

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Tinjauan Pustaka

Tinjauan pustaka dalam penyusunan usulan penelitian ini berisi definisi atau tinjauan yang berkaitan dengan komunikasi secara umum, dan pendekatan-pendekatan yang digunakan dalam penelitian.

2.1.1 Tinjauan Penelitian Terdahulu

Tinjauan Penelitian Terdahulu adalah referensi-referensi yang berkaitan dengan informasi penelitian. Penelitian terdahulu ini berupa hasil penelitian yang sudah dilakukan. Penelitian terdahulu yang dijadikan sebagai bahan acuan, antara lain :

1. Penelitian dengan judul : *“Komunikasi Terapeutik Pada Anak Penyandang Down Syndrome (Studi Deskriptif mengenai Komunikasi Terapeutik oleh Terapis pada Anak Penyandang Down Syndrome dalam Meningkatkan Interaksi Sosial di Rumah Autis Bandung)”*. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sikap, teknik komunikasi dan isi pesan yang disampaikan oleh terapis pada anak penyandang Down Syndrome dalam meningkatkan interaksi sosial di Rumah Autis Bandung (Julia Andam Dewi, NIM : 41811039/ Ilmu Komunikasi UNIKOM : 2015)
2. Penelitian dengan judul : *“Hubungan Komunikasi Terapeutik Konselor dengan Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Kekonseloran di RSUD Sidikalang”*. Tujuan penelitian ini adalah untuk Mengetahui Sejauhmana

Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Kekonselor di RSUD Sidikalang. (Trizna Glory Nainggolan, Universitas Sumatra Utara : 2015)

3. Penelitian dengan judul : “Komunikasi Terapeutik Pasien Skizofrenia”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui komunikasi terapeutik antara konselor dan pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Grashia Yogyakarta. (Andra Widiya Kusuma, NIM : 11730074/ Ilmu Komunikasi Universitas Negeri Sunan Kalijaga : 2016).

Tabel 2.1

Tinjauan Penelitian Terdahulu

No.	Uraian	Peneliti		
		Julia Andam Dewi	Trizna Glory Nainggolan	Andra Widiya Kusuma
		Tahun 2014	Tahun 2015	Tahun 2016
1.	Universitas	Universitas Komputer Indonesia	Universitas Sumatra Utara	Universitas Negeri Sunan Kalijaga
2.	Judul	‘Komunikasi Terapeutik Pada Anak Penyandang Down Syndrome’ (Studi Deskriptif mengenai Komunikasi Terapeutik oleh Terapis pada Anak Penyandang Down Syndrome dalam Meningkatkan Interaksi Sosial di Rumah Autis Bandung)	“Hubungan Komunikasi Terapeutik Konselor dengan Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Kekonselor di RSUD Sidikalang”. Tujuan penelitian ini adalah untuk Mengetahui Sejauhmana Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepuasan Pasien Pada Pelayanan	“Komunikasi Terapeutik Pasien Skizofrenia”

			Kekonselor di RSUD Sidikalang.	
4.	Hasil penelitian	<p>Hasil penelitian menunjukan sikap terapis melalui sikap fisik dan psikologis. Sikap psikologis terdiri dari dimensi respon dan tindakan.</p> <p>Teknik komunikasi yang dilakukan yaitu melalui metode floortime, bermain, massage dan evaluasi. Isi pesan yang disampaikan terapis pada anak yaitu dalam bentuk verbal dan non verbal. Komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh terapis pada anak penyandang Down Syndrome di Rumah Autis Bandung sudah efektif dan melalui program terapi wicara dan perilaku dapat meningkatkan interaksi sosial anak, khususnya kemampuan berkomunikasi.</p>	<p>Menunjukkan Bahwa Hubungan Komunikasi Terapeutik Dengan Kepuasan Pasien Pada Pelayanan Kekonselor di RSUD Sidikalang Memiliki Hubungan yang Sedang dengan Arah Positif.</p>	<p>Dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien, para konselor di RS Jiwa Grashia Yogyakarta menggunakan teknik-teknik khusus memberikan salam, menjelaskan tindakan medis yang dilakukan, berusaha mengetahui kondisi pasien melalui komunikasi dengan memberi kesempatan kepada pasien untuk menjelaskan kondisinya dan mengajukan pertanyaan yang berkaitan, selain teknik komunikasi terapeutik, konselor RS Jiwa Grashia selalu memperhatikan sikapnya saat berkomunikasi dengan pasien. Komunikasi terapeutik antara konselor dan pasien skizofrenia merupakan hal penting dalam</p>

				penyembuhan pasien.
5.	Perbedaan penelitian terdahulu dengan penelitian saat ini	Perbedaan penelitian ini dengan penelitian peneliti adalah terletak pada objek penelitian, dimana pada penelitian oleh Julia memiliki objek penelitian terapis dengan anak penyandang down syndrome sedangkan penelitian ini memiliki objek konselor dan pasien penyalahguna narkoba.	Perbedaan terletak pada perbedaan metode penelitian yang dipilih dan penelitian tersebut meneliti hubungan komunikasi terapeutik dengan kepuasan pasien sedangkan penelitian ini meneliti tentang Komunikasi Terapeutik dalam Konseling antara Konselor dan Pasien Penyalahguna Narkoba.	Perbedaan terletak pada subjek dan objek penelitian yaitu konselor dengan pasien skizofrenia dimana pada penelitian ini penulis menggunakan konselor dan pasien penyalahguna narkoba.

Sumber : Peneiti, 2018

2.1.2 Tinjauan Ilmu Komunikasi

2.1.2.1 Definisi Ilmu Komunikasi

Suatu pemahaman populer mengenai komunikasi manusia adalah komunikasi seseorang (sekelompok orang) lainnya, baik secara langsung (tatap muka) ataupun melalui media, seperti surat (selebaran), surat kabar, majalah, radio, atau televisi.

Pemahaman komunikasi sebagai sebagai proses searah ini oleh Michael Burgoon disebut “*source-oriented definition*” (Definisi berorientasi sumber). Definisi ini mengisyaratkan komunikasi sebagai semua kegiatan yang secara sengaja dilakukan seseorang untuk menyampaikan rangsangan untuk

membangkitkan respon orang lain. Dalam konteks ini, komunikasi dianggap tindakan yang disengaja untuk menyampaikan pesan demi memenuhi kebutuhan komunikator, seperti menjelaskan sesuatu kepada orang lain atau membujuknya untuk melakukan sesuatu.

Terdapat banyak sekali definisi komunikasi di dunia ini, seperti menurut Tubbs dan Moss, mereka mengatakan bahwa komunikasi adalah proses penciptaan makna antara dua orang. (Tubbs dan Moss dalam Mulyana, 2012 :65)

Sedangkan menurut komunikasi menurut John B. Hoben adalah pertukaran verbal pikiran atau gagasan (Hoben dalam Mulyana, 2012 :61) dan menurut Raymond S. Ross, komunikasi secara internasional adalah suatu proses menyortir, memilih, dan mengirimkan simbol-simbol sedemikian rupa sehingga membantu pendengar membangkitkan makna atau respon dari pikirannya yang serupa dengan yang dimaksudkan komunikator. (Ross dalam Mulyana, 2012 :67)

2.1.2.2 Fungsi Ilmu Komunikasi

Berdasarkan pengamatan para pakar komunikasi mengemukakan fungsi-fungsi komunikasi yang berbeda-beda, meskipun adakalanya terdapat kesamaan dan tumpang tindih diantara berbagai pendapat tersebut. Rudolph F. Verderber dalam buku *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar* mengemukakan bahwa komunikasi mempunyai dua fungsi. Pertama, fungsi social, yakni untuk bertujuan kesenangan, untuk menunjukkan ikatan dengan orang lain, membangun dan memelihara hubungan. Kedua, fungsi pengambilan keputusan, yakni memutuskan untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu pada saat tertentu. Menurut Verderber dalam buku *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*, “sebagian keputusan ini dibuat

sendiri, dan sebagian lagi dibuat setelah berkonsultasi dengan orang lain”.(
Vederber dalam Mulyana, 2012 :5)

Berikut empat fungsi komunikasi berdasarkan kerangka yang dikemukakan William I. Gordon dalam buku *Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar*. Keempat fungsi tersebut, yakni Komunikasi sosial, komunikasi ekspresif, komunikasi ritual dan komunikasi instrumental.

1) Komunikasi sosial

Fungsi komunikasi sebagai komunikasi social setidaknya mengisyaratkan bahwa komunikasi penting untuk membangun konsep diri kita, aktualisasi diri, untuk berlangsung hidup, untuk memperoleh kebahagiaan, terhindar dari tekanan, dan ketegangan, antara lain lewat komunikasi yang menghibur dan memupuk hubungan dengan orang lain.

2) Komunikasi Ekspresif

Erat kaitannya dengan komunikasi social adalah komunikasi ekspresif yang dapat dilakukan baik sendiri maupun secara berkelompok. Komunikasi ekspresif tidak otomatis bertujuan mempengaruhi orang lain, namun dapat dilakukan sejauh komunikasi tersebut menjadi instrument untuk menyampaikan perasaan-perasaan (emosi) kita.

3) Komunikasi Ritual

Erat kaitannya dengan komunikasi ekspresif adalah komunikasi ritual, yang biasanya dilakukan secara kolektif. Suatu komunitas sering

melakukan upacara-upacara berlainan sepanjang tahun dan sepanjang hidup, yang disebut para antropolog sebagai *rites of passage*, mulai dari upacara kelahiran, sunatan, ulang tahun, lamaran, sungkeman, ijab Kabul, perkawinan, hingga upacara kematian. Dalam acara-acara itu orang mengucapkan kata-kata atau menampilkan perilaku-perilaku simbolik.

4) Komunikasi Instrumental

Komunikasi instrumental mempunyai beberapa tujuan umum menginformasikan, mengajar, mendorong, mengubah sikap dan keyakinan, dan mengubah perilaku atau menggerakkan tindakan, dan juga menghibur. Bila diringkas, maka kesemua tujuan tersebut dapat disebut membujuk (bersifat persuasif). Komunikasi yang berfungsi memberitahukan atau menerangkan (*to inform*) mengandung muatan persuasif dalam arti bahwa pembicara menginginkan pendengarnya mempercayai bahwa fakta atau informasi yang disampaikannya akurat dan layak diketahui. (Gorden dalam Mulyana, 2012 : 5-38)

2.1.2.3 Konteks-konteks Ilmu Komunikasi

Komunikasi tidak berlangsung dalam ruang hampa social, melainkan dalam konteks atau situasi tertentu. Secara luas konteks disini berarti semua faktor diluar orang-orang yang berkomunikasi. Banyak pakar komunikasi mengklasifikasikan komunikasi berdasarkan konteksnya. Sebagaimana juga definisi komunikasi, konteks komunikasi ini diuraikan secara berlainan. Selain istilah konteks (*context*) yang lazim, juga digunakan istilah tingkat (*level*), bentuk (*type*), situasi (*situation*),

keadaan (*setting*), arena, jenis (*kind*), cara (*mode*), pertemuan (*encounter*), dan kategori. Menurut Verderber misalnya, “konteks komunikasi terdiri dari konteks fisik, konteks social, konteks historis, konteks psikologis, dan konteks cultural. Indikator paling umum untuk mengklasifikasikan komunikasi berdasarkan konteksnya atau tingkatnya adalah jumlah peserta yang terlibat dalam komunikasi. Komunikasi intrapribadi, komunikasi diadik, komunikasi antarpribadi, komunikasi kelompok, komunikasi publik, komunikasi organisasi dan komunikasi massa”. (Verderber dalam Mulyana, 2012: 77)

2.1.3 Tinjauan Komunikasi Terapeutik

2.1.3.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

“Terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan” (Hornby dalam Damayanti, 2010 :11). Maka disini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu yang memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien.

2.1.3.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Dengan memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, konselor akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan pasien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan kekonseloran yang telah ditetapkan, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan kekonseloran dan akan meningkatkan profesi.

Tujuan komunikasi terapeutik menurut Purwanto dalam buku *Komunikasi Terapeutik* (Purwanto dalam Damayanti, 2010 :11) adalah :

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

2.1.3.3 Manfaat Komunikasi Terapeutik

Manfaat komunikasi terapeutik (Christina, dkk dalam Damayanti, 2010 :12) adalah :

1. Mendorong dan menganjurkan kerja sama antara konselor dengan pasien melalui hubungan konselor – pasien.
2. Mengidentifikasi, mengungkapkan perasaan, dan mengkaji masalah dan mengevaluasi tindakan yang dilakukan oleh konselor.

2.1.3.4 Prinsip-prinsip Komunikasi Terapeutik

Prinsip-prinsip komunikasi terapeutik menurut Carl Rogers (Rogers dalam Damayanti, 2010 :13) adalah :

1. Konselor harus mengenal dirinya sendiri yang berarti menghayati, memahami dirinya sendiri serta nilai yang dianut.
2. Komunikasi harus ditandai dengan sikap saling menerima, saling percaya dan saling menghargai.

3. Konselor harus menyadari pentingnya kebutuhan pasien baik fisik maupun mental.
4. Konselor harus menciptakan suasana yang memungkinkan pasien bebas berkembang tanpa rasa takut.
5. Konselor harus dapat menciptakan suasana yang memungkinkan pasien memiliki motivasi untuk mengubah dirinya baik sikap, tingkah lakunya sehingga tumbuh makin matang dan dapat memecahkan masalah-masalah yang dihadapi.
6. Konselor harus mampu mengawasi perasaan sendiri secara bertahap untuk mengatasi dan mengetahui perasaan gembira, sedih, marah, keberhasilan maupun frustrasi.
7. Mampu menentukan batas waktu yang sesuai dan dapat mempertahankan konsistensinya.
8. Memahami betul arti empati sebagai tindakan yang terapeutik dan sebaliknya simpati bukan tindakan yang terapeutik.
9. Kejujuran dan komunikasi terbuka merupakan dasar dari hubungan terapeutik.
10. Mampu berperan sebagai *role model* agar dapat menunjukkan dan meyakinkan orang lain tentang kesehatan, oleh karena itu konselor perlu mempertahankan suatu keadaan sehat fisik mental, spiritual, dan gaya hidup.
11. Disarankan untuk mengekspresikan perasaan bila dianggap mengganggu.

12. *Altruisme* untuk mendapatkan kepuasan dengan menolong orang lain secara manusiawi.
13. Berpegang pada etika dengan cara berusaha sedapt mungkin mengambil keputusan berdasarkan prinsip kesejahteraan manusia.
14. Bertanggung jawab dalam dua dimensi yaitu tanggung jawab terhadap diri sendiri atas tindakan yang dilakukan dan tanggung jawab terhadap orang lain.

2.1.3.5 Sikap Komunikasi Terapeutik

Lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi terapeutik menurut Egan, yaitu :

- a. Berhadapan

Arti dari posisi ini adalah saya siap untuk anda.

- b. Mempertahankan kontak mata

Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai pasien dan menyatakan keinginan untuk tetap berkomunikasi.

- c. Membungkuk kearah pasien

Posisi ini menunjukkan keinginan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu.

- d. Memperlihatkan sikap terbuka

Tidak melipat kaki atau tangan menunjukkan keterbukaan untuk berkomunikasi dan siap membantu.

e. Tetap rileks

Tetap dapat mengendalikan keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respons kepada pasien, meskipun dalam situasi yang kurang menyenangkan. (Egan dalam Damayanti, 2010 :14)

2.1.3.6 Teknik-teknik Komunikasi Terapeutik

Teknik komunikasi terapeutik menurut Wilson dan Kenist serta Stuart dan Sundeen antara lain:

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian

Dalam hal ini konselor berusaha mengerti klien dengan cara mendengarkan apa yang disampaikan klien. Satu-satunya orang yang dapat menceritakan kepada konselor tentang perasaan, pikiran dan persepsi pasien adalah pasien itu sendiri.

2. Menunjukkan penerimaan

Menerima tidak berarti menyetujui, menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Konselor harus waspada terhadap ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menyatakan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggeleng yang menyatakan tidak percaya.

3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan

Tujuan konselor bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan oleh pasien. Oleh karena itu, pertanyaan sebaiknya dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks budaya pasien.

4. Pertanyaan terbuka (*open ended Question*)

Pertanyaan yang tidak memerlukan jawaban “Ya” dan “Mungkin”, tetapi pertanyaan memerlukan jawaban yang luas, sehingga pasien dapat mengemukakan masalahnya, perasaannya dengan kata-kata sendiri atau dapat memberikan informasi yang diperlukan.

5. Mengulang ucapan pasien dengan menggunakan kata-kata sendiri

Melalui pengulangan kembali kata-kata pasien, konselor memberikan umpan balik bahwa ia mengerti pesan pasien dan berharap komunikasi dilanjutkan.

6. Mengklarifikasi

Klarifikasi terjadi saat konselor berusaha untuk menjelaskan dalam kata-kata, ide atau pikiran (Implisit maupun Eksplisit) yang tidak jelas dikatakan oleh pasien. Tujuan dari teknik ini adalah untuk menyamakan pengertian.

7. Memfokuskan

Metode ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan metode ini adalah usahakan untuk tidak memutus pembicaraan ketika pasien menyampaikan masalah yang penting.

8. Menyatakan hasil observasi

Konselor harus memberikan umpan balik kepada klien dengan menyatakan hasil pengamatannya sehingga pasien dapat mengetahui apakah pesannya diterima dengan benar atau tidak. Dalam hal ini konselor menguraikan kesan yang ditimbulkan oleh isyarat non verbal pasien. Teknik ini seringkali membuat pasien berkomunikasi lebih jelas tanpa konselor harus bertanya, memfokuskan dan mengklarifikasi pesan. Observasi dilakukan sedemikian rupa sehingga pasien tidak menjadi malu atau marah.

9. Menawarkan informasi

Memberikan tambahan informasi merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk pasien, karena tujuan dari tindakan ini adalah memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan/ penahanan informasi yang dilakukan pasien.

10. Diam (memelihara ketenangan)

Diam akan memberikan kesempatan kepada konselor dan pasien untuk mengorganisir pikirannya. Penggunaan metode ini memerlukan keterampilan dan waktu, jika tidak akan menimbulkan perasaan tidak enak. Diam memungkinkan pasien untuk berkomunikasi dengan dirinya sendiri, mengorganisir pikiran dan memproses informasi. Diam sangat berguna ketika pada saat pasien harus mengambil keputusan, diam tidak dilakukan pada saat yang lama karena akan menyebabkan pasien khawatir. Diam digunakan pada saat pasien perlu mengekspresikan ide tapi tidak tau bagaimana melakukan atau menyampaikan hal tersebut.

11. Meringkas

Meringkas adalah pengulangan ide utama yang dikomunikasikan secara singkat. Metode ini bermanfaat untuk membantu mengingat topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pembicaraan berikutnya.

12. Memberikan Penghargaan

Penghargaan jangan sampai jadi beban untuk pasien, dalam arti jangan sampai pasien berusaha keras dan melakukan segalanya demi untuk mendapatkan pujian atau persetujuan atas perbuatannya. Selain itu teknik ini tidak pula dimaksudkan untuk menyatakan bahwa yang ini bagus dan sebaliknya buruk.

13. Menawarkan diri

Konselor menyediakan diri tanpa respons bersyarat atau respon yang diharapkan.

14. Memberikan kesempatan pada pasien untuk memulai perbincangan

Memberikan kesempatan pada pasien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Untuk pasien yang merasa ragu-ragu dan tidak pasti tentang perannya dalam interaksi ini, konselor dapat menstimulusnya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan.

15. Mengajukan untuk meneruskan pembicaraan

Teknik ini memberikan kesempatan pada pasien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan. Teknik ini juga mengindikasikan bahwa konselor mengikuti apa yang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang akan

dibicarakan selanjutnya. Konselor berusaha menafsirkan dari pada menggunakan diskusi pembicaraan.

16. Menempatkan kejadian secara berurutan

Mengurutkan kejadian secara teratur akan membantu konselor dan pasien untuk melihatnya dalam suatu perspektif. Kelanjutan dari suatu kejadian akan menuntun konselor dan pasien untuk melihat kejadian berikutnya yang merupakan pola kesukaran interpersonal.

17. Memberikan kesempatan kepada pasien untuk menguraikan persepsinya

Apabila konselor ingin mengerti pasien, maka ia harus melihat segala sesuatunya dari perspektif pasien. Pasien harus merasa bebas untuk menguraikan persepsinya kepada konselor. Sementara itu konselor harus waspada terhadap gejala ansietas yang mungkin muncul.

18. Refleksi

Refleksi memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri. Dengan demikian konselor mengindikasikan bahwa pendapat pasien adalah berharga dan pasien mempunyai hak untuk mengemukakan pendapatnya, membuat keputusan dan memikirkan dirinya sendiri.

19. *Assertive*

Assertive adalah kemampuan dengan secara meyakinkan dan nyaman mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai orang lain. Kemampuan asertif antara lain adalah berbocara jelas, mampu

menghadapi manipulasi pihak lain tanpa menyakiti hatinya dan melindungi diri dari kritik.

20. Humor

Humor sebagai hal yang penting dalam komunikasi verbal dikarenakan tertawa mengurangi ketegangan dan rasa sakit akibat stress, dan meningkatkan keberhasilan asuhan keconselor. (Wilson dan Kneist, dkk, 2010 :14-20)

2.1.3.7 Fase-fase Komunikasi Terapeutik

Dalam membina hubungan terapeutik (berinteraksi) konselor mempunyai 4 Fase yang pada setiap Fasenyanya mempunyai tugas yang harus diselesaikan oleh konselor (Stuart dan Sundeen dalam Damayanti, 2010 :21), yaitu :

1. Fase Prainteraksi

Prainteraksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien. Anda perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang anda miliki. Jika merasakan ketidakpastian maka anda perlu membaca kembali , diskusi dengan teman sekelompok atau diskusi dengan tutor, jika anda telah siap maka anda perlu membuat rencana interaksi dengan pasien. Berikut ini adalah tugas konselor pada Fase pra interaksi, yaitu:

- a) Data pasien
- b) Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri
- c) Membuat rencana pertemuan dengan pasien

- d) Menganalisa kekuatan dan kelemahan
- e) Tipe spesifik data yang akan dicari
- f) Metode tepat untuk kegiatan
- g) Mencari literatur yang berhubungan dengan masalah pasien

2. Fase Orientasi

Fase orientasi merupakan perkenalan kegiatan yang anda lakukan saat pertama kali bertemu dengan pasien, tugas konselor pada Fase orientasi adalah sebagai berikut :

- a) Memberikan salam dan tersenyum pada pasien.
- b) Melakukan validasi.
- c) Memperkenalkan nama konselor.
- d) Menanyakan nama panggilan kesukaan pasien.
- e) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan.
- f) Menjelaskan tujuan.
- g) Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan.

3. Fase Kerja

Merupakan hubungan inti hubungan konseloran pasien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan kekonseloran yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Tugas konselor pada Fase ini adalah :

- a) Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya.
- b) Menanyakan keluhan utama atau keluhan yang mungkin berkaitan dengan kelancaran pelaksanaan kegiatan.

- c) Memulai kegiatan dengan cara yang baik.
- d) Melakukan kegiatan sesuai dengan rencana.

4. Fase Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari setiap pertemuan konselor dan pasien. Tugas konselor pada Fase ini adalah :

- a) Menyimpulkan hasil kegiatan seperti evaluasi proses dan hasil.
- b) Memberikan *reinforcement* positif.
- c) Merencanakan tindak lanjut dengan pasien.
- d) Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya.
- e) Melihat kembali kemajuan dari terapi dan tujuan.
- f) Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik.

2.1.3.8 Konselor

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia kata “Konselor” memiliki arti orang yang melayani konseling, seorang penasehat, dan penyuluh.

Menurut Richard Nelson-Jones dalam bukunya yang berjudul *Introduction to Counselling Skills*, “konselor adalah para spesialis yang dilatih, diakreditasi, dan dibayar dengan semestinya untuk jasa terapinya”. (Nelson-Jones, 2012 :4)

2.1.3.9 Sikap dan Keterampilan Konselor

Sikap dan ketrampilan merupakan dua aspek penting kepribadian konselor. Sikap sebagai suatu disposisi tidaklah tampak nyata, kita dapat dilihat bentuknya secara langsung berbeda dengan sikap, keterampilan dapat nampak wujudnya dalam perbuatan. Fungsi keterampilan bagi konselor adalah upaya memancarkan

sikap-sikap yang dimilikinya terhadap para pasien disamping menunjukkan kredibilitas lain seperti penampilan kompetensi intelektual dan aspek-aspek non intelektual lainnya.

Label-label yang menunjukkan pada sikap dan ketrampilan konselor, pada istilah-istilah lainnya, sangatlah beragam, ada sejumlah label yang masing-masing memiliki karakteristik tersendiri, dan suatu karakteristik dapat diungkapkan dengan berbagai label. Berbagai jumlah label serta ekuivalensi tiap-tiap label dari beberapa sumber, mengenai sikap (dan ketrampilan) konselor, bagaimanapun, deskripsi yang cukup memadai diperlukan bagi tiap label suatu karakteristik yang ditentukan.

- a. Sikap dasar konselor, meliputi penerimaan, pemahaman, dan kesejatian dan keterbukaan.
- b. Keterampilan konselor, meliputi keterampilan intelektual, kelincahan karsa cipta (daya atau kekuatan jiwa yang mendorong makhluk hidup untuk berkehendak atau memiliki niat dan kemampuan pikiran untuk mengadakan sesuatu yang baru), dan pengembangan keakraban. Label-label yang kategori pertama lebih mengandung unsur-unsur sikap dari pada ketrampilan, dan pada kategori kedua adalah sebaliknya. (Nelson-Jones, 2012 :11-14)

2.1.3.10 Pasien

“Pasien merupakan pemakai atau pengguna jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun tempat praktik dokter, dan setelah pasien mendapatkan jasa dari tenaga kesehatan, maka kemudian akan terjadi transaksi ekonomi baik secara langsung maupun tidak langsung berupa pembayaran atas jasa yang telah diperoleh”. (Muninjaya, 2004 :237)

Berdasarkan Pasal 1 angka 10 Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (UU 29/2004), pasien adalah : setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.

Kemudian berdasarkan pasal 1 angka 4 Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (UU 44/2009), pasien adalah : setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.

2.1.4 Tinjauan tentang Konseling

2.1.5.1 Pengertian Konseling

Menurut Demos dan Grant yang dikutip dalam buku Psikologi Konseling merumuskan konseling sebagai “Pertemuan yang langsung, saling bertatap muka antara seseorang yang mencari bantuan orang lain yang telah terlatih secara profesional untuk memberikan bantuan”. (Demos dan Grant dalam Supriadi dan Erdina, 2011 : 54)

Shertzer dan Stone yang diungkap dalam buku Psikologi Konseling juga mengemukakan bahwa kegiatan bantuan kepada orang lain dalam rangka konseling adalah “Usaha melalui hubungan dengan orang lain, mengambil bagian dalam menyediakan fasilitas atau jalan yang positif untuk kemajuannya”. (Shertzer dan Stone dalam Supriadi dan Erdina, 2011 : 54)

Shertzer dan Stone mengidentifikasi lima hal pada konseling sebagai bantuan profesional, yaitu sebagai berikut :

1. Memakai dasar bahwa perilaku ada sebabnya dan bisa dimodifikasi.
2. Mengambil bagian dari tujuan bantuan agar membantu pasien menjadi lebih efektif dan psikis terintegrasi dengan baik.
3. Menggunakan hubungan dalam rangka bantuan sebagai alat permulaan untuk memberikan bantuan.
4. Menitikberatkan pentingnya pencegahan.
5. Telah memperoleh latihan dan pengalaman profesional.

(Shertzer dan Stone dalam Supriadi dan Erdina, 2011 : 54)

2.1.5.2 Tujuan Konseling

Tujuan konseling pada umumnya dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Supriadi dan Erdina, 2011 : 55):

1. *Self-actualization*

Konseling dilakukan untuk mengeksplorasi dan mengembangkan potensi pasien dan salah satu manifestasi potensi diri adalah tercapainya aktualisasi diri. Seorang pasien akan merasa dapat mengekspresikan

aktualisasi dirinya apabila konselor atau petugas kesehatan lainnya memberi kesempatan dengan tidak membatasi potensi yang dimiliki pasien.

2. *Personal Growth and Personal Development*

Pertumbuhan dan perkembangan individu dalam bersikap, berinteraksi, dan kecakapan dalam pengambilan keputusan menjalani hidup merupakan bagian dari tujuan dilaksanakannya konseling. Pasien atau keluarganya menjadi kooperatif, lebih dewasa, lebih tenang dan mantap dalam menghadapi masalah kesehatan yang sedang dialami.

3. *Okayness*

Sikap menghargai orang lain, peduli terhadap masalah dan kebutuhan orang lain, menjaga hak dan privasi orang lain merupakan aspek-aspek terwujudnya hubungan yang harmonis. Pasien menghargai profesi konselor, memahami hak pasien yang lain merupakan sikap *okayness* (harmonis). Pasien dapat memanfaatkan layanan kesehatan.

4. *Effectiveness*

Setelah mengikuti konseling, seseorang diharapkan mampu menjalani hidup lebih efektif, lebih efisien dan sistematis dalam memilih alternatif pemecahan masalah. Konseling yang dilakukan pasien mampu memilih jenis konselor.

5. *Kompeten*

Bertambahnya kemampuan, baik dari aspek *kognitif*, *afektif*, maupun *behavior*, merupakan salah satu tujuan penting dalam konseling. Kemampuan pasien dalam memahami diet yang tepat, aktivitas yang teratur

dan pentingnya mengontrol kadar gula darah secara teratur merupakan contoh dari kompetensi yang dimiliki pasien setelah mengikuti konseling.

Apabila konseling dilaksanakan dengan baik, selain tujuan konselling dapat tercapai secara khusus konseling akan bermanfaat bagi pasien dalam hal :

- a. Mengetahui masalah
- b. Merumuskan alternatif-alternatif pemecahan masalah
- c. Memilih alternatif pemecahan masalah dengan tepat dan akurat
- d. Membangkitkan dan mengembangkan potensi yang dimiliki sehingga pasien mandiri dalam menghadapi masalah.

2.1.5.3 Fungsi Konseling

Fungsi konseling sebagai tenaga kesehatan pada dasarnya mencakup 4 hal, yaitu :

1. Fungsi Pencegahan

Konseling dilakukan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan yaitu terganggunya pemenuhan kebutuhan dasar pasien.

2. Fungsi Adaptasi

Perubahan yang terjadi akibat terganggunya biologis, psikologis, sosial dan spiritual pasien memerlukan pengetahuan, persepsi dan motivasi pasien agar dapat menerima kondisinya dan dapat menyesuaikan diri dari perubahan yang terjadi.

3. Fungsi Perbaikan

Terjadinya gangguan perilaku atau gangguan kesehatan lainnya pada diri pasien membutuhkan nasehat dan lingkungan yang dapat membangkitkan dan mengoptimalkan potensi klien. Upaya ini dapat terealisasi efektif bila dilaksanakan secara sistematis melalui konseling.

4. Fungsi pengembangan

Salah satu tujuan konseling adalah bertambahnya pengetahuan dan kemampuan pasien dalam mengenal dan mengatasi masalah kesehatan. Fungsi pengembangan merupakan dampak luas dari kegiatan konseling dalam rangka peningkatan peran serta masyarakat dalam mewujudkan derajat kesehatan masyarakat. (Supriadi dan Erdina, 2011 : 56)

2.1.6 Tinjauan Komunikasi Antar Pribadi

2.1.6.1 Definisi Komunikasi Antar Pribadi

Manusia adalah makhluk yang berkomunikasi. Komunikasi menjadikan dasar pemaknaan dalam hubungan manusia. Melalui komunikasi pula manusia memanusiaikan manusia lainnya, oleh karena itu komunikasi tidak bisa dilepaskan dari kehidupan manusia. Dalam suatu hubungan antarpribadi komunikasi menjadi suatu sumber yang penting untuk mengidentifikasi pribadi dan dalam mengekspresikan siapa diri kita, dan itu adalah cara utama kita membangun, memperbaiki, mempertahankan, dan mengubah hubungan baik dengan orang lain.

Dibawah ini adalah pengertian dari beberapa pakar mengenai komunikasi antarpribadi, yaitu :

“Komunikasi antara orang-orang secara tatap muka, yang memungkinkan pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal ataupun non verbal dengan bentuk komunikasi diadik yang melibatkan hanya dua orang.”(Stewart L. Tubbs dan Silvia Moss dalam Mulyana, 2012 :73)

“Komunikasi yang dilakukan antara seseorang dengan orang lain dalam suatu masyarakat maupun orang dengan menggunakan media komunikasi tertentu dan bahasa yang mudah dipahami untuk mencapai suatu tujuan tertentu.”(Purwanto dalam Kurniawati, 2014 :20)

Kesehatan dan daya tahan dalam hubungan antarpribadi tergantung pada kemampuan kita untuk berkomunikasi secara efektif. Hubungan akan menjadi bermakna apabila kita tahu bagaimana mengekspresikan perasaan, kebutuhan, dan ide-ide kita dengan cara yang orang lain dapat mengerti.

Begitupun komunikasi antarpribadi dengan secara verbal dan non verbal dapat memberitahukan apakah kita orang yang termasuk dominan atau menghargai, ramah atau menutup diri, peduli atau tidak peduli, berekspresi secara emosi atau bersikap hati-hati, mementingkan diri sendiri atau tertarik pada orang lain, tegas atau pasif, menerima atau menghakimi, dan lain sebagainya.

2.1.6.2 Karakteristik Komunikasi Antar Pribadi

Dalam komunikasi antarpribadi ada enam karakteristik komunikasi antarpribadi yang diungkapkan oleh Sihabudin dan Winangsih yang di ungkap dalam buku Komunikasi Antar Pribadi Konsep dan Teori Dasar oleh Rd. Nia Kania, yaitu :

1. Komunikasi antarpribadi selalu diawali dari komunikasi dengan diri sendiri (*my self communication*), sehingga tidak ada alasan manusia tidak dapat berkomunikasi.

2. Komunikasi antarpribadi bersifat transaksional karena antar pihak yang terlibat akan dikaitkan dengan hubungan yang terbina untuk memperoleh keuntungan atau tidak.
3. Komunikasi antarpribadi ada hubungan dalam pesan.
4. Komunikasi antarpribadi ada kedekatan fisik.
5. Komunikasi antarpribadi ada ketergantungan.
6. Komunikasi antarpribadi tidak bisa diulang atau dikembalikan kesemula.
(Kania, 2014 :8)

2.1.7 Tinjauan Tentang Napza dan Narkoba

NAPZA adalah kepanjangan dari Narkotika, Psikotropika, dan bahan adiktif lainnya yang merupakan sekelompok obat yang berpengaruh pada kerja tubuh, terutama otak. Satu sisi narkoba merupakan obat atau bahan yang bermanfaat di bidang pengobatan, pelayanan kesehatan, dan pengembangan ilmu pengetahuan. Namun disisi lain dapat menimbulkan ketergantungan apabila dipergunakan tanpa adanya pengendalian.

NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lain) adalah bahan/zat/obat yang bila masuk ke tubuh manusia akan mempengaruhi tubuh terutama otak/susunan syaraf pusat, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikis, dan fungsi sosialnya karena terjadi kebiasaan, ketagihan (adiksi) serta ketergantungan (dependensi) terhadap NAPZA. Penyalahguna NAPZA adalah penggunaan saah satu atau beberapa jenis NAPZA secara berkala atau teratur diluar indikasi medis, sehingga menimbulkan gangguan kesehatan fisik, psikis, dan gangguan fungsi sosial. (Azmiyati, 2014 :137)

2.1.7.1 Penggolongan Narkotika

Menurut UU R.I No. 22/1997 tentang Narkotika bahwa yang dimaksud dengan narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semisintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa, mengurangi sampai menghilangkan rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan.

Istilah narkotika berasal dari kata dalam bahasa Inggris yaitu “*narcotics*”, atau kata “*narcosis*” didalam bahasa Yunani, yang berarti obat bius, menidurkan atau membiuskan. Didalam rumusan undang-undang tersebut diatas, yang dimaksud dengan narkotika adalah sebagai berikut:

- a. Tanaman *Cannabis Sativa*, damar ganja, tanaman *Papaver somniferum*, opium mentah, opium masak, opium obat, morfin, tanaman *Erythroxlone coca*, daun coca, cocain mentah, *cocaine*, dan ekgonina.
- b. Garam-garam dan turunan dari *morfina*, *cocaina*, dan *cannabis*.
- c. Bahan-bahan lain alamiah serta sintetis yang dapat digunakan sebagai pengganti *morfina* atau *cocaina*.
- d. Campuran dan sediaan-sediaan yang mengandung bahan yang bersumber dari *Papaver erythroxlone coca* dan *cannabis sativa*. (Pitojo, 2006 :7)

2.1.7.2 Psikotropika

Menurut UU. RI. No. 5/1997 tentang psikotropika bahwa yang dimaksudkan dengan psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah maupun sintetis, bukan narkotika yang berkhasiat psikoaktif melalui proses selektif susunan

saraf pusat yang menyebabkan perubahan khas pada aktifitas mental dan perilaku. Psikotropika dapat dikelompokkan atas dasar pengaruhnya terhadap Susunan Syaraf Pusat (SSP) di otak, sebagai berikut :

1. Psikotropika yang bersifat *depressant*, yaitu psikotropika yang mengakibatkan mengendorkan atau mengurangi aktivitas susunan syaraf pusat. Psikotropika *depressant* antara lain yaitu *sedatin, magadon, valium* dan *Librium*.
2. Psikotropika yang bersifat *stimulant*, yaitu psikotropika yang mengakibatkan mengaktifkan kerja susunan syaraf pusat. Psikotropika stimulant antara lain yaitu *amphetamine*, dan ekstasi, *biphetamine, Ritalin, becarate*, dan *didrex*.
3. Psikotropika yang bersifat halusinogen, yaitu psikotropika yang mempengaruhi kerja susunan syaraf pusat sehingga mengakibatkan timbulnya perasaan halusinasi atau khayalan. Psikotropika halusinogen antara lain yaitu *Lasergid Acid Diethylamide (LSD)*, dan *phencyclidine hydroclorida*. (Pitojo,2006 :9)

2.1.7.3 Zat Adiktif

Menurut UU. RI. No. 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, yang dimaksud dengan zat adiktif adalah bahan selain narkoba dan psikotropika yang berpengaruh psikoaktif. Penggunaan zat adiktif tersebut dapat menimbulkan ketergantungan psikis, terhadap zat adiktif tersebut. Beberapa literatur menyebutkan bahwa yang termasuk bagian dari narkoba yaitu bahan berbahaya, seperti yang telah disebutkan

di depan. Bahan berbahaya tersebut meliputi bahan kimia yang mudah meledak, mudah menyala atau terbakar, menimbulkan iritasi, sentilasi luka dan nyeri, menimbulkan bahaya elektronik. Bahan berbahaya tersebut dikelompokkan menjadi empat kelas yaitu :

a. Bahan berbahaya kelas 1 :

Bahan berbahaya kelas satu adalah bahan yang dapat menimbulkan bahaya fatal dan luas, secara langsung dan tidak langsung. Contohnya antara lain yaitu pestisida. Jenis bahan berbahaya kelas satu misalnya pestisida dengan berbagai bahan aktif misalnya *chlor*, *zink*, atau pospor. Resiko kerusakan lingkungan merupakan kasus yang menonjol misalnya penggunaan pestisida berbahan aktif *chlor* akan memberikan dampak rantai *chlor* yang menimbulkan berbagai kerugian kepada hewan dan manusia.

b. Bahan berbahaya kelas 2 :

Bahan yang sangat mudah meledak karena gangguan mekanik. Contohnya antara lain yaitu minuman keras yang mengandung *alcohol*, spiritus dan bensin.

1. Alkohol

Alkohol dengan nama kimia ethanol (*ethyl alcohol*). Fisik alkohol berupa cairan, yaitu produk fermentasi atau peragian dari buah-buahan biji-bijian atau umbi-umbian. Fermentasi tersebut dapat dilaksanakan dalam skala kecil atau home industri hingga skala industri besar. Alkohol berupa cairan bening, tidak berwarna, memiliki sifat mudah menguap, mudah terbakar, beraroma khas dan berasa panas.

Berdasarkan kandungan alkoholnya maka dapat dikelompokkan menjadi tiga golongan minuman beralkohol, sebagai berikut:

- Golongan A, yaitu minuman yang mengandung alkohol berkadar 1-5%, antara lain yaitu minuman Bir Bintang.
- Golongan B, yaitu minuman yang mengandung alkohol berkadar 5-20% antara lain yaitu minuman Anggur Malaga.
- Golongan C, yaitu minuman yang mengandung alkohol berkadar 20-55%, antara lain yaitu *Brandy, Wisky, Vodca, Mansion House, dan Johny Walker.*

2. Jenis *Inhalansia* dan *Solven*

Inhalansia yaitu berupa gas yang dihirup dan solven yaitu zat mudah menguap dan banyak digunakan bersama dengan bahan kimia lainnya. Beberapa diantara zat tersebut adalah sebagai berikut :

- *Volatil Solvent* yaitu cairan yang menguap pada suhu kamar, antara lain *thinner*, bensin, lem, tip ex.
- Aerosol antara lain *hair spray*, cat *spray*.
- Gas antara lain gas rumah tangga.
- Nirit yang digunakan untuk obat jantung.

c. Bahan berbahaya kelas 3 :

Bahan yang bersifat karsinogenik dan mutagenic. Contohnya antara lain yaitu zat pewarna dan zat pemanis makanan. Jenis bahan berbahaya kelompok tiga yaitu zat-zat pewarna termasuk didalamnya yaitu zat pewarna makanan yang bukan pada porsinya.

Jika zat pewarna bukan untuk makanan atau minuman digunakan sebagai campuran maka akan berdampak meracuni bagi yang memakan atau meminumnya. Penyalahgunaan zat tersebut biasanya terjadi karena kurang pahaman bagi yang bersangkutan.

d. Baha berbahaya kelas 4 :

Jenis bahan berbahaya yang ke empat yaitu nikotin. Nama samara untuk nikotin yaitu *nicotine tobacum, fag, coffin nail*. Fisik nikotin berupa cairan bening dan jika terkena udara maka akan berubah warna menjadi kecoklatan serta rasa membakar bagi yang menggunakannya. Nikotin berguna untuk kepentingan medias yaitu obat muntah. Penggunaan nikotin dengan cara menghisap asap dari tembakau yang dibakar. Harapan penggunaan nikotin antara lain untuk mendapatkan ketenangan dan penyesuaian diri. Penggunaan nikotin jangka panjang akan menyebabkan kerusakan jantung, kehilangan nafsu makan, dan gangguan kanker paru-paru, mulut dan tenggorokan.

Nikotin terdapat pada tembakau atau rokok yang terbuat dari daun tembakau. Rokok yang dibakar jika dihisap akan menimbulkan asap utama, dan asap tersebut dihisap oleh perokok aktif. Sedangkan asap rook sampingan yaitu asap rokok yang keluar dari rokok bagian ujung yang dibakar. Asap tersebut dapat terhisap oleh orang yang lain, dan secara tidak langsung orang yang menghisap asap tersebut adalah perokok pasif. (Pitojo, 2006 :11)

2.2 Kerangka Pemikiran

Dalam kerangka konseptual ini penulis mengaplikasikan paradigma yang digunakan sebagai landasan penelitian mengenai Komunikasi Terapeutik dalam Konseling antara Konselor dan Pasien Penyalahguna Narkoba. Konselor adalah orang yang melayani konseling para pasien yang pernah menggunakan narkoba dan memberikan penyuluhan tentang narkoba. Konselor adalah seorang yang ahli dalam melakukan konseling dimana di Klinik Badan Narkotika Nasional Provinsi Jawa Barat, konselor ahli dalam melakukan konseling dengan pasien penyalahguna narkoba.

Menurut Demos dan Grant yang dikutip dalam buku Psikologi Konseling merumuskan konseling sebagai “Pertemuan yang langsung, saling bertatap muka antara seseorang yang mencari bantuan orang lain yang telah terlatih secara profesional untuk memberikan bantuan”. (Demos dan Grant dalam Supriadi dan Erdina, 2011 : 54)

Shertzer dan Stone yang diungkap dalam buku Psikologi Konseling juga mengemukakan bahwa kegiatan bantuan kepada orang lain dalam rangka konseling adalah “Usaha melalui hubungan dengan orang lain, mengambil bagian dalam menyediakan fasilitas atau jalan yang positif untuk kemajuannya”. (Shertzer dan Stone dalam Supriadi dan Erdina, 2011 : 54)

Pada proses penyembuhannya, konselor menggunakan tahapan komunikasi terapeutik dimana tahapan terapeutik oleh Stuart dan Sundeen dalam buku Komunikasi Terapeutik oleh Mukhrimah Damayanti adalah :

1. Fase Pra-interaksi

Prainteraksi merupakan masa persiapan sebelum berhubungan dan berkomunikasi dengan pasien. Anda perlu mengevaluasi diri tentang kemampuan yang anda miliki. Jika merasakan ketidakpastian maka anda perlu membaca kembali , diskusi dengan teman sekelompok atau diskusi dengan tutor, jika anda telah siap maka anda perlu membuat rencana interaksi dengan pasien. Berikut ini adalah tugas konselor pada Fase pra interaksi, yaitu:

- a) Mempelajari data pasien
- b) Mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutan diri
- c) Membuat rencana pertemuan dengan pasien
- d) Menganalisa kekuatan dan kelemahan
- e) Tipe spesifik data yang akan dicari
- f) Metode tepat untuk kegiatan
- g) Mencari literatur yang berhubungan dengan masalah pasien.

2. Fase Orientasi

Fase orientasi merupakan perkenalan kegiatan yang anda lakukan saat pertama kali bertemu dengan pasien, tugas konselor pada Fase orientasi adalah sebagai berikut:

- a) Memberikan salam dan tersenyum pada pasien.
- b) Melakukan validasi.
- c) Memperkenalkan nama konselor.
- d) Menanyakan nama panggilan kesukaan pasien.

- e) Menjelaskan kegiatan yang akan dilakukan.
- f) Menjelaskan tujuan.
- g) Menjelaskan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan kegiatan.

3. Fase Kerja

Merupakan hubungan inti hubungan konselor pasien yang terkait erat dengan pelaksanaan rencana tindakan kekonseloran yang akan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Tugas konselor pada fase ini adalah:

- a) Memberi kesempatan pada pasien untuk bertanya.
- b) Menanyakan keluhan utama atau keluhan yang mungkin berkaitan dengan kelancaran pelaksanaan kegiatan.
- c) Memulai kegiatan dengan cara yang baik.
- d) Melakukan kegiatan sesuai dengan rencana.

4. Fase Terminasi

Terminasi merupakan akhir dari setiap pertemuan konselor dan pasien. Tugas konselor pada Fase ini adalah:

- a) Menyimpulkan hasil kegiatan seperti evaluasi proses dan hasil.
- b) Memberikan *reinforcement* positif.
- c) Merencanakan tindak lanjut dengan pasien.
- d) Melakukan kontrak untuk pertemuan selanjutnya.
- e) Melihat kembali kemajuan dari terapi dan tujuan.
- f) Mengakhiri kegiatan dengan cara yang baik.

- Terminasi Sementara

Tahap terminasi sementara adalah akhir dari tiap pertemuan konselor dan pasien. Pada terminasi sementara, konselor akan bertemu kembali dengan pasien dengan waktu yang sudah ditentukan.

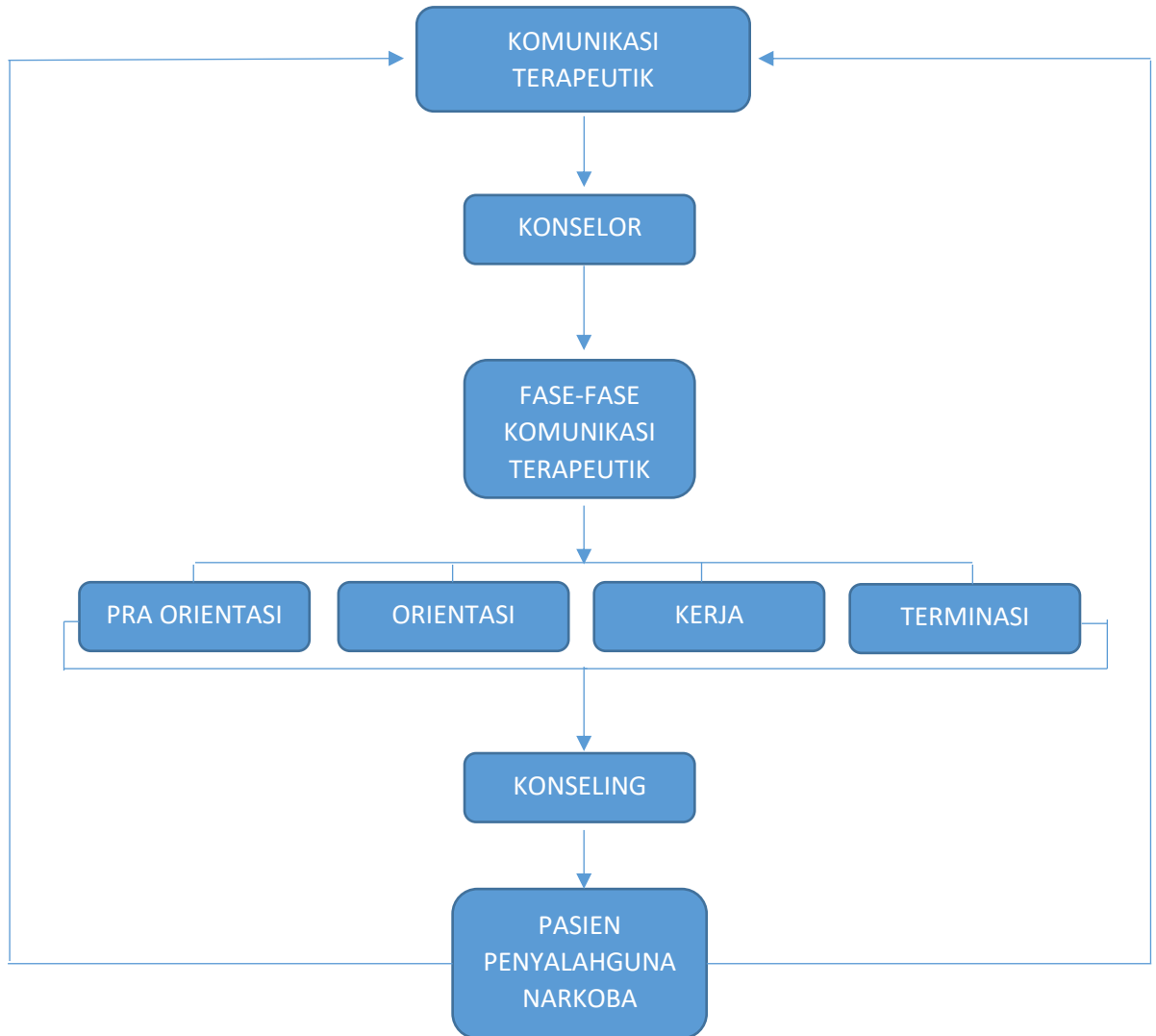
- Terminasi Akhir

Tahap terminasi akhir terjadi jika pasien akan pulang dan telah dianggap selesai menjalani rehabilitasi. (Stuart dan Sundeen dalam Damayanti, 2010 :21)

Konselor menggunakan konseling pada saat melakukan 4 fase komunikasi terapeutik, dimana konseling suatu proses dimana pasien belajar bagaimana membuat keputusan dan memformulasikan cara baru untuk bertingkah laku merasa dan berfikir (berhubungan dengan pilihan dan perubahan).

Target dari fase-fase komunikasi terapeutik ini adalah pasien, dimana pasien yang datang ke Klinik Badan Narkotika Nasional Provinsi Jawa Barat merupakan pasien penyalahguna narkoba. Penyalahguna narkoba adalah orang-orang yang mempunyai masalah dengan penggunaan narkoba.

Komponen diadaptasikan oleh penulis kegambar di bawah ini agar lebih jelas mengenai tahapan komunikasi terapeutik yang urutannya saling berkaitan sehingga menjadikan suatu informasi yang lebih efektif dan terencana, seperti bagan dibawah ini :

Gambar 2.1**Alur Kerangka Pemikiran**

Sumber : Peneliti 2018