

BAB II

KAJIAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1
Penelitian Terdahulu

No.	Nama Peneliti dan Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Tujuan Penelitian	Persamaan	Perbedaan
1.	Rachmawati Windyaningrum (Universitas Padjajaran) Komunikasi Terapeutik Konselor Adiksi Pada Korban Penyalahgunaan (Studi Kasus Komunikasi Terapeutik Konselor Adiksi Dalam Membantu Pemulihan Korban Penyalahgunaan Narkoba di Rumah Palma)	Studi Kualitatif Pendekatan Studi Kasus	1. Untuk menemukan metode terapi komunikasi yang digunakan konselor adiksi dalam membantu pemulihan korban penyalahgunaan narkoba di Rumah Palma Therapeutic Community. 2. Untuk menemukan dukungan keluarga residen pada komunikasi terapeutik konselor adiksi dalam membantu pemulihan korban penyalahgunaan narkoba di Rumah Palma Therapeutic Community. 3. Untuk menemukan alasan mantan pecandu yang menjadi konselor adiksi dalam membantu pemulihan korban penyalahgunaan narkoba di Rumah Palma Therapeutic Community.	Persamaan terletak pada Teori penelitian yaitu komunikasi terapeutik	Perbedaan terletak pada objek yang diteliti

2.	<p>Putri Asmara Dewi (Universitas Islam Negeri Raden Intan Lampung)</p> <p>Therapeutic Community Bagi Pecandu Narkoba Di Loka Rehabilitasi Bnn Kalianda Kabupaten Lampung Selatan</p>	<p>Studi Kualitatif Pendekatan Deskriptif Kualitatif</p>	<p>Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana Therapeutic Community bagi pecandu narkoba di Loka Rehabilitasi BNN Kalianda Kabupaten Lampung Selatan.</p>	<p>Persamaan terletak pada Metodologi penelitian</p>	<p>Perbedaan terletak pada objek yang diteliti</p>
3,	<p>Elvaneka Ramadhantie (Universitas Pasundan)</p> <p>Komunikasi Terapeutik Perawat Dalam Pemulihan Pecandu Narkoba</p>	<p>Studi Kualitatif Pendekatan Deskriptif Kualitatif</p>	<p>1. Untuk mengetahui fase pra-interaksi Komunikasi Terapeutik perawat dalam pemulihan pecandu narkoba di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi?</p> <p>2. Untuk mengetahui fase orientasi Komunikasi Terapeutik perawat dalam pemulihan pecandu narkoba di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi?</p> <p>3. Untuk mengetahui fase kerja Komunikasi Terapeutik perawat dalam pemulihan pecandu narkoba di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi?</p> <p>4. Untuk mengetahui fase terminasi Komunikasi Terapeutik perawat dalam pemulihan pecandu narkoba di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi?</p>	<p>Persamaan terletak pada Metodologi penelitian</p>	<p>Perbedaan terletak pada objek yang diteliti</p>

--	--	--	--	--	--

Dalam penelitian terdahulu ada beberapa poin yang seurpa dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti.

1. Rachmawati Suryaningrum (2014) dalam penelitiannya menjelaskan Program rehabilitasi pecandu narkoba yang dilakukan secara komunitas, didasarkan atas penggunaan komunikasi dalam komunitas sebagai metode terapi dan rehabilitasi. Program rehabilitasi narkoba yang dimiliki pemerintah Jawa Barat dengan berbasis rumah sakit menggunakan pelayanan metode rehabilitasi therapeutic community. Rumah Palma Therapeutic Community dijadikan sebagai pusat rujukan terapi dan rehabilitasi adiksi dalam membina pecandu narkoba bertujuan membangun kesadaran dalam diri pecandu agar membentuk perilaku yang bernilai dan sesuai dengan pemulihan. Tujuan penelitian ini adalah menemukan metode terapi komunikasi konselor adiksi dalam membantu pemulihan residen, dukungan keluarga pada komunikasi terapeutik konselor adiksi, dan alasan mantan pecandu yang menjadi konselor adiksi. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus eksplanatoris. Informan penelitian adalah konselor adiksi yang dipilih secara purposive sampling. Data diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi partisipan, dan dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan metode terapi komunikasi yang dilakukan konselor adiksi adalah static counseling dan individual counseling. Metode terapi komunikasi tidak terlepas dari kedekatan,

kenyamanan, kepercayaan diantara konselor dan residen. Penggunaan komunikasi diantara mereka ditunjukkan dengan bahasa verbal dan nonverbal. Dukungan keluarga residen ditunjukkan dengan adanya komitmen terhadap treatment pemulihan, keaktifan keluarga pada family support group dan family dialog. Alasan mantan pecandu menjadi konselor adiksi karena mereka dapat menjadi role model bagi residen dalam program pemulihan, adanya panggilan hati untuk membantu sesama pecandu, dan sebagai bentuk recovery maintainance setelah mereka selesai menjalani program pemulihan.

Hal ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti karena memiliki Teori penelitian yang sama dan juga subjek penelitian yang sama yaitu pola komunikasi konselor adiksi dalam membantu korban penyalahgunaan narkoba. Letak perbedaanya berada di objek yang diteliti, meskipun sama-sama IPWL Yayasan yang memiliki program *therapeutical community* subjek penelitian memiliki metode dalam penerapan programnya masing-masing.

2. Putri Asmara Dewi dalam *Therapeutic Community Bagi Pecandu Narkoba Di Loka Rehabilitasi Bnn Kalianda Kabupaten Lampung Selatan* menjelaskan tentang metode *therapeutical community* dimana para klien yang data ke loka rehabilitasi tersebut mengikuti serangkaian kegiatan dalam loka rehabilitasi secara bersama-sama yang menyebabkan mereka memiliki semangat juang untuk puling bersama-sama.

Dalam penelitian ini memeiliki kesamaan yakni memiliki metodologi dan

Dan teori yang sama, perbedaannya terletak di jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini berjenis pendekatan deskriptif analisis yaitu dengan menggambarkan subjek dan objek penelitian. Berbeda dengan penelitian yang peneliti tulis yang berjenis studi kasus yang tujuannya adalah untuk menyelidiki secara cermat suatu hal dengan pengumpulan informasi lengkap menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data. Studi kasus juga dilakukan untuk memperoleh pengertian yang mendalam dan menganalisa secara lebih intensif tentang sesuatu terhadap individu, kelompok, atau situasi. Penelitian studi kasus yang dilakukan secara mendalam bertujuan untuk mendapatkan suatu gambaran lengkap meliputi keseluruhan atau aspek tertentu.

3. Elvaneka Ramadhantie dalam penelitiannya yang berjudul Komunikasi Terapeutik Perawat Dalam Pemulihan Pecandu Narkoba memaparkan eskriptif Kualitatif Komunikasi Terapeutik Perawat Dalam Pemulihan Pecandu Narkoba Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi. Tema ini dipilih karena ketertarikan sosial peneliti tentang bagaimana komunikasi perawat jiwa, dimana Perawat Jiwa adalah hal yang ada sejak dulu hingga sekarang dan tidak lekang oleh waktu. Berbeda dengan ulasan fenomena, kajian tentang Perawat akan terus berguna dan membawa manfaat yang jelas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana komunikasi terapeutik perawat dalam pemulihan pecandu narkoba, khususnya di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi. Teori *Self Disclosure* dipilih untuk dijadikan acuan. Penulisan ini dilakukan menggunakan metode studi deskriptif dan

pendekatan kualitatif. Teknik pengumpulan data dilakukan melalui observasi, wawancara mendalam, kajian literature, hingga dokumentasi. Terdiri dari 6 perawat informan dalam penelitian ini. Dari hasil pengamatan dan pengumpulan data yang dilakukan, dapat disimpulkan bahwa pasien pecandu narkoba maupun perawat telah menjalin komunikasi terapeutik dan memiliki interpretasi yang baik. Proses penyingkapan diri yang sebelumnya masih banyak kekurangan seiring berjalannya waktu telah mengalami perubahan menuju positif. Sedangkan hubungan pasien pecandu narkoba dengan perawat, semakin berjalan baik. Peneliti menyarankan agar pihak Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi semakin memperhatikan proses penyembuhan pasien pecandu narkoba. Perlu diadakan berbagai kegiatan yang mampu mengisi waktu kosong pasien dan menjadi bekal kedepan setelah pasien bebas dari rehabilitasi. Dengan adanya usaha, penerepan, dan penanaman nilai positif Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jambi akan membantu pemulihan pasien-pasien pecandu narkoba dan kejiwaan.

Dalam penelitian ini, memiliki persamaan yakni metodologi penelitian yakni sama sama menggunakan komunikasi terapeutik. Perbedaannya terletak pada subjek dan objek penelitiannya. Subjek dalam penelitiannya yakni perawat yang ada di rumah sakit di kota Jambi, hal ini tentu berbeda dengan penelitian yang dilakukan peneliti karen subjek yang di teliti adalah konselor. Perbedaan antara perawat dan kosnelor adalah perawat lebih memfokuskan terapi dan perawatan korban penyalahgunaan narkoba dari

sudut pandang medis, sedangkan konselor lebih memfokuskan kepada konseling untuk metode terapi pemulihan korban penyalahgunaan narkoba.

2.2 Kerangka Konseptual

2.2.1. Komunikasi

Komunikasi sesungguhnya dapat terjadi dalam berbagai konteks kehidupan. Peristiwa-peristiwa komunikasi yang diamati dalam ilmu komunikasi sangat luas dan kompleks karena menyangkut berbagai aspek sosial, budaya, ekonomi, dan politik dari kehidupan manusia. Oleh karena itu, ilmu komunikasi merupakan salah satu cabang ilmu pengetahuan yang termasuk dalam kelompok ilmu atau disiplin ilmu sosial (*social science*). Bahkan juga tidak lepas dari ilmu humaniora dan juga ilmu pasti (ilmu alam). Ilmu komunikasi juga merupakan salah satu ilmu pengetahuan sosial yang bersifat multidisipliner. Multidisipliner artinya pendekatan-pendekatan yang digunakan dalam ilmu komunikasi berasal dari dan menyangkut berbagai disiplin keilmuan lainnya, seperti linguistik, politik, sosiologi, psikologi, antropologi, ekonomi, filsafat, bahkan juga ilmu alam seperti biologi, fisika, dan kimia.

Dalam buku yang ditulis oleh Drs. Daryanto menjelaskan bahwa, Ilmu komunikasi adalah ilmu pengetahuan tentang produksi, proses dan pengaruh dari sistem-sistem tanda dan lambang melalui pengembangan teori-teori yang fenomena yang berkaitan dengan produksi, proses, dan pengaruh dari sistem-sistem tanda dan lambang. (Berger dan Chaffee, 1987).

Harold D. Laswell mengemukakan bahwa dalam proses komunikasi harus mencakup kelengkapan dari unsur-unsur komunikasi sehingga menjadi efektif diterima. Unsur-unsur tersebut terdiri dari:

- a) Komunikator (*source/sender/communicator*), yaitu perorangan atau lembaga yang memberikan atau menyampaikan pesan kepada audiens/khalayak secara langsung maupun tidak langsung. Seorang komunikator dapat juga bertindak sebagai sumber informasi atau sumber pesan.
- b) Pesan (*message*), yaitu materi yang disampaikan merupakan objek dari informasi yang menjadi bahasan.
- c) Media (*channel/saluran*), merupakan sarana penghubung atau penyampai dan penerima pesan yang digunakan oleh komunikator maupun komunikan dalam menyampaikan pesannya.
- d) Komunikan (*communicant*), yaitu perorangan maupun lembaga yang menerima isi pesan, informasi dari pihak komunikator.
- e) Efek (*impact/effect/influence*), yaitu hasil yang dapat dilihat sebagai pengaruh diterima atau ditolakny suatu isi pesan/informasi.

2.2.2. Komunikasi antar pribadi

Komunikasi antarpribadi (*interpersonal communication*) merupakan komunikasi yang berlangsung dalam situasi tatap muka antara dua orang atau lebih, baik secara terorganisasi maupun pada kerumunan orang.

Bittner (1985, hlm.10) menerangkan bahwa komunikasi antarpribadi berlangsung apabila pengirim menyampaikan informasi berupa kata-kata kepada penerima, dengan menggunakan medium suara manusia (*human voice*).

Sementara Barnlund mendefinisikan komunikasi antarpribadi sebagai pertemuan antara dua, tiga orang, atau mungkin empat orang, yang terjadi sangat spontan dan tidak berstruktur. Barnlund mengemukakan beberapa ciri untuk mengenali komunikasi antarpribadi, sebagai berikut:

- a) Bersifat spontan
- b) Tidak mempunyai struktur
- c) Terjadi secara kebetulan
- d) Tidak mengejar tujuan yang telah direncanakan
- e) Identitas keanggotaannya tidak jelas
- f) Dapat terjadi hanya sambil lalu

Everett M. Rogers mengartikan bahwa komunikasi antar pribadi merupakan komunikasi dari mulut ke mulut yang terjadi dalam interaksi tatap muka antara beberapa pribadi. Ciri-ciri komunikasi antar pribadi menurut Rogers adalah sebagai berikut:

- a) Arus pesan cenderung dua arah
- b) Konteks komunikasinya dua arah
- c) Tingkat umpan balik yang terjadi tinggi
- d) Kemampuan mengatasi tingkat selektivitas, terutama selektivitas keterpaan tinggi
- e) Kecepatan jangkauan terhadap khalayak yang besar relatif lambat
- f) Efek yang mungkin terjadi adalah perubahan sikap

2.2.3. Komunikasi Kesehatan

Dalam perkembangannya, komunikasi kesehatan bersentuhan dengan perkembangan teknologi komunikasi dan informasi. Penemuan dan perkembangan teknologi komputer yang terkoneksi melalui jejaring internet mendorong perkembangan pemanfaatan teknologi komunikasi dan informasi dalam proses komunikasi kesehatan.

Komunikasi secara umum bertujuan menyampaikan pesan antara manusia yang terlibat dalam komunikasi. Interaksi yang terjadi saat berkomunikasi dilakukan manusia untuk berbagi makna (*share of meaning*). Sebagai contoh saat seorang paramedis berbicara dengan pasien mengenai obat yang harus diminum kepada pasien, maka tujuan paramedis adalah pasien melakukan apa yang sudah diucapkannya. Dengan demikian paramedis memiliki tujuan komunikasi untuk mempengaruhi orang lain guna mencapai derajat kesehatan yang lebih baik.

Penggunaan teknologi komunikasi baru menjadi tantangan dalam komunikasi kesehatan. Melalui teknologi komunikasi baru berbasis internet, pelayanan kesehatan bisa lebih mudah dilakukan. Namun, seberapa pun majunya teknologi komunikasi, area studi komunikasi kesehatan selalu berpijak pada tingkatan komunikasi. Perkembangan teknologi komunikasi menjadikan masing-masing tingkatan dalam komunikasi kesehatan terus berkembang.

- a) Komunikasi Kesehatan Intrapersonal (*Intrapersonal Health Communication*) Komunikasi kesehatan intrapersonal mengkaji mental internal dan proses psikologis yang berpengaruh pada kesehatan, seperti kepercayaan, sikap, dan nilai kesehatan. Dalam area studi komunikasi kesehatan ini, pendekatan dari psikologi sering dimanfaatkan untuk mengkaji bagaimana komunikator kesehatan memproses informasi, menciptakan makna, dan membuat pesan. Perspektif intrapersonal dalam komunikasi kesehatan memberi pandangan yang unik mengenai orientasi, harapan dan predisposisi personal yang berbeda, yang memberikan orientasi kepada komunikator kesehatan untuk menyesuaikan dengan kondisi yang ada. (Schement, 2002, hlm.98)

b) Komunikasi Kesehatan Interpersonal (*Interpersonal Health Communication*) Komunikasi kesehatan interpersonal mengkaji relasi yang berpengaruh pada kesehatan, berfokus pada studi tentang bagaimana penyedia pelayanan kesehatan dan konsumen yang bersifat diadik (tatap muka) dalam edukasi kesehatan, interaksi terapeutik dan pertukaran informasi yang relevan dalam kesehatan yang bersifat interpersonal. (Schement, 2002, hlm.98)

c) Komunikasi Kesehatan Kelompok (*Group Health Communication*) Komunikasi kesehatan kelompok mempelajari tentang peranan performa komunikasi dalam koordinasi yang saling terkait diantara anggota kelompok, seperti dalam tim kesehatan, komite etik, dan keluarga. Para anggota kelompok dalam komunikasi kesehatan kelompok akan berbagi informasi kesehatan yang relevan dalam rangka pembuatan keputusan kesehatan yang tepat. (Schement, 2002, hlm.399)

Pada intinya, komunikasi kesehatan kelompok berkaitan dengan performa komunikasi dalam koordinasi kelompok dan pertukaran pesan, sebuah perspektif komunikasi yang mengkaji tentang studi mengenai tim kesehatan, komite etik dan kelompok pengambilan keputusan yang lain. (Schement, 2002, hlm.399)

d) Komunikasi Kesehatan Organisasi (*Organizational Health Communication*) Pelayanan kesehatan modern menuntut keberadaan lembaga kesehatan yang dijalankan dengan prinsip-prinsip organisasi modern melalui pengelolaan manajemen modern. Dalam pengelolaan organisasi kesehatan, komunikasi antar individu dan unit di dalam organisasi menjadi penting. Selain komunikasi di dalam organisasi, organisasi juga perlu berkomunikasi dengan organisasi lain. Sebuah organisasi tidak bisa berdiri sendiri.

Pengelolaan manajemen komunikasi organisasi, baik internal maupun eksternal, menjadi penting agar pelayanan kesehatan dapat terus dilakukan secara prima. Untuk mengelola manajemen komunikasi, rumah sakit tersebut bisa menyusun standard operating procedure (SOP). Ketika ada SOP yang sudah baku, siapa pun individu yang berada dalam organisasi akan mudah melakukan komunikasi. Jajaran manajemen juga memiliki panduan untuk menjalankan komunikasi baik internal maupun eksternal melalui SOP.

e) Komunikasi Kesehatan Bermedia

Perkembangan media massa yang sangat pesat, terutama sejak mesin cetak yang memungkinkan penggandaan media cetak secara massal dan kemudian dilanjutkan dengan penemuan radio, film, televisi, dan komputer telah membawa berbagai implikasi dalam bidang kesehatan. Melalui media massa, kegiatan promosi kesehatan bisa dilakukan secara lebih masif. Sebagai contoh adalah iklan layanan masyarakat di bidang kesehatan yang dibuat oleh departemen kesehatan yang dimuat di media cetak, disiarkan di radio, ditayangkan di televisi, dan dipasang di komputer yang terhubung dalam jejaring internet. Melalui iklan layanan masyarakat, pesan kesehatan bisa menjangkau khalayak lebih luas dalam waktu yang singkat

2.2.4 Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai komunikasi yang direncanakan secara sadar dimana kegiatan dan tujuan dipusatkan untuk kesembuhan pasien. (Taufik dan Juliane, 2010, hlm.25). Seorang dokter diharapkan dapat mengemas pesan atau informasi yang dapat dipahami oleh pasien terkait dengan segala sesuatu yang memfasilitasi agar pasien dapat sembuh dan pulih kembali. Jadi, komunikasi yang dilakukan dokter dengan pasien merupakan bagian dari komunikasi interpersonal atau selalu disebut dengan komunikasi antar pribadi, dimana pelaksanaannya dilakukan secara tatap muka atau langsung. Sehingga dokter dan pasien dapat saling memberikan reaksi secara langsung pula yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

Menurut Charles et.al terdapat 3 model komunikasi antara dokter dan pasien yang dapat diterapkan disaat melayani pasien, yaitu:

- a) Paternalistic Model (*Patron-client*), model ini dokter mengendalikan aliran informasi kepada pasien dan memutuskan pengobatan.
- b) Informed Model, model yang menggambarkan dokter yang menyampaikan semua informasi yang diperlukan mengenai manfaat dan risiko berbagai pengobatan berdasarkan bukti yang sah kepada pasien dan pasien sendiri yang mempertimbangkan dan memutuskan apa yang terbaik baginya.
- c) Shared Model, mengasumsikan bahwa dokter dan pasien membuat keputusan bersama, terutama mengenai pengobatan medis.
(Mulyana, 2015, hlm. 25)

Pelayanan komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter terhadap pasien merupakan suatu pelayanan terpenting di rumah sakit. Seandainya terjadi kesalahan penyampaian informasi akan berdampak pada kecacatan sampai pada kematian pasien. Kesalahan informasi dan kesalahan penanganan penyakit pasien tidak boleh terjadi, karena terkait dengan keselamatan pasien.

Komunikasi terapeutik merupakan model komunikasi yang direncanakan secara sadar dan memiliki tujuan tertentu (biasanya untuk pemulihan) serta kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Oleh karenanya, model komunikasi ini tidak terjadi secara spontan atau tiba-tiba. Berkaitan dengan komunikasi antar pribadi,

komunikasi terapeutik dinyatakan Northouse (1998, hlm.12) sebagai kemampuan atau keterampilan perawat untuk membantu klien beradaptasi terhadap stres, mengatasi gangguan psikologis, dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain. Sedangkan, Struat G. W. dalam Suryani (2006,hlm.12) menyatakan bahwa, “komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam memperoleh hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien”. Berdasarkan pengertian mengenai komunikasi terapeutik, hubungan interpersonal antara konselor dengan klien berguna untuk meningkatkan pemahaman dan membantu terbentuknya hubungan yang konstruktif diantara konselor dengan klien.

Dari definisi-definisi yang disampaikan di atas maka dapat ditarik kesimpulan bahwa komunikasi terapi adalah suatu model komunikasi yang terjadi secara spontan yang dilakukan oleh seorang terapis kepada seorang klien dengan tujuan untuk menyembukan (terapeutikal).

1) Tujuan komunikasi terapi

Secara umum tujuan dari komunikasi terapi itu sendiri adalah untuk membantu pasien mengenali penyakit yang dialaminya sehingga dapat mengurangi beban pikiran dan perasaan untuk dasar tindakan yang mengubah situasi ke arah yang lebih baik. Komunikasi terapi diharapkan bisa mengurangi keraguan pasien serta membantu

melakukan tindakan yang efektif, juga mempererat hubungan kedua pihak yakni antara pasien dan perawat secara professional dan proporsional dalam rangka membantu penyembuhan klien.

Hubungan interpersonal antara konselor dengan klien berguna untuk meningkatkan pemahaman dan membantu terbentuknya hubungan yang konstruktif diantara konselor dengan klien. Menurut Mundakir tujuan dari komunikasi terapeutik adalah:

- a) Membantu klien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal diperlukan.
- b) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendirinya dalam peningkatan derajat kesehatan.
- d) Mempererat hubungan atau interaksi antara klien dengan terapis (tenaga kesehatan) secara profesional dan proposional dalam rangka membantu penyelesaian masalah klien.

Menurut Suryani Komunikasi terapeutik memiliki tujuan untuk mengembangkan pribadi klien ke arah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi:

- a) Realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan dalam diri klien.
- b) Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain. Melalui komunikasi terapeutik, klien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain.
- c) Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis.
- d) Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri.

Dalam penelitian ini komunikasi terapi dilakukan oleh konselor sebagai *helper* dan klien sebagai pasien. Adapun persyaratan dasar agar komunikasi terapi berjalan efektif, persyaratan ini bertujuan untuk menciptakan hubungan yang baik antara konselor dan klien. Menurut Stuart dan Sundeen dalam Damaiyanti (2008, hlm. 12) ada dua persyaratan dasar agar komunikasi terapi berjalan dengan efektif. Persyaratan yang dimaksud adalah:

- a) Semua komunikasi harus ditujukan untuk menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan.
- b) Komunikasi yang menciptakan perqasaan saling pengertian harus terlebih dahulu dilakukan sebelum memberikan sarana informasi, dan masukan.

2) Prinsip Komunikasi terapi

Menurut Suryani dalam buku Komunikasi Terapeutik: Teori dan Praktik terdapat prinsip yang harus dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan komunikasi terapeutik, yaitu:

- a) Hubungan perawat dengan klien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan.

Hubungan ini didasarkan pada prinsip *humanity of nurse and clients*. Kualitas hubungan perawat-klien ditentukan oleh bagaimana perawat mendefinisikan dirinya sebagai manusia. Hubungan perawat dengan klien tidak hanya sekedar hubungan seorang penolong dengan kliennya tapi lebih dari itu, yaitu hubungan antar manusia yang bermartabat.

- b) Perawat harus menghargai keunikan klien.

Tiap individu mempunyai karakter yang berbeda-beda. Karena itu perawat perlu memahami perasaan dan perilaku klien dengan melihat perbedaan latar belakang keluarga, budaya, dan keunikan setiap individu.

- c) Komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan. dalam hal ini perawat harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien.

- d) Komunikasi yang menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternatif pemecahan masalah.

hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah kunci dari komunikasi terapeutik

3) Karakteristik komunikasi terapi

Terdapat karakteristik-karakteristik yang membedakan komunikasi terapi dengan model komunikasi lainnya. Menurut Arwani dalam buku Komunikasi Dalam Keperawatan terdapat tiga karakteristik komunikasi terapeutik yakni:

a) Keikhlasan (genuiness)

Perawat harus menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki terhadap keadaan klien. Perawat yang mampu menunjukkan rasa ikhlasnya mempunyai kesadaran mengenai sikap yang dipunyai terhadap klien sehingga mampu belajar untuk mengkomunikasikan secara tepat.

b) Empati (Empathy)

Empati merupakan perasaan pemahaman dan penerimaan perawat terhadap perasaan yang dialami klien dan kemampuan merasakan dunia pribadi klien. Empati merupakan sesuatu yang jujur, sensitif dan tidak dibuat-buat (objektif) didasarkan atas apa yang dialami orang lain. Empati cenderung bergantung pada kesamaan pengalaman diantara orang yang terlibat komunikasi.

c) Kehangatan (Warmth)

Dengan kehangatan, perawat akan mendorong klien untuk mengekspresikan ide-ide dan menuangkannya dalam bentuk perbuatan tanpa rasa takut dimaki atau dikonfrontasi. Suasana yang hangat, permisif dan tanpa adanya ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan perawat terhadap klien. Sehingga klien akan mengekspresikan perasaannya secara lebih mendalam.

4) Teknik komunikasi terapi

Adapun teknik-teknik yang harus diperhatikan untuk membangun hubungan komunikasi terapeutik. Dalam buku Komunikasi Kebidanan menurut Uripni dkk teknik yang dilakukan dalam komunikasi terapi adalah sebagai berikut:

- a) Mendengar dengan penuh perhatian. Hal ini perawat harus mendengarkan masalah yang disampaikan oleh klien untuk mengetahui perasaan, pikiran dan persepsi klien itu sendiri. Sikap yang dibutuhkan untuk menjadi pendengar yang baik adalah menatap matanya saat berbicara, tidak menyilangkan kaki dan tangan, hindari gerakan yang tidak perlu dan condongkan tubuh kearah lawan bicara
- b) Menunjukkan penerimaan. Mendukung dan menerima dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Menerima bukan berarti menyetujui. Menerima berarti mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan.

- c) Menanyakan pertanyaan yang berkaitan. Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai masalah yang telah disampaikan oleh klien. Oleh sebab itu, sebaiknya pertanyaan yang diajukan berkaitan dengan masalah yang sedang dihadapi oleh klien.
- d) Mengulang ucapan klien dengan kata-kata sendiri. Melalui pengulangan kembali kata-kata klien, seorang perawat memberikan umpan balik bahwa perawat mengerti pesan klien dan berharap komunikasi dilanjutkan.
- e) Mengklarifikasi. Klarifikasi terjadi pada saat perawat menjelaskan dalam kata-kata mengenai ide atau pikiran yang tidak jelas dikatakan oleh klien. Tujuan dari teknik ini untuk menyamakan pengertian.
- f) Memfokuskan. Tujuan dari memfokuskan untuk membatasi pembicaraan sehingga pembicaraan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Hal yang perlu diperhatikan adalah tidak memutuskan pembicaraan ketika klien menyampaikan masalah yang sedang dihadapi.

5) Karakteristik helper komunikasi terapi

Dengan adanya karakteristik seorang helper, dalam prosesnya seorang konselor harus dapat menolong klien untuk beradaptasi secara positif terhadap stres yang dialami. Pertolongan yang diberikan kepada klien harus bersifat terapeutik. Pada penyembuhan klien tidak hanya dapat disembuhkan melalui

komunikasi terapeutik, tetapi juga dibantu melalui obat-obatan yang bertujuan untuk kepentingan terapeutik klien, bukan untuk membuat klien lebih mudah diatur oleh perawat. (Corey 1999, 370).

Menurut Roger dalam Stuart G. W. (1998) dalam Suryani (2006, 16-19), ada beberapa karakteristik seorang helper yang dapat memfasilitasi tumbuhnya hubungan yang terapeutik. Karakteristik tersebut antara lain:

- a) Kejujuran, sangat penting dalam komunikasi terapeutik, karena tanpa adanya kejujuran mustahil bisa terbina hubungan saling percaya. Seseorang akan menaruh kepercayaan pada lawan bicara yang terbuka dan mempunyai respons yang tidak dibuat-buat, sebaiknya ia akan berhati-hati pada lawan bicara yang terlalu halus sehingga sering menyembunyikan isi hati yang sebenarnya dengan kata-kata atau sikapnya yang tidak jujur
- b) Tidak membingungkan dan cukup ekspresif, dalam berkomunikasi dengan klien, perawat sebaiknya menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti oleh klien dan tidak berbelit. Nonverbal perawat harus cukup ekspresif dan harus sesuai dengan verbalnya.
- c) Bersikap positif terhadap apa saja yang dikatakan dan disampaikan klien lewat nonverbalnya sangat penting baik dalam membina hubungan saling percaya maupun dalam

membina hubungan saling percaya maupun dalam membuat rencana tindakan bersama klien.

- d) Empati bukan simpati, sikap empati sangat diperlukan dalam asuhan keperawatan, karena dengan sikap ini perawat akan mampu merasakan dan memikirkan permasalahan klien seperti yang dirasakan dan dipikirkan klien.
- e) Mampu melihat permasalahan dari kaca mata klien, dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus berorientasi pada klien. Karena itu untuk memecahkan masalah klien perawat harus mampu melihat permasalahan tersebut dari sudut pandang klien
- f) Menerima klien apa adanya, jika seseorang merasa diterima maka dia akan merasa aman dalam menjalin hubungan interpersonal.
- g) Sensitif terhadap perasaan klien, sebelum perawat menjadi seorang konselor, sebaiknya dia bertanya pada dirinya sendiri, "apakah saya ini sudah sensitif terhadap perasaan atau kebutuhan orang lain?". Tanpa kemampuan ini hubungan terapeutik perawat-klien tidak akan terjalin dengan baik, karena jika pada saat berkomunikasi perawat tidak sensitif terhadap perasaan kliennya bisa saja perawat menyinggung perasaan klien.
- h) Tidak mudah terpengaruh oleh masa lalu klien ataupun diri perawat sendiri. Salah satu karakteristik seorang helper yang

efektif dan mampu mempertahankan hubungan yang terapeutik dengan klien adalah tidak mudah terpengaruh oleh masa lalu klien dan masa lalu dirinya sendiri.

Selain karakteristik, ada hal yang sama pentingnya untuk diperhatikan dalam komunikasi terapeutik adalah tentang pemahaman hubungan terapeutik. King dalam Damaiyanti (2008, 21) mengungkapkan hubungan terapeutik sebagai pengalaman belajar, baik bagi klien maupun perawat atau konselor. King mengidentifikasi empat tindakan yang perlu diambil keduanya dalam hubungan terapeutik. Adapun tindakan tersebut sebagai berikut:

- a) Tindakan diawali oleh perawat atau terapis
- b) Respon reaksi dari klien,
- c) Interaksi dimana perawat dan klien mengkaji kebutuhan klien dan tujuan,
- d) Transaksi dimana hubungan timbal balik pada akhirnya dibangun untuk mencapai tujuan hubungan.

6) Dimensi Respon dan Dimensi Tindakan Dalam Komunikasi Terapeutik

Dimensi respon ini terdiri dari respon perawat atau konselor yang ikhlas, empati, menghargai, empati, dan konkrit. Dimensi respon penting untuk dipahami pada awal hubungan antara klien dan konselor dimulai, karena berpengaruh pada interaksi selanjutnya (Stuart G.W., 1998).

Empati adalah kesadaran objektif akan pikiran dan perasaan orang lain (Wiseman, 1996). Empati adalah kemampuan untuk masuk dalam kehidupan klien agar dapat merasakan pikiran dan perasaannya. (Suryani 2006, 38). Wheeler dan Wolberg yang dikutip oleh Stuart dan Sundeen (1998) dalam Suryani (2006, 39-4) membagi empati dalam dua tipe:

- a) Empati Dasar (Basic Empaty), merupakan respons alamiah dari seseorang untuk mengerti orang lain.
- b) Empati Terlatih (Trained Empaty/Cilnical Empaty/ Professional Empaty), merupakan kemampuan berempati yang diperoleh setelah melalui training dalam rangka menolong orang lain.

Seorang perawat yang telah memahami komunikasi terapeutik atau yang telah memperoleh pelatihan tentang empati tentu akan mampu berempati secara tepat pada setiap keadaan kliennya. Dimensi respons lainnya yaitu konkret, yang dimaksud konkret adalah dalam berkomunikasi perawat menggunakan terminologi yang spesifik bukan abstrak. Hal ini perlu untuk menghindari keraguan dan ketidakjelasan. Selain dimensi respons terdapat dimensi tindakan yang terdiri dari konfrontasi, kesegeraan, keterbukaan, emotional chatasis, dan bermain peran. (Stuart 1998 dalam Suryani 2006, 41-42). Seorang perawat yang telah belajar komunikasi terapeutik atau yang telah memperoleh pelatihan

tentang empati tentu akan mampu berempati secara tepat pada setiap keadaan kliennya.

Dimensi respons lainnya yaitu konkrit, yang dimaksud Menurut Stuart (1998) yang dikutip oleh Suryani (2006) konkrit adalah dalam berkomunikasi perawat menggunakan terminologi yang spesifik bukan abstrak. Hal ini perlu untuk menghindari keraguan dan ketidakjelasan. Selain dimensi respons terdapat dimensi tindakan yang terdiri dari konfrontasi, kesegeraan, keterbukaan, emotional catharsis, dan bermain peran.

Konfrontasi merupakan ekspresi perasaan perawat atau konselor tentang perilaku klien yang tidak sesuai. Konfrontasi berguna untuk meningkatkan kesadaran klien akan kesesuaian perasaan, sikap, kepercayaan dan perilaku yang ditampilkan. Carkhoff yang dikutip Stuart G. W. (1998) dalam Suryani (2006, 42) mengidentifikasi tiga kategori konfrontasi yaitu: ketidaksesuaian antara konsep diri klien (ekspresi klien tentang dirinya) dan ideal diri klien (keinginan klien), ketidaksesuaian antara ungkapan-ungkapan verbal dan perilaku klien, dan ketidaksesuaian antara pengalaman klien dan pengalaman perawat.

Kesegeraan berfokus pada interaksi dan hubungan perawat-klien saat ini. perawat yang efektif adalah perawat yang membantu mengatasi permasalahan klien dengan segera. Dimensi tindakan lainnya adalah keterbukaan, Brammer (1993) menyatakan bahwa keterbukaan merupakan salah satu hal penting untuk membangun

hubungan saling percaya. Pada keterbukaan, perawat memberikan informasi tentang dirinya (*self disclosure*), ideal diri, perasaan sikap, dan nilainya.

Selanjutnya, emotional catharsis dalam bahasa Indonesia bisa diartikan sebagai curahan hati. Ketika klien curhat kepada perawat atau konselor harus mampu menciptakan suasana yang aman, nyaman, dan diterima agar kesadaran diri klien meningkat. Perawat harus dapat mengkaji kesiapan klien mendiskusikan masalahnya. Jika klien mengalami kesukaran mengekspresikan perasaannya, perawat dapat membantu dengan mengekspresikan perasaannya jika berada pada situasi klien (Stuart, G. W., 1998, dalam Suryani, 2006: 44).

7) Tahapan komunikasi terapi

Dalam komunikasi terapeutik ada tahapan-tahapan yang harus disusun terstruktur agar konselor maupun klien paham apa maksud dan tujuan dari terapi yang dijalani. Menurut buku Buku Keperawatan (1995) oleh Stuart dan Sundeen tahapan-tahapan yang harus direncanakan dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut:

a) Fase Prainteraksi

Prainteraksi dimulai sebelum kontrak pertama dengan klien. Tahap ini merupakan tahap persiapan perawat sebelum bertemu dan berkomunikasi dengan pasien. Perawat perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang dimiliki.

Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, dengan analisa diri perawat akan dapat memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik ketika bertemu dan berkomunikasi dengan pasien, jika dirasa dirinya belum siap untuk bertemu dengan pasien maka perawat perlu belajar kembali dan berdiskusi dengan teman kelompok yang lebih berkompeten. Perawat mengumpulkan data tentang klien, mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri dan membuat rencana pertemuan dengan klien.

b) Fase Orientasi

Fase ini dimulai ketika perawat bertemu dengan klien untuk pertama kalinya. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan klien minta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan perawat klien. Dalam memulai hubungan tugas pertama adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian komunikasi yang terbuka dan perumusan kontrak dengan klien. Untuk dapat membina hubungan saling percaya dengan pasien, perawat harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima pasien, menghargai pasien dan mampu menepati janji kepada pasien. Selain itu perawat harus merumuskan suatu kontrak bersama dengan pasien. Kontrak yang harus dirumuskan dan disetujui bersama adalah tempat, waktu dan topik pertemuan.

Perawat juga bertugas untuk menggali perasaan dan pikiran pasien serta dapat mengidentifikasi masalah pasien. Pada tahap ini perawat melakukan kegiatan sebagai berikut: memberi salam dan senyum pada klien, melakukan validasi (kognitif, psikomotor, afektif), memperkenalkan nama perawat, menanyakan nama kesukaan klien, menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan, menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan, menjelaskan kerahasiaan. Tujuan akhir pada fase ini ialah terbina hubungan saling percaya.

c) Fase Kerja

Pada tahap kerja dalam komunikasi terapeutik, kegiatan yang dilakukan adalah memberi kesempatan pada klien untuk bertanya, menanyakan keluhan utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Perawat memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif klien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan situasi/suasana yang meningkatkan integritas klien dengan meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan dan tekanan pada klien.

d) Fase Terminasi

Pada tahap terminasi dalam komunikasi terapeutik kegiatan yang dilakukan oleh perawat adalah menyimpulkan hasil wawancara, tindak lanjut dengan klien, melakukan kontrak

(waktu, tempat dan topik), mengakhiri wawancara dengan cara yang baik. Tahap terminasi dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Terminasi Sementara. Terminasi sementara merupakan akhir dari pertemuan perawat dengan pasien, akan tetapi masih ada pertemuan lainnya yang akan dilakukan pada waktu yang telah disepakati bersama.
2. Terminasi Akhir. Pada terminasi akhir perawat telah menyelesaikan proses keperawatan secara menyeluruh.

2.2.5 Konselor

1) Pengertian Konselor

Konselor merupakan 'instrument' dalam proses terapi. Pribadi konselor menjadi hal yang krusial untuk menentukan hasil-hasil positif konseling. Keterampilan konselor dalam mewujudkan dasar-dasar sikap komunikasi dengan klien juga bisa membantuk mewujudkan hubungan komunikasi terapi yang baik. Menurut Brammer yang dikutip dalam buku Pengantar Konseling dan Psikoterapi oleh Andi Mappiare ada beberapa hal khusus pribadi seorang helper yang dalam kasus ini seorang konselor pada umumnya bersifat helping adalah:

- a) Kesadaran akan diri dan nilai-nilai, para helper memerlukan suatu kesadaran tentang posisi-posisi nilai mereka sendiri.

- b) Kesadaran akan pengalaman budaya, helper dituntut mengetahui lebih banyak lagi tentang budaya para helpi. Mengetahui lebih banyak perbedaan antara para helper dan para helpi merupakan hal sangat vital bagi keefektifan hubungan helping.
- c) Kemampuan menganalisis kemampuan helper sendiri, para helper harus mampu “menyelami” perasaan mereka sendiri, memahami dan menerima perasaan-perasaan mereka. d. Kemampuan berlayar sebagai “teladan” dan “pemimpin” atau orang “berpengaruh”.
- d) Altruism, kesediaan berkorban (waktu, tenaga, dan mungkin materi) untuk kepentingan kebahagiaan atau kesenangan orang-orang lain.
- e) Penghayatan etik yang kuat, rasa etik para helper, pada dasarnya berarti bahwa mereka berusaha menyeimbangkan antara rasa aman helpi dengan ekspektasi masyarakat.
- f) Tanggung jawab, dalam hal ini berkenaan dengan konteks bantuan khusus yang diberikan kepada para help; meskipun bisa juga dipandang bersangkutan dengan tingkah laku umum mereka terhadap para helpi.

2) Sikap dan keterampilan konselor

Sikap dan keterampilan konselor merupakan aspek penting yang harus dimiliki seorang konselor, karena aspek inilah yang menentukan keberhasilan terapi dan tingkat penerimaan seorang

klien. Seorang konselor harus mampu dan mahir dalam membaca situasi agar dapat menentukan program terapi yang akan dilalui oleh seorang klien. Sikap konselor merupakan dimensi afektif yang krusial dalam keberhasilan proses hubungan konseling. Dikutip dalam buku Pengantar Konseling dan Psikoterapi oleh Andi Mappiare sikap dasar konselor terdiri dari:

- a) Penerimaan, mengacu pada kesediaan konselor memiliki penghargaan tanpa menggunakan standar ukuran atau persyaratan tertentu terhadap individu. Dengan kata lain, konselor mempunyai penerimaan “apa adanya”, tidak mengandung kesetujuan dan ketidaksetujuan terhadap aspek-aspek pribadi individu.
- b) Pemahaman, berhubungan erat dengan empati. BarretLennard (1959), dan Delaney dan Eisenberg (1972) menggabungkan kedua pernyataan itu menjadi satu, yaitu empathic-understanding. Keduanya merupakan sikap dasar konselor yang menunjuk pada kecenderungan konselor menyelami tingkah-laku, pikiran, dan perasaan klien sedalam mungkin yang dapat dicapai oleh konselor.
- c) Kesejatian dan keterbukaan. Kesejatian pada dasarnya menunjuk pada keselarasan yang mesti ada dalam pikiran dan perasaan konselor dengan apa yang terungkap melalui perbuatan maupun ucapan verbalnya. Keterbukaan merupakan kualitas pribadi sebagai cara konselor

mengungkapkan kesejatian itu sendiri. Tamar Plitt Harper dan David M. Rosenthal (1978) menyatakan bahwa keterbukaan diri dapat menimbulkan keterbukaan pada orang lain. Pengungkapan diri secara verbal pihak konselor akan mempermudah proses terapeutik.

Selanjutnya menurut Andi Mappiare keterampilan konselor merupakan dimensi kognitif seorang konselor. Keterampilan dasar seorang konselor terdiri dari:

- a) Kompetensi intelektual. Keterampilan konselor dilandasi oleh pengetahuan siap pakai mengenai tingkah laku manusia, pemikiran yang cerdas, dan kemampuan mengintegrasikan peristiwa yang dihadapi dengan pendidikan dan pengalaman. Kompetensi komunikasi merupakan sebagian dari kompetensi intelektual konselor.
- b) Kelincahan karsa-cipta. Sifat tidak tetap dari hubungan konseling maka konselor harus tidak kaku. Konselor harus tanggap terhadap perubahan-perubahan sikap, persepsi, dan ekspektasi klien terhadapnya.
- c) Pengembangan keakraban. Istilah “pengembangan”, di sini mencakup menciptakan, pemantapan, dan pelanggengan keakraban selama konseling.

3) Konselor adiksi

Konselor adiksi di Indonesia diakui secara umum oleh Badan Narkoba Nasional (BNN), Kementerian Kesehatan, dan

Kementerian Sosial. Pengakuan tersebut secara tersirat tertera dalam peraturanperaturan yang telah dibentuk, antara lain: Peraturan Pemerintah 35 No.25 tahun 2011, tentang wajib lapor, pasal 5 Institusi penerima wajib lapor sebagaimana dimaksud dalam pasal 4 ayat (1) harus memenuhi persyaratan: Ketenagaan yang memiliki keahlian dan kewenangan dibidang ketergantungan narkoba.

Persyaratan ketenagaan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a sekurang-kurangnya memiliki: Pengetahuan dasar ketergantungan narkoba; Keterampilan melakukan asesmen ketergantungan narkoba; Keterampilan melakukan konseling dasar ketergantungan narkoba; dan Pengetahuan penatalaksanaan terapi rehabilitasi berdasarkan jenis narkoba yang digunakan. sumber daya manusia bidang tekhnis rehabilitasi sosial sebagaimana dimaksud dalam pasal 12 huruf b terdiri dari:

- a. Pekerja Sosial Profesional
- b. Dokter
- c. Psikiater
- d. Psikolog
- e. Konselor Adiksi
- f. Paramedik
- g. Instruktur Keterampilan
- h. Pembimbing Rohani; dan
- i. Tenaga kesejahteraan sosial/relawan sosial

Konselor di bidang adiksi, dalam pendekatan motivasional konselor bertindak sebagai pelatih atau konsultan dan bukan sebagai figur otoritas. Konselor membantu klien menemukan, memahami, dan membangun kesuksesan masa lalu. Secara harfiah konselor adalah orang yang memiliki tugas memberikan konseling atau nasihat-nasihat dan masukan-masukan praktis bagi orang yang mengalami kendala-kendala tertentu. Adiksi adalah kondisi kecanduan zat racun yang merusak dan membahayakan tubuh serta dapat menimbulkan ketergantungan (*addicted*) bahkan kematian untuk pemakaian yang berlebihan. Jadi konselor adiksi adalah orang yang memberikan konseling/masukan untuk menghadapi kendala penggunaan zat-zat beracun yang merusak tubuh serta menimbulkan ketergantungan.

4) Konseling

Konselor adiksi memegang peran penting dalam proses rehabilitasi. Utamanya konselor melakukan pendampingan dan hal-hal lain yang menunjang kebutuhan klien pada saat masa program. Adapun hal primer yang dilakukan seorang konselor adiksi dalam program rehabilitasi yaitu konseling.

Menurut Tolbert yang dikutip dalam buku Dasar-dasar Bimbingan dan Konseling yang ditulis oleh Prayitno Konseling adalah hubungan pribadi yang dilakukan secara tatap muka antara dua orang dalam mana konselor melalui hubungan itu dengan kemampuan-kemampuan khusus yang dimilikinya, menyediakan

situasi belajar. Dalam hal ini konseling dibantu untuk memahami diri sendiri, keadaannya sekarang, dan kemungkinan keadaannya masa depan yang dapat ia ciptakan dengan menggunakan potensi yang dimilikinya, demi untuk kesejahteraan pribadi maupun masyarakat. Lebih lanjut konseli dapat belajar bagaimana memecahkan masalah-masalah dan menemukan kebutuhan-kebutuhan yang akan datang.

Dalam kasus yang menjadi sorotan di dalam penelitian ini, konselor melakukan konseling dengan klien dengan tujuan pendampingan tentang ketergantungannya. Maka dapat ditarik kesimpulan konseling adalah proses pemberian bantuan melalui percakapan langsung oleh tenaga terampil (konselor) kepada individu yang sedang mengalami sesuatu kondisi dimana ia membutuhkan pendampiangannya oleh tenaga ahli (klien) yang hasil akhirnya adalah dapat membuka potensi diri dengan memanfaatkan berbagai keadaan sarana yang ada, sehingga individu tersebut mampu memahami dirinya sendiri dan potensi yang sebelumnya ia tidak sadari untuk mencapai perkembangan yang optimal, mandiri serta mampu merencanakan hal yang baik untuk dirinya di masa depan.

5) Jenis-jenis konseling

Konseling dalam rehabilitasi narkoba ada beberapa jenis yang masing-masingnya memiliki tujuan tertentu, dan konseling itu sama lain memiliki keterkaitan yang tujuannya sama-sama untuk membantu klien dengan masalah yang dihadapinya.

Konseling juga memiliki rentang waktu yang fleksibel tergantung kebutuhan klien itu sendiri. Konselor dapat menentukan lama periode konseling seorang klien dengan persetujuan keluarga.

Selain klien, keluarga klien juga diberi bimbingan dan konseling mengenai ketergantungan narkoba, agar keluarga klien dapat memahami apa yang dirasa oleh klien.

6) Konseling Individu

Menurut Buku Rehabilitasi Yayasan Sahabat Rekan Sebaya konseling individu bertujuan untuk memberikan bantuan kepada klien agar memperoleh pemahaman diri dan kemampuan mengontrol diri yang lebih baik sehingga dapat mendorong klien untuk merencanakan dan mengambil keputusan dalam upaya menyelesaikan masalah dalam memperbaiki pola pikir dan tingkah lakunya.

Konseling individu bisa dilakukan seminggu sekali sesuai dengan kebutuhan klien yang disesuaikan dengan program klien. Hasil konseling akan diarahkan agar klien dapat memahami diri sehingga mengenal dirinya dengan

7) Konseling Kelompok

Konseling kelompok dalam rehabilitasi narkoba merupakan program yang penting juga, konseling kelompok terkhusus dalam program *therapeutical community* yang pada dasarnya adalah terapi kelompok sangat membantu antara klien dengan satu sama lainnya, dalam konseling kelompok, klien.

2.3 Kerangka Teoretis

Kerangka teoretis pada umumnya merupakan suatu kerangka atau pemikiran yang menjadi dasar menarik kesimpulan penelitian terhadap dimensi penelitian. Kerangka teoretis merupakan pengidentifikasian teori yang akan dijadikan sebagai landasan untuk melakukan sebuah penelitian. Pada penelitian ini akan membahas hal yang berkaitan dengan komunikasi terapeutik konselor adiksi di Yayasan Sahabat Rekan Sebaya dimana teori yang dipaparkan yaitu komunikasi terapeutik dan juga konselor adiksi.

Komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai komunikasi yang direncanakan secara sadar dimana kegiatan dan tujuan dipusatkan untuk kesembuhan pasien. (Taufik dan Juliane, 2010, hlm.25). Seorang dokter diharapkan dapat mengemas pesan atau informasi yang dapat dipahami oleh pasien terkait dengan segala sesuatu yang memfasilitasi agar pasien dapat sembuh dan pulih kembali. Jadi, komunikasi yang dilakukan dokter dengan pasien merupakan bagian dari komunikasi interpersonal atau selalu disebut dengan komunikasi antar pribadi, dimana pelaksanaannya dilakukan secara tatap muka atau langsung. Sehingga dokter dan pasien dapat saling memberikan reaksi secara langsung pula yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

Konselor merupakan ‘instrument’ dalam proses terapi. Pribadi konselor menjadi hal yang krusial untuk menentukan hasil-hasil positif konseling. Keterampilan konselor dalam mewujudkan dasar-dasar sikap komunikasi dengan klien juga bisa membantuk mewujudkan hubungan komunikasi terapi yang baik. Menurut Brammer yang dikutip dalam buku Pengantar Konseling dan Psikoterapi

oleh Andi Mappiare ada beberapa hal khusus pribadi seorang helper yang dalam kasus ini seorang konselor pada umumnya bersifat helping adalah kesadaran akan diri dan nilai-nilai, akan pengalaman budaya, kemampuan menganalisis sendiri, altruism, penghayatan etik yang kuat, tanggung jawab.

Pada penelitian ini teori yang digunakan yaitu teori *Self Disclosure* dimana teori tersebut menjelaskan tentang konsep keterbukaan diri dari seorang individu dalam mengungkapkan jati diri mereka (Afrilia & Kurnianti, 2021: 20). Dalam sistem komunikasi interpersonal, *self-disclosure* memiliki peranan yang sangat penting karena mampu memberikan peluang untuk mengembangkan pemahaman terkait dengan diri pribadi serta pengembangan sikap positif baik dari diri sendiri maupun orang lain. Devito (dalam Nisa & Rahma, 2023: 122) menjelaskan bahwa terdapat lima dimensi dalam *self-disclosure* yaitu *amount*, *valance self-disclosure*, *accuracy/honesty*, *attention*, *intimacy*.

Dimensi *self-disclosure*, *amount* berarti kuantitas serta tingkat dari pengungkapan diri yang dapat diukur dengan mengetahui seberapa sering seseorang mengungkapkan diri serta berapa lama dari pesan *self-disclosing* atau waktu yang dibutuhkan untuk mengutarakan *statement self-disclosure* tersebut pada orang lain. *Valance self-disclosure* merupakan hal positif maupun negatif yang berkaitan dengan pengungkapan diri. Individu terbuka atas hal-hal yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan tentang dirinya, memuji hal-hal yang ada dalam dirinya maupun menjelekan hal yang ada dalam dirinya. Dimensi ini mempengaruhi sifat dasar dan tingkat dari pengungkapan diri. Selanjutnya yaitu *accuracy/honesty* yang merupakan keakuratan dan kejujuran individu dalam mengungkapkan diri. Hal ini dibatasi oleh sejauh mana individu mampu mengenali dirinya sendiri.

Terakhir yaitu *attention* terkait sejauh mana individu mampu mengungkapkan terkait apa yang ingin diungkapkan, seberapa besar kesadaran yang dimiliki untuk mengontrol informasi yang akan disampaikan pada orang lain. *Intimacy* yaitu sejauh mana individu dapat mengungkapkan detail kehidupannya yang paling intim pada orang lain. Selain itu *intimacy* berkaitan dengan kemampuan untuk merasakan hal sekunder atau pribadi yang hanya sekedar kebohongan.

2.4 Kerangka Pemikiran

Kerangka pikiran bukanlah untuk menguji teori akan tetapi hanya dijadikan panduan agar penelitian ini lebih terarah dan lebih fokus kepada masalah yang akan diteliti. Adapun kerangka pemikiran yang menjadi alur pikir dalam penelitian ini difokuskan pada permasalahan komunikasi, yaitu mengkaji komunikasi terapeutik yang digunakan konselor adiksi sebagai mantan pecandu dalam membantu pemulihan korban penyalahgunaan narkoba. Pecandu narkoba merupakan orang yang menyalahgunakan narkoba dan mengakibatkan ketergantungan terhadap zat tersebut secara fisik dan kejiwaan. Secara kejiwaan pecandu narkoba memiliki kepribadian yang berbeda. Kepribadian mereka bersifat manipulatif serta tingkat emosional sulit dikendalikan, sehingga mengarahkan pecandu narkoba berperilaku negative.

Program rehabilitasi berbasis *therapeutic community* bagi para pecandu narkoba dapat membantu pemulihan mereka lewat dukungan serta perhatian dari orang-orang yang tepat. *Therapeutic community* dapat menjadi wadah berkumpul para pecandu narkoba yang memiliki permasalahan yang sama dan mereka salingmendukung untuk mengatasi masalah yang dihadapi. Bergabunnya para

pecandu narkoba sebagai klien pada therapeutic community akan sangat membantu dalam mendapatkan kembali fungsi kehidupan sosialnya sesuai nilai-nilai yang berlaku di masyarakat. Para klien dibina untuk membangun kesadaran dalam diri agar membentuk perilaku yang bernilai sesuai dengan seperangkat aturan yang berlaku dalam therapeutic community.

Dalam therapeutic community yang didukung oleh tenaga profesional maupun sukarelawan yang siap membantu dan mendampingi klien selama menjalani program rehabilitasi. Tenaga-tenaga tersebut bertugas sebagai konselor bagi klien. Mayoritas konselor adiksi merupakan mantan pecandu narkoba yang telah mengikuti therapeutic community. Di Yayasan Sahabat Rekan Sebaya, mayoritas tenaga konselor adiksi merupakan para mantan pecandu narkoba. Mereka sudah dianggap mampu menangani klien serta memiliki kapabilitas untuk memberikan treatment pemulihan klien.

Dalam metode therapeutical community tenaga-tenaga profesional yang mendukung siap membantu klien dalam menjalani treatment. Mayoritas konselor yang ada di IPWL Yayasan Sahabat Rekan Sebaya dahulunya pernah mengikuti therapeutical community, dari yang sebelumnya mengikuti treatment hingga sekarang menjadi konselor. Mereka dianggap sudah kompeten untuk memberikan treatment kepada klien. Pemberian treatment pemulihan tidak terlepas dari konteks komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik terjadi pada saat proses konseling berlangsung maupun pada saat sesi group maupun sesi individu. Komunikasi terapeutik yang dilakukan konselor adiksi bertujuan untuk meringankan beban perasaan dan pikiran pada saat menjalani program rehabilitasi, membantu mengarahkan klien dalam mengambil suatu keputusan, dan meyakinkan klien untuk

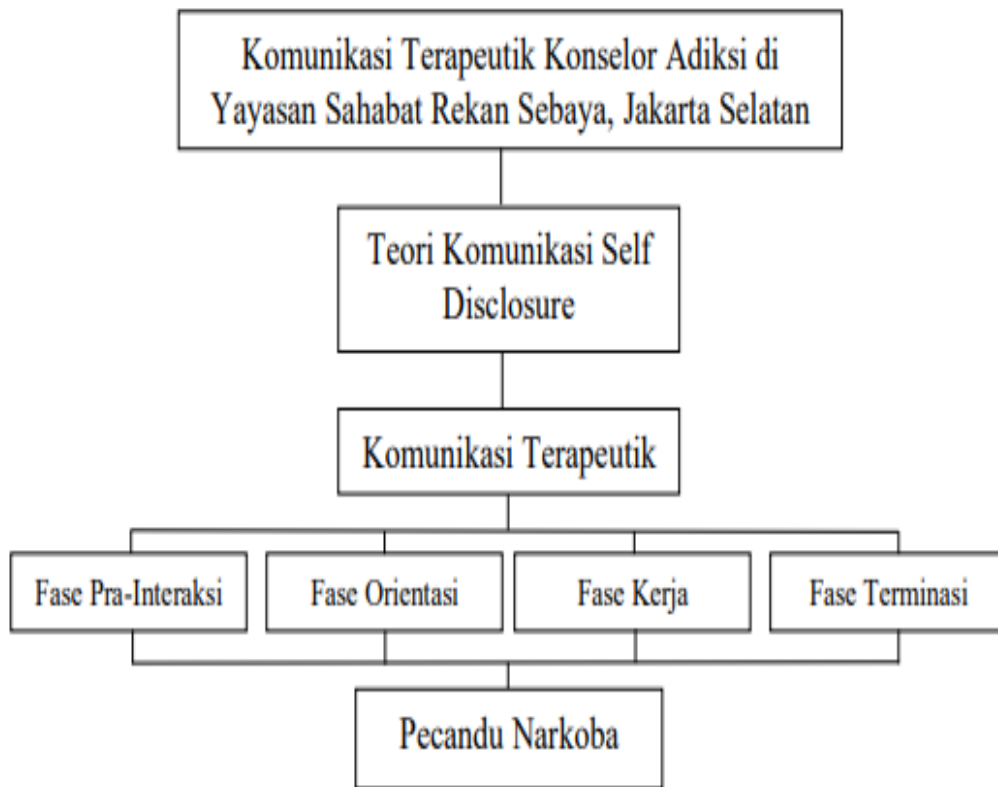
kembali hidup di masyarakat secara normal sesuai dengan nilai-nilai yang berlaku. Proses komunikasi terapeutik yang dilakukan konselor adiksi melalui konseling akan menjadi kajian penelitian ini.

Dalam meneliti proses komunikasi terapeutik yang terjadi antara konselor adiksi dan klien, dan alasan mantan pecandu menjadi konselor adiksi, teori yang digunakan adalah teori *self-disclosure*. Teori tersebut menjelaskan tentang konsep keterbukaan diri dari seorang individu dalam mengungkapkan jati diri mereka (Afrilia & Kurnianti, 2021: 20). Dalam sistem komunikasi interpersonal, *self-disclosure* memiliki peranan yang sangat penting karena mampu memberikan peluang untuk mengembangkan pemahaman terkait dengan diri pribadi serta pengembangan sikap positif baik dari diri sendiri maupun orang lain. Devito (dalam Nisa & Rahma, 2023: 122) menjelaskan bahwa terdapat lima dimensi dalam *self-disclosure* yaitu *amount*, *valance self-disclosure*, *accuracy/honesty*, *attention intimacy*.

Dalam penelitian ini konsep tersebut terkait dengan interaksi konselor adiksi dengan klien, dan alasan mengapa mantan pecandu narkoba menjadi konselor adiksi yang dapat mempengaruhi klien memaknai *therapeutic community* sebagai program rehabilitasi untuk membangun kesadaran diri.

Berikut ini adalah alur dari kerangka pemikiran yang akan peneliti lakukan berdasarkan empat fase yang dikemukakan oleh Stuart dan Sundeen:

Gambar 2.1
Alur Kerangka Pemikiran



Sumber : Data diolah oleh peneliti