BAB II

TINJAUAN PUSTAKA DAN KERANGKA PEMIKIRAN

2.1 Tinjauan Pustaka

2.1.1 Tinjauan Terdahulu

Studi penelitian terdahulu merupakan bahan acuan yang membantu peneliti dalam merumuskan asumsi dasar. Tentunya studi terdahulu tersebut harus yang relevan baik dari konteks penelitian maupun metode penelitian yang digunakan.

Berdasarkan studi pustaka, peneliti menemukan beberapa referensi penelitian terdahulu yang berkaitan dengan penelitian yang sedang dilakukan peneliti yaitu sebagai berikut:

1. Komunikasi Antar Pribadi Tunagrahita

Peneliti Devita Futriana dengan Judul "Komunikasi Antar Pribadi Tunagrahita (Studi Etnografi Komunikasi Kegiatan Belajar Mengajar Tunagrahita di (SLB)-C Lanud Sulaiman)" dari Program Studi Ilmu Komunikasi Konsentrasi Kehumasan Universitas Komputer Indonesia pada tahun 2012.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana Komunikasi Antar Pribadi Tunagrahita di (SLB-C) Lanud Sulaiman. Untuk menjawab tujuan tersebut, kemudian dianalisis berdasarkan proses etnografi komunikasi. Metode Penelitian yang digunakan adalah metode etnografi komunikasi yaitu penelitian kualitatif sering disebut juga sebagai metode

penelitian naturalistik, hal ini disebabkan karena penelitiannya dilakukan dengan kondisi yang alamiah. Jumlah informan penelitian terhitung sebanyak 3 orang dan informan kunci 1 orang dimana teknik pengumpulan data dilakukan secara wawancara mendalam, pengamatan berperan serta, studi pustaka, internet searching, dokumentasi, dan catatan lapangan. Teknik analisa data dilakukan dengan cara deskripsi, analisis, interpretasi dan uji keabsahan data.

Hasil dari penelitian ini adalah proses komunikasi akan berjalan dengan baik jika dipersiapkan terlebih dahulu dan dikonsepkan secara matang, guru berkomunikasi dan memberikan dan mengarahkan komunikasi secara positif. Sehingga komunikasi yang dilakukan oleh anak tunagrahita berjalan dengan yang diharapkan. Kesimpulan dari penelitian yaitu komunikasi positif akan muncul karena adanya komunikasi dan peristiwa komunikasi yang diciptakan dalam peristiwa belajar anak di dalam kelas. Untuk itu peneliti menyarankan kepada orangtua dan guru untuk terlibat dengan komunikasi yang baik, agar anak tunagrahita bisa berkomunikasi dan menciptakan peritiwa komunikasi yang baik.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan penulis teliti yaitu penelitian ini mengkaji mengenai proses komunikasi, komponen komunikasi yang membentuk peristiwa komunikasi dan hubungan atau keterkaitan antar komponen komunikasi sedangkan penelitian yang penulis teliti mengkaji mengenai komunikasi terapeutik oleh terapis pada anak penyandang *Down Syndrome* yang mengkaji sikap, teknik dan juga isi pesan

yang disampaikan oleh terapis. Selain itu metode yang digunakan pada penelitian ini yaitu etnografi komunikasi sedangkan penelitian yang penulis teliti yaitu menggunakan studi deskriptif.

2. Perilaku Komunikasi Orang Tua dan Guru Dengan Anak Tunagrahita

Peneliti Abraham Rizky Apriansyah Ramadhan dengan Judul "Perilaku Komunikasi Orang Tua dan Guru Dengan Anak Tunagrahita (Studi Kasus Tentang Perilaku Komunikasi Orang Tua dan Guru Dalam Memotivasi Anak Tunagrahita di SLB C Merpati)" dari Fakultas Imu Sosial dan Ilmu Politik bidang studi Ilmu Komunikasi Universitas Sebelas Maret Surakarta 2009.

Dalam penelitian ini, penulis berusaha mengetahui bagaimanakah aktivitas komunikasi terapeutik para perawat dalam proses penyembuhan pasien di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Sebagai rumah sakit milik pemerintah provinsi Jawa Tengah dan telah mendapatkan berbagai penghargaan, RSUD Dr. Moewardi telah menerapkan praktik komunikasi terapeutik terhadap para pasiennya.

Penelitian ini merupakan penelitian deskripsi kualitatif, yang pengumpulan datanya menggunakan teknik observasi nonpartisipan, wawancara mendalam, dan studi pustaka. Informan dipilih berdasarkan purposive sampling. Analisis data yang diperoleh menggunakan model interaksi Miles dan Huberman, dan keabsahan data itu sendiri diuji menggunakan triangulasi sumber.

Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik yang diterapkan RSUD Dr. Moewardi terdiri dari empat fase/ tahap, yaitu fase pra interaksi, fase tindakan, fase evaluasi, dan fase dokumentasi. Dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien, para perawat di RSUD Dr. Moewardi, menggunakan teknik-teknik dan sikap tertentu. Jalinan hubungan antara perawat dengan pasien di RSUD Dr. Moewardi merupakan hal penting dalam komunikasi terapeutik. Melalui jalinan hubungan perawat dan pasien yang terbina dengan baik, perawat dan pasien bekerja sama untuk mencapai tujuan. Tujuan komunikasi terapeutik tersebut antara lain: membantu pasien dalam memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran, serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk pasien.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan penulis teliti yaitu penelitian ini mengkaji mengenai aktivitas komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien, mulai dari fase, sikap dan teknik serta tujuan dari komunikasi terapeutik itu sendiri sedangkan penelitian yang penulis teliti mengkaji mengenai komunikasi terapeutik oleh terapis pada anak penyandang *Down Syndrome* mulai dari sikap, teknik dan juga isis pesan yang disampaikan oleh terapis. Selain itu proses komunikasi terapeutik pada penelitian ini didapat melalui observasi pada saat dikelas dengan sistem sekolah pada anak tugrahita sedangkan penelitian yang penulis teliti melalui observasi pada saat terapi dan fokus subjek penelitian yaitu anak penyandang *Down Syndrome*.

3. Komunikasi Terapeutik pada Anak Autis dalam Membangun Interaksi Sosial

Peneliti Bella Jayanti dengan Judul "Komunikasi Terapeutik pada Anak Autis dalam Membangun Interaksi Sosial (Studi Etnografi Komunikasi tentang Terapi Komunikasi di Yayasan Risantya, Bandung, Oleh Terapis pada Anak Autis dalam Membangun Interaksi Sosial)" dari Fakultas Ilmu Komunikasi Bidang Studi Manajemen Komunikasi Universitas Padjadjaran pada tahun 2014.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pola komunikasi yang terjalin antara Terapis dengan anak anak autis dalam kegiatan terapi di Yayasan Risantya, Bandung. Hal ini menyangkut tentang peristiwa komunikasi yang terjadi, bentuk komunikasi yang digunakan, serta tindak tutur yang ditunjukkan oleh Terapis dan peserta didik selama kegiatan terapi. Subjek penelitian adalah empat orang Terapis dan empat anak autis dari Yayasan Risantya. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif dengan pendekatan etnografi komunikasi. Teknik pengumpulan data berupa observasi, wawancara, serta analisis dokumen. Teknik pengolahan data menggunakan model SPEAKING dari Dell Hymes.

Hasil penelitian ini merumuskan beberapa kesimpulan: pola komunikasi yang terjalin antara terapis dengan peserta didik merupakan pola komunikasi komplementaris. Peristiwa komunikasi terdiri dari Terapis sebagai penutur, anak autis sebagai lawan tutur, serta seluruh topik pembicaraan berkaitan dengan kebutuhan terapi. Bentuk komunikasi yang

digunakan berupa komunikasi antarpribadi berupa komunikasi diadik berbentuk percakapan. Tindak tutur yang paling banyak ditunjukkan adalah tindak tutur ilokusi direktif.

Perbedaan penelitian ini dengan penelitian yang akan penulis teliti yaitu penelitian ini mengkaji mengenai proses dan bentuk komunikasi serta tindak tutur terapis pada anak autis sedangkan penelitian yang penulis teliti mengkaji mengenai komunikasi terapeutik oleh terapis pada anak penyandang *Down Syndrome* mulai dari sikap, teknik dan juga isi pesan yang disampaikan oleh terapis. Selain itu metode yang digunakan pada penelitian ini yaitu etnografi komunikasi sedangkan penelitian yang penulis teliti yaitu menggunakan studi deskriptif.

Melihat dari metode, pendekatan, hasil penelitian dengan semua yang mengacu pada ketiga penelitian terdahulu sejenis yang dilihat oleh peneliti, maka peneliti menyajikan pada tabel 2.1 agar lebih mudah untuk dipahami alur relevansi dengan penelitian yang peneliti susun sekarang.

Tabel 2.1

Tinjauan Terdahulu

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Metode yang Digunakan	Hasil Penelitian	Perbedaan Dengan Penelitian Ini
1.	Komunikasi Antar Pribadi Tunagrahita (Studi Etnografi Kegiatan Belajar Mengajar Komunikasi Tunagrahita di (SLB)-C Lanud Sulaiman)	Devita Futriana Program Strudi Ilmu Komunikasi Konsentrasi Humas Universitas Komputer Indonesia Bandung 2012	Kualitatif, Studi Etnografi Komunikasi	Hasil dari penelitian ini adalah proses komunikasi akan berjalan dengan baik jika dipersiapkan terlebih dahulu dan dikonsepkan secara matang, guru berkomunikasi dan memberikan dan mengarahkan komunikasi secara positif. Sehingga komunikasi yang dilakukan oleh anak tunagrahita berjalan dengan yang diharapkan.	Penelitian Devita Futriana mengkaji mengenai peristiwa komunikasi, komponen komunikasi yang memebentuk peristiwa komunikasi dan hubungan atau keterkaitan anatar komponen komunikasi sedangkan penelitian yang penulis teliti mengkaji mengenai

					komunikasi terapeutik oleh terapis pada anak penyandang *Down Syndrome* mulai dari sikap, teknik dan juga isi pesan yang disampaikan oleh terapis.
2	Komunikasi Interpersonal antara Perawat dengan Pasien (Studi Deskriptif Kualitatif Aktivitas Komunikasi Terapeutik Antara Perawat Terhadap Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta)	Abraham Wahyu Nugroho Program Studi Ilmu Komunikasi Universitas Sebelas Maret Surakarta	Kualitatif, Studi Deskriptif	Mengetahui komunikasi terapeutik yang diterapkan RSUD Dr. Moewardi terdiri dari empat fase/ tahap, yaitu fase pra interaksi, fase tindakan, fase evaluasi, dan fase dokumentasi. Dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien, para perawat di RSUD Dr. Moewardi,	Penelitian Abraham wahyu nigroho mengkaji tentang aktivitas komunikasi terapeutik antara perawat dengan pasien, mulai dari fase, sikap dan teknik serta tujuan dari komunikasi terapeutik itu sendiri sedangkan

				menggunakan teknik-teknik dan sikap tertentu. Jalinan hubungan antara perawat dengan pasien di RSUD Dr. Moewardi merupakan hal penting dalam komunikasi terapeutik. Melalui jalinan hubungan perawat dan pasien yang terbina dengan baik, perawat dan pasien bekerja sama untuk mencapai tujuan. Tujuan komunikasi terapeutik tersebut antara lain: membantu pasien dalam memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran, serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk	penelitian ini mengkaji mengenai komunikasi terapeutik oleh terapis pada anak penyandang *Down Syndrome*

				pasien.	
3	Komunikasi Terapeutik pada Anak Autis dalam Membangun Interaksi Sosial (Studi Etnografi Komunikasi tentang Terapi Komunikasi di Yayasan Risantya, Bandaung, Oleh Terapis pada Anak Autis dalam Membangun Interaksi Sosial)	Bella Jayanti Program Studi Manajemen Komunikasi Universitas Padjadjaran Bandung	Kualitatif, etnografi komunikasi	Mengetahui pola komunikasi yang terjalin antara terapis dengan peserta didik merupakan pola komunikasi komplementaris. Peristiwa komunikasi terdiri dari Terapis sebagai penutur, anak autis sebagai lawan tutur, serta seluruh topik pembicaraan berkaitan dengan kebutuhan terapi. Bentuk komunikasi yang digunakan berupa komunikasi antarpribadi berupa komunikasi diadik berbentuk percakapan. Tindak tutur yang paling banyak ditunjukkan adalah tindak tutur ilokusi direktif.	Penelitian Bella Jayanti mengkaji mengenai proses dan bentuk komunikasi serta tindak tutur terapis pada anak autis sedangkan penelitian ini mengkaji mengenai komunikasi terapeutik oleh terapis pada anak penyandang *Down Syndrome*

Sumber: Peneliti, 2015

2.1.2 Tinjauan tentang Ilmu Komunikasi

2.1.2.1 Pengertian Komunikasi

Komunikasi atau communication berasal dari bahasa Latin communis yang berarti 'sama'. Communico, communicatio atau communicare yang berarti membuat sama (*make to common*). Secara sederhana komuniikasi dapat terjadi apabila ada kesamaan antara penyampaian pesan dan orang yang menerima pesan. Oleh sebab itu, komunikasi bergantung pada kemampuan kita untuk dapat memahami satu dengan yang lainnya (*communication depends on our ability to understand one another*).

Dalam buku Jurnal Komunikasi dan Informasi menjelaskan tentang komunikasi, yaitu:

> "Komunikasi berasal dari bahasa latin "communicare" yang berarti "berbicara", bermusyawarah, berpidato, bercakap-cakap dan berkonsultasi satu sama lain. Kata itu juga dekat dengan "communitas" (bahasa Latin) yang "tidak hanya berarti komuniti tapi juga persahabatan dan keadilan dalam pergaulan dan kehidupan antar manusia." (Mulyana, 2005:2)

Komunikasi dalam tingkat akademi mungkin telah memiliki departemen sendiri dimana komunikasi dibagi-bagi menjadi komunikasi masa, komunikasi bagi pembawa acara, humas dan lainnya, namun subyeknya akan tetap. Pekerjaan dalam komunikasi mencerminkan keberagaman komunikasi itu sendiri.

2.1.2.2 Pengertian Komunikasi menurut Para Ahli

Berikut ini akan dijabarkan definisi ilmu komunikasi menurut beberapa ahli :

Menurut ***Everett M. Rogers***

"Komunikasi adalah proses di mana suatu ide dialihkan dari sumber kepada suatu penerima atau lebih, dengan maksud untuk mengubah tingkah laku mereka." (Mulyana, 2007:69)

Menurut ***Harorld D. Lasswell (1960)***

"Komunikasi pada dasarnya merupakan suatu proses yang menjelaskan siapa, mengatakan apa, dengan saluran apa, kepada siapa? Dengan akibat apa atau hasil apa? *(Who? Says what? In which channel? To whom? With what effect?)."* (Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar , 2005, hal 69, Dedy Mulyana)

Menurut ***Raymond S. Ross***

"Komunikasi adalah suatu proses menyortir, memilih dan mengirimkan simbol-simbol sedemikian rupa sehingga membantu pendengar membangkitkan makna atau respons dari pikirannya yang serupa dengan yang dimaksudkan komunikator." (Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar , 2005, hal 62, Dedy Mulyana)

Menurut ***Carl I.Hovland***

"Komunikasi adalah proses yang memungkinkan seseorang (komunikator) menyampaikan rangsangan untuk mengubah perilaku orang lain." (Dedy Mulyana, Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar, 2005)

Menurut ***Stewart L. Tubbs & Sylvia Moss***

"Komunikasi adalah proses makna diantara dua orang atau lebih." (Dedy Mulyana, Ilmu Komunikasi Suatu Pengantar 2005:69)

Dari beberapa definisi komunikasi menurut para ahli yang telah dipaparkan sebelumnya, dapat diambil sebuah kesimpulan yang menjelaskan apa itu komunikasi secara singkat yaitu komunikasi adalah suatu proses penyampaian pesan yang dilakukan oleh dua orang atau lebih yang dapat menimbulkan efek tertentu.

2.1.2.3 Unsur Komunikasi

Dari pengertian komunikasi yang telah dikemukakan. komunikasi antar manusia hanya bisa terjadi jika ada seseorang yang menyampaikan pesan kepada orang lain dengan tujuan tertentu. Unsur-unsur ini juga bisa disebut komponen atau elemen komunikasi.

Komunikasi telah didefinisikan sebagai usaha penyampaian pesan antar manusia, sehingga untuk terjadinya proses komunikasi minimal terdiri dari 3 unsur yaitu:

1. Pengirim pesan (komunikator).
2. Penerima pesan (komunikan).
3. Pesan itu sendiri.

2.1.2.4 Fungsi Komunikasi

Fungsi komunikasi menurut Harol D. Lasswell adalah sebagai berikut :

The surveillance of the environment, fungsi komunikasi adalah untuk mengumpulkan dan menyebarkan informasi mengenai kejadian dalam suatu lingkungan

The correlation of correlation of the parts of society in responding to the environment, dalam hal ini fungsi komunikasi mencakup interpretasi terhadap informasi mengenai lingkungan (disini dapat diidentifikasi sebagai tajuk rencana atau propaganda).

The transmission of the social heritage from one generation to the next, dalam hal ini transmission of culture difocuskan kepada kegiatan mengkomunikasikan informasi, nilai-nilai, dan norma sosial dari suatu generasi ke generasi lain.

Onong Uchjana Effendi mempunyai pendapat sebagai berikut:

1. Memberikan informasi (*Public Information*) kepada masyarakat.
2. Mendidik masyarakat (*Publik Education*).
3. Mempengaruhi masyarakat (*Publik Persuasion*).
4. Menghibur masyarakat (*Publik Entertainment*.

2.1.2.5 Proses Komunikasi

Komunikasi tidak bisa terlepas dari proses. Oleh karena itu apakah suatu komunikasi dapat berlangsung dengan baik atau tidak tergantung dari proses yang berlangsung tersebut. Menurut Rusady Ruslan proses komunikasi adalah:

"Diartikan sebagai "transfer informasi" atau pesan-pesan *(message)* dari pengirim pesan sebagai komunikator dan kepada penerima pesan sebagai komunikan, dalam proses komunikasi tersebut

bertujuan *(feed back)* untuk mencapai saling pengertian *(mutual understanding)* atau antar kedua belah pihak." (Ruslan 1999 : 69).

Sementara itu menurut onong Uchjana Effendy proses komunikasi terbagi dua tahap, berikut uraiannya :

1. Proses komunikasi secara primer

Proses pencapaian pikiran atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang *(symbol)* sebagai media. Lambang sebagai media primer dalam proses komunikasi adalah bahasa, kial, isyarat, gambar, warna dan sebagainya yang secara langsung dapat menerjemahkan pikiran atau perasaan komunikator kepada komunikan. Media primer atau lambang yang paling banyak digunakan dalam komunikasi adalah bahasa.

2. Proses komunikasi secara sekunder

Proses penyampaian pesan oleh seseorang kepada orang lain dengan menggunakan alat atau sarana sebagai media kedua setelah memakai lambang sebagai media pertama. Media kedua yang sering digunakan diantaranya adalah surat, telepon, surat kabar, majalah, radio, televisi, film dan lain lain. (Effendy, 1984 : 11-17).

Pentingnya peranan media yakni media sekunder dalam proses komunikasi, disebabkan oleh efisiensinya dalam mencapai komunikan dalam jumlah yang amat banyak. Jelas efisien karena dengan

menyiarkan sebuah pesan satu kali saja, sudah dapat tersebar luas kepada khalayak yang begitu banyak jumlahnya, bukan satu jutaan, melainkan puluhan juta, bahkan ratusan juta, seperti misalnya pidato kepala negara yang disiarkan melalui radio atau televisi.

2.1.3 Tinjauan tentang Komunikasi Interpersonal

2.1.3.1 Pengertian Komunikasi Interpersonal

Secara konstektual, komunikasi interpersonal digambarkan sebagai suatu komunikasi antara dua individu atau sedikit individu, yang mana saling berinteraksi, saling memberikan umpan balik satu sama lain. Namun, memberikan definisi konstektual saja tidak cukup untuk menggambarkan komunikasi interpersonal karena setiap interaksi antara satu individu dengan individu lain berbeda-beda.

Arni Muhammad (2005:159) menyatakan bahwa "komunikasi interpersonal adalah proses pertukaran informasi diantara seseorang dengan paling kurang seorang lainnya atau biasanya di antara dua orang yang dapat langsung diketahui balikannya".

Mulyana (2000: 73) menyatakan bahwa "komunikasi interpersonal ini adalah komunikasi yang hanya dua orang, seperti suami istri, dua sejawat, dua sahabat dekat, guru-murid dan sebagainya".

Dapat disimpulkan bahwa komunikasi interpersonal merupakan proses penyampaian informasi, pikiran dan sikap tertentu antara dua

orang atau lebih yang terjadi pergantian pesan baik sebagai komunikan maupun komunikator dengan tujuan untuk mencapai saling pengertian, mengenai masalah yang akan dibicarakan yang akhirnya diharapkan terjadi perubahan perilaku.

2.1.3.2 Komponen-komponen Komunikasi Interpersonal

Dari pengertian komunikasi interpersonal yang telah diuraikan di atas, dapat diidentifikasikan beberapa komponen yang harus ada dalam komunikasi interpersonal. Menurut Suranto A. W (2011: 9) komponen-komponen komunikasi interpersonal yaitu:

1. Sumber/ komunikator

Merupakan orang yang mempunyai kebutuhan untuk berkomunikasi, yakni keinginan untuk membagi keadaan internal sendiri, baik yang bersifat emosional maupun informasional dengan orang lain. Kebutuhan ini dapat berupa keinginan untuk memperoleh pengakuan sosial sampai pada keinginan untuk mempengaruhi sikap dan tingkah laku orang lain. Dalam konteks komunikasi interpersonal komunikator adalah individu yang menciptakan, memformulasikan, dan menyampaikan pesan.

2. Encoding

Encoding adalah suatu aktifitas internal pada komunikator dalam menciptakan pesan melalui pemilihan simbol- simbol verbal dan non verbal, yang disusun berdasarkan aturan-aturan tata bahasa, serta disesuaikan dengan karakteristik komunikan.

3. Pesan

Merupakan hasil encoding. Pesan adalah seperangkat simbol-simbol baik verbal maupun non verbal, atau gabungan keduanya, yang mewakili keadaan khusus komunikator untuk disampaikan kepada pihak lain. Dalam aktivitas komunikasi, pesan merupakan unsur yang sangat penting. Pesan itulah disampaikan oleh komunikator untuk diterima dan diinterpretasi oleh komunikan.

4. Saluran

Merupakan sarana fisik penyampaian pesan dari sumber ke penerima atau yang menghubungkan orang ke orang lain secara umum. Dalam konteks komunikasi interpersonal, penggunaan saluran atau media semata-mata karena situasi dan kondisi tidak memungkinkan dilakukan komunikasi secara tatap muka.

5. Penerima/ komunikan

Adalah seseorang yang menerima, memahami, dan menginterpretasi pesan. Dalam proses komunikasi interpersonal, penerima bersifat aktif, selain menerima pesan melakukan pula proses interpretasi dan memberikan umpan balik. Berdasarkan umpan balik dari komunikan inilah seorang komunikator akan dapat mengetahui keefektifan komunikasi yang telah dilakukan, apakah makna pesan dapat dipahami secara bersama oleh kedua belah pihak yakni komunikator dan komunikan.

6. Decoding

Decoding merupakan kegiatan internal dalam diri penerima. Melaui indera, penerima mendapatkan macam- macam data dalam bentuk "mentah", berupa kata-kata dan simbol-simbol yang harus diubah kedalam pengalaman- pengalaman yang mengandung makna. Secara bertahap dimulai dari proses sensasi, yaitu proses di mana indera menangkap stimuli.

7. Respon

Yakni apa yang telah diputuskan oleh penerima untuk dijadikan sebagai sebuah tanggapan terhadap pesan. Respon dapat bersifat positif, netral, maupun negatif. Respon positif apabila sesuai dengan yang dikehendaki komunikator. Netral berarti respon itu tidak menerima ataupun menolak keinginan komunikator. Dikatakan respon negatif apabila tanggapan yang diberikan bertentangan dengan yang diinginkan oleh komunikator.

8. Gangguan (noise)

Gangguan atau noise atau barier beraneka ragam, untuk itu harus didefinisikan dan dianalisis. Noise dapat terjadi di dalam komponen-komponen manapun dari sistem komunikasi. Noise merupakan apa saja yang mengganggu atau membuat kacau penyampaian dan penerimaan pesan, termasuk yang bersifat fisik dan phsikis.

9. Konteks komunikasi

Komunikasi selalu terjadi dalam suatu konteks tertentu, paling tidak ada tiga dimensi yaitu ruang, waktu, dan nilai. Konteks ruang

menunjuk pada lingkungan konkrit dan nyata tempat terjadinya komunikasi, seperti ruangan, halaman dan jalanan. Konteks waktu menunjuk pada waktu kapan komunikasi tersebut dilaksanakan, misalnya: pagi, siang, sore, malam. Konteks nilai, meliputi nilai sosial dan budaya yang mempengaruhi suasana komunikasi, seperti: adat istiadat, situasi rumah, norma pergaulan, etika, tata krama, dan sebagainya.

Komunikasi interpersonal merupakan suatu proses pertukaran makna antara orang-orang yang saling berkomunikasi. Orang yang saling berkomunikasi tersebut adalah sumber dan penerima. Sumber melakukan encoding untuk menciptakan dan memformulasikan menggunakan saluran. Penerima melakukan decoding untuk memahami pesan, dan selanjutnya menyampaikan respon atau umpan balik. Tidak dapat dihindarkan bahwa proses komunikasi senantiasa terkait dengan konteks tertentu, misalnya konteks waktu.

Hambatan dapat terjadi pada sumber, encoding, pesan, saluran, decoding, maupun pada diri penerima.

2.1.3.3 Tujuan Komunikasi Interpersonal

Arni Muhammad (2005:168) menyatakan bahwa komunikasi interpersonal mempunyai beberapa tujuan, yaitu:

1. Menemukan Diri Sendiri

Salah satu tujuan komunikasi interpersonal adalah menemukan personal atau pribadi. Bila kita terlibat dalam pertemuan interpersonal

dengan orang lain kita belajar banyak sekali tentang diri kita maupun orang lain.

Komunikasi interpersonal memberikan kesempatan kepada kita untuk berbicara tentang apa yang kita sukai, atau mengenai diri kita. Adalah sangat menarik dan mengasyikkan bila berdiskusi mengenai perasaan, pikiran, dan tingkah laku kita sendiri. Dengan membicarakan diri kita dengan orang lain, kita memberikan sumber balikan yang luar biasa pada perasaan, pikiran, dan tingkah laku kita.

2. Menemukan Dunia Luar

Hanya komunikasi interpersonal menjadikan kita dapat memahami lebih banyak tentang diri kita dan orang lain yang berkomunikasi dengan kita. Banyak informasi yang kita ketahui datang dari komunikasi interpersonal, meskipun banyak jumlah informasi yang datang kepada kita dari media massa hal itu seringkali didiskusikan dan akhirnya dipelajari atau didalami melalui interaksi interpersonal.

3. Membentuk Dan Menjaga Hubungan Yang Penuh Arti

Salah satu keinginan orang yang paling besar adalah membentuk dan memelihara hubungan dengan orang lain. Banyak dari waktu kita pergunakan dalam komunikasi interpersonal diabadikan untuk membentuk dan menjaga hubungan sosial dengan orang lain. Berubah Sikap Dan

4. Tingkah Laku

Banyak waktu kita pergunakan untuk mengubah sikap dan tingkah laku orang lain dengan pertemuan interpersonal. Kita boleh menginginkan mereka memilih cara tertentu, misalnya mencoba diet yang baru, membeli barang tertentu, melihat film, menulis membaca buku, memasuki bidang tertentu dan percaya bahwa sesuatu itu benar atau salah. Kita banyak menggunakan waktu waktu terlibat dalam posisi interpersonal.

5. Untuk Bermain Dan Kesenangan

Bermain mencakup semua aktivitas yang mempunyai tujuan utama adalah mencari kesenangan. Berbicara dengan teman mengenai aktivitas kita pada waktu akhir pecan, berdiskusi mengenai olahraga, menceritakan cerita dan cerita lucu pada umumnya hal itu adalah merupakan pembicaraan yang untuk menghabiskan waktu. Dengan melakukan komunikasi interpersonal semacam itu dapat memberikan keseimbangan yang penting dalam pikiran yang memerlukan rileks dari semua keseriusan di lingkungan kita.

6. Untuk Membantu

Ahli-ahli kejiwaan, ahli psikologi klinis dan terapi menggunakkan komunikasi interpersonal dalam kegiatan profesional mereka untuk mengarahkan kliennya. Kita semua juga berfungsi membantu orang lain dalam interaksi interpersonal kita sehari-hari. Kita berkonsultasi dengan seorang teman yang putus cinta, berkonsultasi dengan mahasiswa tentang mata kuliah yang sebaiknya diambil dan lain sebagainya.

Dapat disimpulkan bahwa ketika melakukan komunikasi interpersonal, setiap individu dapat mempunyai tujuan yang berbeda-beda, sesuai dengan kebutuhan masing-masing.

2.1.4 Tinjauan tentang Komunikasi Terapeutik

2.1.4.1 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan atau dirancang untuk tujuan terapi. Seorang penolong atau perawat dapat membantu klien mengatasi masalah yang dihadapinya melalui komunikasi, (Suryani 2005). Menurut Purwanto yang dikutip oleh (Mundakir 2006), komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan komunikasi professional yang mengarah pada tujuan yaitu penyembuhan pasien, (Siti Fatmawati 2010).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien, Indrawati, dalam Siti Fatmawati, (2010).

Menurut (Stuart 1998) komunikasi terapeutik adalah merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam hal ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien. Menurut (Potter-

Perry 2000), proses dimana perawat menggunakan pendekatan terencana dalam mempelajari klien.

Dari beberapa pengertian di atas dapat dipahami bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan seorang perawat dengan teknik-teknik tertentu yang mempunyai efek penyembuhan. Komunikasi terapeutik merupakan salah satu cara untuk membina hubungan saling percaya terhadap pasien dan pemberian informasi yang akurat kepada pasien, sehingga diharapkan dapat berdampak pada perubahan yang lebih baik pada pasien dalam menjalanakan terapi dan membantu pasien dalam rangka mengatasi persoalan yang dihadapi pada tahap perawatan.

2.1.4.2 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi klien kearah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada pertumbuhan klien yang meliputi:

Pertama, realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan dalam diri klien. Klien yang tadinya tidak biasa menerima apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya.

Kedua, kemampuan membina hubungan interpersonal dan saling bergantung dengan orang lain. Melalui komunikasi terapeutik, klien

belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain. Dengan komunikasi yang terbuka, jujur dan menerima klien apa adanya, perawat akan dapat meningkatkan kemampuan klien dalam membina hubungan saling percaya .

Ketiga, peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis. Terkadang klien menetapkan ideal diri atau tujuan yang terlalu tinggi tanpa mengukur kemampuannya.

Keempat, rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri. Identitas personal disini termasuk status, peran, dan jenis kelamin. Klien yang mengalami gangguan identitas personal biasanya tidak mempunyai rasa percaya diri dan mengalami harga diri rendah. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan perawat dapat membantu klien meningkatkan integritas dirinya dan identitas diri yang jelas. Dalam hal ini perawat berusaha menggali semua aspek kehidupan klien di masa sekarang dan masa lalu. Kemudian perawat membantu meningkatkan integritas diri klien melalui komunikasinya dengan klien, (Suryani 2005).

2.1.4.3 Prinsip Dasar Komunikasi Terapeutik

Menurut (Suryani 2000), ada beberapa prinsip dasar yang harus dipahami dalam membangun dan mempertahankan hubungan yang terapeutik:

Pertama, 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 tetapi lebih dari itu, hubungan antar manusia yang bermartabat.

Kedua, 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 tiap individu.

Ketiga, semua komuikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan, dalam hal ini perawat harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri klien. Universitas Sumatera Utara

Keempat, komunikasi yang menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternative pemecahan masalah. Hubungan saling percaya antara perawat dan klien adalah kunci dari komunikasi terapeutik.

2.1.4.4 Komunikasi Terapeutik sebagai Tanggung Jawab Moral Perawat

Menurut Addalati, dalam Abdul Nasir (2009), Perawat disebutkan sebagai tenaga terpenting karena sebagian terbesar pelayanan Rumah Sakit adalah pelayanan keperawatan. Perawat bekerja dan selalu bertemu dengan pasien selama 24 jam penuh dalam satu siklus shift, karena itu perawat menjadi ujung tombak bagi suatu Rumah Sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Dalam memberikan intervensi keperawatan diperlukan suatu komunikasi terapeutik, dengan demikian diharapkan seorang perawat memiliki kemampuan khusus mencakup ketrampilan intelektual, teknikal dan interpersonal dan penuh kasih sayang dalam melakukan komunikasi dengan pasien. Perawat harus memiliki tanggung jawab moral tinggi yang didasari atas sikap peduli dan penuh kasih sayang, serta perasaan ingin membantu orang lain untuk kesembuhan pasien.

Menurut Addalati, dalam Abdul Nasir (2009) menambahkan bahwa seorang beragama, perawat tidak dapat bersikap tidak peduli terhadap orang lain dan adalah seorang pendosa apabila perawat mementingkan dirinya sendiri.

2.1.4.5 Teknik Komunikasi Terapeutik

Teknik komunikasi terapeutik dengan menggunakan referensi dari Stuart dan Sundeen, dalam Ernawati (2009) yaitu:

1. Mendengarkan (lestening)

Mendengar (listening) merupakan dasar utama dalam komunikasi terapeutik (Keliat 1992). Mendengarkan adalah proses aktif dan penerimaan informasi serta penelaahan reaksi seseorang terhadap pesan yang diterima , Hubson, S dalam Suryani, (2005). Untuk member kesempatan lebih banyak pada klien untuk berbicara, maka perawat harus menjadi pendengar yang aktif. Selama mendengarkan, perawat harus mengikuti apa yang dibicarakan klien dengan penuh perhatian. Perawat memberikan tanggapan dengan tepat dan tidak memotong pembicaraan klien. Tunjukkan perhatian bahwa perawat mempunyai waktu untuk mendengarkan.

Ketrampilan mendengarkan penuh perhatian adalah dengan:

a. Pandang klien ketika sedang bicara
b. Pertahankan kontak mata yang memancarkan keinginan untuk mendengarkan
c. Sikap tubuh yang menunjukan perhatian dengan tidak menyilangkan kaki atau tangan
d. Hindarkan gerakan yang tidak perlu
e. Angkat kepala jika klien membicarakan hal penting atau memerlukan umpan balik
f. Condongkan tubuh kearah lawan bicara (pasien).

2. Bertanya

Bertanya (question) merupakan teknik yang dapat mendorong klien untuk mengungkapkan perasaan dan pikirannya.

Teknik berikut sering digunakan pada tahap orientasi:

a. Pertanyaan fasilitatif (fasilitatif question)

   Pertanyaan fasilitatif (facilitative question) terjadi jika pada saat bertanya perawat sensitive terhadap pikiran dan perasaan serta secara langsung berhubungan dengan masalah klien, sedangkan pertanyaan non fasilitatif (non facilitative question) adalah pertanyaan yang tidak efektif karena memberikan pertanyaan yang tidak fokus pada masalah atau pembicaraan, bersifat mengancam, dan tampak kurang pengertian terhadap klien Gerald, D dalam Suryani,(2005).

b. Pertanyaan terbuka atau tertutup

   Pertanyaan terbuka (open question) digunakan apabila perawat membutuhkan jawaban yang banyak dari klien. Dengan pertanyaan terbuka, perawat mampu mendorong klien mengekspresikan dirinya Antai-Otong dalam Suryani, (2005).

c. Pertanyaan tertutup (closed question) digunakan ketika perawat membutuhkan jawaban yang singkat.

3. Penerimaan

Yaitu mendukung dan menerima informasi dengan tingkah laku yang menunjukkan ketertarikan dan tidak menilai. Penerimaan bukan

berarti persetujuan. Penerimaan berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukan keraguan atau tidak setuju. Perawat sebaiknya menghindarkan ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menunjukkan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggelengkan kepala seakan tidak percaya.

4. Mengulangi (restating)

Mengulangi (restating) yaitu mengulang pokok pikiran yang diungkapkan klien maksudnya adalah mengulangi pokok pikiran yang diungkapkan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri. Gunanya untuk menguatkan ungkapan klien dan member indikasi perawat mengikuti pembicaraan atau memperhatikan klien dan mengharapkan komunikasi berlanjut klien (Keliat, Budi Anna, 1992).

5. Klarifikasi (clarification)

Klasifikasi (clarification) adalah penjelasan kembali ke ide atau pikiran klien yang tidak jelas atau meminta klien untuk menjelaskan arti dari ungkapannya Gerald,d dan Suryani, (2005). Dilakukan bila perawat ragu, tidak jelas, tidak mendengar atau klien malu mengemukakan informasi, informasi yang diperoleh tidak lengkap atau mengemukakannya berpindah-pindah. Pada saat klarifikasi perawat tidak boleh menginterpretasikan apa yang dikatakan klien, juga tidak boleh menambahkan informasi Gerald, D dalam Suryani, (2005). Fokus

utama klarifikasi adalah pada perasaan, karena pengertian terhadap perasaan klien sangat penting dalam memahami klien.

6. Refleksi (reflection)

Refleksi (reflection) adalah mengarahkan kembali ide, perasaan, pertanyaan, dan isi pembicaraan kepada klien. Hal ini digunakan untuk memvalidasi pengertian perawat tentang apa yang diucapkan klien dan menekankan empati, minat, dan penghargaan terhadap klien Antai-Otong dalam Suryani, (2005).

Refleksi menganjurkan klien untuk mengungkapkan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri. Apabila klien bertanya apa yang harus ia pikirkan dan kerjakan atau rasakan maka perawat dapat menjawab; bagaimana menurutmu? Dengan demikian perawat mengindikasikan bahwa pendapat klien adalah berharga dank lien mempunyai hak untuk mampu melakukan hal tersebut, maka iapun akan berpikir bahwa dirinya adalah manusia yang mempunyai kapasitas dan kemampuan sebagai individu yang terintegrasi dan bukan sebagai bagian dari orang lain.

7. Memfokuskan (focusing)

Memfokuskan (focusing) adalah bertujuan memberikan kesempatan kepada klien untuk membahas masalah inti dan mengarahkan komunikasi klien pada pencapaian tujuan Stuart, G.W dalam Suryani, (2005). Metode ini dilakukan dengan tujuan membatasi

bahan pembicaraan sehingga pembahasan masalah lebih spesifik dan dimengerti dan mengarahkan komunikasi klien pada pencapaian tujuan.

8. Diam (silence)

Teknik diam digunakan untuk memberikan kesempatan pada klien sebelum menjawab pertanyaan perawat. Diam akan memberikan kesempatan kepada perawat dan klien untuk Mengorganisasi pikiran masing-masing Stuart dan Sundeen, dalam Suryani, (2005).

9. Memberikan Informasi (informing)

Memberikan informasi tambahan merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk klien. Teknik ini sangat membantu dalam mengajarkan kesehatan atau pendidikan pada klien tentang aspek-aspek yang relevan dengan perawatan diri dan penyembuhan klien. Informasi tambahan yang diberikan pada klien harus dapat memberikan pengertian dan pemahaman yang lebih baik tentang masalah yang dihadapi klien serta membantu dalam memberikan alternative pemecahan masalah, (Suryani 2005).

10. Menyimpulkan (summerizing)

Menyimpulkan adalah teknik komunikasi yang membantu klien mengeksporasi point penting dari interaksi perawat-klien. Teknik ini membantu perawat dank lien untuk memiliki pikiran dan ide yang sama saat mengakhiri pertemuan.

11. Mengubah Cara Pandang (reframing)

Teknik ini digunakan untuk memberikan cara pandang lain sehingga klien tidak melihat sesuatu atau masalah dari aspek negatifnya saja Gerald,D dalam Suryani, (2005) sehingga memungkinkan klien untuk membuat perencanaan yang lebih baik dalam mengatasi masalah yang dihadapinya.

12. Eksplorasi

Teknik ini bertujuan untuk mencari atau menggali lebih dalam masalah yang dialami klien, Antai-Otong dalam suryani, (2005) supaya masalah tersebut bias diatasi. Teknik ini bermanfaat pada tahap kerja untuk mendapatkan gambaran yang detail tentang masalah yang dialami klien. Universitas Sumatera Utara

13. Membagi Persepsi (Sharing perception)

Stuart G.W. dalam Suryani, (2005), menyatakan membagi persepsi (sharing perception) adalah meminta pendapat klien tentang hal yang perawat rasakan atau pikirkan. Teknik ini digunakan ketika perawat merasakan atau melihat ada perbedaan antara respons verbal atau respons nonverbal dari klien.

14. Identifikasi tema

Perawat harus tanggap terhadap cerita yang disampaikan klien dan harus mampu menangkap tema dari seluruh pembicaraan tersebut.

Gunanya untuk meningkatkan pengertian dan menggali masalah penting. (Stuart dan Sundeen, dalam Suryani, 2005).teknik ini sangat bermanfaat pada tahap awal kerja untuk memfokuskan pembicaraan pada awal masalah yang benar-benar dirasakan klien.

15. Menganjurkan untuk Melanjutkan Pembicaraan

Teknik ini menganjurkan klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan yang mengidentifikasikan bahwa klien sedang mengikuti apa yang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang dibicarakan selanjutnya. Perawat lebih berusaha untuk menaksirkan dari pada mengarahkan diskusi/pembicaraan.

16. Humor

Sullivan dan Deane dalam Suryani,(2005), melaporkan bahwa humor merangsang produksi catecholamine dan hormone yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi ansietas, memfasilitasi relaksasi pernafasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidak mampuannya untuk berkomunikasi dengan klien.

17. Memberikan Pujian

Memberikan pujian (reinforcement) merupakan keuntungan psikologis yang didapatkan klien ketika berinteraksi dengan perawat. Reinforcement berguna untuk meningkatkan harga diri dan menguatkan

perilaku klien Gerald, D dalam Suryani, (2005). Reinforcement bias diungkapkan dengan kata-kata ataupun melalui inyarat nonverbal.

18. Menawarkan Diri

Bukan tidak mungkin bahwa klien belum siap untuk berkomunikasi secara verbal dengan orang lain atau klien tidak mampu untuk membuat dirinya dimengerti. Perawat menyediakan diri tanpa renpons bersyarat atau respons yang diharapkan.

19. Memberikan Penghargaan

Memberi salam pada klien dan keluarga dengan menyebut namanya, menunjukan kesadaran tentang perubahan yang terjadi, untuk menghargai klien dan keluarga sebagai manusia seutuhnya yang mempunyai hak dan tanggung jawab atas dirinya sendiri sebagai individu.

20. Asertif

Asertif adalah kemampuan dengan cara meyakinkan dan nyaman untuk mengekspresikan pikiran dan perasaan diri dengan tetap menghargai orang lain.

2.1.4.6 Sikap Perawat dalam Komunikasi Terapeutik

Elsa Roselina, 2009 mengidentifikasikan lima sikap atau cara untuk dapat menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi terapeutik:

1. Berhadapan

   Posisi ini memiliki arti bahwa saya siap untuk anda

2. Mempertahankan kontak mata

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

3. Membungkuk kearah klien

   Pada posisi ini menunjukkan keinginan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu

4. Memperlihatkan sikap terbuka

   Dalam posisi ini diharapkan tidak melipat kaki atau tangan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu

5. Tetap rileks

   Tetap dapat mengendalikan keseimbangan, antara ketegangan dan relaksasi dalam memberikan respons kepada pasien, meskipun dalam situasi yang kurang menyenangkan.

Sedangkan kehadiran psikologis dapat dbagi dalam dua dimensi yaitu dimensi tindakan dan dimensi respon (Truax, Carkhfoff dan Benerson, dikutip dalam Stuart dan Sundeen, 1987)

1. Dimensi Respon

   Dimensi respon terdiri dari respon perawat yang ikhlas, menghargai, simpati dan konkrit. Dimensi respon sangat penting pada awal hubungan klien untuk membina hubungan saling percaya

dan komunikasi terbuka. Respon ini terus dipertahankan sampai pada akhir hubungan.

a. Keikhlasan

   Perawat menyatakan keikhlasan melalui keterbukaan, kejujuran, ketulusan dan berperan aktif dalam hubungan dengan klien

b. Menghargai

   Rasa menghargai dapat diwujudkan dengan duduk diam bersama klien yang menangis, minta maaf atas hal yang tidak disukai klien.

c. Empati

   Perawat memandang dalam pandangan klien, merasakan melalui perasaan klien dan kemudian mengidentifikasi masalah klien serta membantu klien mengatasi masalah tersebut

d. Konkrit

   Perawat menggunakan terminologi yang spesifik, bukan abstrak. Fungsinya yaitu, mempertahankan respon perawat terhadap perasaan klien, memberikan penjelasan yang akurat dan mendorong klien memikirkan masalah yang spesifik.

2. Dimensi Tindakan

   Dimensi tindakan terdiri dari konfrontasi, kesegeraan, keterbukaan, emosional katarsis, dan bermain peran (Stuart da Sundeen, 1987)

   a. Konrontasi

Konfrontasi adalah perasaa perawat tentang perilaku klien yang tidak sesuai. Konfrontasi berguna untuk meningkatkan kesadaran klien akan kesesuaian perasaan, sikap, kepercayaan, dan perilaku. Konfrontasi sangat diperlukan klien yang telah mempunyai kesadaran tetapi belum merubah perilakunya.

b. Kesegeraan

Perawat sensitif terhadap perasaan klien dan berkeinginan membantu dengan segera

c. Keterbukaan perawat

Perawat membuka diri tentang pengalaman yang sama dengan pengalaman klien. Tukar pengalaman inim memberi keuntungan pada klien untuk mendukung kerjasama dan memberikan sokongan.

d. “Emosional Catharsis”

Emosional katarsis tejadi jika klien diminta untuk bicara tentang hal yang menganggu dirinya. Perawat harus megkaji kesiapan klien untuk mendiskusikan masalahnya. Jika klien mengalami kesukaran dalam mengekspresika perasaannya, perawat dapat membantu dengan mengekspresikan perasaannya jika berada pada situasi klien. Jika klien menyadari bahwa ia mengekspresikan perasaan dalam suasan menerima dan aman maka klien akan memperluas kesadaran dan penerimaan pada dirinya.

e. Bermain Peran

Bermain peran adalah melakukan peran pada situasi tertentu ini berguna untuk meningkatkan kesadaran dalam berhubungan dan kemampuan melihat situasi dari pandangan orang lain. Bermain peran menjembatani antara pikirandan perilaku serta klien merasa bebas mempraktekan perilaku baru pada lingkungan yang nyaman.

2.1.5 Tinjauan tentang Terapis

Terapis adalah orang yang dipercaya untuk memberikan terapi kepada klien yang mengalami gangguan adapun terapis antara lain :

1. Dokter
2. Psikoater
3. Psikolog
4. Perawat
5. Fisioterapis
6. Speech teraphis
7. Occupational teraphis
8. Sosial worker

Persyaratan dan kualitas terapis menurut Mark seperti yang dikutip Depkes RI 1998 menyatakan persyaratan dan kualifikasi untuk terapi aktivitas kelompok adalah:

1. Pengetahuan pokok tentang pikiran-pikiran dan tingkah laku normal dan patologi dalam budaya setempat.
2. Memiliki konsep teoritis yang padat dan logis yang cukup sesuai untuk dipergunakan dalam memahami pikiran-pikiran dan tingkah laku yang nornial maupun patologis
3. Memiliki teknis yang bersitat terapeutik yang menyatu dengan konsep-konsep yang dimiliki melalui pengalaman klinis dengan pasien.
4. Memiliki kecakapan untuk menggunakan dan mengontrol institusi untuk membaca yang tersirat dan menggunakannya secara empatis untuk memahami apa yang dimaksud dan dirasakan pasien dibelakang kata-katanya.
5. Memiliki kesadaran atas harapan-harapan sendiri, kecemasan dan mekanisme pertahanan yang dan pengaruhnya terhadap teknik terepeutiknya.
6. Harus mampu menerima pasien sebagai manusia utuh dengan segala kekurangan dan kelebihannya.

Terapis adalah seseorang yang melakukan terapi untuk mengatasi gangguan mental dengan metode yang teruji dan sesuai prinsip ilmu psikologi modern. Kegiatan seorang terapis adalah menyembuhkan gangguan pikiran, mengatasi masalah perasaan, mengubah perilaku, merenovasi kepribadian, membantu pekermbangan diri seseorang, dan memperbaiki hubungan satu orang dengan orang lainnya.

Seorang terapis bisa membantu mengatasi fobia, trauma, depresi, kecemasan, stress, rasa minder, perilaku obsesif kompulsif, halusinasi, gangguan tidur, kebiasaan buruk dan berbagai masalah psikologis lainnya. Seorang terapis juga bisa membatu mengembangkan kualitas pribadi seseorang, meningkatkan kepercayaan diri, meningkatkan kemampuan membuat keputusan dan membantu menciptakan karakter pribadi yang sesuai keinginan seseorang.

Terapis merupakan istilah umum untuk menyebut semua orang yang melakukan psikoterapi. Terapi bisa diartikan sebagai suatu interaksi antara dua orang atau lebih yang hasilnya adalah mengubah pikiran, perasaan atau perilaku seseorang menjadi lebih baik. Artinya setiap orang, baik itu psikolog, psikiater, dokter umum, guru, pedagang, kiyai, pendeta atau siapapun yang bisa mengatasi masalah psikologis orang lain, maka orang tersebut bisa disebut terapis. Jadi terapis bisa berasal dari segala macam profesi. Seorang Psikolog dan Psikiater juga bisa disebut terapis ketika mereka mempraktekkan terapi.

2.1.6 Tinjauan tentang *Down Syndrome*

2.1.6.1 Pengertian *Down Syndrome*

Down Syndrome merupakan bagian dari anak tunagrahita. *Down Syndrome* merupakan kelainan genetis yang menyebabkan keterbelakangan fisik dan mental dengan ciri-ciri yang khas pada keadaan fisiknya. Secara umum perkembangan dan pertumbuhan fisik anak *Down Syndrome* relatif lebih lambat, sebut saja pertumbuhan

tinggi dan berat badan. Keterbelakangan mental yang dialami anak *Down Syndrome* mengakibatkan keterlambatan dalam perkembangan aspek kognitif, motorik, dan psikomotorik.

Down Syndrome adalah suatu kondisi di mana materi genetik tambahan menyebabkan keterlambatan perkembangan anak, dan kadang mengacu pada retardasi mental. Orang dengan down sindrom memiliki kelainan pada kromosom nomor 21 yang tidak terdiri dari 2 kromosom sebagaimana mestinya, melainkan tiga kromosom (trisomi 21) sehingga informasi genetika menjadi terganggu dan anak juga mengalami penyimpangan fisik. Angka kejadian down sindrom ini meningkat seiring pertambahan usia ibu waktu hamil, dimulai sejak umur 35 tahun (Smart, 2010; 127).

Menurut Pueschel (2002). Anak *Down Syndrome* adalah manusia yang dikenali mempunyai ciri-ciri fisik dan pembawaan keterbatasan intelektual yang disebabkan karena adanya kromosom 21 ekstra.

Menurut Selikowitz (2001; 38), Sindroma ini merupakan kelainan kromosamal yang paling lazim dan juga merupakan penyebab ketidakmampuan intelektual yang paling sering ditemukan. Sindroma ini ditemukan kurang lebih satu kasus pada tujuh ratus kelahiran dan terdapat pada semua kelompok etnis. Terdapat sedikit banyak kasus pria daripada wanita, namun perbadaannya hanya sedikit.

Menurut dr. Langdon Down (dalam Mangunsong, 2009; 145) mendeskripsikan sindroma ini pada tahun 1866 bahwa terdapat persamaan yang nyata antara mereka yang menderita kelainan mental semacam ini. Anak-anak ini mempunyai karakteristik fisik yang sama dan penampilan wajah yang sama satu dengan yang lainnya. Wajah mereka lebih rata dari anak-anak normal dan mata mereka sipit seperti anak mongol. Itu sebabnya timbul istilah anak mongol atau sindroma down tadi.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa *Down Syndrome* adalah suatu gangguan pada susunan kromosom yaitu adanya kromosom 21 ekstra yang menyebabkan gangguan pada perkembangan fisik dan otak yang dapat menyebabkan keterbelakangan fisik dan mental dengan ciri-ciri yang khas pada keadaan fisiknya.

2.1.6.2 Penyebab *Down Syndrome*

Terdapat beberapa hal yang menjadi penyebab gangguan *Down Syndrome* yaitu, pembelahan sel antara lain adanya kelainan hormonal, sinar X (X-ray), infeksi yang disebabkan virus salah satunya adalah virus toksoplasma, masalah kekebalan tubuh atau predisposisi genetik. Kemungkinan munculnya *Down Syndrome* yaitu usia ibu yang lebih dari 35 tahun saat hamil. Hal ini disebabkan karena sel telur pada wanita terus dalam keadaan mengalami pembelahan, mulai dari terbentuknya sel tersebut ketika wanita masih sebagai janin, hingga dewasa. Semakin lama periode ini, semakin besar kemungkinan terjadi

kerusakan pada pasangan-pasangan kromosom, yang akhirnya dapat mengganggu proses pembelahan. Dengan kata lain, semakin lanjut usia ibu pada saat hamil, semakin besar resikonya memiliki anak *Down Syndrome*. Ekstra kromosom juga bisa berasal dari sperma ayah. Penemuan ini menunjukkan semakin tua usia ayah juga dapat meningkatkan resiko memiliki anak *Down Syndrome*. (Davison and Neale, 1997, 414)

Ada 3 tipe kromosom yang diketahui menyebabkan *Down Syndrome*:

1. Trisomy 21

   Anak yang terkena *Down Syndrome* memiliki kromosom ekstra pada kromosom 21, seseorang yang normal memiliki 46 kromosom di setiap sel, namun seseorang dengan *Down Syndrome* memiliki 47 kromosom.

2. Translocation

   Ini disebabkan karena kromosom 21 ekstra diikat atau digabungkan dengan kromosom lain, biasanya dengan kromosom 14, 21 atau 22. Jika translokasi ditemukan pada anak penyandang *Down Syndrome*, penting untuk dikenali kromosom orang tuanya karena dalam sedikitnya sepertiga kasus, orangtua kemungkinan pembawa translokasi. Bentuk kromosom rusak ini ditemukan dalam 3-4 % dari seseorang penyandang *Down Syndrome*.

3. Mosaicism

Tercatat 1% dari penyandang *Down Syndrome*. Dalam kasus ini, beberapa sel memiliki 47 kromosom dan yang lainnya memiliki 46 kromosom. Mosaicism terjadi setelah konsepsi. Akibatnya janin berkembang normal selama kurun waktu tertentu sebelum terjadinya kesalahan pembelahan sel.

Sejauh ini para ahli meyakini bahwa *Down Syndrome* merupakan kelainan susunan yang terjadi pada kromosom nomor 21, dari 23 pasang kromosom manusia. Pada manusia normal, 23 kromosom itu berpasang-pasangan hingga jumlahnya menjadi 46. Pada penyandang *Down Syndrome*, kromosom nomor 21 tersebut jumlahnya tiga (trisomi), hingga totalnya menjadi 47 kromosom. Jumlah yang berlebihan itu mengakibatkan terjadinya kegoncangan pada sistem metabolisme sel yang akhirnya memunculkan *Down Syndrome*. Ketidak jelasan penyebab pasti itu membuat faktor keturunan dalam *Down Syndrome* hingga saat ini belum terobati dan tak tercegah. (Davidson and Neale, 1997;416).

Jadi penyebab *Down Syndrome* menurut para ahli adalah karena kelainan kromosom nomor 21 yang mengakibatkan kelebihan kromosom (trisomy) mengakibatkan goncangan sistem metabolisme di sel.

2.1.6.3 Tipe-tipe *Down Syndrome*

Gejala atau tanda-tanda yang muncul akibat *Down Syndrome* dapat bervariasi mulai dari yang tidak tampak sama sekali, tampak minimal sampai muncul tanda yang khas. Tanda yang paling khas pada anak yang menderita *Down Syndrome* adalah adanya keterbelakangan perkembangan fisik dan mental pada anak.

Menurut Selikowitz (2001; 41), ciri-ciri fisik anak *Down Syndrome* yang dapat langsung terlihat adalah sebagai berikut:

1. Wajah. Ketika dilihat dari depan, anak penyandang *Down Syndrome* biasanya mempunyai wajah bulat. Dari samping, wajah cenderung mempunyai profil datar.
2. Kepala. Belakang kepala sedikit rata pada kebanyakan orang penyandang *Down Syndrome*. Ini sebagai brachycephaly.
3. Mata. Mata dari hampir semua anak dan orang dewasa penyandang *Down Syndrome* miring sedikit ke atas.
4. Leher. Bayi-bayi yang baru lahir dengan sindroma down ini memiliki kulit berlebihan pada bagian belakang leher, namun hal ini biasanya berkurang sewaktu mereka bertumbuh. Anak-anak yang lebih besar dan orang dewasa yang memiliki sindroma down cenderung memiliki leher pendek dan lebar.
5. Mulut. Rongga mulut sedikit lebih kecil dari rata-rata, dan lidahnya sedikit lebih besar. Kombinasi ini membuat sebagian anak mempunyai kebiasaan untuk mengulurkan lidahnya

6. Tangan. Kedua tangan cenderung lebar dengan jari-jari yang pendek. Jari kelingking kadang-kadang hanya memiliki satu sendi dan bukan dua seperti biasanya.

Berdasarkan teori yang dijelaskan oleh Selikowitz (2001; 41) mengenai ciri fisik anak *Down Syndrome* yang dapat dilihat langsung dapat disimpulkan yaitu tinggi badanya relatif pendek, bentuk kepala mengecil, hidung yang datar menyerupai orang Mongolia maka sering dikenal dengan Mongoloid, mulut mengecil dan lidah menonjol keluar, serta beberapa kekhasan fisik lainnya.

2.1.6.4 Perkembangan Anak *Down Syndrome*

Perkembangan jasmani dan motorik anak *Down Syndrome* tidak secepat anak normal. Hasil penelitian menunjukan bahwa tingkat kesehatan jasmani anak *Down Syndrome* memiliki MA (*Mental Age*) 2 tahun sampai 12 tahun termasuk dalam ketegori "kurang sekali". Sedangkan tingkat kesehatan jasmani anak normal pada umur yang sama berada dalam kategori "kurang" Dengan demikian tingkat kesegaran jasmani anak *Down Syndrome* berada setingkat lebih rendah daripada anak normal pada umur yang sama. Pengertian mental age sendiri adalah kemampuan mental yang dimiliki oleh seorang anak pada usia tertentu (Somantri, 1997;103).

Selikowitz (2001; 64) menggambarkan perkembangan seorang anak rata-rata yang memiliki sindroma ini. Yang dimaksud dengan anak

rata-rata adalah seorang anak yang mencapai seluruh kejadian penting pada usia rata-rata bagi anak-anak dengan sindroma tersebut. Kebanyakan anak-anak dengan sindroma ini akan mencapai tahap perkembangan tertentu lebih cepat atau lambat daripada usia tertentu. Karenanya, usia yang disebutkan nanti, hanya dianggap sebagai petunjuk.

Gambar 2.1

Tabel Peristiwa Penting Perkambangan Utama *Down Syndrome*

	Down syndrome		Normal	
	Usia rata-rata	Kisaran usia	Usia rata-rata	Kisaran usia
1. Monitori Umum				
a. Duduk sendiri	11 bulan	6-30 bulan	6 bulan	5-9 bulan
b. Merangkak	15 bulan	8-22 bulan	9 bulan	6-12 bulan
c. Berdiri	20 bulan	1-3¼ tahun	11 bulan	8-19 bulan
d. Berjalan sendiri	26 bulan	1-4 tahun	14 bulan	9-18 bulan
2. Bahasa				
a. Kata pertama	23 bulan	1-4 tahun	12 bulan	8-23 bulan
b. Dua kata ungkapan yang tertanda ungkapan kalimat	3 tahun	2-7 ½ tahun	2 tahun	15-32 bulan
3. Pribadi/sosial				
a. Senyum responsif	3 bulan	1½-5 bulan	1½ bulan	1-3 bulan
b. Makan dari jari-jari	18 bulan	10-24 bulan	10 bulan	7-14 bulan
c. Minum dari cangkir (tanpa dibantu)	23 bulan	12- 32 bulan	13 bulan	9-17 bulan
d. Menggunakan sendok	29 bulan	13-39 bulan	14 bulan	12-20 bulan
e. Mengontrol buang air besar	3 ¾ tahun	2-7 tahun	22 bulan	16-42 bulan
f. Berpakaian sendiri (tanpa mengncing)	7 ¼ tahun	3½-8¼ tahun	4 tahun	3¼ -5 tahun

(sumber: Selikowitz, 2001;65)

Gambar tabel di atas menunjukan usia rata-rata bagi anak-anak dengan Down Syndrome mencapai sebagian dari berbagai peristiwa penting perkembangan utama. Usia rata-rata dan kisaran usia bagi anak-

anak dengan sindroma ini sangatlah lebar, karena beberapa anak juga mempunyai kondisi lain seperti penyakit jantung yang berat atau gangguan pendengaran yang berpengaruh buruk bagi perkembangan mereka (Selikowitz, 2001; 64).

Anak-anak dengan *Down Syndrome* selalu berkembang, namun dalam kecepatan yang lebih lambat daripada anak-anak lain yang normal. Pada anak normal maupun anak-anak dengan *Down Syndrome* ini, tujuan akhir dari perkembangan masa kanak-kanak adalah pencapaian kemandirian, meskipun semua orang dewasa saling bergantung satu sama lain sampai derajat tertentu. Pada anak *Down Syndrome*, perkembangan bukan hanya lebih lambat daripada normal namun juga kurang lengkap dan pada masa dewasa anak *Down Syndrome* akan membutuhkan lebih banyak bantuan daripada anak normal (Selikowitz, 2001; 58).

Menurut Lyne (dalam Mangunsong, 2009; 148), Anak *Down Syndrome* terlambat duduk, berjalan dan melakukan hal-hal lain dibandingkan dengan teman-teman seusianya yang normal. Dengan berjalannya waktu perbedaan perkembangan ini semakin nyata terlihat, tetapi mereka dapat belajar dengan cara mereka sendiri. Pada umumnya anak-anak *Down Syndrome* ini sering tertawa dan cepat melekat pada seseorang serta ramah tamah. Hal ini perlu diwaspadai karena justru kehangatan dan keramahan anak-anak tersebut dapat dimanfaatkan oleh

orang lain dengan melakukan pelecehan dan penganiayaan seksual terhadap mereka.

Menurut Mangunsong (2009; 135), untuk perkembangan kognitif anak *Down Syndrome*, kebanyakan dari mereka yang menderita sindroma down ini mengalami kesulitan dalam mengingat suatu informasi. Sering kali masalah ingatan yang dialami adalah yang berkaitan dengan working memori, yaitu kemampuan informasi tertentu dalam pikiran sementara melakukan tugas kognitif lain. Kesulitan belajar pada mereka yang mengalami *Down Syndrome* lebih disebabkan karena masalah dalam memusatkan perhatiannya. Anak *Down Syndrome* sering memusatkan perhatian pada benda yang salah, serta sulit mengalokasikan perhatian mereka dengan tepat.

Mereka tidak dihinggapi perasaan-perasaan yang bertentangan, dan tidak mengalami perwujudan perasaan yang menuju kedewasaan. Secara rohaniah, mereka merupakan anak kecil dengan emosi-emosi yang mendatar, kurang mendalam, dan cepat kabur. Mereka kadang-kadang dapat menjadi sedih dan marah, tetapi pada umumnya suasana hati semacam ini cepat hilang. Mereka memang anak yang gembira dan bisa lebih gembira lagi bila berada dalam lingkungan yang dikenal dan yang menyenangkan hatinya (Mangunsong, 2009; 148).

Gangguan pada otak kecil juga turun memperlambat proses berjalan, berpikir, berbahasa, berhitung sederhana, dan proses

belajarnya. Anak *Down Syndrome* memerlukan waktu lebih lama untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitar dan dengan dirinya sendiri. Pada kondisi mampu didik sekalipun, anak *Down Syndrome* tetap memiliki beberapa kendala dalam proses penyesuaian diri sehingga untuk mandiri dan melakukan beberapa kegiatan memerlukan bimbingan dan pengawasan.

2.1.7 Tinjauan tentang Interaksi Sosial

2.1.7.1 Pengertian Interaksi Sosial

Interaksi sosial merupakan bentuk umum proses sosial, karena interaksi sosial adalah syarat utama terjadinya aktivitas-aktivitas sosial. Interaksi sosial menurut Gillin dan Gillin (dalam Soekanto, 2007:55) merupakan hubungan-hubungan sosial yang dinamis yang menyangkut hubungan antara orang-orang-perorangan, antara kelompok-kelompok manusia maupun antara orang perorangan dengan kelompok manusia.

Interaksi sosial juga merupakan kunci dari semua kehidupan sosial karena tanpa interaksi sosial, tak akan mumgkin ada kehidupan bersama Young dan W. Mack (dalam Soekanto 2007:54).

Berlangsungnya suatu proses interaksi didasarkan pada berbagai faktor, antara lain, faktor imitasi, sugesti, identifikasi, dan simpati.

2.1.7.2 Syarat-syarat terjadinya Interaksi Sosial

Suatu interaksi sosial tidak akan mungkin terjadi apabila tidak memenuhi dua syarat Ibid (dalam Soekanto, 2007:58), yaitu:

a. Adanya kontak sosial, dapat berlangsung dalam tiga bentuk, yaitu antar individu, antar individu dengan kelompok, antar kelompok. Kontak sosial dapat bersifat positif mengarah pada suatu kerjasama, sedangkan yang bersifat negatif mengarah pada suatu pertentangan atau bahkan sama sekali tidak menghasilkan suatu interaksi sosial.
b. Adanya komunikasi

   Arti terpenting komunikasi menurut Soekanto (2007:60) adalah bahwa seseorang memberikan tafsiran pada perilaku orang lain (yang berwujud pembicaraan, gerak-gerak badaniah atau sikap), perasaan-perasaan apa yang ingin disampaikan oleh orang tersebut. Orang yang bersangkutan kemudian memberikan reaksi terhadap perasaan yang ingin disampaikan oleh orang lain tersebut. Dengan adanya komunikasi tersebut, sikap-sikap dan perasaan-perasaan suatu kelompok dapat diketahui oleh kelompok lainnya. Hal itu dapat menentukan reaksi apa yang akan dilakukannya.

Dalam mewujudkan suatu interaksi kontak sosial tidak dapat dipisahkan dari komunikasi. Jika kontak terjadi tanpa adanya komunikasi jika dihubungkan dengan interaksi, hal ini tidak mempunyai arti apa-apa karena kedua kelompok atau individu yang

melakukan kontak tersebut tidak mengerti perasaan masing-masing. Jadi dapat disimpulkan bahwa suatu komunikasi terjadi apabila salah satu diantara individu atau kelompok yang berinteraksi dapat mengerti apa yang dilakukan atau dimaksud oleh yang lainnya. Sehingga mereka akan tahu apa yang seharusnya dilakukannya.

2.1.7.3 Bentuk Interaksi Sosial

Gillin dan Gillin (dalam Soekanto, 2007:65) bentuk interaksi sosial ada dua yaitu:

1. Proses yang Asosiatif
   a. Kerja Sama
   b. Akomodasi
   c. Asimilasi
2. Proses yang Disosiatif
   a. Persaingan
   b. Kontravensi
   c. Pertentangan

Thompson (dalam Soekanto, 2007:68) ada lima bentuk kerja sama, yaitu sebagai berikut:

1. Kerukunan yang mencakup gotong-royong dan tolong-menolong
2. Bargaining, yaitu pelaksanaan perjanjian mengenai pertukaran barangbarang dan jasa-jasa antara dua organisasi atau lebih

3. Kooptasi, yakni suatu proses penerimaan unsur-unsur baru dalam kepemimpinan atau pelaksanaan politik dalam suatu organisasi sebagai salah satu cara untuk menghindari terjadinya kegoncangan dalam stabilitas organisasi yang bersangkutan.
4. Koalisi, yakni kombinasi antara dua organisasi atau lebih yang mempunyai tujuan-tujuan yang sama. Joint Ventrue, yaitu kerja sama dalam pengusahaan proyek-proyek tertentu.

2.2 Kerangka Pemikiran

2.2.1 Kerangka Pemikiran Teoritis

Kerangka pemikiran teoritis adalah dasar dari pemecahan masalah. Ilmu sendiri merupakan kegiatan yang dirintis oleh pakar ilmiah sebelumnya. Artinya tersedia segudang teori untuk tiap disiplin ilmu, termasuk yang relevan dengan masalah yang digarap (Ardianto, 2011).

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya yaitu tentang komunikasi terapeutik pada anak penyandang *Down Syndrome*, maka fokus penelitian ini merujuk kepada komunikasi terapeutik pada anak penyandang *Down Syndrome* dalam meningkatkan interaksi sosial.

Teori Feuerstein dalam Niven (2002) menjelaskan ada lima faktor yang mendukung kepatuhan pasien, yaitu pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan model terapi dan meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien.

Meningkatkan interaksi tenaga kesehatan dengan pasien, adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Untuk meningkatkan interaksi tenaga kesehatan dengan pasien, diperlukan suatu komunikasi yang baik oleh tenaga kesehatan. Dengan komunikasi, seorang tenaga kesehatan dapat memberikan informasi yang lengkap guna meningkatkan pengetahuan pasien dalam setiap instruksi yang diberikan kepadanya, sehingga diharapkan lebih dapat meningkatkan komunikasi pasien dalam menjalankan terapi (Niven, 2002).

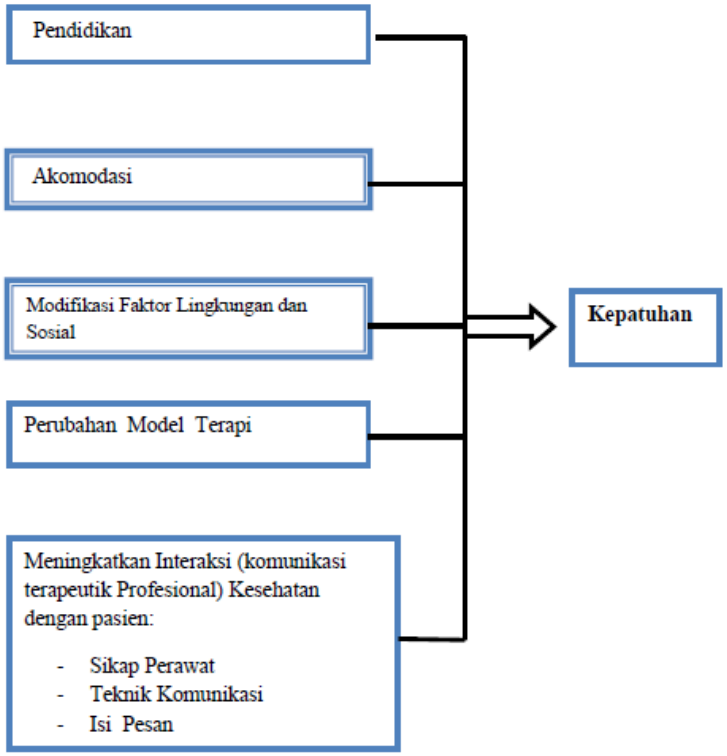
Menurut Smet dalam Niven (2002) berbagai strategi untuk meningkatkan interaksi dengan pasien, diperlukan komunikasi profesional oleh tenaga kesehatan, contohnya adalah meningkatkan komunikasi, karena komunikasi memegang peranan penting maka komunikasi diberikan oleh dokter/perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

Berbagai aspek komunikasi antara pasien dengan tenaga kesehatan mempengaruhi tingkat ketidaktaatan, misalnya informasi yang kurang, ketidakpuasan terhadap aspek hubungan emosional dengan dokter dan ketidakpuasan terhadap pengobatan yang diberikan. Salah satu strategi untuk meningkatkan ketaatan adalah memperbaiki komunikasi antara dokter maupun perawat dengan pasien (Niven, 2002).

Adapun skema dari Teori Feurstein dalam Niven (2002) dipaparkan dan dirangkum dalam suatu landasan teori berikut:

Gambar 2.2

Skema Komunikasi Interpersonal Teori Feurstein dalam Niven



Sumber : Niven (2002)

a. Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan, usaha manusia meningkatkan kepribadian atau proses perubahan perilaku menuju kedewasaan dan penyempurnaan kehidupan manusia dengan jalan membina dan mengembangkan potensi kepribadiannya, yang berupa rohani (cipta, rasa, karsa) dan jasmani. Domain pendidikan dapat diukur dari (Notoatmodjo, 2003):

1. Pengetahuan terhadap pendidikan yang diberikan(knowledge).
2. Sikap atau tanggapan terhadap materi pendidikan yang diberikan (attitude).
3. Praktek atau tindakan sehubungan dengan materi pendidikan yang diberikan.

b. Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian pasien yang dapat mempengaruhi kepatuhan. Pasien yang mandiri harus dilibatkan secara aktif dalam program pengobatan.

c. Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman – teman sangat penting, kelompok pendukung dapat dibentuk untuk membantu memahami kepatuhan terhadap program pengobatan.

d. Perubahan model terapi

Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan pasien terlibat aktif dalam pembuatan program tersebut.

e. Meningkatkan interaksi petugas kesehatan dengan pasien

Adalah suatu hal penting untuk memberi umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan penjelasan tentang kondisinya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti itu. Untuk melakukan konsultasi dan selanjutnya dapat membantu meningkatkan kepatuhan.

2.2.2 Kerangka Pemikiran Konseptual

Berdasarkan pada kerangka pemikiran teoritis sebagaimana yang dijelaskan sebelumnya, maka pada kerangka pemikiran konseptual ini peneliti mencoba mengaplikasikan masalah penelitian pada beberapa kajian yang telah dikaji dalam kerangka pemikiran teoritis.

Dengan adanya kesulitan anak penyandang *Down Syndrome* dalam berkomunikasi baik keterbatasan berbahasa dan bicara, maka dari itu diperlukan tenaga kesehatan atau terapis yang membantu penyembuhan melalui komunikasi terapeutik. Rumah Autis Bandung merupakan salah satu lembaga sosial tumbuh kembang anak yang menerapkan kegiatan komunikasi terapeutik dalam penyembuhan klien atau pasien melalui terapis.

Dijelaskan dalam teori Feurstein bahwa ada 5 faktor yang mempengaruhi kepatuhan, yaitu pendidikan, akomodasi, modifikasi faktor lingkungan dan sosial, perubahan model terapi dan meningkatkan interaksi kesehatan dengan pasien. Dalam penelitian ini peneliti hanya mengaplikasikan faktor kelima, yaitu meningkatkan interaksi kesehatan dengan pasien yaitu melalui komunikasi terapeutik dikarenakan faktor tersebut memiliki keterkaitan dengan permasalahan yang akan peneliti teliti, khususnya terhadap subjek penelitian ini yaitu anak penyandang *Down Syndrome*. Dikarenakan keterbatasan kemampuan anak penyandang *Down Syndrome* dalam berkomunikasi dengan kata lain penanganan atau proses berinteraksi tidak sama dengan anak normal pada umumnya, maka faktor tersebut sesuai dalam meningkatkan interaksi sosial. Dimana dalam

meningkatkan interaksi antara terapis dengan anak terdapat tiga aspek yang dapat diteliti, yaitu sikap, teknik dan juga isi pesan yang disampaikan oleh terapis pada anak saat berkomunikasi.

Sikap terapis merupakan kehadiran secara utuh (fisik dan psikologis) pada waktu berkomunikasi dengan anak. Terapis tidak cukup hanya mengetahui teknik komunikasi dan isi pesan komunikasi tetapi yang sangat penting adalah sikap atau penampilan dalam berkomunikasi, misalnya berhadapan, mempertahankan kontak mata dan rileks.

Teknik komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik dimana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud untuk mempengaruhi orang lain. Dalam melakukan komunikasi terapeutik dengan pasien anak dibutuhkan teknik khusus agar hubungan yang dijalankan dapat berlangsung dengan baik sesuai dengan tumbuh kembang anak, misalnya mendengarkan dan bertanya.

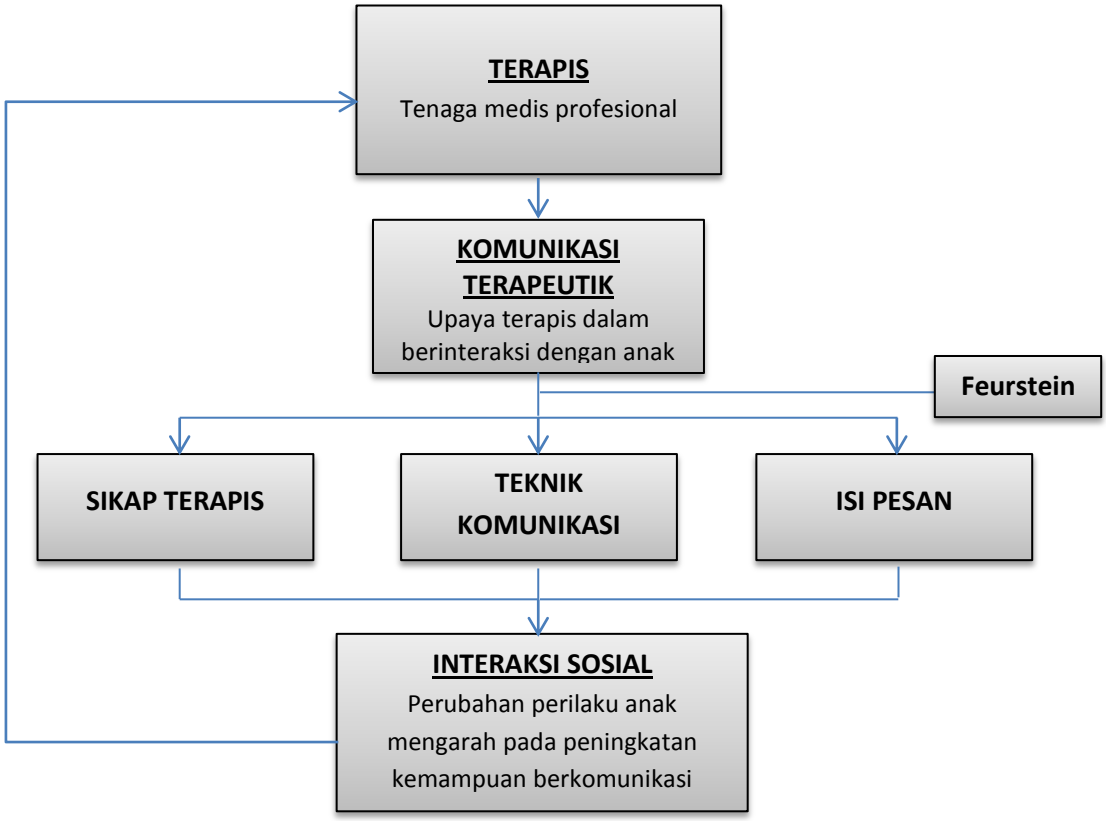
Pesan adalah segala sesuatu yang akan disampaikan. Pesan dapat berupa ide, pendapat, pikiran dan saran. Pesan adalah keseluruhan dari apa yang disampaikan oleh komunikator. Pesan ini mempunyai inti pesan yang sebenarnya menjadi pengarah di dalam suatu usaha mencoba mengubah sikap dan tingkah laku komunikan, (Ernawati Dalami, 2009). Menurut Arita Murwani, isi pesan harus dirasa penting dan berguna bagi sasaran. Bila seorang pasien diberi nasihat atau informasi berupa pesan-pesan yang kurang

bermanfaat dan tidak jelas, maka pasien akan enggan melakukannya. Pesan dapat disampaikan dengan cara langsung atau lisan, tatap muka, dan dapat pula melalui media atau saluran. Pesan yang disampaikan memenuhi beberapa syarat sebagai berikut:

a. Pesan harus direncanakan dengan baik sesuai kebutuhan
b. Penyampaian pesan dengan menggunakan bahasa yang baik dan mudah dimengerti oleh kedua belah pihak
c. Pesan harus menarik minat dan kebutuhan pribadi penerima serta menimbulkan kepuasan (Mundakir 2006).

Peneliti menyimpulkan satu alur pikir yang dapat membantu peneliti dalam memudahkan jalanannya penelitian, yaitu sebagi berikut:

Gambar 2.3
Alur Pikir Peneliti



Sumber: Peneliti, 2015

Alur pikir diatas menggambarkan sikap, teknik komunikasi dan isi pesan yang disampaikan oleh terapis pada anak penyandang *Down Syndrome* merupakan bagian dari komunikasi terapeutik demi meningkatkan interaksi sosial anak dalam proses komunikasi dan bersosialisasi dengan lingkungan sekitar.