KOMUNIKASI TERAPEUTIK PERAWAT PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RUANG KUTILANG RUMAH SAKIT JIWA DAERAH (RSJD) PROVINSI LAMPUNG” sebagai judul dari skripsi yang ingin peneliti teliti. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam memahami strategi komunikasi terapeutik yang efektif untuk menangani pasien skizofrenia.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut dapat dirumuskan masalah, yaitu “Bagaimana strategi komunikasi terapeutik perawat pada pasien skizofrenia di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung?”

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan mengidentifikasi strategi komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat kepada pasien skizofrenia di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan memberikan beberapa manfaat sebagai berikut:

a. Manfaat Teoritis:

Memperkaya literatur ilmiah dalam studi komunikasi kesehatan, khususnya mengenai strategi komunikasi yang efektif untuk pasien dengan gangguan jiwa.

b. Manfaat Praktis:

1. Bagi Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung:

Membantu memberikan rekomendasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSJD, terutama dalam hal interaksi antara perawat dan pasien.

2. Bagi Masyarakat:

Penelitian ini memberikan wawasan kepada masyarakat agar lebih mengenal penyakit skizofrenia sehingga stigma terhadap penderita skizofrenia tidak lagi mengarah pada diskriminasi, prasangka negatif, atau pengucilan sosial. Dengan pengetahuan yang lebih baik, masyarakat diharapkan dapat bersikap lebih empatik, mendukung proses pemulihan, dan menciptakan lingkungan yang inklusif bagi penderita skizofrenia untuk menjalani kehidupan yang lebih layak, bermakna dan berharga.

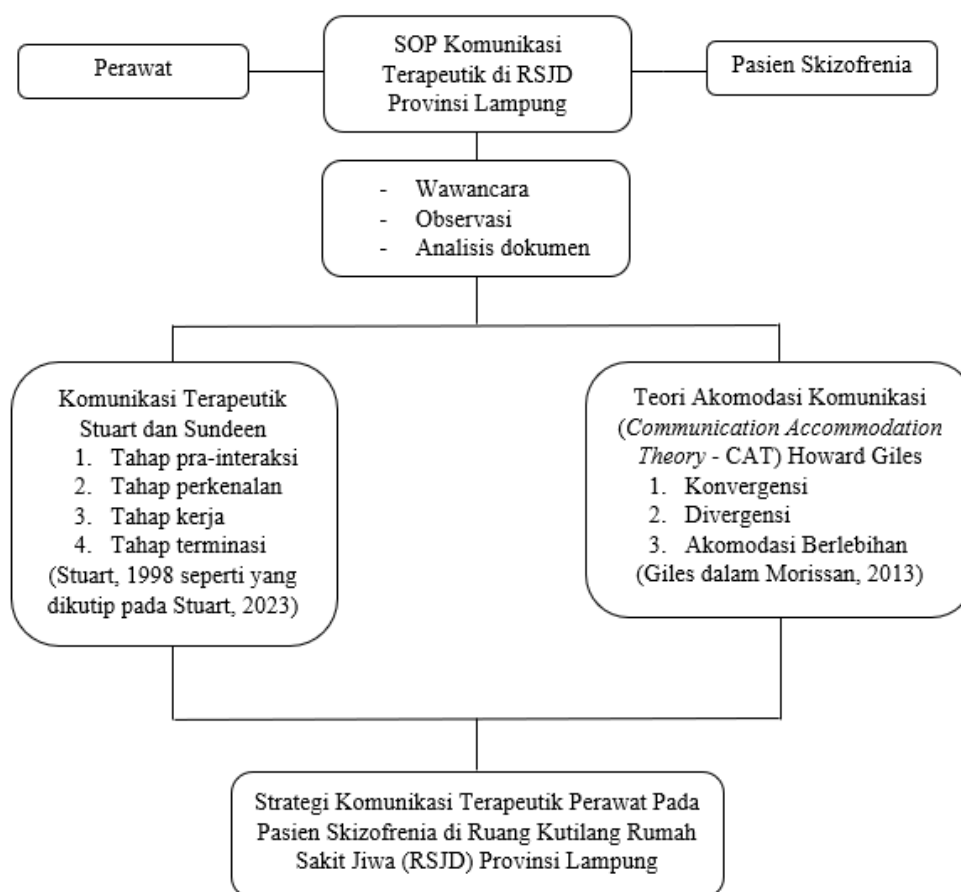
1.5 Kerangka Pikir

Penelitian ini bertujuan untuk mengungkapkan strategi komunikasi terapeutik yang diterapkan oleh perawat terhadap pasien skizofrenia di RSJD Provinsi Lampung. Ketika menjalankan tugas pelayanan keperawatan terhadap pasien gangguan jiwa, harus dapat dipastikan bahwa pelayanan tersebut dapat mendukung pemulihan pasien. Oleh karena itu, para perawat dalam menjalankan profesionalnya berpedoman pada SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada di rumah sakit tersebut, termasuk pada gangguan kejiwaan skizofrenia yang berciri gangguan pada alogia (kemiskinan bicara), halusinasi (gangguan persepsi) dan delusi (keyakinan salah yang tidak sesuai dengan realitas). Maka dengan berkomunikasi yang menghasilkan penyembuhan pasien menjadi sangat krusial, untuk itu penting dilakukan penelitian ini.

SOP (Standar Operasional Prosedur) yang tertera dalam buku *Standar Asuhan Keperawatan Utama Gangguan Jiwa* milik RSJD Provinsi Lampung menjadi dasar wawancara, observasi dan analisis dokumen dalam penelitian ini, karena memberikan kerangka kerja formal yang memastikan konsistensi praktik

komunikasi terapeutik di RSJD Provinsi Lampung. Data dari wawancara dengan perawat akan diarahkan untuk memahami bagaimana SOP diimplementasikan, observasi akan menilai kesesuaian praktik dengan SOP, dan analisis dokumen (misalnya, catatan keperawatan) akan dianalisis untuk melihat kepatuhan terhadap SOP.

Berikut merupakan bagan kerangka pikir penelitian:



Gambar 2. Bagan Kerangka Pikir
Sumber: (Hasil olah peneliti, 2025)

Stuart dan Sundeen (Stuart, 1998) telah mengembangkan model komunikasi terapeutik yang sangat relevan karena secara spesifik dirancang untuk konteks keperawatan dan menekankan komunikasi sebagai proses yang terencana, bertujuan, serta berpusat pada kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik dalam model ini diuraikan melalui empat tahapan fundamental yang berkesinambungan:

1. Tahap Pra-Interaksi: Persiapan perawat sebelum bertemu dengan pasien, meliputi pengumpulan informasi dan perencanaan interaksi.
2. Tahap Perkenalan: Pertemuan awal untuk membangun hubungan saling percaya, mengidentifikasi masalah pasien, dan menetapkan tujuan bersama.
3. Tahap Kerja: Inti di mana intervensi terapeutik dilakukan, perawat membantu pasien mengatasi masalahnya dan mencapai perubahan positif.
4. Tahap Terminasi: Proses pengakhiran sesi atau hubungan terapeutik secara keseluruhan, yang melibatkan evaluasi dan rencana tindak lanjut.

Dalam menjalankan setiap tahapan komunikasi terapeutik tersebut, perawat secara dinamis menyesuaikan gaya dan strategi komunikasinya untuk merespons kondisi pasien skizofrenia yang fluktuatif dan seringkali tidak terduga. Untuk menganalisis aspek penyesuaian komunikasi ini secara lebih mendalam, penelitian ini mengadopsi Teori Akomodasi Komunikasi (*Communication Accommodation Theory* - CAT) yang dikembangkan oleh Howard Giles (Giles dalam Morissan, 2013). CAT menjelaskan bagaimana dan mengapa individu mengubah perilaku komunikasinya (verbal dan nonverbal) dalam interaksi untuk mengurangi atau meningkatkan jarak sosial. Dalam konteks perawatan pasien skizofrenia, strategi akomodasi menjadi sangat penting untuk menjembatani kesenjangan komunikasi yang disebabkan oleh gejala penyakit. Tiga strategi utama dari CAT yang akan dianalisis dalam penelitian ini adalah:

1. Konvergensi: Perawat menyesuaikan gaya komunikasinya agar lebih mirip dengan pasien, bertujuan untuk membangun kedekatan dan pemahaman.
2. Divergensi: Perawat menekankan perbedaan gaya komunikasinya, yang mungkin digunakan untuk menegaskan peran profesional atau mengarahkan interaksi.
3. Akomodasi Berlebihan: Penyesuaian yang berlebihan yang bisa jadi dianggap merendahkan oleh pasien.

Dengan demikian, kerangka pikir ini mengintegrasikan model tahapan Komunikasi Terapeutik Stuart dan Sundeen sebagai proses interaksi, dengan Teori Akomodasi Komunikasi untuk menganalisis bagaimana perawat secara spesifik mengelola dan menyesuaikan komunikasinya dalam setiap tahapan tersebut sesuai dengan kebutuhan pasien skizofrenia yang fluktuatif, dengan mematuhi SOP untuk memastikan standar pelayanan yang konsisten. Tujuan akhir dari penelitian ini, sebagaimana digambarkan di bagian bawah bagan, adalah untuk mengidentifikasi dan mendeskripsikan secara mendalam Strategi Komunikasi Terapeutik Perawat pada Pasien Skizofrenia di Ruang Kutilang Rumah Sakit Jiwa (RSJD) Provinsi Lampung. Pemahaman terhadap interaksi antara tahapan komunikasi terapeutik dan strategi akomodasi komunikasi diharapkan dapat memberikan gambaran utuh mengenai strategi yang efektif dalam konteks perawatan pasien skizofrenia.

II. TINJAUAN PUSTAKA

2. 1 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu menjadi salah satu acuan peneliti dalam melakukan penelitian sehingga peneliti dapat memperkaya teori yang digunakan dalam mengkaji penelitian yang dilakukan (Randi, dalam Polii, 2024). Penelitian terdahulu berfungsi sebagai dasar bagi peneliti untuk membantu memahami teori, konsep, dan model yang telah digunakan untuk menjelaskan fenomena yang relevan dengan topik yang sedang diteliti.

Tabel 1. Penelitian Terdahulu

1.	Judul Penelitian	Model Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Penderita Talasemia Mayor Dewasa Awal (Studi Pada Unit Talasemia RSUD Abdul Muluk Lampung)
	Peneliti	Siti Syifazalia Anjariska Putri (2020), Universitas Lampung
	Metode Penelitian	Kualitatif deskriptif
	Hasil Penelitian	Model komunikasi terapeutik yang diterapkan perawat kepada pasien talasemia mayor dewasa awal mengikuti tahapan interaksi komunikasi terapeutik menurut Stuart & Sundeen, yaitu fase pengenalan, fase kerja, serta fase terminasi. Pada setiap fase, perawat mengimplementasikan tiga faktor utama dalam membangun hubungan saling membantu (<i>Helping Relationship</i>) berdasarkan Carl Rogers (2006), yaitu empati, kehangatan, dan keikhlasan. Hal ini diwujudkan melalui senyuman dan keramahan, sentuhan, pemberian edukasi dan harapan positif, penggunaan humor, mendengarkan dengan baik, serta memberikan perhatian dan motivasi yang tulus kepada pasien.
	Persamaan Penelitian	Persamaan dengan penelitian yang akan dilakukan adalah sama sama meneliti tentang komunikasi terapeutik
	Perbedaan Penelitian	Perbedaan terletak pada objek, lokasi, konteks penyakit, serta metode pendekatan. Penelitian ini lebih berfokus pada aspek fisik dan edukasi kesehatan, sedangkan penelitian yang dilakukan berfokus pada aspek psikis dan tantangan dalam komunikasi dengan pasien gangguan jiwa
	Kontribusi Penelitian	Membantu peneliti dalam menyusun desain penelitian dan memberikan pemahaman tentang komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat pada pasien
2.	Judul Penelitian	Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Mahoni Medan
	Peneliti	Meilysa Grace Simorangkir (2024), Universitas Medan Area

	Metode Penelitian	Kualitatif deskriptif
	Hasil Penelitian	Hasil penelitian di Rumah Sakit Jiwa Mahoni menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien gangguan jiwa skizofrenia sudah berjalan, namun masih ada hambatan. Hambatan yang terjadi yakni, hambatan resisten yang terjadi karena perawat kesulitan berkomunikasi dengan pasien dan hambatan kontertransferens yang terjadi karena perawat terbawa emosi karena pasien tantrum dan sulit diatur
	Persamaan Penelitian	Persamaan metode penelitian dan fokus penelitian yang ingin mengetahui komunikasi terapeutik perawat dengan pasien gangguan jiwa skizofrenia
	Perbedaan Penelitian	Penelitian ini mendeskripsikan pelaksanaan dan mengidentifikasi hambatan-hambatan umum dalam komunikasi terapeutik, sedangkan penelitian yang peneliti lakukan akan lebih jauh menganalisis strategi-strategi penyesuaian komunikasi yang secara aktif digunakan oleh perawat menggunakan Teori Akomodasi Komunikasi (CAT).
	Kontribusi Penelitian	Penelitian ini menjadi bahan acuan bagaimana peneliti akan melakukan penelitian terkait komunikasi terapeutik perawat dengan pasien skizofrenia
3.	Judul Penelitian	Komunikasi Terapeutik Antara Perawat Dan Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung
	Peneliti	Vira Anggraini (2023), Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung
	Metode Penelitian	Penelitian lapangan (<i>field research</i>)
	Hasil Penelitian	Komunikasi memiliki peran penting dalam mempercepat pemulihan pasien. Setelah dilakukan komunikasi terapeutik dengan perawat mengajarkan pasien untuk berkata "pergi-pergi" sebanyak 3 kali dan dilakukan secara rutin setiap harinya, maka pasien skizofrenia mengalami peningkatan kemampuan dalam bersikap dan mengontrol halusinasi pada dirinya.
	Persamaan Penelitian	Kedua penelitian sama-sama berfokus pada interaksi komunikasi antara perawat dan pasien skizofrenia dan dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung, meskipun di ruang perawatan yang berbeda.
	Perbedaan Penelitian	Penelitian ini dilakukan di Ruang Nuri dan lebih fokus pada efektivitas satu teknik intervensi spesifik (mengajarkan menghardik) terhadap kontrol halusinasi pasien. Sementara penelitian yang dilakukan memiliki cakupan analisis strategi yang lebih luas dan mendalam karena menggunakan Teori Akomodasi Komunikasi (CAT) untuk memahami bagaimana perawat menyesuaikan berbagai aspek komunikasinya dalam keseluruhan proses terapeutik.
	Kontribusi Penelitian	Memberikan gambaran awal mengenai praktik komunikasi terapeutik dan kondisi pasien skizofrenia di lingkungan rumah sakit yang sama, meskipun di ruang yang berbeda.

Sumber: (Hasil olah peneliti dari berbagai sumber, 2024)

2. 2 Komunikasi Terapeutik

Model komunikasi terapeutik dikembangkan oleh Gail W. Stuart dan Michele T. Sundeen dalam bukunya *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (1998), merupakan turunan dari Teori Hubungan Interpersonal Hildegard Peplau (1952). Model komunikasi terapeutik ini berfokus pada bagaimana perawat dapat membantu pasien dalam memahami perasaan, mengatasi masalah emosional, dan mencapai tujuan kesehatan mental melalui komunikasi yang efektif. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Stuart, 2023). Pengertian lain menurut Northouse (dalam Suryani, 2005) menjelaskan komunikasi terapeutik adalah kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu pasien beradaptasi terhadap stress, mengatasi gangguan psikologis, dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain.

Komunikasi terapeutik sendiri merupakan bagian dari komunikasi antarpribadi dalam dunia kesehatan khususnya dibidang keperawatan yang membutuhkan rasa kepercayaan, sikap suportif, dan sikap terbuka dari perawat maupun pasien. Dalam menyampaikan pesan komunikasi terapeutik dibutuhkan kehati-hatian dari perawat, karena menyentuh psikologis seorang pasien dan harus memahami kondisi pasien (Sumangkut, 2019). Menurut Stuart (1998, seperti yang dikutip pada Stuart, 2023), hubungan terapeutik adalah hubungan interpersonal antara perawat dan pasien yang saling memberikan manfaat. Dalam hubungan ini, baik perawat maupun pasien memiliki kesempatan untuk memperoleh pengalaman belajar yang bertujuan untuk memperbaiki kondisi emosional pasien. Hubungan terapeutik juga bersifat kolaboratif, yang tercermin melalui pertukaran perilaku, perasaan, pemikiran, dan pengalaman. Oleh karena itu, untuk membangun hubungan terapeutik yang efektif, perawat memerlukan keterampilan komunikasi yang memadai.

2.2.1 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut Stuart dan Sundeen (dalam Stuart, 1998 seperti yang dikutip pada Stuart, 2023) tujuan hubungan terapeutik berfokus pada perkembangan diri pasien, yang mencakup beberapa aspek berikut.

1. Pencapaian realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan rasa hormat terhadap diri sendiri.
2. Pemahaman yang jelas tentang identitas pribadi serta peningkatan integritas diri.
3. Kemampuan untuk menjalin hubungan interpersonal yang erat dan saling bergantung, termasuk kapasitas untuk mencintai dan dicintai.
4. Peningkatan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan pribadi dan mencapai tujuan yang realistis.
5. Membantu memahami dan mengurangi beban emosional serta mengambil tindakan untuk mengubah keadaan jika pasien merasa yakin akan hal tersebut.
6. Mengurangi keraguan dan membantu pasien untuk mengambil langkah-langkah efektif, sambil mempertahankan kekuatan egonya.
7. Memiliki pengaruh terhadap orang lain, lingkungan fisik, dan diri sendiri.

Menurut Hamid (dalam Agustina, 2022) tujuan terapeutik dapat tercapai jika perawat memiliki beberapa karakteristik, yaitu:

1. Kesadaran diri, yakni kemampuan perawat untuk mengenali dan memahami pikiran, perasaan, serta sikap mereka sendiri.
2. Klarifikasi nilai, yakni kemampuan untuk menilai dan memahami nilai-nilai pribadi yang memengaruhi interaksi dengan pasien.
3. Eksplorasi perasaan, yakni kemampuan perawat untuk menggali dan memahami perasaan pasien, baik yang disampaikan secara langsung maupun tidak langsung.

4. Kemampuan menjadi model peran, yakni menunjukkan perilaku yang dapat menjadi contoh positif bagi pasien.
5. Motivasi altruistik, yakni memiliki dorongan untuk membantu pasien tanpa mengharapkan imbalan atau keuntungan pribadi.
6. Rasa tanggung jawab dan etik, yakni bertindak secara profesional dengan menjunjung tinggi kode etik dan tanggung jawab dalam memberikan perawatan.

2.2.2 Tahapan Komunikasi Terapeutik

Tahapan komunikasi terapeutik menurut Stuart dan Sundeen (dalam Stuart, 1998 seperti yang dikutip pada Stuart, 2023) meliputi:

1. Tahap Pra-interaksi

Pada tahap ini, perawat sebagai komunikator dalam komunikasi terapeutik mempersiapkan dirinya sebelum bertemu pasien. Salah satu tugas awal perawat adalah mengeksplorasi dirinya dan pasien. Perawat harus memiliki konsep diri yang kuat dan harga diri yang tinggi. Perawat juga perlu mengetahui informasi dasar tentang pasien, seperti nama, usia, jenis kelamin, serta keluhan utama yang dialami. Dengan persiapan yang matang, perawat dapat menyesuaikan pendekatan komunikasi terapeutik yang paling sesuai, sehingga menciptakan suasana yang nyaman bagi pasien untuk berkonsultasi dan membangun hubungan yang efektif.

2. Tahap Perkenalan

Tahap perkenalan dilakukan setiap kali perawat bertemu dengan pasien. Persiapan yang dilakukan pada tahap pra-interaksi diterapkan dalam tahap ini. Perawat memulai interaksi dengan mengenalkan diri serta menjelaskan perannya, baik sebagai perawat penanggung jawab maupun perawat pengganti. Selanjutnya, perawat menanyakan nama lengkap serta nama panggilan yang disukai oleh pasien. Hal penting yang harus

diperhatikan adalah memahami alasan pasien mencari bantuan. Informasi ini menjadi dasar dalam proses pengkajian keperawatan, membantu perawat dalam mengidentifikasi masalah utama pasien, serta menentukan motivasi pasien dalam menjalani perawatan.

Perawat kemudian menyusun kontrak atau kesepakatan yang mencakup rencana tindakan keperawatan, penjelasan mengenai peran, tanggung jawab, serta harapan dari kedua belah pihak, termasuk batasan terkait hal-hal yang diperbolehkan dan tidak diperbolehkan dalam interaksi. Selain itu, lokasi perawatan dipilih agar tetap memberikan kenyamanan dan menjaga privasi pasien. Kesepakatan ini juga mencakup jumlah sesi pertemuan serta durasi setiap sesi perawatan. Tahap pengenalan ini bertujuan untuk memvalidasi keakuratan data dan rencana yang telah disusun, menyesuaikannya dengan kondisi pasien terkini, serta meninjau hasil tindakan yang telah dilakukan sebelumnya.

Langkah-langkah yang dilakukan dalam tahap pengenalan meliputi:

- a) Salam terapeutik: Perawat menyapa pasien, memperkenalkan diri, serta membangun hubungan awal dengan mengenal pasien lebih dalam.
- b) Evaluasi: Mengidentifikasi keluhan utama yang dirasakan oleh pasien.
- c) Validasi: Menelusuri upaya yang telah dilakukan pasien untuk mengatasi keluhan serta mengevaluasi efektivitasnya.
- d) Kontrak: Menyepakati tindakan dan tujuan yang akan dicapai, termasuk menentukan waktu serta tempat interaksi, baik dalam setiap pertemuan maupun dalam rangka kesinambungan perawatan dan rujukan yang diperlukan.

3. Tahap Kerja

Tahap kerja adalah inti dari proses komunikasi terapeutik, di mana tahap ini menjadi yang paling panjang dalam rangkaian komunikasi tersebut. Pada tahap ini, perawat berperan penting dalam membantu dan mendukung pasien untuk mengungkapkan perasaan serta pikirannya. Selain itu, perawat juga menganalisis respons serta pesan yang disampaikan pasien, baik secara verbal maupun nonverbal. Dalam proses ini, perawat mendengarkan dengan aktif dan penuh perhatian untuk membantu pasien mengenali masalah yang sedang dihadapinya, mencari solusi atas masalah tersebut, serta melakukan evaluasi terhadap penyelesaiannya.

Perawat dan pasien bersama-sama mengeksplorasi faktor pemicu stres serta membantu pasien memahami pengalamannya dengan menghubungkan persepsi, pemikiran, emosi, dan perilaku. Proses pengkajian dilakukan untuk menentukan diagnosis keperawatan dan mencapai kesepakatan terkait tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Fokus utama tahap ini adalah mendorong perubahan perilaku pasien ke arah yang lebih adaptif.

Langkah-langkah dalam tahap kerja meliputi:

- a) Pengkajian: Mengidentifikasi keluhan utama pasien, faktor predisposisi (faktor risiko yang bersifat biologis, psikologis, maupun sosial) dan presipitasi (pemicu langsung seperti peristiwa traumatis, tekanan psikososial, atau penyalahgunaan obat), serta tanda dan gejala yang berkaitan dengan diagnosis keperawatan.
- b) Diagnosis keperawatan: Menjelaskan diagnosis keperawatan yang dialami pasien dengan bahasa yang mudah dipahami.

- c) Kemampuan: Mendiskusikan keterampilan yang dimiliki pasien dalam mengatasi masalah serta menyepakati tindakan keperawatan yang akan dilakukan.
- d) Tindakan keperawatan: Melaksanakan intervensi keperawatan, baik oleh perawat umum maupun perawat spesialis keperawatan jiwa.

4. Tahap Terminasi

Pada tahap ini, perawat dan pasien bersama-sama mengevaluasi perkembangan asuhan keperawatan serta pencapaian tujuan yang spesifik. Evaluasi ini terdiri dari evaluasi subjektif, yaitu apa yang dirasakan pasien setelah menerima asuhan keperawatan, dan evaluasi objektif, yakni sejauh mana pasien memahami serta dapat menerapkan asuhan yang telah diberikan. Terminasi dilakukan untuk mengakhiri interaksi terapeutik antara perawat dan pasien, baik dalam bentuk terminasi sementara yang terjadi di setiap akhir sesi pertemuan dan akan bertemu kembali pada sesi berikutnya maupun terminasi akhir yang terjadi setelah seluruh proses keperawatan selesai. Pada tahap terminasi akhir, rujukan mungkin diperlukan untuk memastikan kelanjutan perawatan atau pengobatan.

Terminasi sementara dalam setiap pertemuan mencakup:

- a) Evaluasi subjektif: Menilai perasaan pasien setelah menerima tindakan keperawatan.
- b) Evaluasi objektif: Mengukur pemahaman pasien mengenai tindakan keperawatan yang telah diberikan serta yang akan dilatih.
- c) Rencana tindak lanjut pasien: Menentukan latihan atau aktivitas mandiri yang akan dilakukan pasien.
- d) Rencana tindak lanjut perawat: Merancang tindakan keperawatan lanjutan untuk pertemuan berikutnya.

- e) Salam: Memberikan kata-kata motivasi kepada pasien.

Terminasi akhir setelah seluruh sesi pertemuan melibatkan:

- a) Evaluasi subjektif: Meninjau perasaan pasien setelah menyelesaikan rangkaian asuhan keperawatan.
- b) Evaluasi objektif: Mengukur sejauh mana pasien memahami dan mampu melakukan tindakan keperawatan setelah beberapa sesi.
- c) Rencana tindak lanjut pasien: Menentukan aktivitas asuhan mandiri yang akan dilakukan setelah program selesai.
- d) Rencana tindak lanjut perawat: Menyusun rencana tindakan keperawatan lanjutan atau merujuk pasien untuk perawatan lebih lanjut.
- e) Salam: Memberikan motivasi kepada pasien sebagai bentuk dukungan.

Adapun kriteria kesiapan pasien untuk terminasi meliputi:

- a) Mengalami kelegaan dari masalah yang dialami.
- b) Peningkatan fungsi dalam kehidupan sehari-hari.
- c) Meningkatnya harga diri serta identitas diri yang lebih kuat.
- d) Kemampuan menggunakan mekanisme koping (cara mengatasi masalah) yang lebih adaptif.
- e) Tercapainya hasil yang direncanakan dalam asuhan keperawatan.
- f) Adanya kendala dalam hubungan perawat-pasien yang tidak dapat diselesaikan.

Tugas perawat dalam setiap tahap komunikasi terapeutik dapat disajikan secara ringkas dalam tabel berikut.

Tabel 2. Tugas Perawat Pada Tiap Tahap Komunikasi Terapeutik

Tahap	Tugas Perawat
Pra-Interaksi	Mengeksplorasi diri sendiri tentang perasaan, imajinasi dan ketakutan yang dialami
	Menganalisis kelebihan dan keterbatasan profesional diri sendiri
	Mengumpulkan data tentang pasien
	Merencanakan pertemuan pertama dengan pasien
Perkenalan	Perawat menyapa pasien, memperkenalkan diri, mengenal pasien dan nama panggilan yang disukai
	Mengidentifikasi alasan pasien mencari bantuan
	Membina rasa percaya, penerimaan, dan menciptakan komunikasi yang terbuka
	Menjalin kesepakatan bersama mengenai kontrak perawatan.
Kerja	Mengeksplorasi pikiran, perasaan, dan perilaku pasien
	Mengidentifikasi masalah atau diagnosis pasien
	Menetapkan tujuan perawatan bersama pasien
	Menggali faktor pemicu stres yang berhubungan dengan kondisi pasien
	Mendorong pemahaman diri pasien serta membantu dalam penerapan mekanisme koping (cara mengatasi masalah) yang positif
	Melaksanakan intervensi keperawatan sesuai dengan kesepakatan bersama pasien
	Menangani dan mengurangi perilaku resistensi (penyangkalan) pasien
Terminasi	Mempersiapkan pasien dalam menghadapi proses perpisahan secara realistis
	Meninjau kemajuan perawatan dan pencapaian tujuan yang telah ditetapkan
	Bersama-sama mengeksplorasi perasaan ditolak, kehilangan, kesedihan, kemarahan dan lain-lain.

Sumber: (Stuart, 1998 dalam buku “Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart Edisi Indonesia Kedua”, 2023)

2.2.3 Komunikasi Verbal dan Nonverbal

Komunikasi verbal merupakan bentuk komunikasi yang paling sering digunakan. Dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit, komunikasi ini banyak diterapkan untuk memberikan pelayanan kepada pasien. Komunikasi verbal cenderung lebih cepat dan akurat dalam penyampaiannya. Kata-kata berfungsi sebagai alat atau simbol untuk

menyampaikan ide atau emosi, memicu reaksi emosional, atau menjelaskan benda, pengamatan, dan ingatan (Stuart dalam Suryani, 2005). Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk merespons secara langsung. Efektivitas komunikasi verbal dipengaruhi oleh:

a. Kejelasan

Komunikasi yang efektif perlu bersifat sederhana, singkat, dan langsung. Semakin sedikit kata yang dipakai, semakin kecil risiko kesalahpahaman. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara lambat dan mengucapkan kata dengan jelas (Forsyth dalam Suryani, 2005).

b. Perbendaharaan Kata

Komunikasi tidak akan efektif jika pengirim pesan gagal menjelaskan istilah-istilah teknis di bidang keperawatan dan kedokteran dengan baik. Penggunaan istilah tersebut oleh perawat dapat membingungkan pasien, sehingga mereka kesulitan memahami instruksi atau informasi penting.

c. Arti Denotatif dan Konotatif

Makna denotatif memberikan pengertian yang sama untuk kata yang dipakai, sementara makna konotatif berkaitan dengan perasaan, pikiran, atau ide yang terkandung dalam sebuah kata. Sebagai contoh, klien memahami kata "serius" sebagai kondisi yang mendekati kematian, tetapi perawat lebih sering menggunakan istilah "kritis" untuk menggambarkan keadaan tersebut. Saat berkomunikasi dengan pasien, perawat perlu berhati-hati dalam memilih kata agar tidak mudah disalahartikan.

d. Kecepatan Bicara

Keberhasilan komunikasi verbal dipengaruhi oleh kecepatan dan tempo bicara (Forsyth dalam Suryani, 2005). Jeda yang terlalu lama atau perubahan topik yang terlalu cepat dapat memberikan kesan bahwa perawat menyembunyikan sesuatu dari pasien. Perawat sebaiknya menghindari berbicara terlalu cepat agar kata-kata tetap jelas. Jeda dapat dimanfaatkan untuk menekankan poin tertentu dan memberikan waktu kepada pendengar untuk memahami pesan. Jeda yang tepat juga bisa digunakan untuk merenungkan apa yang akan diucapkan atau mengamati isyarat nonverbal klien yang mungkin menunjukkan kebingungan.

Komunikasi nonverbal melibatkan penyampaian pesan tanpa mengandalkan kata-kata (Antai-Otong dalam Suryani, 2005). Perawat perlu peka terhadap pesan verbal dan nonverbal yang diberikan pasien, mulai dari tahap pengkajian hingga evaluasi, karena isyarat nonverbal memperkaya makna pesan verbal. Perawat yang dapat menangkap pesan nonverbal dengan tepat akan lebih mudah memahami klien, mengenali kondisi tertentu, dan menentukan kebutuhan perawatan. Komunikasi nonverbal memiliki pengaruh yang lebih kuat dibandingkan komunikasi verbal. Stuart dan Sundeen (1998) menyatakan bahwa sekitar 7% pemahaman berasal dari kata-kata, sekitar 30% dari bahasa paralinguistik, dan 55% dari bahasa tubuh (Suryani, 2005). Komunikasi nonverbal dapat diamati melalui:

a. Penampilan

Penampilan seseorang menjadi salah satu aspek utama yang diperhatikan dalam komunikasi interpersonal. Bentuk fisik, gaya berpakaian, dan cara berhias mencerminkan kepribadian, status sosial, pekerjaan, agama, budaya, serta persepsi diri (Forsyth dalam Suryani, 2005). Perawat yang menjaga penampilan dengan baik

dapat menciptakan citra positif dan menunjukkan sikap profesional yang mendukung.

b. Intonasi (nada suara)

Nada suara pembicara memiliki pengaruh besar terhadap makna pesan yang disampaikan, karena emosi seseorang dapat langsung tercermin dalam nada suaranya (Forsyth dalam Suryani, 2005). Perawat perlu menyadari dan mengelola emosinya saat berinteraksi dengan pasien, sebab niat untuk menunjukkan perhatian yang tulus bisa terganggu jika nada suara perawat terdengar kurang empati.

c. Ekspresi Wajah

Terdapat enam emosi utama yang terlihat melalui ekspresi wajah, yaitu kaget, takut, marah, jijik, bahagia, dan sedih (Ellis et al dalam Suryani, 2005). Ekspresi wajah sering menjadi indikator penting dalam menentukan reaksi komunikan atau penerima pesan. Ketidakpercayaan atau kebohongan seseorang juga dapat tercermin dari ekspresi wajahnya. Ekspresi wajah mencakup posisi mulut, alis, raut muka, dan tatapan mata. Orang yang menjaga kontak mata selama percakapan cenderung dianggap sebagai individu yang dapat dipercaya. Perawat sebaiknya menghindari menunduk saat berbicara dengan pasien, oleh karena itu, lebih baik duduk selama komunikasi agar tidak terkesan mendominasi.

d. Postur Tubuh atau Langkah

Postur tubuh dan cara berjalan mencerminkan sikap, emosi, konsep diri, serta kondisi fisik seseorang. Dengan mengamati postur tubuh dan langkah, perawat dapat mengumpulkan informasi penting sekaligus mendapatkan masukan dari orang lain. Cara berjalan juga dapat dipengaruhi oleh faktor fisik, seperti rasa nyeri, penggunaan obat, atau adanya fraktur (patah tulang).

e. Jarak

Jarak dalam komunikasi menjadi aspek penting yang perlu diperhatikan perawat karena memengaruhi kelancaran interaksi. Jarak yang terlalu jauh dapat menyulitkan perawat untuk memberikan respons yang tepat, terutama karena sulit menerapkan pendengaran aktif. Menurut Stuart (dalam Suryani, 2005), jarak untuk hubungan terapeutik yang intim berkisar antara 0-45 cm, sementara jarak pribadi berada pada 45-120 cm. Berdasarkan pengalaman, jarak yang paling nyaman bagi perawat dan klien saat berinteraksi adalah 30-40 cm; namun, pada pasien dengan perilaku agresif, jarak yang disarankan adalah 100-120 cm.

f. Sentuhan

Sentuhan merupakan sarana komunikasi yang kuat. Sentuhan dapat memicu reaksi positif atau negatif, tergantung pada individu yang terlibat serta kondisi lingkungan di sekitarnya. Sentuhan sangat diperlukan ketika pasien sedang merasa sangat sedih, karena pada saat itu memiliki makna empati. Sentuhan juga dapat menyampaikan pesan "Saya peduli". Namun, dalam penerapannya, sangat penting untuk memahami siapa, kapan, dan mengapa sentuhan dilakukan, mengingat komunikasi nonverbal ini memiliki dampak yang berbeda pada setiap orang.

2.2.4 Hambatan Komunikasi Terapeutik

Menurut Suryani (2005) dalam bukunya *Komunikasi Terapeutik Teori & Praktik*, terdapat lima hambatan dalam komunikasi terapeutik yang dapat menghambat hubungan antara perawat dan pasien, yaitu:

1. Resistensi

Resistensi adalah usaha pasien untuk tetap tidak menyadari atau mengakui sumber kecemasan dalam dirinya sebagai bentuk

perlawanan atau penyangkalan terhadap ungkapan perasaan Resistensi ini umumnya muncul pada tahap kerja saat proses pemecahan masalah dimulai. Resistensi terjadi akibat ketidakediaan pasien untuk menghadapi perubahan yang terjadi.

2. Transferens

Transferens adalah respons bawah sadar berupa perasaan atau perilaku pasien terhadap perawat yang sebenarnya berasal dari hubungannya dengan orang-orang penting di masa lalu. Karakteristik utama dari transferens adalah ketidaktepatan dalam respons pasien, dengan intensitas emosi yang tidak sesuai. Ada dua jenis utama reaksi transferens, yaitu permusuhan dan ketergantungan (Hamid dalam Simorangkir, 2019).

3. Kontertransferens

Kontertransferens adalah reaksi emosional yang tidak terapeutik yang dilakukan oleh perawat, bukan pasien, yang terjadi ketika perawat merespons pasien dengan perasaan yang tidak sesuai dengan situasi hubungan terapeutik. Hal ini menunjukkan ketidaksesuaian dalam kekuatan emosi yang terlibat dan dapat mengganggu jalannya proses penyembuhan pasien.

4. Pelanggaran batas

Perawat harus membatasi interaksi dengan pasien bahwa hubungan yang dibangun adalah hubungan terapeutik. Perawat berperan sebagai penolong dan pasien sebagai yang ditolong. Pelanggaran batas terjadi jika perawat melangkahi batas hubungan terapeutik dan membangun hubungan ekonomi, atau personal dengan pasien.

5. Pemberian Hadiah

Pemberian hadiah menjadi isu yang menuai pro dan kontra dalam dunia keperawatan. Di satu sisi, ada yang berpendapat bahwa

hadiah dapat mendukung pencapaian tujuan terapeutik, tetapi di sisi lain, ada yang menganggap hadiah dapat mengganggu hubungan terapeutik. Pemberian hadiah dapat mengganggu hubungan, karena pasien mungkin memanfaatkan hadiah untuk memengaruhi perawat, mengatur dinamika hubungan, dan menentukan batasan-batasan interaksi.

2.3 Skizofrenia

Mark Durand dan David H. Barlow (dalam Anggriani, 2023) mendefinisikan skizofrenia sebagai gangguan psikotik yang ditandai dengan gangguan kepribadian dan distorsi proses berpikir. Istilah "skizofrenia" berasal dari bahasa Yunani, yaitu *skhizein* yang berarti "terbelah" atau "patah" dan *phren* yang berarti "jiwa". Gangguan ini mencakup berbagai disfungsi seperti pola pikir yang terganggu (delusi), gangguan persepsi (halusinasi), serta kelainan dalam emosi, perilaku, dan komunikasi verbal. Skizofrenia dianggap sebagai gangguan psikotik yang bersifat destruktif dan kompleks.

Definisi lain menurut Fitrikasari (2022), Skizofrenia adalah gangguan mental yang kompleks, ditandai oleh berbagai gejala berat yang memengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, memahami, dan bertindak. Gangguan ini melibatkan masalah pada kognisi (proses berpikir), emosi, persepsi (cara memahami dunia di sekitar), dan perilaku. Menurut Kementerian Kesehatan (dalam Busainah, 2021) skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan penilaian tentang kenyataan atau realita (waham dan halusinasi).

2.3.1 Gejala Skizofrenia

Fitrikasari (2022) dalam *Buku Ajar Skizofrenia* menjelaskan bahwa gejala skizofrenia dikelompokkan menjadi tiga jenis, yaitu:

1. Gejala Positif

Gejala ini terlihat jelas dan dapat diamati. Gejala positif meliputi halusinasi (pengalaman sensorik tanpa stimulus nyata), delusi

(keyakinan salah yang tidak sesuai dengan realitas), serta perilaku atau pola pikir yang tidak biasa.

2. Gejala Negatif

Gejala ini mencerminkan berkurangnya kemampuan yang biasanya dimiliki individu sehat. Pada penderita skizofrenia, gejala ini termasuk kurangnya ekspresi emosi, penurunan motivasi, ketidakmampuan untuk menikmati aktivitas yang sebelumnya menyenangkan, minimnya perhatian, dan kesulitan dalam berbicara atau berpikir.

3. Gejala Kognitif

Gejala ini mungkin tidak langsung terlihat pada awal penyakit tetapi sangat memengaruhi fungsi sehari-hari. Gejala ini melibatkan gangguan pada kemampuan perhatian, memori kerja (kemampuan menyimpan dan memproses informasi dalam waktu singkat), dan fungsi eksekutif seperti perencanaan atau pengambilan keputusan.

2.3.2 Penyebab Skizofrenia

Berdasarkan pendapat Ann (dalam Simorangkir, 2024), terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan skizofrenia, antara lain:

1. Faktor Genetik

Penelitian menunjukkan hubungan antara genetika dengan risiko skizofrenia. Saudara tiri memiliki risiko sebesar 0,9-1,8%, saudara kandung 7-15%, anak dari orang tua dengan skizofrenia 40-68%, kembar dua telur 2-15%, dan kembar satu telur 61-86%.

2. Faktor Endokrin (Hormonal)

Skizofrenia sering muncul pada masa pubertas, kehamilan, atau periode setelah melahirkan. Namun, teori ini belum memiliki bukti kuat secara ilmiah.

3. Faktor Metabolisme

Didasarkan karena pasien skizofrenia terlihat pucat, kondisi fisik yang tampak tidak sehat, penurunan nafsu makan, dan berat badan

yang berkurang. Hipotesis ini sedang diteliti lebih lanjut dengan menggunakan obat halusinogenik.

4. Faktor Susunan Saraf Pusat (SSP)

Penyebab skizofrenia juga dikaitkan dengan gangguan pada sistem saraf pusat, khususnya di area diensefalon atau korteks otak.

Menurut Zahnia dan Sumekar (2016), terdapat beberapa faktor yang memengaruhi terjadinya skizofrenia, yaitu:

1. Usia

Orang yang berusia 25 hingga 35 tahun memiliki risiko 1,8 kali lebih tinggi mengalami skizofrenia dibandingkan mereka yang berusia 17 sampai 24 tahun.

2. Jenis Kelamin

Pria lebih sering mengalami skizofrenia (sekitar 72%) dibandingkan wanita. Hal ini disebabkan oleh tekanan hidup yang lebih besar karena pria sering menjadi penopang utama keluarga.

3. Pekerjaan

Individu yang tidak memiliki pekerjaan memiliki risiko 6,2 kali lebih tinggi terkena skizofrenia, karena pengangguran dapat memicu stres yang lebih besar.

4. Status Perkawinan

Mereka yang belum menikah lebih rentan terhadap gangguan jiwa, karena pernikahan sering dianggap membantu individu dalam berbagi tanggung jawab dan menciptakan ketenangan batin.

5. Konflik Keluarga

Masalah atau konflik yang terjadi dalam keluarga dapat meningkatkan risiko skizofrenia hingga 13 kali lipat.

6. Status Ekonomi

Individu dengan status ekonomi rendah memiliki risiko 6 kali lebih tinggi untuk menderita skizofrenia, karena tekanan ekonomi yang besar dapat memengaruhi kesehatan mental secara signifikan.

2.3.3 Jenis Skizofrenia

Terdapat lima jenis skizofrenia menurut Siti dan Dyah (dalam Anggriani, 2023), yaitu:

1. Skizofrenia Paranoid

Jenis ini ditandai oleh gangguan pikiran, persepsi, dan emosi, tetapi pasien tetap sadar sepenuhnya dan mampu berpikir secara intelektual. Ciri khasnya meliputi halusinasi pendengaran dan delusi dengan kecemasan yang kuat, meskipun fungsi kognitif dan emosional tetap terjaga.

2. Skizofrenia Hebefrenik

Skizofrenia tipe ini ditandai oleh pola bicara yang tidak teratur dan respons emosional yang tidak sesuai atau kurangnya emosi.

3. Skizofrenia Katatonik

Skizofrenia ini mencakup gejala seperti imobilitas motorik, aktivitas motorik berlebihan, perilaku negatif ekstrem, atau gerakan tak terkendali, yang menjadi pembeda utama dengan jenis gangguan lainnya.

4. Skizofrenia Tidak Terinci

Jenis ini melibatkan gejala skizofrenia seperti hebefrenik atau katatonik tetapi tidak memenuhi kriteria spesifik untuk sub tipe lainnya, seperti paranoid.

5. Skizofrenia Residual

Pada tipe ini, pasien sebelumnya telah mengalami gejala skizofrenia yang lengkap, tetapi saat ini hanya menunjukkan sisa-sisa gejala yang tidak lagi parah.

2.3.4 Tingkat Kesadaran Pasien Skizofrenia

Pasien dengan skizofrenia atau gangguan mental lainnya dapat menunjukkan berbagai tingkat kesadaran. Berikut adalah beberapa tingkat kesadaran yang umumnya ditemui:

a. *Compos Mentis* (sadar penuh)

Compos mentis adalah istilah medis yang digunakan untuk menggambarkan tingkat kesadaran tertinggi pada seseorang. Istilah ini berasal dari bahasa Latin yang berarti "memiliki pikiran yang utuh" atau "berakal sehat." Ini mengacu pada kondisi seseorang yang sepenuhnya sadar, mampu berpikir jernih, dan dapat membuat keputusan secara rasional. Mereka memahami situasi di lingkungan dan dirinya sendiri, serta dapat memberikan respons yang sesuai.

b. *Apatis*

Pada tingkat ini, pasien menunjukkan reaksi yang lambat terhadap rangsangan eksternal. Individu tampak tidak peduli terhadap lingkungan sekitar.

c. *Delirium* (kesadaran akut atau linglung)

Ini adalah perubahan kesadaran yang disertai dengan gangguan kognitif. Pasien dapat berperilaku tidak stabil, misalnya gelisah di satu waktu dan pasif di waktu lain.

d. *Somnolens* (latergi atau kondisi mengantuk)

Kesadaran pasien menurun, dan respons psikomotor menjadi sangat lambat. Pasien mudah tertidur, tetapi dapat dibangunkan dengan stimulasi dan masih mampu merespons secara verbal ketika sadar.

e. *Sopor* (tidur lelap)

Sopor adalah penurunan kesadaran yang signifikan. Pasien hampir tidak dapat merespons rangsangan kecuali yang sangat kuat, dan responsnya biasanya sangat terbatas.

f. *Koma*

Ini adalah tingkat kesadaran terendah, di mana pasien tidak dapat merespons rangsangan, tidak peduli seberapa kuat stimulasi diberikan.

g. Kesadaran Berkabut

Kesadaran ini ditandai dengan ketidakmampuan berpikir jernih atau bereaksi secara efektif terhadap lingkungan. Pasien sering terlihat bingung dan sulit berkonsentrasi.

h. Kesadaran Seperti Mimpi

Kondisi ini dapat terjadi pada pasien dengan epilepsi psikomotor. Pasien tampak terlibat dalam aktivitas rutin, tetapi sebenarnya tidak menyadari apa yang mereka lakukan dan tidak dapat merespons rangsangan dengan baik.

i. *Twilight State* (setengah sadar)

Twilight state merupakan kondisi kesadaran yang berubah atau setengah sadar, sering disertai halusinasi. Umumnya terkait dengan gangguan otak organik, kondisi ini melibatkan reaksi yang terbatas terhadap lingkungan, perilaku impulsif, dan emosi yang tidak stabil (Effendy, dalam Anggriani, 2023).

2. 4 Teori Akomodasi Komunikasi (*Communication Accommodation Theory - CAT*)

CAT (*Communication Accommodation Theory*) atau Teori Akomodasi Komunikasi adalah teori dalam komunikasi interpersonal yang dikembangkan oleh Howard Giles pada tahun 1973. Teori ini menjelaskan bagaimana dan mengapa kita menyesuaikan perilaku komunikasi kita dengan perilaku komunikasi orang lain (Morissan, 2013). Akomodasi diartikan sebagai kemampuan seseorang untuk menyesuaikan, mengubah, atau mengatur perilakunya dalam menanggapi orang lain. Proses ini umumnya terjadi secara tidak sadar, di mana individu memiliki skema kognitif internal yang digunakan saat berkomunikasi dengan orang lain (West, dalam Suheri, 2019).

Teori Akomodasi Komunikasi menjelaskan bagaimana individu dapat menyesuaikan atau mempertahankan perbedaan komunikasi dalam suatu interaksi. Menurut Howard Giles, teori ini menyatakan bahwa saat berinteraksi, seseorang menyesuaikan pola bicara, intonasi, dan perilakunya untuk

beradaptasi dengan lawan bicaranya. Dalam konteks keperawatan jiwa, perawat perlu menyesuaikan cara berbicara, nada suara, dan sikap mereka agar pasien dengan gangguan jiwa merasa lebih nyaman dan tidak menaruh kecurigaan terhadap perawat.

Giles mendefinisikan perilaku meniru dalam komunikasi sebagai “konvergensi”, yaitu upaya untuk mendekatkan diri atau menyamakan gaya komunikasi dengan lawan bicara (*coming together*). Sebaliknya, “divergensi” adalah proses di mana seseorang justru mempertegas perbedaan dalam komunikasi untuk menciptakan jarak dengan lawan bicara (*moving apart*). Kedua bentuk akomodasi ini dapat terjadi dalam berbagai aspek komunikasi, termasuk dalam percakapan yang mencakup intonasi suara, kecepatan bicara, aksen, volume suara, pilihan kata, tata bahasa, serta gerakan tubuh dan ekspresi nonverbal lainnya.

a. Konvergensi

Giles mendefinisikan konvergensi (*convergence*) sebagai strategi di mana seseorang menyesuaikan cara berkomunikasi agar lebih selaras dengan lawan bicaranya. Penyesuaian ini mencakup aspek seperti kecepatan berbicara, jeda, ekspresi wajah, kontak mata, serta elemen komunikasi verbal dan nonverbal lainnya. Jika seorang komunikator meniru gaya bicara atau perilaku pendengar dengan tujuan menciptakan kedekatan dan pemahaman, konvergensi dianggap sebagai hal yang positif. Namun, jika dilakukan dengan maksud mempermalukan, mengejek, atau merendahkan, maka konvergensi dapat dipersepsikan secara negatif.

b. Divergensi

Akomodasi adalah proses opsional di mana dua individu dalam komunikasi dapat memilih untuk menyesuaikan cara berkomunikasi, baik oleh salah satu pihak maupun keduanya. Menurut Giles, terkadang pembicara justru menonjolkan perbedaan dalam aspek verbal maupun nonverbal dengan lawan bicara mereka, yang disebut sebagai divergensi

(*divergence*). Berbeda dengan upaya menyesuaikan kecepatan bicara, gerak tubuh, atau postur untuk menunjukkan kesamaan, divergensi terjadi ketika seseorang tidak berusaha menyesuaikan diri dengan gaya komunikasi lawan bicaranya. Fenomena ini sering muncul dalam percakapan yang melibatkan perbedaan kekuasaan atau peran yang jelas, seperti dalam interaksi antara orang tua dan anak, pewawancara dan narasumber, atau hubungan profesional seperti perawat dan pasien.

c. Akomodasi Berlebihan (*overaccommodation*)

Akomodasi berlebihan merujuk pada komunikator yang dinilai melakukan penyesuaian secara berlebihan dalam berkomunikasi. Meskipun dilakukan dengan niat baik, perilaku ini sering kali justru dipersepsikan sebagai bentuk perendahan terhadap lawan bicara (West & Turner, dalam Hariyati, 2020). Akomodasi berlebihan dapat terjadi dalam tiga bentuk, yaitu:

1) Akomodasi berlebihan sensoris (*sensory overaccommodation*)

Terjadi ketika seseorang menyesuaikan cara berbicara secara berlebihan terhadap lawan bicara yang dianggap memiliki keterbatasan tertentu, seperti keterbatasan bahasa atau fisik.

2) Akomodasi berlebihan ketergantungan (*dependency overaccommodation*)

Terjadi ketika pembicara, baik secara sadar maupun tidak sadar, menempatkan pendengar dalam posisi yang lebih rendah, sehingga pendengar merasa bergantung pada pembicara. Dalam situasi ini, pendengar juga cenderung percaya bahwa pembicara mengendalikan percakapan untuk menunjukkan status yang lebih tinggi.

3) Akomodasi berlebihan intergrup (*intergroup overaccommodation*)

Terjadi ketika pembicara menggeneralisasi pendengar sebagai bagian dari kelompok tertentu dan gagal memperlakukan mereka sebagai individu yang unik (West & Turner, 2008)

III. METODE PENELITIAN

3.1 Tipe Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Penelitian kualitatif adalah penelitian yang melibatkan perspektif partisipan dengan beragam pendekatan bersifat interaktif seperti observasi langsung, observasi partisipatif, wawancara mendalam, dokumen, dan teknik pendukung (Sodik & Siyoto, dalam Mustaqilla, 2024). Menurut Sukmadinata (dalam Bumbungan, 2024) penelitian deskriptif kualitatif adalah pendekatan penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan dan menjelaskan fenomena-fenomena, baik yang terjadi secara alami maupun hasil rekayasa manusia.

Menurut Burhan Bungin (dalam Kriyantono, 2014), penelitian kualitatif deskriptif adalah sebuah pendekatan penelitian yang bertujuan menggambarkan realitas sosial berdasarkan pandangan atau interpretasi dari para partisipan. Penelitian ini fokus pada karakteristik, kualitas, dan hubungan antara aktivitas komunikasi terapeutik yang terjadi antara perawat dan pasien skizofrenia. Dalam penelitian deskriptif, hasil yang diperoleh disajikan sebagaimana adanya tanpa memodifikasi data temuan.

3.2 Fokus Penelitian

Penelitian dengan pendekatan kualitatif berfokus pada dimensi-dimensi tertentu yang akan menjadi perhatian utama dan dibahas secara mendalam menggunakan metode deskriptif kualitatif. Penelitian ini difokuskan pada identifikasi mendalam mengenai strategi komunikasi terapeutik yang diterapkan oleh perawat dalam berinteraksi dengan pasien skizofrenia di Ruang Kutilang RSJD Provinsi Lampung. Penelitian ini secara spesifik mengkaji bagaimana perawat mengimplementasikan tahapan-tahapan komunikasi terapeutik menurut Stuart dan Sundeen (pra-interaksi, pengenalan/orientasi, kerja, dan terminasi) serta bagaimana mereka secara dinamis menggunakan

strategi akomodasi komunikasi berdasarkan Teori Akomodasi Komunikasi (CAT) Howard Giles yang meliputi konvergensi, divergensi, dan menghindari akomodasi berlebihan untuk menyesuaikan gaya komunikasinya dalam menghadapi pasien skizofrenia.

3.3 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung, yang beralamat di Jl. Raya Gedong Tataan Km.13, Kabupaten Pesawaran, Lampung. RSJD Provinsi Lampung dipilih sebagai lokasi penelitian karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit kelas B Khusus Jiwa satu-satunya yang dimiliki oleh Pemerintah Provinsi Lampung.

Pemilihan Ruang Kutilang sebagai lokasi penelitian didasarkan pada beberapa pertimbangan. Ruang Kutilang merupakan ruang rawat inap khusus untuk pasien laki-laki dengan kapasitas maksimal 50 pasien. Keputusan untuk fokus pada pasien laki-laki ini relevan mengingat data dari *Our World in Data* tahun 2019 yang menunjukkan prevalensi skizofrenia cenderung lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan perempuan. Dengan memfokuskan penelitian pada pasien laki-laki di satu ruang perawatan spesifik, diharapkan dapat tergali strategi komunikasi terapeutik yang lebih terfokus sekaligus mengurangi potensi variabilitas yang mungkin timbul dari dinamika gender dalam interaksi jika pasien perempuan juga dilibatkan.

3.4 Sumber Data

Sumber data dalam penelitian ini mencakup:

1. Data Primer

Data primer diperoleh langsung dari perawat yang bertugas di Ruang Kutilang melalui wawancara mendalam, observasi langsung terhadap interaksi perawat dengan pasien, serta analisis dokumen terkait komunikasi terapeutik. Fokusnya adalah pada pengalaman, strategi, dan pendekatan komunikasi yang mereka gunakan dalam mendukung proses pemulihan pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder diambil dari dokumen dan laporan resmi RSJD Provinsi Lampung, seperti profil rumah sakit, jumlah pasien skizofrenia, dan panduan prosedur kerja perawat. Selain itu, data sekunder juga mencakup literatur terkait skizofrenia dan komunikasi terapeutik, seperti jurnal, buku, dan data statistik nasional atau internasional tentang prevalensi skizofrenia.

3.5 Penentuan Informan

Dalam penelitian ini, penentuan informan dilakukan dengan menggunakan metode *purposive sampling* atau pengambilan sampel dengan tujuan tertentu. Informan dipilih karena memiliki pengalaman, pengetahuan, atau keterlibatan langsung dengan fenomena yang diteliti. Adapun penentuan informan mencakup:

1. Kepala Ruangan

Kepala ruangan di Ruang Kutilang dipilih karena memiliki peran strategis dalam merancang, mengawasi, dan mengevaluasi pelaksanaan perawatan langsung terhadap pasien. Kepala ruangan juga bertugas mendampingi dan membimbing staf perawat dalam menerapkan komunikasi terapeutik.

2. Perawat Pelaksana

Perawat yang memiliki pengalaman minimal 1 tahun dalam menangani pasien skizofrenia. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan wawasan praktis dan mendalam terkait penerapan komunikasi terapeutik dalam situasi nyata di Ruang Kutilang

3. Pasien Skizofrenia

Pasien skizofrenia yang dirawat di Ruang Kutilang dipilih berdasarkan kriteria kesadaran *compos mentis*, untuk memastikan bahwa pasien mampu berkomunikasi walaupun secara terbatas. Pasien yang dipilih minimal telah menjalani masa rawat selama 2 minggu karena dianggap memiliki pengalaman yang cukup untuk memberikan informasi relevan terkait interaksi komunikasi terapeutik dengan perawat.

3.6 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan dalam penelitian ini mencakup beberapa metode, yaitu:

1. Wawancara

Wawancara merupakan salah satu teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti kepada informan melalui tanya jawab. Panduan wawancara disiapkan sebelumnya, namun tetap fleksibel untuk mendapatkan informasi yang mendalam dan rinci.

2. Observasi

Selain wawancara dengan informan, peneliti melakukan observasi terhadap interaksi perawat dengan pasien skizofrenia lain di Ruang Kutilang, yang disebut sebagai subjek observasi. Subjek observasi adalah pasien skizofrenia yang tidak diwawancarai tetapi diamati untuk memahami penerapan komunikasi terapeutik. Teknik observasi ini digunakan untuk memantau secara langsung interaksi antara perawat dan pasien skizofrenia di Ruang Kutilang, dengan mencatat perilaku, pola komunikasi, serta strategi komunikasi terapeutik yang diterapkan perawat.

3. Analisis Dokumen

Pengumpulan data melalui dokumen mencakup CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi), jadwal aktivitas perawat, dan dokumen lain yang relevan. Teknik ini mendukung data yang diperoleh melalui wawancara dan observasi.

3.7 Teknik Analisis Data

Dalam penelitian ini, teknik analisis data dilakukan secara kualitatif dengan tahapan sebagai berikut.

- a. Pengumpulan Data

Data yang diperoleh dari wawancara, observasi dan analisis dokumen di Ruang Kutilang RSJD Provinsi Lampung dikumpulkan dan dirangkum sesuai dengan kebutuhan penelitian.

b. Reduksi Data

Proses ini melibatkan penyortiran data untuk menajamkan fokus, mengelompokkan informasi, serta menghapus data yang tidak relevan dengan penelitian tentang strategi komunikasi terapeutik.

c. Interpretasi Data

Data yang telah direduksi kemudian dianalisis untuk menggambarkan proses penerapan setiap tahap komunikasi terapeutik Stuart dan Sundeen serta penyesuaian komunikasi berdasarkan Teori Akomodasi Komunikasi (CAT) yang digunakan perawat pada pasien skizofrenia.

d. Penarikan Kesimpulan

Pada bagian akhir, peneliti menyusun kesimpulan berdasarkan hasil analisis data yang telah dilakukan. Kesimpulan tersebut perlu didukung oleh bukti-bukti yang kuat dari data penelitian.

3.8 Teknik Keabsahan Data

Untuk memastikan data yang diperoleh dalam penelitian ini valid dan dapat dipercaya, beberapa teknik keabsahan data yang digunakan adalah:

1. Triangulasi Sumber Data

Peneliti menguji kredibilitas data dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari berbagai sumber. Selain mengumpulkan data melalui wawancara, peneliti juga melakukan observasi, dan mengumpulkan dokumen tertulis. Setiap metode pengumpulan data ini dapat menghasilkan bukti yang bervariasi, yang kemudian memberikan wawasan yang lebih luas mengenai fenomena yang sedang diteliti.

2. Triangulasi Metode

Peneliti memproses verifikasi data dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda tetapi dari sumber yang sama. Data yang diperoleh melalui wawancara, dikonfirmasi dengan observasi dan analisis dokumen. Dengan demikian, triangulasi metode dilakukan dengan membandingkan data yang diperoleh melalui berbagai teknik pengumpulan data, seperti wawancara, observasi, dan analisis dokumen (Haryoko, 2020).

V. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, dapat ditarik kesimpulan bahwa dalam menjalankan pelayanan keperawatan di RSJD Provinsi Lampung, perawat telah melaksanakan tugas sesuai dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang bertujuan untuk kesembuhan pasien. SOP tersebut selaras dengan model komunikasi terapeutik Stuart dan Sundeen (1998) yang diterapkan secara sistematis melalui empat tahapan (pra-interaksi, pengenalan, kerja, dan terminasi). Komunikasi terapeutik diperkuat dengan penerapan strategi Teori Akomodasi Komunikasi - CAT oleh Howard Giles (1973), yang mencakup konvergensi, divergensi, dan penghindaran akomodasi berlebihan. Konvergensi digunakan secara dominan untuk membangun kedekatan melalui bahasa sederhana, intonasi yang disesuaikan, dan gestur terbuka. Divergensi diterapkan secara selektif untuk menegaskan batasan profesional dan mengarahkan pasien kembali ke realitas. Penghindaran akomodasi berlebihan dilakukan untuk menjaga martabat pasien dengan berkomunikasi sesuai SOP.

5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, berikut adalah saran untuk RSJD Provinsi Lampung dan pengembangan penelitian lanjutan.

1. RSJD Provinsi Lampung disarankan untuk mengembangkan pelatihan komunikasi terapeutik yang mengintegrasikan strategi konvergensi dan divergensi untuk menghadapi tantangan komunikasi pasien skizofrenia.
2. Penelitian ini membatasi cakupan penelitian hanya membahas pelayanan keperawatan secara individu antara perawat-pasien, faktanya terdapat komunikasi terapeutik secara berkelompok yang dilakukan di RSJD Provinsi Lampung. Oleh karena itu, penelitian selanjutnya disarankan untuk membahas proses komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat dengan pasien gangguan jiwa secara berkelompok.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU

Agustina, L & Isti. (2022). *Modul Pembelajaran Teori Komunikasi Terapeutik (Semester II) Program Studi Keperawatan S1 Dan Profesi Ners*. Bekasi: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Medistra Indonesia

Fitrikasari, A & Kartikasari, L. (2022). *Buku Ajar Skizofrenia*. Semarang: UNDIP Press

Griffin et al. (2019). *A First Look At Communication Theory, Tenth Edition*. New York: McGraw-Hill Education

Haryoko, S. dkk. (2020). *Analisis Data Penelitian Kualitatif (Konsep, Teknik & Prosedur Analisis)*. Makassar: Badan Penerbit UNM

Kriyantono, R. (2014). *Teknik Praktis Riset Komunikasi*. Jakarta: Kencana

Morrison. (2013). *Teori Komunikasi Individu Hingga Massa*. Jakarta: Kencana

Stuart, G. W. (2023). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Jiwa Stuart Edisi Indonesia Kedua*. (Keliat, B.A & Pasaribu, J. , Terjemahan). Singapore: Elsevier Inc. (Karya asli diterbitkan tahun 1998 dengan judul *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*)

Satrio, dkk. (2023). *Standar Asuhan Keperawatan Utama Gangguan Jiwa dengan Pendekatan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) edisi Revisi tahun 2023*. Pesawaran: Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung

Suprayitno, dkk. (2023). *Buku Ajar Komunikasi Terapeutik Keperawatan (Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Ners Indonesia Tahun 2021)*. Jawa Tengah: Eureka Media Aksara

Suryani. (2005). *Komunikasi Terapeutik Teori & Praktik*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

West, R & Turner, L.H. (2008). *Pengantar Teori Komunikasi, Edisi 3 Analisis dan Aplikasi*. (Maer, M.N.D, Terjemahan). Jakarta: Salemba Humanika

JURNAL DAN SKRIPSI

Apriliani, Y & Widiani E. (2020). Penerapan Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Skizofrenia Dalam Mengontrol Halusinasi Di RS Jiwa Menur Surabaya. *NERS: Jurnal Keperawatan Poltekkes Malang*. Vol.16, No. 2.

Apriliyanti, R. dkk. (2021). Komunikasi Terapeutik Perawat untuk Meningkatkan Konsep Diri Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Komunikasi, Universitas Airlangga*. Vol. 19, No. 2.

Busainah, D & Adhrianti, L. (2021). Komunikasi Terapeutik pada Pasien Skizofrenia (Studi Deskriptif Kualitatif pada Pasien Perempuan Usia Millenial di Ruang Anggrek RSKJ Soeprapto Bengkulu). *Jurnal Kaganga*, Vol. 5 No. 1.

Hariyati, Farida. (2020). Strategi Akomodasi Komunikasi Mahasiswa Asing dalam Interaksi Antarbudaya (Studi pada Mahasiswa Thailand Selatan di UHAMKA). *Komunika: Jurnal Ilmu Komunikasi* Vol. 07 No. 01.

Giles, Howard. (2023). *Communication accommodation theory: Past accomplishments, current trends, and future prospects*. Elsevier Ltd.

- Mustaqilla, S.H. (2024). Strategi Pemasaran Media Sosial Dalam Membangun *Personal Branding* Melalui Tiktok (Studi pada Konten TikTok @rafaell_1616 sebagai Duta Seblak Indonesia). (Skripsi, Universitas Lampung).
- Parapat, N. H. .(2019). Manusia Tidak Dapat Tidak Berkomunikasi. *INSANI*, Vol. 6, No. 2, pages 95–103.
- Putri, S. S. A. (2020). Model Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Penderita Talasemia Mayor Dewasa Awal (Studi pada Unit Talasemia RSUD Abdul Muluk Lampung). (Skripsi, Universitas Lampung).
- Raina, S. (2024). *Schizophrenia: Communication Disorders and Role of the Speech-Language Pathologist. American Journal of Speech-Language Pathology*. Vol.33, No.3.
- Restia, N. D. (2021). Model Komunikasi Terapeutik Perawat Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Tampan Provinsi Riau. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*.
- Simorangkir, M. G. (2024). Komunikasi Terapeutik Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Mahoni Medan. (Skripsi, Universitas Medan Area).
- Suheri. (2019). Akomodasi Komunikasi. *Jurnal Network Media* Vol. 2, No. 1
- Sumangkut, C. E. (2019). Peran Komunikasi Antar Pribadi Perawat Dengan Pasien Gangguan Jiwa Di Rumah Sakit Ratumbusang Manado. *Acta Diurna Komunikasi*, Vol. 8 No. 1
- Windah, A. Nurhaida, I. dkk. (2023). *Calling for Multiculturalism-Based Communication Campaigns in Early Prevention of Youth Diabetes:*

Examination of Contemporary Indonesia. International Journal Of Humanities Education And Social Sciences, Vol. 2, No. 6

SITUS

Alodokter. (2023). *Pengertian Skizofrenia*. Diakses dari <https://www.alodokter.com/skizofrenia> pada Oktober 2024.

Katadata.co.id. (2023). *Perempuan RI Lebih Banyak Alami Gangguan Kesehatan Mental Daripada Laki-laki*. Diakses dari <https://databoks.katadata.co.id/layanan-konsumen-kesehatan/statistik/03a7ffbe948a653/perempuan-ri-lebih-banyak-alami-gangguan-kesehatan-mental-daripada-laki-laki> pada November 2024.

Kompas.tv. (2022). *Kesal Dipasung dan Tak Diizinkan Menikah, Seorang Pria Bunuh Ayah kandungnya Sendiri*. Diakses dari <https://www.kompas.tv/regional/349738/kesal-dipasung-dan-tak-diizinkan-menikah-seorang-pria-bunuh-ayah-kandungnya-sendiri> pada November 2024.

Kumparan. (2022). *Indonesia Jadi Negara Tertinggi Skizofrenia, Ini Jumlah Pasiennya di Lampung*. Diakses dari <https://kumparan.com/lampunggeh/indonesia-jadi-negara-tertinggi-skizofrenia-ini-jumlah-pasiennya-di-lampung-1xkKRhAqD7D> pada Oktober 2024.

Kemendes. (2023). *Definisi Gangguan Jiwa dan Jenis-jenisnya*. Diakses dari https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2224/definisi-gangguan- pada Oktober 2024.

Metrotvnews. (2024). *Indonesia Peringkat 1 Dunia Kasus Skizofrenia*. Diakses dari <https://www.metrotvnews.com/play/bw6CooaG-indonesia-peringkat-1-dunia-kasus-skizofrenia> pada Oktober 2024.