

**LAPORAN HASIL AKHIR
PENELITIAN DASAR UNGULAN PERGURUAN TINGGI**



**PENGEMBANGAN POLA KOMUNIKASI TERAPEUTIK
PECANDU NARKOBA
(STUDI KASUS RUMAH TERAPI DI WILAYAH JAWA TIMUR)
Tahun ke 1 dari rencana 2 tahun**

**Iwan Joko Prasetyo, S.Sos, MSi (Ketua – NIDN : 0727087001)
Dra. R. Ayu Erni Jusnita, MSi (Anggota – NIDN : 0722076601)
Drs. Sanhari Prawiradiredja, MSi (Anggota – NIDN : 0718026201)**

Dibiayai oleh :

Direktorat Riset dan Pengabdian Masyarakat Direktorat Jenderal Penguatan Riset Dan Pengembangan
Kementerian Riset, Teknologi, dan Pendidikan Tinggi sesuai dengan Kontrak Penelitian Tahun
Anggaran 2018 Nomor : 120/SP2H/LT/DRPM/2018 tanggal 30 Januari 2018

**UNIVERSITAS DR. SOETOMO
SURABAYA
NOPEMBER 2018**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : PENGEMBANGAN POLA KOMUNIKASI
TERAPEUTIK PECANDU NARKOBA(STUDI KASUS
RUMAH TERAPI DI WILAYAH JAWA TIMUR)

Peneliti/Pelaksana

Nama Lengkap : Drs IWAN JOKO PRASETYO,
Perguruan Tinggi : Universitas Dr Soetomo
NIDN : 0727087001
Jabatan Fungsional : Lektor
Program Studi : Ilmu Komunikasi
Nomor HP : 081334203599
Alamat surel (e-mail) : iwanjokop@yahoo.co.id

Anggota (1)

Nama Lengkap : Dra R AYU ERNI JUSNITA M.Si
NIDN : 0722076601
Perguruan Tinggi : Universitas Dr Soetomo

Anggota (2)

Nama Lengkap : Drs SANHARI PRAWIRADIREJJA
NIDN : 0718026201
Perguruan Tinggi : Universitas Dr Soetomo

Institusi Mitra (jika ada)

Nama Institusi Mitra : -
Alamat : -
Penanggung Jawab : -
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 2 tahun
Biaya Tahun Berjalan : Rp 12,4.6,14.,000
Biaya Keseluruhan : Rp 12,4.6,14.,000

Mengetahui,
Dekan



(Dr. Drs Redi Panuju, MSi)
NIP/NIK 90.01.1.075

Kota Surabaya, 9 - 11 - 2018
Ketua,

(Drs IWAN JOKO PRASETYO,)
NIP/NIK 05.01.1.350

Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian



(Dr. Sri Utami Ady, SE, MM)
NIP/NIK 94.01.1.170

RINGKASAN

Provinsi Jawa Timur adalah salah satu daerah yang menghadapi banyak masalah penggunaan narkoba atau narkotika. Sejak BNN (Badan Narkotika Nasional) dibentuk pada 2009, lembaga ini menangani lebih dari 7 ribu kasus (Antara News.com, 4 Maret 2014). Di tingkat nasional, dari 4,9 juta pengguna narkoba / narkotika di Indonesia, 400 ribu di antaranya berada di Jawa Timur.

Masalah para pengguna narkoba berhubungan dengan bagaimana mengembangkan proses rehabilitasi untuk membuat pengguna narkoba bebas dari kebiasaan buruk mereka. Masalah ini rumit karena berkaitan dengan karakteristik individu pengguna, latar belakang dan afiliasi sosial mereka. Komunikasi terapeutik bagi mereka membutuhkan pendekatan khusus untuk mencapai tujuan agar mereka bebas dari narkotika. Terapis harus mempertimbangkan aspek pribadi dan kapasitas mental pengguna narkoba. Pertanyaan penelitian dalam proyek ini adalah bagaimana pola komunikasi komunikator bagi pengguna narkoba yang dilaksanakan oleh lembaga rehabilitasi di Jawa Timur.

Peneliti menggunakan pendekatan kualitatif untuk menemukan pola komunikasi terapeutik bagi pengguna narkoba. Pola komunikasi terapeutik dapat ditunjukkan dalam dua jenis interaksi. Pertama, interaksi muncul dalam komunikasi interpersonal antara terapis / konselor dengan klien (pengguna narkoba). Kedua, komunikasi terapeutik terjadi sebagai terapi komunitas. Dalam konteks ini, komunitas berarti aktivitas pengguna narkoba dikendalikan dalam lingkungan sosial yang dibangun dalam pengaturan karantina. Kegiatan khusus yang diciptakan bagi mereka untuk berperilaku dan respons yang tepat dalam situasi sosial yang normal. Intervensi sosial-psikologi seperti studi langkah, pengembangan kesadaran sosial, menciptakan perawatan dan kepedulian kelompok berhasil membuat pengguna narkoba bebas dari kecanduan narkoba dan menjadi individu yang lebih baik.

Kata kunci: *komunikasi komunikatif, komunitas terapeutik, komunikasi interpersonal, hubungan Therapist-klien,*

PRAKATA

Dengan mengucap rasa puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa karena berkat kasih dan karuniaNya, peneliti dapat menyelesaikan laporan hasil akhir penelitian unggulan perguruan tinggi dengan judul “Pengembangan Pola Komunikasi Terapeutik Pecandu Narkoba (Studi Kasus Rumah Terapi Di Wilayah Jawa Timur). Laporan hasil akhir ini dapat terselesaikan berkat kerja keras seluruh peneliti, pembantu lapangan serta bantuan rekan-rekan Dosen Fakultas Ilmu Komunikasi Universitas Dr. Soetomo Surabaya.

Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa tanpa pengorbanan dan bantuan dari berbagai pihak, peneliti tidak dapat menyelesaikan laporan hail akhir penelitian ini dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan yang baik ini, tidak lupa penulis mengucapkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Bahrul Amiq, SH, MH selaku Rektor Universitas Dr. Soetomo Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk mengadakan penelitian unggulan perguruan tinggi.
2. Dr. Redi Panuju, MSi selaku Dekan Fakultas Ilmu Komunikasi yang telah memberikan dorongan moril kepada peneliti.
3. Rekan-rekan Dosen Fakultas Ilmu Komunikasi yang telah peneliti ajak untuk diskusi bersama dan segala saran, kritik untuk menambah kesempurnaan hasil laporan akhir penelitian ini.
4. IPWL Yayasan Bambu Rumah Kita Surabaya, IPWL Yayasan Bambu Nusantara Madiun, IPWL LKP2M Banyuwangi, IPWL Eklesia Kediri, IPWL

Ghana Pamekasan, dan Rumah Pemandokan Doulos Batu yang telah berkenan menerima kami untuk dijadikan obyek penelitian.

5. Kepada semua pihak yang turut serta membantu terselesaikannya laporan hasil akhir penelitian ini.

Akhirnya peneliti menyadari sepenuhnya bahwa hasil laporan hasil akhir penelitian ini mungkin masih ada beberapa kekurangannya, oleh karena itu saran dan kritik membangun dari semua pihak selalu kami harapkan untuk menambah kesempurnaan.

Surabaya, Nopember 2018

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
RINGKASAN	ii
PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Perumusan Masalah	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
2.1. Komunikasi Interpersonal	4
2.2. Komunikasi Terapeutik Pecandu Narkoba	5
2.3. Faktor Linguistik	8
BAB III TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	9
3.1. Tujuan Penelitian	9
3.2. Manfaat Penelitian	9
BAB IV METODE PENELITIAN	10
BAB V HASIL YANG DICAPAI	12
5.1. Institusi Penerima Wajib Laport	12
5.2. Cara Penerimaan Klien	16
5.3. Proses Penerimaan Klien	18
5.4. Komunikasi Terapeutik Dalam Rawat Residensial	22
5.5. Sesi Dalam Rawat Residensial	26
BAB VI RENCANA TAHAP BERIKUTNYA	27
BAB VII KESIMPULAN	28

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Propinsi Jawa Timur dapat dikatakan sebagai daerah yang rawan dalam masalah narkoba. Sejak BNN (Badan Narkotika Nasional) dibentuk tahun 2009, lembaga ini telah menangani 7 ribu kasus lebih di Jawa Timur (Antara News.com, 4 Maret 2014). Di Kota Surabaya, dari beberapa SD yang dikunjungi BNN Kota Surabaya selalu saja ada 2 hingga 3 siswa yang membawa pil di tas. BNN kota Malang juga mencatat pada akhir 2014 ada sekitar 700 pelajar yang terindikasi akrab dengan narkoba hal ini diketahui dari azia urin yang rutin dilakukan (www.Suryaonline, 1 April 2015). Secara nasional, dari 4,9 juta pengguna narkoba di Indonesia, 400 ribu diantaranya berada di Jawa Timur (www.suarasurabaya.net, 17 Maret 2015). Irektur Program Yayasan Orbit, Rudhy Wedhaswara mengatakan bahwa dalam satu tahun ada 50 pengguna napza suntik yang meninggal. Mayoritas dibarengi dengan menderita penyakit HIV/AIDS. Ada 12 kantong pengguna napza suntik di kecamatan di Surabaya yang menjadi wilayah kerja Yayasan Orbit yaitu Krembangan, Semampir, Sukolilo, Rungkut, Tenggilis, Tambaksari, Gubeng, Gayungan, Wonokromo, Sawahan, Tandes dan Tegalsari (www.beritajatim.net, 27 Pebruari 2011).

Dari data yang dipaparkan nampak bahwa penanganan penanggulangan penggunaan narkoba/napza Jawa Timur sudah bersifat urgen. Penanganan narkoba tersebut tentunya bisa bersifat preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dengan dasar ini, peneliti mencoba melihat proses rehabilitasi pecandu narkoba dari sisi komunikasi terapeutiknya. Pecandu yang secara "sadar" ingin keluar dari proses adiktif narkoba sangat memerlukan proses terapi ini. Hal ini dikarenakan efek "kecanduan" dari jenis napza yang mereka gunakan mempunyai konsekuensi tersendiri dalam proses rehabilitasinya. Pengguna napza suntik, misalnya, dengan gaya komunalny yang khas sering dikaitkan dengan penularan AIDS dan penularan pasangannya. Untuk Jawa Timur, data pengguna napza suntik ini cukup mencengangkan. Total pengguna napza suntik Jatim sebanyak 27 ribu orang, terbesar ada di Surabaya (4.359 orang), Malang (3.249 orang), Sidoarjo (2.006

orang), Kediri (1.326 orang) dan Banyuwangi (1.009 orang) data ini tahun 2011 (www.beritajatim.net, 27 Pebruari 2011).

Ketika kita berbicara masalah komunikasi terapeutik maka proses ada pada pada proses tiga tahap rehabilitasi bagi pecandu narkoba yaitu (1) Tahap rehabilitasi medis (detoksifikasi), tahap ini pecandu diperiksa seluruh kesehatannya baik secara fisik dan mental oleh dokter terlatih. Dokter ini yang menentukan apakah pecandu perlu diberi tertentu untuk mengurangi gejala putus zat (sakau), (2) Tahap rehabilitasi non medis, pada tahap ini pecandu diikutsertakan dalam program rehabilitasi diantaranya program TC (Therapeutic Communities) dan sebagainya, (3) Tahap bina lanjut (*after care*), pecandu diberi kegiatan sesuai minat bakat, sekolah atau pekerjaan tetapi tetap dalam pengawasan (www.beritajatim.net, 27 Pebruari 2011).

Dalam tahap rehabilitasi tersebut, komunikasi terapeutik memegang peranan penting karena kesungguhan motivasional pecandu narkoba selain berdasar niat dan inisiatif pribadi yang tinggi, juga bergantung pada dukungan motivasional dan persuasi berdasar relasi counsellor/terapis dengan klien/pecandu narkoba. Hal ini terutama pada tahap rehabilitasi non medis dan *after care*. Setelah pecandu terlepas dari dari efek toksik narkoba -yang menurut Syamsul Arifin (Direktur Program Orbit) dalam wawancara pribadi dengan peneliti tahun 2013- tidak mungkin 100% sembuh, mungkin dia mengalami problema individu ataupun sosial yang memungkinkan dia terseret menjadi pecandu kembali.

Jika pecandu tersebut memiliki relasi positif dengan terapis maka akan lancarlah proses terapi karena self disclosure (pengungkapan diri) si pecandu berlangsung secara lancar sehingga alternatif-alternatif penanganan atau tindakan preventif bisa dilakukan. Bahkan, terapi bisa dilakukan dalam konteks komunitas (therapeutic community) jika problema pecandu narkoba sudah terbaca. Dalam konteks inilah peneliti berusaha menggali pola-pola komunikasi terapeutik untuk pecandu narkoba. Tentunya dengan harapan bahwa penelitian ini bisa bermanfaat dalam penanggulangan penggunaan narkoba khususnya di Jawa Timur.

1.2. Rasional Dan Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang urgensi penanganan rehabilitasi pecandu narkoba dalam komunikasi terapeutik, maka komponen atau unsur dalam

komunikasi interpersonal perlu mendapat penekanan khusus dalam penelitian. Partisipan komunikasi (terapis/councillor-klien/pecandu) jelas adalah personalitas individu yang perlu mendapatkan penelaahan dari sisi demografi dan psikografinya, begitu juga aspek pesan, feedback, noise dan konteks komunikasi dalam komunikasi terapeutik tersebut.

Dengan demikian, berdasarkan paparan tersebut, maka dapat dirumuskan beberapa perumusan masalah sebagai berikut:

- a. Bagaimanakah counsellor/terapis mengelola kredibilitasnya untuk mendapatkan penerimaan dalam proses komunikasi dengan pecandu narkoba?
- b. Apa saja pesan/*content* yang ada dalam forum interaksi komunikasi interpersonal terapeutik tersebut?
- c. Hambatan-hambatan (noise) apa saja yang ada dalam proses tersebut?
- d. Bagaimanakah keterhubungan antar partisipan komunikasi dalam alur interaksi umpan balik (*feed back*) yang ada?

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal merupakan komunikasi antar partisipan yang bersifat dyadic (dua orang). Tahap komunikasi interpersonal –dari sisi intensitasnya- tentunya mengikuti kualitas intimitas hubungan antar partisipan komunikasinya. Sebelum menjadi intens, proses komunikasinya tentu mengikuti prinsip umum efektifitas komunikasi. Komunikasi akan disebut efektif apabila memunculkan pemahaman (*understanding*), memunculkan emosional positif (kesenangan), mempengaruhi sikap, memperbaiki hubungan dan memunculkan tindakan (Tubbs dan Moss, 2000: 23 – 26). Pola komunikasi interpersonal juga akan berlangsung dengan baik manakala partisipan komunikasi merasa dalam proses tersebut terdapat ganjaran (*reward*). Kelancaran prosesnya juga bergantung pada perasaan kenal baik (*familiarity*) antar partisipan komunikasi. Begitu juga dengan kedekatan (*proximity*) (Rakhmat, 2004: 115) antara terapis dan klien kalau kita lihat dalam komunikasi terapeutik.

Komunikasi interpersonal yang efektif berlangsung sesuai dengan harapan partisipan komunikasinya memerlukan suatu bentuk respon penguatan (*reinforcement*). Apalagi jika yang terjadi adalah bentuk komunikasi terapeutik yang diharapkan tingkat persuasinya tinggi sehingga menghasilkan motivasi kuat dari partisipan komunikasinya (*communicant*). Respon penguatan tersebut disebut respons konfirmasi yang karakteristiknya antara lain (Rakhmat, 2004: 127-128): (1) Pengakuan langsung (*direct acknowledgement*), partisipan memberikan respon segera tanpa menunda, (2) Perasaan positif (*positive feeling*), mengungkapkan perasaan positif terhadap apa yang diungkapkan lawan bicara, (3) Respon meminta keterangan (*clarifying response*), permintaan menerangkan atau mendeskripsikan yang menunjukkan atensi, (4) Respons setuju (*agreeing respons*) yang menunjukkan persetujuan pengungkapan lawan bicara, (5) Respons dukungan (*supportive respons*), menunjukkan dukungan, pengertian pada lawan bicara.

Salah satu unsure yang menunjukkan keberhasilan komunikasi interpersonal adalah adanya pengungkapan diri (*self disclosure*) yang terjadi secara dua arah

(*two way traffic*) dan seimbang. Dua hal yang berkaitan dengan pengungkapan diri ini adalah soal kuantitas jumlah penungkapan dan valensi (positif dan negative ungkapan). Semakin intim hubungan interpersonal orang semakin berani mengungkapkan meskipun bersifat content negative karena menyadari bahwa rekan komunikasinya tidak akan mengevaluasi secara negative atau menghujat (Fisher, 1990: 261). Oleh karenanya, partisipan komunikasi harus merawat komunikasi interpersonal karena proses komunikasi interpersonal di dalamnya terdapat unsur perubahan maupun stabilitas yang oleh Julia T. Wood disebut keseimbangan dinamik (*Dynamic Equilibrium*) (Wood: 2004: 166).

2.2. Komunikasi Terapeutik Pecandu Narkoba

Komunikasi terapeutik merupakan upaya rehabilitasi pecandu narkoba sehingga mereka bisa ke masyarakat dan menjalankan fungsi sosialnya. Proses ini tentunya tidak mudah karena pengalaman individu menggunakan narkoba bersifat variatif dan individual. Untuk mencapai komunikasi yang efektif, terapis harus memahami bidang pengalaman (*field of experience*) dan kerangka acuan (*frame of reference*) klien pecandu narkoba. Kecanduan narkoba merupakan suatu bentuk patologi masyarakat modern penyebabnya bersifat kompleks. Salah satu kausalitas yang kadang dikaitkan dengan adiksi narkoba adalah konteks masyarakat yang melahirkan bentuk budaya massa. “Budaya massa” (Strinati, 2003) dikaitkan dengan munculnya ‘atomisasi’ individu. Diferensiasi fungsional masyarakat yang berjalan dengan cepat seiring pudarnya masyarakat berbasis pertanian menuju masyarakat dengan basis industrialisasi menyebabkan fungsi komunitas berbasis kewargaan, institusional ataupun yang berbasis religius menjadi melemah. Hal ini menyebabkan individu terlepas dari ikatan kelompoknya dan mengalami masalah berkaitan dengan proses ‘surviving’nya di masyarakat. Gejala inilah yang disebut ‘atomisasi’, individu yang tercerabut dari akar komunalnya akan kehilangan home base yang kokoh ketika berhadapan dengan problema social keseharian. Apalagi ditambah dengan fenomena media yang menyebarkan informasi yang bersifat massif dan mengedepankan keseragaman. Individu yang menghadapi tekanan persoalan sehari-hari dan dia dalam posisi yang sulit mungkin akan menggunakan narkoba sebagai jalan keluar. Karena ikatan komunal melemah dan diikuti dengan

putusnya internalisasi nilai dan moralitas basis komunitas maka dapat kita prediksikan eskalasi penggunaan narkoba akan semakin meluas.

Fenomena ini sudah terjadi di Indonesia, data tahun 2015 menunjukkan bahwa pengguna narkoba di Indonesia adalah 4,9 juta orang dan 400 ribu pengguna ada di Jawa Timur (www.suarasurabaya.net, 2015). Persoalan komunikasi terapeutik muncu ketika pecandu narkoba memperoleh kesadaran bahwa apa yang mereka lakukan salah dan mereka ingin menghilangkan adiksi tersebut. Bisa juga terjadi keinginan menghilangkan kecanduan itu karena keterpaksaan karena mereka tertangkap aparat yang berwajib ketika menggunakan narkoba sehingga harus direhabilitasi.

Dalam komunikasi terapeutik yang secara umum dalam tahap non medis dan after care aspek yang penting adalah proses sharing antara terapis dengan kliennya. Ada beberapa aspek yang bersifat mendasar yang disampaikan Karen Kearsley (www.studentnursesresource.net) dalam komunikasi terapeutik antara lain:

- (a) *Active listening* (mendengarkan secara aktif)
- (b) *Sharing observation* (memaparkan/berbagi pengamatan)
- (c) *Sharing empathy* (berbagi perasaan positif dari perspektif klien)
- (d) *Sharing hope* (berbagi harapan, memandang realitas secara optimis)
- (e) *Sharing humor* (berbagi keceriaan dengan humor)
- (f) *Sharing feelings* (berbagi perasaan)
- (g) *Using touch* (menggunakan sentuhan terutama untuk klien yang menderita sakit)
- (h) *Silence* (hening sesaat untuk mengobservasi langkah komunikasi selanjutnya)
- (i) *Providing information* (memberikan informasi yang relevan sehingga tidak memunculkan rasa khawatir)
- (j) *Clarifying* (mengklarifikasi, apakah informasi yang diterima akurat dan untuk memahami situasional pengalaman klien)
- (k) *Focusing* (mengutamakan pada aspek yang utama dan relevan dengan komunikasi terapeutik)

- (l) *Paraphrasing* (paraphrase menyatakan kalimat klien dengan ungkapan sendiri yang sepadan sehingga mendapat perhatian klien)
- (m) *Asking relevant question* (menanyakan informasi yang relevan dalam proses komunikasi)
- (n) *Summarizing* (mengumpulkan semua informasi penting untuk pengambilan keputusan nantinya)
- (o) *Self Disclosure* (pengungkapan diri, menyampaikan pengalaman personal subyektif berkaitan dengan proses rehabilitasi)
- (p) *Confrontation* (mengkonfrontir, menyebabkan klien menyadari perasaan, sikap, kepercayaan dan perilakunya yang tidak konsisten)

Kearsly memang tidak secara khusus menyampaikan formula terapeutiknya ini untuk pecandu narkoba tetapi setiap bentuk rehabilitasi ataupun penyembuhan aspek yang dilakukannya tampak cukup komprehensif. Hal ini dengan dasar pemikiran bahwa terapi rehabilitasi personal berbasis motivasi diri untuk sembuh atau keluar dari pengalaman negative adiksi atau ketergantungan pada obyek tertentu. Dalam perkembangan personal hal ini berkaitan dengan konsep diri (self concept), konsistensi diri (self consistency) dan afirmasi diri (self-affirmation) (Griffin, 2003). Jika peningkatan tiga aspek ini berhasil atau efektif berdasarkan adanya hasrat personal pecandu untuk lepas dari narkoba, maka komunikasi terapeutik bisa dikatakan berhasil.

Dalam kondisi natural alamiahnya, keberhasilan personal ini harus mendapatkan dukungan kelompok intim ataupun komunitas terdekat. Tanpa dukungan orang lain yang berarti secara personal (significant others) dari anggota keluarga, pasangan, sahabat dan kelompok pertemanan sukses personal bisa menjadi sia-sia karena pecandu kembali ke dunia lama napzanya. Begitu juga dukungan komunitas relijius atau pertetangga, kewargaan dapat memperkuat dukungan personal bagi pecandu untuk lepas dari ketergantungan napzanya. Tentu saja, asumsinya jika kelompok komunitas ini bisa menerima (acceptance) tanpa kecurigaan berlebihan terlalu banyak tindakan evaluative. Yang dibutuhkan adalah respon kofirmatif. Posisi komunitas ini penting bagi perkembangan dan pengembangan individu (Harndt, 2005).

2.3. Faktor Linguistik

Komunikasi terapeutik merupakan jenis komunikasi interpersonal yang konteks utamanya bersifat rehabilitative dan bersifat langsung. Terapis dan klien bertemu langsung secara tatap muka (*face to face*). Meskipun bisa terjadi dalam kasus khusus, komunikasi jarang berlangsung dengan media antara (*mediated communication*). Penggunaan media perantara seperti smartphone misalnya, bisa saja terjadi dalam relasi komunikasi normal untuk memperteguh/memperkuat hubungan tetapi bukan dalam proses rehabilitasi *an sich*.

Bentuk komunikasi yang terjadi bersifat transaksional karena bersifat deliberative karena posisi salah satu partisipan komunikasi ditentukan oleh partisipan yang lain. Kesungguhan klien untuk terus mengikuti terus secara kontinyu proses komunikasi terapeutik rehabilitasi bergantung pada persepsi klien akan kegunaan dan kualitas proses yang berlangsung. Jika respons afeksi ini tidak terjadi maka bisa saja terjadi pemutusan kontak oleh klien. Sementara itu, dari perspektif counsellor/terapis proses tersebut tentu saja merupakan bentuk obligasi atau 'tugas' yang merupakan bagian dari kewajiban. Meskipun demikian, tanpa kesadaran dan keseriusan dalam partisipasinya maka prosesnya juga akan berlangsung secara tidak sempurna.

Dengan dasar proses transaksional itu, maka salah satu aspek yang sangat berpengaruh dalam keberhasilan komunikasi terapeutik adalah proses berbagi makna antar partisipan komunikasi. Dengan munculnya saling pemahaman diantara partisipan komunikasi, komunikasi akan berlangsung secara efektif. Kesadaran peran fungsional masing-masing pihak akan tumbuh seiring berlangsungnya tahap-tahap komunikasi. Dalam hal ini, faktor linguistik dalam proses transaksional ini mempunyai peran yang penting.

BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

3.1. Tujuan Penelitian

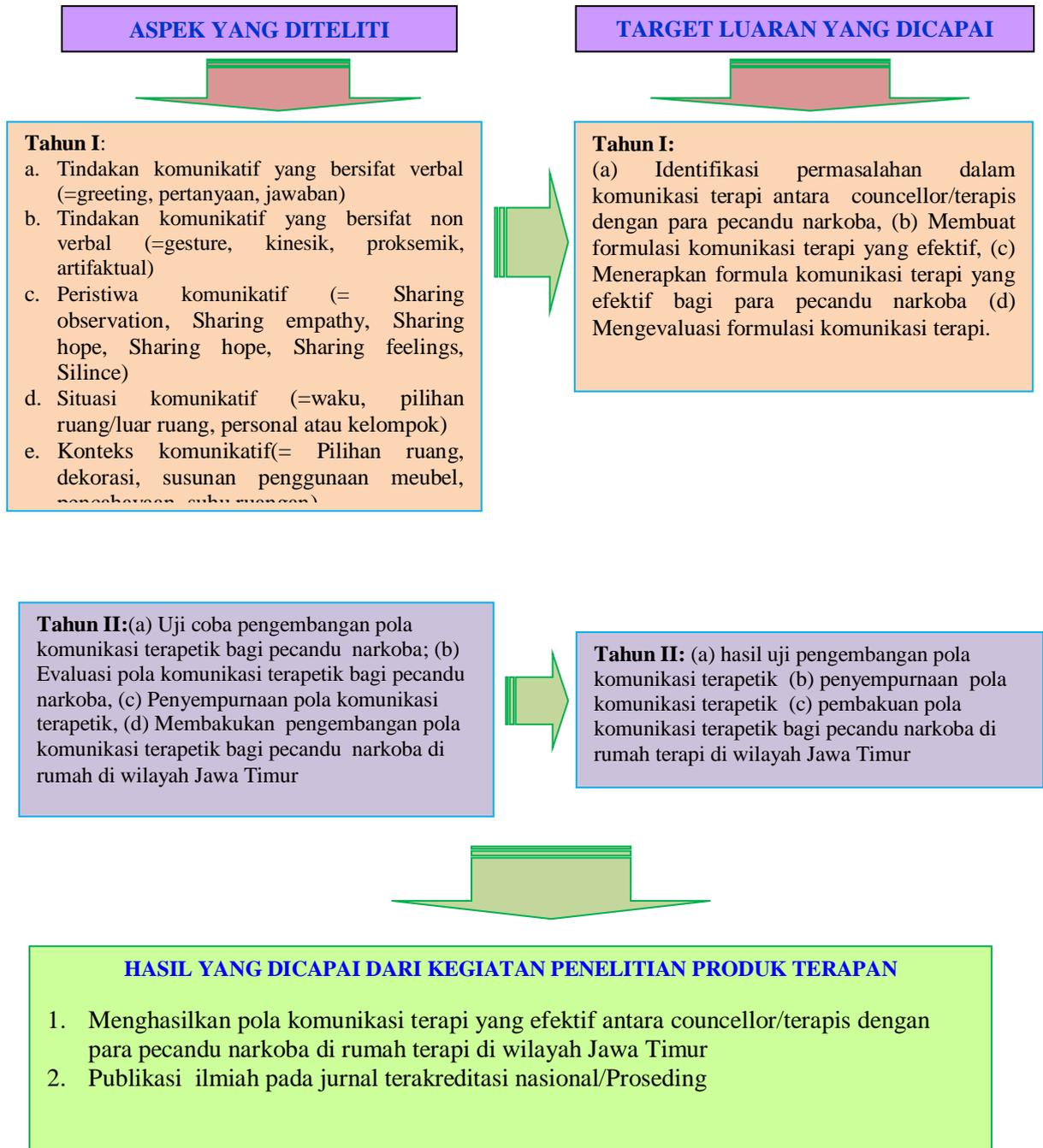
Tujuan khusus penelitian ini adalah menemukan pola komunikasi terapeutik dalam rehabilitasi pecandu narkoba hal ini tentunya berkaitan dengan:

- a. Bentuk organisasional rumah terapi untuk rehabilitasi pecandu narkoba karena ada yang berbasis formal kedinasan seperti rumah sakit, dinas sosial, tetapi ada juga yang berbasis pesantren ataupun LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat) .
- b. Tipologi kriteria pesan yang dikelola oleh terapis berdasarkan karakter individual klien yang meliputi latar kepribadian, gender, kelompok afiliasi ataupun aspek demografi dan psikografi yang lain.
- c. Rekomendasi etis dan proses pelaksanaan komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba baik yang berlatar belakang sukarelawan, mantan pecandu yang menjadi counsellor ataupun yang memiliki latar belakang medik profesional baik dokter ataupun paramedik.

3.2. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian adalah memaparkan secara deskriptif kualitatif proses komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba. Pola komunikasi terapeutik penanganan rehabilitasi pecandu narkoba dapat dipaparkan untuk menjadi salah satu bantuan panduan dari langkah/tahap proses komunikasi yang sudah ada. Dengan paparan deskriptif ini maka sesungguhnya diharapkan dapat diproyeksikan suatu pola penyembuhan/rehabilitasi pada ketergantungan (*addictive*) dengan obyek apa pun. Hal ini bersifat mendasar karena keberadaan terapis/counsellor pada dasarnya dapat dilakukan oleh siapa saja. Setiap relasi interpersonal yang baik yang ada pada keluarga, pertemanan, kelompok atau afiliasi sosial apa pun dapat menerapkan komunikasi terapeutik ini dengan syarat partisipasi komunikasi memiliki tahap hubungan personal yang memenuhi kualifikasi keintiman dan kedekatan.

BAB IV METODE PENELITIAN



Rincian Metode Penelitian Pada Tahun Pertama

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
a. Tindakan komunikasi verbal dan non verbal	Observasi langsung dengan mengamati tindakan komunikasi verbal dan non verbal yang terjadi Melakukan wawancara dengan counsellor/terapis dan pecandu narkoba.	Observasi dan wawancara terbuka dengan key informan	Mampu mengidentifikasi tindakan komunikasi verbal dan non verbal
b. Peristiwa komunikasi	Mampu memaknai semua peristiwa komunikasi sesuai dengan konteks relasi interpersonalnya	Observasi dan wawancara terbuka dengan key informan	Mampu memaknai peristiwa komunikasi sesuai dengan konteks relasi interpersonalnya
c. Situasi komunikasi	Menganalisis keseluruhan rangkaian event komunikatif dalam komunikasi terapeutik	Observasi dan wawancara terbuka dengan key informan	Mampu mengamati dan menganalisis keseluruhan event komunikatif dalam komunikasi terapeutik
d. Konteks komunikasi	Mengamati dan menganalisis relasi antar partisipan, penyebutan figur partisipan dan aspek lain yang relasional	Observasi dan wawancara terbuka dengan key nforman	Mampu mengamati dan menganalisis relasi antar partisipan, penyebutan figur partisipan dan aspek yang relasional

Rincian Metode Penelitian Pada Tahun Kedua

Aspek Yang Diteliti	Rancangan Penelitian	Metode Penelitian	Indikator Capaian
a. Uji coba pengembangan pola komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba;	Mensosialisasikan dan menguji pengembangan pola komunikasi terapeutik di rumah terapi di wilayah Jawa Timur	Soialisasi dan melakukan uji coba pola komunikasi terapeutik di seluruh rumah terapi di wilayah Jawa Timur	Dapat diketahui hasil uji coba pengembangan pola komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba
b. Evaluasi dan penyempurnaan pola komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba	Mengkaji kembali tingkat efektivitas dari pola komunikasi terapeutik dan melakukan penyempurnaan apabila ada kekurangan	Menguji dampak penerapan pengembangan pola komunikasi terapeutik dan melakukan penyempurnaan apabila terjadi kekurangan	Dapat diidentifikasi berbagai kelemahan serta kendala di lapangan terkait dengan pengembangan pola komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba
c. Membakukan pengembangan pola komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba di rumah di wilayah Jawa Timur	Melakukan pembakuan pola komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba di seluruh rumah terapi yang erada di wilayah Jawa Timur	Melakukan pembakuan dan pendampingan dalam menerapkan pola komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba di seluruh rumah terapi di wilayah Jawa Timur	Membakukan pengembangan pola komunikasi terapeutik bagi pecandu narkoba di seluruh rumah terapi di wilayah Jawa Timur

BAB V HASIL YANG DICAPAI

4.1. INSTITUSI PENERIMA WAJIB LAPOR

Keberadaan ataupun pendirian suatu IPWL (Institusi Penerima Wajib Laport) atau rumah terapi untuk pecandu narkoba atau yang sering disebut juga sebagai panti rehabilitasi biasanya dimulai dengan adanya yayasan yang peduli terhadap permasalahan social dan kesehatan secara umum. Ada beberapa IPWL (Yayasan Bambu Nusantara, ORBIT dan PLATO) yang dimulai dengan memfokuskan pada persoalan ‘*harm reduction*’ yang dihadapi oleh individu yang mengidap penyakit HIV-AIDS. Karena penularan penyakit HIV-AIDS tersebut juga berkaitan dengan penggunaan NAPZA terutama penggunaan jarum suntik untuk heroine maka selanjutnya institusi ini juga membuat divisi yang berkaitan dengan rehabilitasi narkoba dengan treatment terapi komunitas. Ada juga yang diawali dengan rehabilitasi perawatan kejiwaan/psikologi seperti IPWL Doulos dan Rumah Sakit Jiwa Menur yang kemudian dikembangkan dan juga karena klien punya riwayat penggunaan NAPZA maka kemudian dikembangkan rehabilitasi.

Peraturan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2017 tentang “Standar Nasional Rehabilitasi Sosial bagi Pecandu dan Korban Penyalahgunaan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya” (www.peraturan.go.id) mensyaratkan pelaksanaan rehabilitasi dalam bentuk:

- a. Motivasi dan diagnosis psikososial
- b. Perawatan dan pengasuhan
- c. Pelatihan vokasional dan pembinaan kewirausahaan
- d. Bimbingan mental spiritual
- e. Bimbingan fisik
- f. Bimbingan sosial dan konseling psikososial
- g. Pelayanan aksesibilitas
- h. Bantuan dan asistensi social
- i. Bimbingan resosialisasi

- j. bimbingan lanjut; dan atau
- k. Rujukan

Dalam pelaksanaan kerja rehabilitasi IPWL yang ada mengacu pada persyaratan ini karena recordnya akan diminta oleh Kementerian Sosial ketika melakukan audit kelembagaan, Masa reabilitasi berdasar aturan yang berlaku adalah selama tiga bulan. Setelah itu akan dilakukan proses after care yang dilakukan melalui proses pendampingan pada rumah damping.

Legalitas kelembagaan suatu rumah rehabilitasi narkoba dalam melakukan terapi adalah diterimanya status lembaga tersebut sebagai Institusi Penerima Wajib Lapor (IPWL). Sedangkan klien lembaga tersebut berdasarkan aturan bahwa seorang pecandu narkoba atau keluarganya diwajibkan untuk melaporkan diri kepada institusi yang telah ditunjuk oleh pemerintah yang melakukan tugas rehabilitasi sosial. Aturan perundangan yang mengatur tugas Institusi Penerima Wajib lapor adalah: Undang-Undang No 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial b. Undang-Undang No 35 Tahun 2009 tentang narkoba

- a. Undang-Undang No 11 Tahun 2009 tentang Kesejahteraan Sosial
- b. Undang-Undang No 35 Tahun 2009 tentang narkoba
- c. Peraturan Pemerintah No 25 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkoba
- d. Peraturan Menteri Sosial No. 50/HUK/2009 tentang Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA
- e. Peraturan Menteri Sosial No. 86/HUK/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Sosial
- f. Peraturan Menteri Sosial No. 03/HUK/2012 tentang Standar Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA
- g. Keputusan Menteri Sosial No 78/Lembaga Rehabilitasi Sosial Korban Penyalahgunaan NAPZA.

Para frontliner yang berhadapan langsung dan melakukan pengasuhan pada para klien/pecandu narkoba adalah para konselor. Konselor ini dapat dikategorikan menjadi tiga yaitu (1) Pekerja sosial, (2) Sukarelawan (social volunteers), (3) Sukarelawan mantan pecandu, (4) Psikolog. Pekerja sosial

ditetapkan oleh Kementerian Sosial Republik Indonesia berdasarkan peraturan yang ada. Sedangkan sukarelawan adalah seseorang yang secara sukarela terlibat dalam lembaga rehabilitasi. Sukarelawan ini adalah sukarelawan murni yang memiliki passion dalam penyembuhan pecandu narkoba ataupun para mantan pemakai narkoba itu sendiri yang telah terlepas ketergantungannya dari narkoba. Sedangkan psikolog adalah sarjana minimal S1 yang secara akademis memiliki ketrampilan terapi kejiwaan.

Para konselor ini sudah memiliki ketrampilan penanganan pecandu narkoba dalam proses rehabilitasi. Pengembangan ketrampilan konselor ini dilakukan oleh Badan Narkotika Nasional (BNN) dengan kompetensi antara lain: (1) Farmakologi NAPZA (2) Teknik konseling (3) Etik konseling (4) Cognitive behavioral change (5) Motivational interview. Pengembangan ketrampilan konselor ini melalui proses pendidikan dan pelatihan berdasarkan kriteria dan standar tertentu. Setelah mereka memiliki kompetensi yang cukup maka mereka mendapatkan sertifikat dari BNN, Dewan Sertifikasi Konselor Adiksi Indonesia. Lembaga yang disebut dalam observasi juga berkewenangan memberikan sertifikat adalah Parahita dan Kedaton (sumber: Wawancara dengan para konselor).

Dalam kriteria yang lebih detail, kompetensi minimal yang harus dimiliki konselor ketergantungan NAPZA adalah penguasaan ketrampilan sebagai berikut:

(www.konseloradiksi.com)

A. Ketrampilan Dasar

1. Model-model Adiksi
2. Model-model penanganan terapi dan rehabilitasi NAPZA yang tersedia
3. Klasifikasi NAPZA
4. Masalah psikologis terkait
5. Assesment, Diagnosa dan Rujukan
6. Proses Perawatan (Treatment), Penyembuhan (Recovery) dan Kekambuhan (Relapse)
7. Penggunaan jarum suntik dan HIV AIDS
8. Pribadi sebagai konselor
9. Ketrampilan Dasar Konseling

10. Keterampilan Wawancara Terapeutik
 11. Keterampilan menangani masalah absensi/kehadiran klien dan observasi
 12. Keterampilan Analisa Budaya
- B. Keterampilan Lanjutan
1. Keterampilan paraphrasing
 2. Keterampilan memberikan feedback
 3. Keterampilan menggali/probing
 4. Keterampilan mencatat dan merefleksikan perasaan
 5. Keterampilan mendengar efektif
 6. Keterampilan konfrontasi efektif
 7. Keterampilan memotivasi klien
 8. Keterampilan bersikap asertif
 9. Keterampilan meningkatkan Harga Diri
 10. Keterampilan mengambil keputusan
 11. Keterampilan menentukan tujuan hidup
 12. Keterampilan menutup pribadi konselor
 13. Keterampilan konseling kelompok
 14. Keterampilan memfasilitasi kelompok
 15. Keterampilan mengembangkan/memfasilitasi kelompok terapeutik
 16. Keterampilan kepemimpinan
 17. Keterampilan analisa masalah dan intervensi
 18. Keterampilan konseling keluarga, pasangan dan orang terdekat
 19. Keterampilan terapi keluarga
 20. Keterampilan mengembangkan kelompok dukungan keluarga (Family Support Group)
 21. Keterampilan manajemen kasus
 22. Keterampilan pengawasan
 23. Keterampilan mengatasi kecemasan klien
 24. Keterampilan tentang etika dan masalah hukum
 25. Keterampilan dokumentasi dan catatan

C. Perkembangan Terbaru

1. Perkembangan upaya-upaya represi yang telah dilakukan
2. Perkembangan upaya-upaya represi yang telah dilakukan
3. Perkembangan upaya-upaya Regulasi dan Rujukan

D. Masalah-masalah Medik

1. Penyakit-penyakit yang umumnya muncul pada kasus ketergantungan NAPZA
2. Penanganan gawat darurat
3. Penanganan gejala Withdrawal
4. Penanganan kasus komorbiditas
5. Program Methadone
6. Pendekatan detoxifikasi
7. Pendekatan medik pendukung

Nisbah perbandingan yang dianggap ideal untuk konselor adalah 1 konselor menangani 4 sampai dengan 10 klien pecandu narkoba. Para konselor inilah yang menjadi frontliner dan kesehariannya terus menerus menghadapi klien adiksi narkoba ([wawancara dengan konselor](#)). Proses operasional rehabilitasi dijalankan setelah dana bantuan dari kementerian sosial turun. Dalam hal pembiayaan ini, ada IPWL yang miurni menggunakan dana dari kementerian sosial tetapi ada juga yang menerima bantuan dari keluarga untuk kebutuhan personal klien. Mayoritas Institus Penerima Wajib Lapor (IPWL) menggunakan skema rehabilitasi Kementerian Sosial 3 bulan proses rehabilitasi dan 3 bulan untuk proses pendampingan (aftercare).

4.2. Cara Penerimaan Klien

Secara umum IPWL mendapatkan klien dengan cara seperti dideskripsikan di bawah ini:

A. Titipan (Rujukan Institusional)

Proses titipan ini dilaksanakan dengan cara memproses penerimaan klien dari BNNK atau kepolisian, Jika ada individu menggunakan narkoba dan tertangkap dengan limit penggunaan Sabu: 1 gram, ganja: 30 grm, ineks 10 butir heroin 1gram maka mereka dikategorikan sebagai pecandu dan

diserahkan pada rumah rehabilitasi IPWL (sumber: wawancara konselor). Seorang konselor mengatakan bahwa pada dasarnya seorang pecandu tidak pernah bisa dikatakan “sembuh” sepenuhnya tetapi hanya pulih (relapse). Satu kasus di Kediri, setelah 15 tahun pulih dari penggunaan narkoba, seseorang menggunakan lagi narkoba dan tertangkap sebagai pecandu (di Bandung) dan minta untuk direhabilitasi lagi di Kediri.

B. Melalui Proses Sosialisasi

Proses sosialisasi tentang penyalahgunaan NAPZA pada dasarnya bukan merupakan tugas IPWL karena lembaga ini tugas utamanya adalah rehabilitasi perilaku sosial. Tetapi dalam beberapa kesempatan, misalnya karena permintaan lembaga tertentu seperti sekolah, karang taruna dan sebagainya kadang-kadang meminta IPWL untuk melakukan sosialisasi tentang bahaya narkoba, penanggulangannya dan proses rehabilitasi. Proses sosialisasi juga dilakukan oleh BNN, Kepolisian, Sekolah ataupun Rumah Sakit. Sementara itu, IPWL sendiri sebagian sudah memiliki Website sebagai sarana sosialisasi. Dengan sosialisasi atau penyebaran seperti ini memberikan info pada keluarga ataupun personal yang menghubungi rumah terapi untuk memulihkan anggota keluarganya untuk dipulihkan kondisinya.

C. Penjangkauan Masyarakat (Social/Community Outreach)

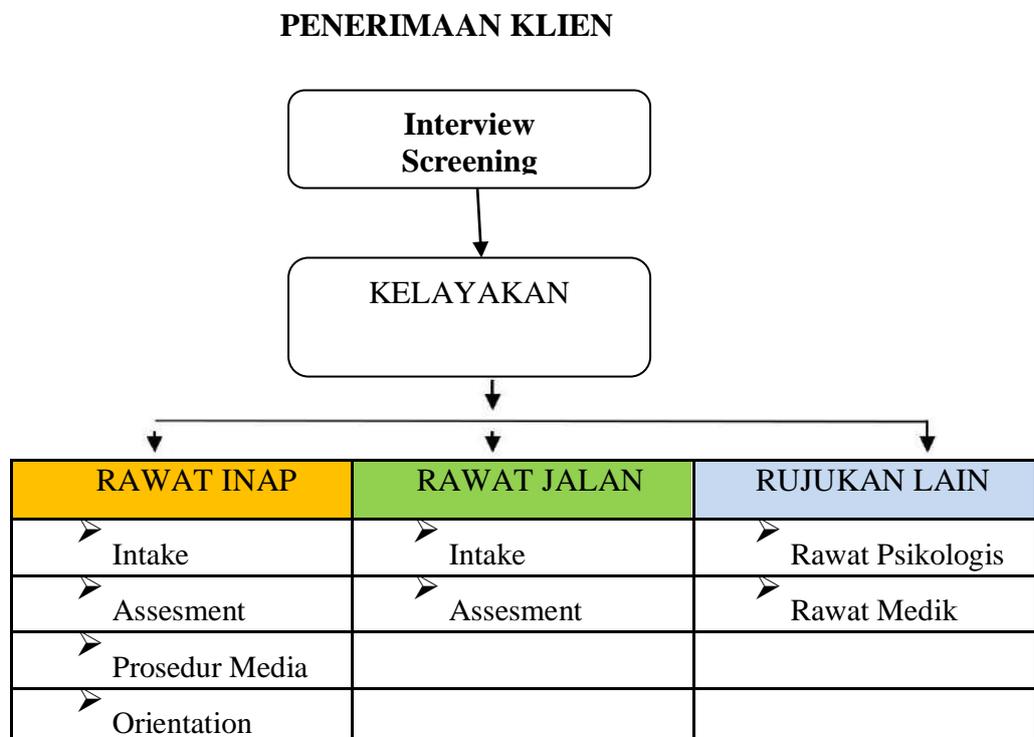
Pada tiap Institusi Penerima Wajib lapor (IPWL) biasanya memiliki konselor yang bertugas sebagai PL (Peugas Lapangan). PL ini akan melakukan kontak, berkomunikasi secara mendalam dengan CP (Contact Person) yang ada di wilayah-wilayah pecandu narkoba berada. Dengan berkomunikasi secara mendalam baik melalui pemberian informasi secara mendalam maupun persuasi yang serius PL berusaha menarik sebagian pecandu yang berkeinginan sembuh untuk mengikuti proses rehabilitasi. Kondisi sebagai PL ini bukannya tanpa resiko, karena keberadaannya sering dianggap sebagai agen Kepolisian ataupun agen BNN.

Beberapa konselor menceritakan bahwa pada dasarnya atau jarang sekali ada pecandu yang secara sadar dan individual menyerahkan dirinya secara sukarela untuk direhabilitasi. Yang sering terjadi adalah bahwa institusi rehabilitasi ini menerima klien dari satpol PP, kepolisian atau

BNN. Yang paling sering adalah keluarga yang menyerahkan anggota keluarganya yang pecandu narkoba untuk direhabilitasi. Dalam hal ini, keluarga yang menyerahkan klien tersebut sering melakukan ‘settingsosial’ untuk memaksa klien karena pada dasarnya jarang ada pecandu yang mau sukarela untuk direhabilitasi. Petugas IPWL, aparat kepolisian, bahkan ada yang menggunakan aparat TNI dalam proses setting ini. Meskipun jarang sekali ada juga pecandu yang sudah menyerah (give up) dengan kondisinya menyerahkan diri untuk direhabilitasi.

4.3. Proses Penerimaan Klien

Skema dalam proses rehabilitasi diawali dengan proses penerimaan klien, Proses penerimaan klien ini penting karena untuk mendasari “kelayakan klien” apakah dia setelah proses evaluasi harus rawat inap (inpatient), rawat jalan (outpatient) ataupun rujukan lain. Secara skematik proses penerimaan klien dapat digambarkan sebagai berikut:



Pada tahap awal, konselor melakukan proses interview. Tujuan interview adalah untuk menentukan atau menjajagi kelayakan calon klien. Interview bisa saja secara langsung 'face to face' dengan klien atau pada fase awal bisa saja dengan pihak keluarga ataupun temannya yang menghubungi rumah rehabilitasi atau IPWL. Kriteria kelayakan calon klien yang akan direhabilitasi antara lain:

- a. Berusia 17 – 45 tahun, hal ini berkaitan dengan personalitas, kematangan/kedewasaan berpikir, dan usia produktif calon klien. Dalam kasus-kasus tertentu yang usianya tidak beda jauh dengan limit pembatasan tersebut, akan didiskusikan bersama dan keputusan ditentukan oleh tim.
- b. Calon klien tidak merupakan penderita penyakit menular. Gejala ini diamati secara langsung dengan memperhatikan tanda-tanda non verbal dan bukti keadaan fisik calon klien saja. Penyakit yang diderita calon klien meskipun tidak menular tetapi secara fisik personal mengganggu fungsi sosial calon klien maka akan dirujuk pada rumah sakit untuk penanganan penyakitnya.
- c. Calon klien tidak merupakan penderita gangguan jiwa berat. Jika calon klien menderita gangguan psikologis berat, hal ini harus ditangani terlebih dahulu karena klien tentunya akan mengganggu proses pengasuhan melalui dukungan komunitas. Kalau ini terjadi maka calon klien akan dirujuk pada rumah sakit untuk ditangani masalah kejiwaannya. Karena model support grup komunitas maka pengidap gangguan jiwa dapat mengganggu proses terapi komunitas.

Jika ada penyakit menular dan gangguan jiwa terjadi pada calon klien maka itu harus diselesaikan terlebih dahulu supaya tidak terjadi 'dual diagnosis' atau dual terapi maka akan diberikan rujukan medic ataupun psikologis sesuai dengan kebutuhan klien .

Setelah tahap interview awal yang bersifat komunikasi interpersonal tatap muka selesai, maka calon klien akan mengikuti proses screening. Proses ini merupakan penilaian atau assessment yang dapat menunjukkan derajat keparahan calon klien. Proses yang dievaluasi antara lain meliputi domain emosional, sosial, kesehatan dan hukum. Hal ini dapat dimaklumi karena berkaitan dengan adiksi narkoba yang pada dasarnya merupakan penyakit yang kompleks dan sangat mempengaruhi kehidupan si pecandu.

Adiksi atau kecanduan ini menyebabkan seseorang tidak mampu lagi mengendalikan permasalahan yang dihadapi dalam kehidupannya. Dapat dikatakan bahwa seluruh kehidupannya dikendalikan oleh NAPZA. Masalah yang umum dihadapi oleh pecandu adalah masalah keuangan karena kebutuhan dan toleransi terhadap NAPZA terus meningkat, prestasi menurun, masalah interpersonal dengan keluarga dan teman sebaya, terlibat situasi kriminal dan kecelakaan lalu lintas. Tingkat adiksi seseorang terhadap NAPZA dapat dikategorikan menjadi tiga. Pertama, yang disebut sebagai tingkat adiksi yaitu tingkat ketergantungan bagi pemula. Mereka merasakan kenikmatan waktu pertama kali menggunakan NAPZA. Mereka mulai dan cenderung mengulangnya. Yang kedua tingkat toleransi, pecandu narkoba mulai meningkatkan dosis penggunaan narkoba. Yang ketiga adalah tingkat ketergantungan yaitu pecandu narkoba menggunakan narkoba untuk menghilangkan rasa sakit yang dialami (*craving and urge*) (www.konseloradiksi.com).

Jika dalam hasil interview, klien minimal menggunakan selama satu minggu dua kali penggunaan narkoba maka dapat dikatakan sebagai pecandu. Proses screening untuk melihat tingkat keparahan sebagai pecandu adalah dengan menggunakan Multi Drug Screen Test untuk mengetes urine pecandu tersebut. Dengan menggunakan jenis tes ini dapat diketahui apakah pecandu menggunakan jenis narkoba tertentu baik itu sabu-sabu, ganja, ineks, heroin, benzodiazepin. Dengan tes ini dapat dilacak apa yang kira-kira dihadapi oleh pecandu. Jenis narkoba tertentu merangsang saraf pusat sehingga tidak mudah lelah selalu semangat sebagai bentuk stimulant. Ada narkoba yang bersifat halusinogen sehingga mampu memanipulasi indra dan memunculkan kesenangan-kesenangan tertentu secara indrawi.

Jika yang dialami individu pecandu dan mengganggu aktifitas rutinnnya maka detoksifikasinya berupa dengan memberi obat anti anxiety (anti kecemasan) untuk mengatasi ketergantungan emosional atau sifat obsessive impulsifnya. Tetapi jika yang terjadi tidak hanya berupa ketergantungan emosional namun juga ketergantungan fisik (sakaw) –seperti efek yang ditimbulkan heroine- maka pengobatannya lebih khusus lagi yang dilakukan oleh rumah sakit yang dirujuk.

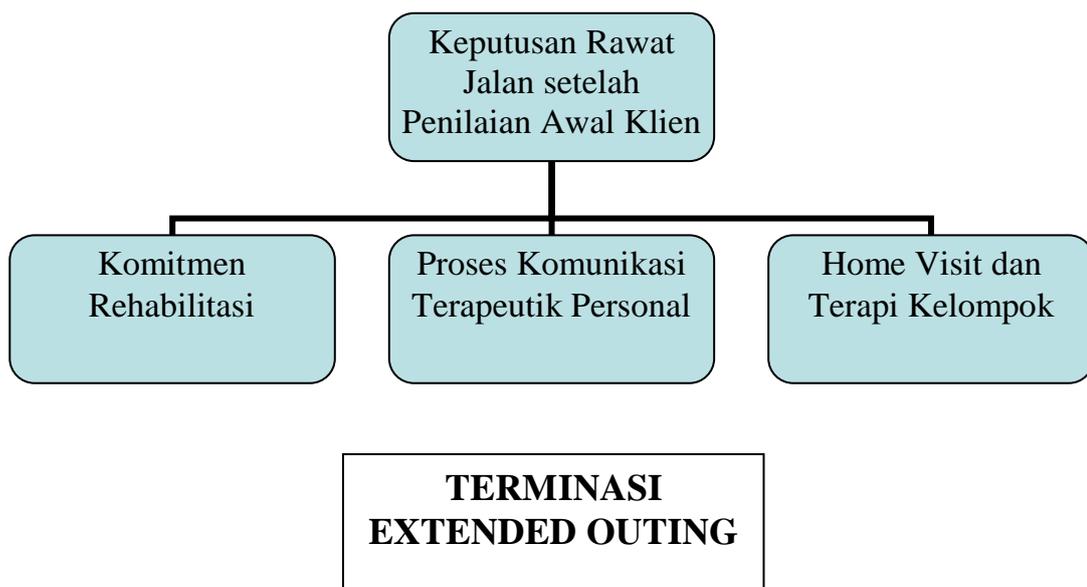
Apabila efek fisik dan psikologisnya sudah terlalu berat maka penanganan sepenuhnya diserahkan pada rumah sakit yang dirujuk. Hal ini mengacu pada fungsi dasar yang dilakukan oleh rumah rehabilitasi yaitu suatu bentuk rehabilitasi perilaku social (sumber: wawancara konselor).



Dengan alat multi drug screen test ini akan terdeteksi narkoba yang digunakan. Jika satu lajur berwarna merah maka itu merupakan indikator penggunaannarkoba jenis tertentu. Lajur 1 paling kiri adalah indicator pemakaian sabu sedangkan urutan berikutnya menunjukkan ganja, ineks, heroin dan

benzodiazepin. Jika dalam proses assessment tersebut kondisi calon klien dianggap tidak terlalu parah maka akan diarahkan untuk rawat jalan. Tetapi jika kondisi ketergantungannya dianggap agak berat maka akan dilakukan rawat inap (rawat residensial) (sumber: wawancara konselor).

Pada proses rawat jalan komunikasi personal terapeutik memegang peranan penting. Ada beberapa tahap best practice yang berhasil ditangkap dalam penelitian ini antara lain adalah personal assessment kemudian diikuti dengan komitmen rehabilitasi dalam mencapai kondisi “pulih” karena menurut para konselor tidak ada istilah “sembuh” untuk pecandu narkoba tetapi tetapi mencapai kondisi pulih dan tidak menjadi “kambuh” lagi. Pemahaman terapi personal ini dikatakan secara mendasar bersifat holistik berdasarkan pengamatan dalam riset. Dikatakan bersifat holistik karena penanganan komunikasi terapeutik pecandu tidak hanya bertumpu pada permasalahan NAPZA saja tetapi juga permasalahan sosial klien dari sisi keluarga dan juga pergaulan sosial yang lain. Dengan mapping persoalan klien secara komprehensif maka dapat ditentukan komitmen rehabilitasi yang disepakati bersama antara klien dan terapis. Proses terapeutik ini akan dijalankan secara gradual sesuai dengan perkembangan terkini kondisi terapi kemudian sebagai proses triangulasi juga dilengkapi dengan proses family/home visit. Secara visual model komunikasi terapeutik personal dapat digambarkan sebagai berikut:



4.4. Komunikasi Terapeutik dalam Rawat Residensial

Ada beberapa komponen perawatan yang dilakukan dalam rawat residensial. Penerapan komponen-komponen tersebut sesungguhnya bertumpu pada usaha untuk berpantang penuh dari segala penggunaan jenis drugs dan alcohol agar dapat pulih dan bersih (*clean*) yang berarti sembuh dari pemakaian narkoba (*total abstinent*). Komponen tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Treatment plan
- b. Sesi materi
- c. Konseling individu atau group
- d. Rujukan medis
- e. Dukungan psikolog
- f. Olah raga dan outing rekreasional
- g. Training vokasional
- h. Program perawatan berkelanjutan
- i. Dukungan keagamaan
- j. Keterlibatan 12 langkah

Penerapan komponen tersebut dapat diterapkan bervariasi sesuai dengan kepentingan dan kondisi. Secara sederhana program terbagi menjadi tiga bagian meskipun dalam penerapannya bervariasi. Tiga bagian tersebut adalah (1) Tahap Primary Care, (2) Tahap transisi (*halfway house*) dan (3) Tahap Aftercare.

Bagian pertama adalah Primary Care yang merupakan perawatan residensial dengan cara mengenalkan budaya rehabilitasi. Primary care merupakan waktu penanganan yang utama karena pecandu dalam kondisi 'withdrawal' yaitu berhenti dari penggunaan narkoba sehingga bisa saja mengalami gangguan fisik (*sakaw*) maupun gangguan emosional. Pada dasarnya yang dilakukan oleh rumah terapi adalah rehabilitasi sosial sehingga apabila terjadi gangguan fisik yang maka yang dilakukan adalah rujukan ke rumah sakit.

Penanganan rehabilitasi sosial ini merupakan prinsip kehidupan yang dibentuk untuk menumbuhkan kehidupan bersama yang saling peduli satu sama lain dalam satu komunitas. Terapi komunitas seperti ini menurut Richard Hayton merupakan metode dan lingkungan yang terstruktur untuk mengubah perilaku

manusia dalam konteks kehidupan komunitas yang bertanggungjawab (www.sekarmawar.com). Oleh karena itu, dalam treatment plan yang pertama dinegosiasikan pada klien adalah kesanggupan mereka untuk mengikuti budaya rehabilitasi yang ditumbuhkan dalam rumah terapi.

Dalam proses ini yang terjadi adalah suatu bentuk pembelajaran kolektif untuk pemulihan pribadi klien/pecandu. Masing-masing individu menjalankan peran yang bervariasi. Mereka berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari sehingga merasa menjadi bagian aktif dalam suatu komunitas. Klien yang telah menjalani prinsip pemulihan yang baik menjadi contoh (*role model*) bagi klien yang lain. Yang dikembangkan adalah suatu komunikasi yang terbuka dalam proses yang terbina secara kekeluargaan. Konselor memberikan umpan balik, penguatan maupun penilaian dalam diskusi/meeting ataupun dalam kegiatan sehari-hari.

Meskipun prinsip kebersamaan dan kekeluargaan ada aturan dasar (*cardinal rules*) yang ditekankan yaitu *no sex, no violent, no drugs*. Prinsip dasar yang ditumbuhkan antara lain tidak boleh mengganggu barang pribadi orang lain, seperti menempati tempat tidur klien lain, meminta rokok, memakai pakaian, serta tidak boleh menyentuh sembarangan karena perbedaan orientasi seksual mungkin berbeda. Peristiwa sehari-hari dalam perilaku menjalankan peran dibahas dalam meeting sehingga klien semakin memahami dirinya sendiri, bertanggungjawab terhadap hidupnya serta menerapkan nilai, sikap, perilaku dan cara hidup yang sehat.

Dalam tahap *primary care* ini diterapkan prinsip 12 langkah yang mengadopsi dari prinsip 12 steps Narcotics Anonymous (NA) yang biasanya dipasang sebagai poster untuk mengingatkan klien di rumah terapi:

12 Langkah Narcotic Anonymous:

- a. Kita mengakui bahwa kita tidak berdaya terhadap adiksi kita sehingga hidup kita menjadi tidak terkendali.
- b. Kita tiba pada keyakinan bahwa ada Kekuatan Yang Lebih Besar dari kita sendiri yang dapat mengembalikan kita pada kewarasan,
- c. Kita membuat keputusan untuk mengalihkan niatan dan kehidupan kita kepada kasih Tuhan sebagaimana kita memahaminya.

- d. Kita membuat inventaris moral diri kita sendiri secara penuh seluruh dan tanpa rasa gentar.
- e. Kita mengakui kepada Tuhan, kepada diri kita sendiri, serta kepada seorang manusia lainnya setepat mungkin sifat dari kesalahan-kesalahan kita.
- f. Kita menjadi siap secara penuh agar Tuhan menyingkirkan semua kecacatan karakter kita.
- g. Kita dengan rendah hati memintanya untuk menyingkirkan kelemahan-kelemahan kita.
- h. Kita membuat daftar orang-orang yang telah kita sakiti, dan bersiap diri untuk menebusnya kepada mereka semua.
- i. Kita menebusnya secara langsung kepada orang-orang tersebut bilamana memungkinkan, kecuali bila melakukannya akan justru melukai mereka atau orang lain.
- j. Kita secara terus menerus melakukan inventaris pribadi kita dan bilamana kita bersalah segera mengakui kesalahan kita.
- k. Kita melakukan pencarian melalui doa dan meditasi untuk memperbaiki kontak sadar kita dengan Tuhan sebagaimana kita memahaminya, berdoa hanya untuk mengetahui niatan Tuhan atas diri kita dan kekuatan untuk melaksanakannya.
- l. Setelah memperoleh pencerahan spiritual sebagai akibat dari langkah-langkah ini, kita mencoba untuk membawa pesan ini kepada para pecandu lainnya, dan untuk menerapkan prinsip-prinsip ini dalam semua urusan keseharian kita.

Langkah-langkah tersebut selalu diusahakan untuk diterapkan dalam kegiatan sehari-hari yang terjadwal/terstruktur sehingga dapat dirasakan efeknya oleh klien. Tentunya itu bukan merupakan hal yang mudah sehingga selalu dikomunikasikan secara terbuka dengan klien yang lain dalam pertemuan-pertemuan yang ada. Kegiatan dan pertemuan tersebut dirancang dalam kegiatan sehari-hari:

Catatan : Untuk staff yang ingin bertukar hari mohon dikomunikasikan

JADWAL HARIAN RUMAH KITA

Jam / Hari	SENIN	SELASA	RABU	KAMIS	JUM'AT	SABTU	MINGGU
07.00	Bangun tidur	Bangun tidur	Bangun tidur	Bangun tidur	Bangun tidur	Bangun tidur	
07.00 s/d 07.30	Stretching	Stretching	Stretching	Stretching	Stretching	Stretching	
07.30 s/d 08.00	Function	Function	Function	Function	Function	Function	
08.00 s/d 09.00	Mandi+sarapan	Mandi+sarapan	Mandi+sarapan	Mandi+sarapan	Mandi+sarapan	Mandi+sarapan	Bangun tidur
09.00 s/d 10.00	Mormeet	Mormeet	Mormeet	Mormeet	Mormeet	Mormeet	
10.00 s/d 11.00	Sesi Pagi	Sesi Pagi	Sesi Pagi	Sesi Pagi	Sesi Pagi	Clean Up	Free Activity
11.00 s/d 11.30	Teks works	Teks works	Teks Works	Teks Works	Jum'at		
11.30 s/d 13.00	Makan siang	Makan siang	Makan siang	Makan siang	Makan siang	Makan siang	Istirahat
13.00 s/d 15.00	Siesta	Siesta	Siesta	Siesta	Siesta	Siesta	Free Activity
15.00 s/d 16.00	Group	Wellness	Group	Wellness	Group		
16.00 s/d 17.00	Wellness	Wellness	Wellness	Wellness	Wellness	NA Meeting	Function/Mandi
17.00 s/d 19.00	Mandi + Makan malam	Mandi + Makan malam	Mandi + Makan malam	Mandi + Makan malam	Mandi + Makan Malam	Mandi + Makan Malam	Makan Malam
19.30 s/d 20.30	Night Meeting (Step Study)	Night Meeting	Night Meeting (Step Study)	Night Meeting	Night Meeting (Presentasi)	Wrap Up	Free Activity
21.00	Wrap Up	Wrap Up	Wrap Up	Wrap Up	Wrap Up	S n A	
23.00 —	Curfew	Curfew	Curfew	Curfew	Curfew	Curfew (00)	Curfew

Dalam kegiatan tersebut diseimbangkan antara antara kegiatan fisik (stretching, wellness), kebersihan lingkungan (function), komunikasi dan diskusi (*morning meeting, night meeting*), penugasan terstruktur (text work, presentasi). Kegiatan harian selalu ditutup dengan suatu bentuk simpulan/rangkuman kegiatan harian (wrap up). Pada hari Sabtu dan Minggu banyak kegiatan bebas 'free activity' tetapi juga diselenggarakan NA Meeting sebagai pengelaborasi prinsip 12 langkah yang senantiasa menjaga melanggengkan komunikasi (*meeting, keep contact*), melayani yang lain (*service*) ataupun membantu pecandu yang lain secara khusus (*sponsorship*). Tahap primary care ini ada yang menyelenggarakan selama 2 bulan ada yang tiga bulan. Pada dasarnya jika tahap ini diikuti dengan baik maka klien sebenarnya sudah clean dalam arti tidak memakai (*total*

abstinent) selama 2/3 bulan. Tahap berikutnya adalah fase transisi atau *halfway house* yang memberikan kesempatan kepada klien untuk dapat bekerja, sekolah atau kegiatan vokasional lainnya di siang hari. Pada malam hari mereka kembali ke rumah terapi. Ada yang tidak menerapkan hal ini karena pertimbangan dapat masuknya narkoba ke dalam rumah terapi. Pada tahap terakhir (*aftercare*) selama 2/3 bulan klien diperbolehkan tinggal di luar fasilitas rehabilitasi. Klien juga selalu didorong dan diarahkan untuk mengikuti pertemuan kelompok yang mendukung bantuan untuk diri sendiri seperti NA dan AA meeting ataupun FGD. Pada tahap ini juga klien diharapkan mengikuti konseling individual ataupun kelompok sehingga perkembangan ataupun kesulitannya termonitor. Kesembuhan dari kecanduan tercermin dari berhentinya pemakaian (*clean*) dan peningkatan kualitas hidup pecandu.

4.4. Sessi dalam Rawat Residensial

Dalam rawat residensial, rehabilitasi sosial pada klien bertumpu pada relasi kelompok (*peer group*). Komunikasi dalam kelompok ini lazim disebut sebagai terapi kelompok/komunitas (*therapeutic community*). Relasi antar klien ini berlangsung efektif karena intensif dalam suasana karantina dan klien dibiasakan untuk saling menyapa dengan sebutan “family” (keluarga). Konselor berperan sebagai fasilitator. Dari IPWL yang diamati ada beberapa sesi yang dilaksanakan meskipun bervariasi satu sama lain berdasar pengalaman dan kepentingannya:

a. Morning Meeting

Morning meeting dilakukan setiap pagi setelah kegiatan pagi olahraga, sarapan dan bersih-bersih lingkungan. Dalam kegiatan ini dievaluasi serluruh kegiatan sehari sebelumnya seperti GI (*general inspection*). Apakah setelah inspeksi ditemukan masalah kebersihan kamar, peralatan, masalah interaksi dan sebagainya. Jika ditemukan masalah dicari solusi bersama antar klien dengan konselor sebagai fasilitator, Prinsip yang digunakan adalah “masalah yang ada diselesaikan saat tu juga”. Pada sesi ini, biasanya juga dicari tema utama kegiatan untuk hari ini (*theme of the day*). Pada IPWI/rumah terapi yang berbasis keagamaan biasanya menggunakan ayat kitab suci.

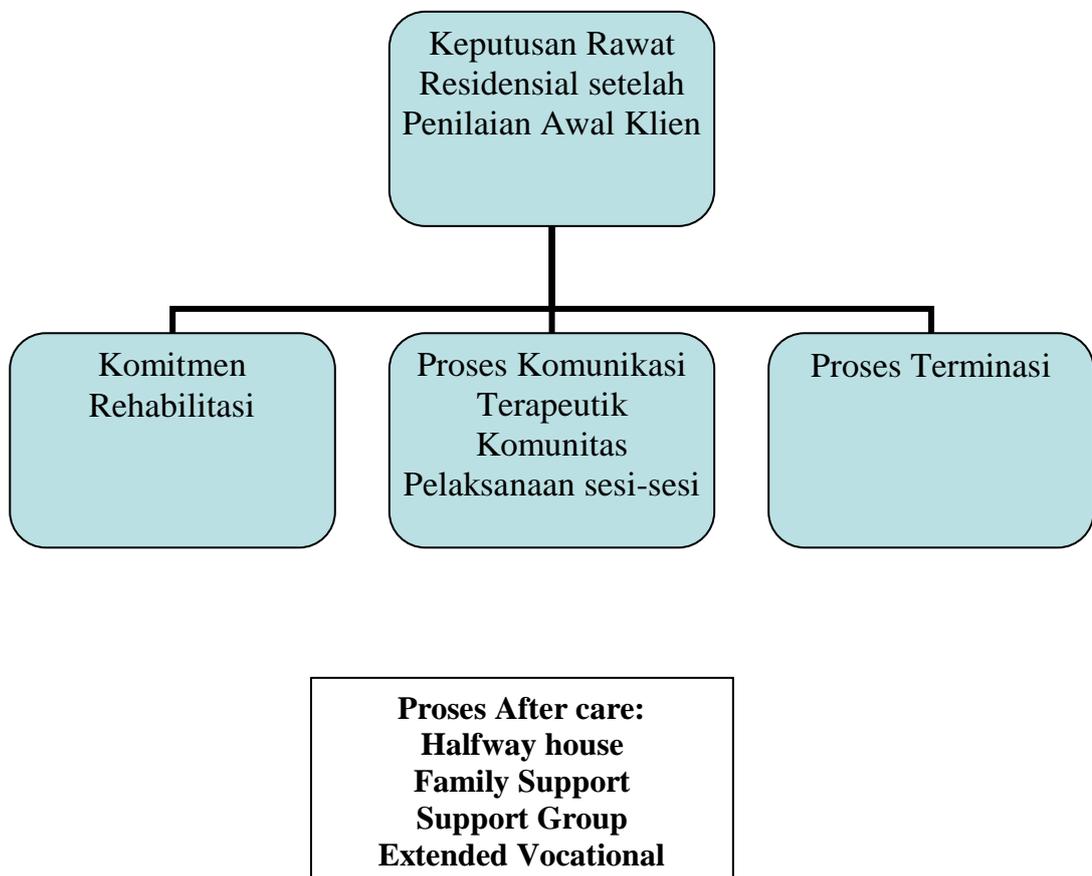
- b. Seminar/Kelas/Psikoedukasi – text work
Sesi ini adalah presentasi dari fasilitator atau pakar yang dipanggil dari luar untuk membantu pengembangan individu klien baik secara psikologis, sosial atau pengembangan yang lain. Dilaksanakan sesuai rencana aktifitas mingguan.
- c. House meeting
Aktifitas ini dilakukan untuk menghadapi hal-hal khusus yang menyangkut kepentingan rumah terapi/IPWL dengan klien misalnya pergantian pengurus departemental, menghadapi hari-hari khusus sesuai kebutuhan IPWL seperti perayaan hari besar keagamaan, rencana outing eksternal dan sebagainya.
- d. Confrontation
Sesi ini merupakan event saling kontrol antar klien mengenai perilaku sehari-hari. Dilaksanakan dalam suasana kekeluargaan untuk saling memperbaiki dengan cara yang tidak menyinggung perasaan dan saling respek dan konfirmasi dengan prinsip tidak boleh asal menuduh. Tujuan sesi ini adalah klien menyadari kesalahannya secara sosial dan mau mengubah perilakunya.
- e. Presentasi Klien
Aktifitas ini berusaha mengeksplorasi dan mengembangkan klien untuk mampu berkomunikasi dan mengungkapkan masalah. Biasanya dilaksanakan setelah mendapatkan tugas setelah sesi klas/psikoedukasi.
- f. Care and concern
Sesi ini diadakan bertolak dari isu yang dianggap penting dan berhubungan dengan kepentingan klien. Topik yang diangkat bisa diintrodusir oleh konselor sebagai fasilitator ataupun dari klien berdasar proses diskusi.
- g. Drop guild
Sesi ini dilaksanakan setelah ada suatu kesalahan yang dilakukan oleh klien dan bersifat mengganggu secara umum bagi kepentingan klien maupun IPWI sebagai lembaga maka sehingga dilaksanakan penilaian dan diskusi secara umum mengenai kesalahan yang dilakukan oleh klien tersebut.
- h. Night Meeting
Sesi pertemuan malam hari yang digunakan sesuai dengan kepentingannya. Biasanya digunakan untuk yang berkaitan dengan relijiusitas maupun

aktifitas kontemplasi/perenungan dengan mengundang pakar dari luar maupun dari fasilitator sendiri. Bisa dimanfaatkan juga untuk presentasi klien.

i. Wrap Up

Sesi ini merupakan aktifitas merangkum dan mengevaluasi kegiatan sehari yang dilaksanakan. Dilaksanakan secara komprehensif dengan proses diskusi.

Secara visual, komunikasi terapeutik kelompok/komunitas dapat digambarkan sebagai berikut:



BAB VI

RENCANA TAHAP BERIKUTNYA

Sesuai dengan janji peneliti, maka rencana tahap berikutnya dari penelitian ini adalah :

1. Proses publikasi prosiding ICCSR maupun ICISPE
2. Proses publikasi Journal of Social Sciences and Humanities UPM Malaysia

BAB VII

KESIMPULAN

Rehabilitasi sosial yang dilaksanakan para konselor di rumah terapi narkoba menggunakan komunikasi interpersonal maupun komunikasi kelompok. Komunikasi interpersonal digunakan pada tahap interview awal, pergaulan sehari-hari maupun konseling. Pada dasarnya prinsip rehabilitasi yang digunakan adalah terapi kelompok/komunitas dengan klien sebagai pusat (*client centered therapy*). Terapi komunitas ini berdasarkan prinsip komunikasi terbuka yang tidak menjatuhkan, sukarela dan saling membantu (*mutual help*). Lingkungan terstruktur dibangun untuk menumbuhkan pemaknaan, keberartian diri dengan hidup bersama dengan yang lain.

Prinsip 12 langkah Narcotics Anonymous secara umum digunakan oleh rumah terapi narkoba di Jawa Timur. Adiksi diakui sebagai proses yang harus diisembuhkan karena mengganggu keteraturan dan kebermaknaan hidup. Hal ini tidak bisa diselesaikan sendiri tetapi harus dengan mejalani hidup bersama orang lain, melihat contoh panutan (role model) dan menjalani fungsi social. Begitu juga seterusnya ketika seorang klien sembuh maka dia terus berperan dalam meeting berbasis NA (Narcotics Anonymous), membantu yang lain (*service*) dan membantu secara khusus dengan menjadi sponsor bagi kesembuhan pecandu yang lain. Prinsip komunikasi yang berlangsung dalam proses terapi adalah terbuka, tidak menilai/membebani (*non judgemental*) sukarela, evaluative, berbasis prosedur dan terstruktur. Konselor menempatkan diri sebagai komunikator yang kredibel dengan kompetensi dan pengalamannya.

Penelitian ini menemukan dua model komunikasi terapeutik untuk pecandu narkoba berdasarkan best practice yang diterapkan oleh rumah-rumah terapi rehabilitasi sosial yang ada di Jawa Timur. Yang pertama adalah model komunikasi terapeutik interpersonal yang bersifat tatap muka perseorangan. Dalam model komunikasi terapeutik ini bersifat holistik dan komprehensif, komunikator harus mampu menggali permasalahan klien secara interpersonal. Permasalahan klien yang perlu diangkat adalah pemahaman masalah penggunaan Napza, problema relasi sosial keluarga maupun interaksi sosial yang lain.

Berdasarkan penggalan ini maka dilanjutkan dengan komitmen dalam proses rehabilitasi sosia, komunikasi terapi personal sampai dengan proses terminasi.

Model komunikasi terapeutik komunitas bertumpu pada rehabilitasi berbasis interaksi kelompok (peer group). Ini dilaksanakan dengan pelaksanaan sesi-sesi yang terencana sesuai kebutuhan klien. Penelitian ini menemukan sesi yang bersifat generik yaitu mor ning meeting, psiko edukasi-textwork, presentasi klien, drop guild, house meeting, konfrontasi, night meeting, wrap up yang merupakan best practice dari IPWL. Untuk selanjutnya dengan basis ini diharapkan dapat diterapkan pada riset kaji-tindak (*research action*) pada tahun berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

Buku

- Fiske, John, 2004, "Cultural Communication Studies", Jalasutra, Yogyakarta
- Fisher, Aubrey, 1990, "Teori-Teori Komunikasi" Penyunting: Jalaluddin Rakhmat, Remaja Rosdakarya, Bandung
- Griffin, EM, 2003, "A First Look at Communication Theory", International Edition, McGraw-Hill Companies Inc., Boston
- Harndt, Hanno, 2005, "Critical Communication Studies", Jalasutra, Yogyakarta
- Hartley, John, 2010, "Communication, Cultural and Media Studies", Jalasutra, Yogyakarta
- Littlejohn, Stephen W., 2005, "Theories of Human Communication", Wadsworth Publishing Company, California.
- Rakhmat, Jalaluddin, 2004, "Psikologi Komunikasi", Remaja Rosdakarya, Bandung
- Strinati, Dominic, 2003, "Popular Culture, Pengantar Menuju Teori Budaya Populer", Bentang Budaya, Yogyakarta
- Tubbs, Stewart L. & Moss, Sylvia, 2000, "Human Communication, Prinsip-Prinsip Dasar", Remaja Rosdakarya, Bandung
- Wood, Julia T., 2004, "Communication Theories in Action", Thomson and Wadsworth, Belmont

Non Buku:

- www.12steps.com
- www.addictionsandrecovery.com
- www.recovery.org
- www.suarasurabaya.net
- www.studentnursesource.net
- www.yayasan.sekar.mawar.com

DAFTAR LAMPIRAN

FULL PAPER ICCSR

SERTIFIKAT ICCSR

FULL PAPER ICISPE

SERTIFIKAT ICISPE

ARTIKEL JURNAL INTERNASIOAL

SUBMITTE JURNAL INTERNASIONAL

BAHAN AJAR



Certificate



AWARDED TO

IWAN JOKO PRASETYO

as PRESENTER

in the 2nd International Conference of Communication Science Research 2018
Hotel Santika Premiere Gubeng Surabaya
July 24, 2018 - July 25, 2018



RECTOR

Dr. Bachyul Amiq, S.H., M.H.

Dr. Redi Panuju, Drs., M.Si

DEAN

Daniel Susilo, S.I.Kom., M.I.Kom.

CHAIRMAN



Therapeutic Communication Narcotics in Rehabilitation Institution “Rumah Kita”
Surabaya

Iwan Joko Prasetyo
iwan.joko@unitomo.ac.id

R. Ayu Erni Jusnita
rayu@unitomo.ac.id

Sanhari Prawiradiredja
sanhari.prawiradiredja@unitomo.ac.id

Abstract

East Java province is one of the area that face a lot of drug use or narcotics problem. Since BNN (Badan Narkotika Nasional) was created at 2009, this institution handled more than 7 thousands cases (Antara News.com, 4 March 2014). In national level, from 4,9 millions drug/narcotics users in Indonesia, 400 thousands of them were in East java (suarasurabaya.net, 17 March 2015).

The problem of the drug users relate with how to develop rehabilitation process to make the drug users free from their bad habit. This problems are complex because it relates with the individual characteristics of the users, their background and social affiliations. Therapeutic communication for them need specific approach to reach the aim to make them free from the narcotics. Therapists should consider personal aspects and mental capacity of the drug users. The research question in this project is how the therapeutic communications patterns for the drug users implemented by rehabilitation institutions in East Java.

Researcher use qualitative approach to find pattern of therapeutic communication for the drug users. Patterns of therapeutic communication can be shown in two kind of interaction. First, interaction appears in interpersonal communication between therapist/counselor with client (drug users). Second, therapeutic communication occurs as community therapy. In this context, community means drugs users activity are controlled in social environment build in quarantine setting. Specific activity created for them to behave and response appropriately in normal social situation. Social-psychology intervention like step study, social awareness development, creating group care and concern are managed to make drug users free from drug addiction and be a better individual.

Keywords: therapeutic communication, therapeutic community, interpersonal communication, Therapist-client relations,

LATAR BELAKANG

Propinsi Jawa Timur dapat dikatakan sebagai daerah yang rawan dalam masalah narkoba. Sejak BNN (Badan Narkotika Nasional) dibentuk tahun 2009, lembaga ini telah menangani 7 ribu kasus lebih di Jawa Timur (Antara News.com, 4 Maret 2014). Secara nasional, dari 4,9 juta pengguna narkoba di Indonesia, 400 ribu diantaranya berada di Jawa Timur (www.suarasurabaya.net, 17 Maret 2015). Dari data tersebut nampak bahwa penanganan penanggulangan penggunaan narkoba/napza Jawa Timur sudah bersifat urgen. Penanganan narkoba tersebut tentunya bisa bersifat preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dengan dasar ini, penting untuk dilihat proses rehabilitasi pecandu narkoba dari sisi komunikasi terapeutiknya. Pecandu yang secara "sadar" ingin keluar dari proses adiktif narkoba sangat memerlukan proses terapi ini. Hal ini dikarenakan efek "kecanduan" dari jenis napza yang mereka gunakan mempunyai konsekuensi tersendiri dalam proses rehabilitasinya. Pengguna napza suntik, misalnya, dengan gaya komunalnya yang khas sering dikaitkan dengan penularan AIDS dan penularan pasangannya. Untuk Jawa Timur, data pengguna napza suntik ini cukup mencengangkan. Total pengguna napza suntik Jatim sebanyak 27 ribu orang, terbesar ada di Surabaya (4.359 orang), Malang (3.249 orang), Sidoarjo (2.006 orang), Kediri (1.326 orang) dan Banyuwangi (1.009 orang) data ini tahun 2011 (www.beritajatim.net, 27 Pebruari 2011).

Ketika kita berbicara masalah komunikasi terapeutik maka proses ada pada pada proses tiga tahap rehabilitasi bagi pecandu narkoba yaitu (1) Tahap rehabilitasi medis (detoksifikasi), tahap ini pecandu diperiksa seluruh kesehatannya baik secara fisik dan mental oleh dokter terlatih. Dokter ini yang menentukan apakah pecandu perlu diberi tertentu untuk mengurangi gejala putus zat (sakau), (2) Tahap rehabilitasi non medis, pada tahap ini pecandu diikutsertakan dalam program rehabilitasi diantaranya program TC (Therapeutic Communities) dan sebagainya, (3) Tahap bina lanjut (*after care*), pecandu diberi kegiatan sesuai minat bakat, sekolah atau pekerjaan tetapi tetap dalam pengawasan (www.beritajatim.net, 27 Pebruari 2011).

Dalam tahap rehabilitasi tersebut, komunikasi terapeutik memegang peranan penting karena kesungguhan motivasional pecandu narkoba selain berdasar niat dan inisiatif pribadi yang tinggi, juga bergantung pada dukungan motivasional dan persuasi berdasar relasi counsellor/terapis dengan klien/pecandu narkobanya. Hal ini terutama pada tahap rehabilitasi non medis dan *after care*. Setelah pecandu terlepas dari dari efek toksik narkoba -tidak mungkin 100% sembuh, jika dia mengalami problema individu ataupun sosial memungkinkan dia terseret menjadi pecandu kembali.

KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Komunikasi terapeutik merupakan upaya rehabilitasi pecandu narkoba sehingga mereka bisa ke masyarakat dan menjalankan fungsi sosialnya. Proses ini tentunya tidak mudah karena pengalaman individu menggunakan narkoba bersifat variatif dan individual. Untuk mencapai komunikasi yang efektif, terapis harus memahami bidang pengalaman (*field of experience*) dan kerangka acuan (*frame of reference*) klien pecandu narkoba. Kecanduan narkoba merupakan suatu bentuk patologi masyarakat modern penyebabnya bersifat kompleks. Salah satu kausalitas yang kadang dikaitkan dengan adiksi narkoba adalah konteks masyarakat yang melahirkan bentuk budaya massa. “Budaya massa” (Strinati, 2003) dikaitkan dengan munculnya ‘atomisasi’ individu. Diferensiasi fungsional masyarakat yang berjalan dengan cepat seiring pudarnya masyarakat berbasis pertanian menuju masyarakat dengan basis industrialisasi menyebabkan fungsi komunitas berbasis kewargaan, institusional ataupun yang berbasis religius menjadi melemah. Hal ini menyebabkan individu terlepas dari ikatan kelompoknya dan mengalami masalah berkaitan dengan proses ‘surviving’nya di masyarakat. Gejala inilah yang disebut ‘atomisasi’, individu yang tercerabut dari akar komunalnya akan kehilangan home base yang kokoh ketika berhadapan dengan problema social keseharian. Apalagi ditambah dengan fenomena media yang menyebarkan informasi yang bersifat massif dan mengedepankan keseragaman. Individu yang menghadapi tekanan persoalan sehari-hari dan dia dalam posisi yang sulit mungkin akan menggunakan narkoba sebagai jalan keluar. Karena ikatan komunal melemah dan diikuti dengan pudarnya internalisasi nilai dan moralitas basis komunitas maka dapat kita prediksikan eskalasi penggunaan narkoba akan semakin meluas.

Komunikasi terapeutik merupakan jenis komunikasi interpersonal yang konteks utamanya bersifat rehabilitative dan bersifat langsung. Terapis dan klien bertemu langsung secara tatap muka (*face to face*). Meskipun bisa terjadi dalam kasus khusus, komunikasi jarang berlangsung dengan media antara (*mediated communication*). Penggunaan media perantara seperti smartphone misalnya, bisa saja terjadi dalam relasi komunikasi normal untuk memperteguh/memperkuat hubungan tetapi bukan dalam proses rehabilitasi *an sich*.

Bentuk komunikasi yang terjadi bersifat transaksional karena bersifat deliberative karena posisi salah satu partisipan komunikasi ditentukan oleh partisipan yang lain. Kesungguhan klien untuk terus mengikuti terus secara kontinyu proses komunikasi terapeutik rehabilitasi bergantung pada persepsi klien akan kegunaan dan kualitas proses yang berlangsung. Jika respons afeksi ini tidak terjadi maka bisa saja terjadi pemutusan kontak oleh klien. Sementara itu, dari perspektif counsellor/terapis proses tersebut tentu saja merupakan bentuk obligasi

atau ‘tugas’ yang merupakan bagian dari kewajiban. Meskipun demikian, tanpa kesadaran dan keseriusan dalam partisipasinya maka prosesnya juga akan berlangsung secara tidak sempurna.

Dengan dasar proses transaksional itu, maka salah satu aspek yang sangat berpengaruh dalam keberhasilan komunikasi terapeutik adalah proses berbagi makna antar partisipan komunikasi. Dengan munculnya saling pemahaman diantara partisipan komunikasi, komunikasi akan berlangsung secara efektif. Kesadaran peran fungsional masing-masing pihak akan tumbuh seiring berlangsungnya tahap-tahap komunikasi. Dalam hal ini, faktor linguistik dalam proses transaksional ini mempunyai peran yang penting.

Partisipan komunikasi yang terlibat dalam komunikasi terapeutik yaitu terapis/konselor dengan mantan pecandu narkoba/klien. Konteks komunikasinya adalah hubungan antar partisipan komunikasi dalam upaya penyembuhan atau penguatan personal supaya pecandu terbebas dari ketergantungan akan narkoba. Untuk kepentingan analisis maka akan dilihat semua komponen komunikasi dalam proses komunikasi terapeutik tersebut yang meliputi partisipan komunikasinya (sumber/penerima), pesan verbal ataupun dan interaksinya, channel/media yang digunakan, kendala (constraint) komunikasi yang ada, konteks komunikasi baik yang bersifat sosial, fisik atau psikis.

METODE PENELITIAN

Unit analisis dalam penelitian ini adalah perilaku komunikasi dalam komunikasi terapeutik antara konselor/terapis dengan klien/mantan pecandu narkoba. Unit analisis ini meliputi:

- a. Tindakan komunikatif (*communicative act*)
- b. Peristiwa komunikatif (*communicative event*)
- c. Situasi komunikatif (*communicative situation*)
- d. Konteks komunikasi

HASIL PEMBAHASAN

Rumah Terapi Narkoba

Pendirian suatu rumah terapi untuk pecandu narkoba atau yang sering disebut juga sebagai panti rehabilitasi biasanya dimulai dengan adanya yayasan yang peduli terhadap permasalahan social dan kesehatan secara umum. Pada Yayasan ORBIT, semula yayasan mengutamakan persoalan ‘*harm reduction*’ yang disandang oleh individu yang mengidap penyakit HIV tetapi karena penularan penyakit tersebut juga berkaitan dengan penggunaan

NAPZA terutama penggunaan jarum suntik untuk heroine maka kemudian yayasan juga membuat divisi yang berkaitan dengan rehabilitasi narkoba dengan treatment terapi komunitas. Begitu juga panti rehabilitasi “Rumah Kita” merupakan cabang Surabaya dari Yayasan Bambu Nusantara Madiun yang mengkhususkan diri pada rehabilitasi pecandu narkoba yang ingin bebas dari ketergantungan.

Surat Keputusan Kementrian Sosial. Yang dilakukan oleh rumah terapi secara umum adalah (1) Rehabilitasi social NAPZA (2) Konsultasi (3) Detoksifikasi (4) Penyuluhan (5) Family Support Group (FSG) dan Family Association (FA). Peran utama yang dilakukan terutama adalah rehabilitasi social dengan metode umum terapi komunitas (Community Therapy).

Dalam pelaksanaan tugas rehabilitasi sosial yang Legalitas institusional suatu rumah terapi adalah diterimanya status institusi tersebut sebagai Institusi Penerima Wajib Laporan (IPWL). Hal ini sesuai dengan amanat UU No. 35 tahun 2009 tentang narkoba serta PP No. 25 tahun 2011 yang menyebutkan bahwa seorang pecandu narkoba atau keluarganya diwajibkan untuk melaporkan diri kepada institusi yang telah ditunjuk oleh pemerintah berdasarkan melakukan peran sentral adalah para counselor dan pekerja sosial yang berhadapan dengan pecandu yang ingin terbebas dari kecanduannya. Pekerja sosial ditetapkan secara khusus oleh Kementrian Sosial Republik Indonesia. Sedangkan counselor adalah para mantan pecandu narkoba yang telah terlepas ketergantungannya dari narkoba. Mereka sudah memiliki kompetensi penanganan rehabilitasi yang pengembangannya dilakukan oleh Badan Narkotika Nasional (BNN) dengan kompetensi antara lain: (1) Farmakologi NAPZA (2) Teknik konseling (3) Etik konseling (4) Cognitive behavioral change (5) Motivational interviewee . Setelah mereka memiliki kompetensi yang cukup maka mereka mendapatkan sertifikat dari Dewan Sertifikasi Konselor Adiksi Indonesia. Nisbah ideal untuk konselor adalah 1 konselor menangani 10 klien pecandu narkoba. Para konselor inilah yang sehari-hari dan kontinyu berhadapan dengan klien adiksi narkoba karena para pekerja social menjalankan tugasnya setelah pendanaan bantuan dari kemensos turun. Dengan bantuan pendanaan tersebut klien adiksi tidak dipungut pembiayaan akomodasi saat menjalani terapi. Mereka biasanya dibebani biaya kebutuhan personal dan rokok.

Adapun cara rumah rehabilitasi tersebut mendapatkan klien secara umum adalah dengan tiga cara yaitu:

a. Rujukan institusional

Rujukan institusional dilakukan dengan menerima klien dari BNNK atau Kepolisian sector. Jika ada individu tertangkap menggunakan narkoba dengan limit Sabu : 1

gram, ganja : 300 gram, ineks 10 butir, heroin : 1 gram maka mereka akan dikategorikan sebagai pecandu dan diserahkan pada IPWL (Intitusi Penerima Wajib lapor)

b. Melalui saluran web yayasan/rumah terapi atau media social

Web atau media social memberikan informasi pada masyarakat mengenai panti/rumah rehabilitasi sehingga ada personal ataupun keluarga yang menghubungi panti untuk mendapatkan rehabilitasi menuju kesembuhan.

c. Penjangkauan masyarakat

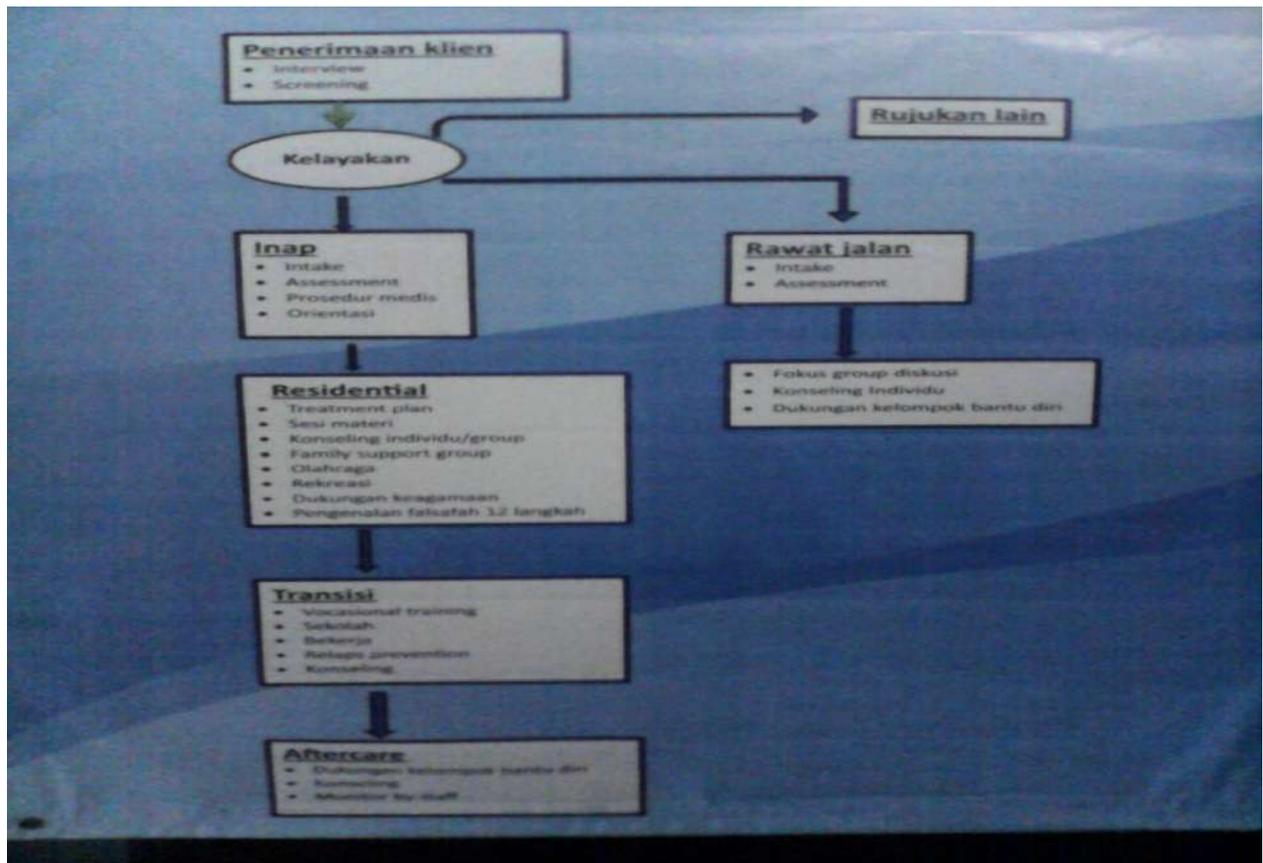
Tiap rumah rehabilitasi memiliki konselor yang berfungsi sebagai PL (Petugas Lapangan) yang akan menghubungi dan berkomunikasi dengan CP (contact person) yang ada di kantong-kantong pecandu narkoba. Dengan informasi yang diberikan tersebut diharapkan ada pecandu yang berkeinginan sembuh dan menjadi klien rumah terapi untuk mendapatkan treatment rehabilitasi.

POLA KOMUNIKASI TERAPEUTIK REHABILITASI

Komunikasi dalam terapi rehabilitasi narkoba mengandalkan cara terapi komunitas meskipun dalam kasus konsultasi biasanya adalah komunikasi interpersonal 'face to face'. Pada awal proses rehabilitasi yang disebut sebagai proses interview. Pada fase ini konselor melakukan komunikasi interpersonal untuk menjajagi eligibilitas atau kelayakan calon klien secara umum karena bisa saja yang menghubungi rumah terapi bukan calon klien langsung tetapi keluarga ataupun temannya. Kelayakan calon klien antara lain:

- a. Berusia 17 – 45 tahun, hal ini berkaitan dengan kedewasaan berpikir, personalitas dan usia produktif. Dalam kasus tertentu, yang biasanya usia juga tidak beda jauh dengan batas tersebut, keputusan ditentukan oleh tim.
- b. Bukan penderita penyakit menular. Gejala ini diamati secara non verbal dan bukti keadaan fisik calon klien saja.
- c. Bukan penderita gangguan jiwa berat. Karena model support grup komunitas maka pengidap gangguan jiwa dapat mengganggu proses terapi komunitas. Jika ada penyakit menular dan gangguan jiwa terjadi pada calon klien maka itu harus diselesaikan terlebih dahulu supaya tidak terjadi 'dual diagnosis' maka akan diberikan rujukan medik.

Skema terapi rehabilitasi sosial adalah sebagai berikut:



(Sumber: IPWL, “Rumah Kita”)

Setelah fase interview awal yang bersifat interpersonal selesai dan calon klien akan mengikuti assessment atau penilaian derajat keparahan yang meliputi domain emosional, sosial, kesehatan dan hukum. Hal ini berkaitan dengan adiksi narkoba yang pada dasarnya merupakan penyakit yang kompleks dan mempengaruhi kehidupan si pecandu. Penyakit ini dapat berkembang secara membahayakan seperti layaknya penyakit kronis yang lain. Rehabilitasi sosial tidak membebankan kesalahan terhadap si pelaku/pecandu sebagai pihak yang membuat pilihan yang salah. Proses rehabilitasi merupakan upaya untuk memberikan perawatan kepada klien pecandu sehingga tidak mengakibatkan kerusakan yang lebih parah. Akhir perjalanan kecanduan tanpa penanganan adalah penjara dan kematian. Penilaian ini dapat berupa hasil interview intensitas pemakaian selama 3 bulan terakhir dengan criteria minimal 1 minggu 2 kali maka dapat dikatakan sebagai pecandu.

Untuk tes urine pelacakan narkoba maka dengan menggunakan Multi Drug Screen Test. Dengan alat test ini dapat dideteksi apakah pengguna menggunakan Sabu-sabu, ganja, ineks, heroin, benzodiazepim. Dengan test ini dapat dilacak apa yang kira dihadapi oleh pecandu karena jenis narkoba tertentu merangsang saraf pusat sehingga tidak mudah lelah selalu semangat sebagai bentuk stimulant. Ada narkoba yang bersifat halusinogen sehingga mampu memanipulasi indra dan memunculkan kesenangan-kesenangan tertentu secara

indrawi. Jika ini yang dialami individu pecandu dan mengganggu aktifitas rutinnnya maka detoksifikasinya berupa dengan member obat anti anxiety (anti kecemasan) untuk mengatasi ketergantungan emosional atau sifat obsessive impulsifnya. Tetapi jika yang terjadi tdak hanya berupa ketergantungan emosional namun juga ketergantungan fisik (sakaw) –seperti efek yang ditimbulkan heroine- maka pengobatannya lebi khusus lagi yang dilakukan oleh rumah sakit yang dirujuk. Apabila efek fisik dan psikologisnya sudah terlalu berat maka penanganan sepenuhnya diserahkan pada rumah sakit yang dirujuk karena pada dasarnya yang dilakukan oleh rumah terapi adalah suatu bentuk rehabilitasi sosial.

Ada beberapa komponen perawatan yang dilakukan dalam rawat residensial yang sesungguhnya bertumpu pada usaha untuk berpantang penuh dari segala penggunaan jenis drugs dan alcohol agar dapat pulih dan bersih (*clean*) yang berarti sembuh dari pemakaian narkoba (*total abstinent*). Komponen tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Treatment plan
- b. Sesi materi
- c. Konseling
- d. Rujukan medis
- e. Dukungan psikolog
- f. Olah raga dan outing rekreasional
- g. Training vokasional
- h. Program perawatan berkelanjutan
- i. Dukungan keagamaan
- j. Keterlibatan 12 langkah

Penerapan komponen tersebut dapat diterapkan bervariasi sesuai dengan kepentingan dan kondisi. Secara sederhana program terbagi menjadi tiga bagian meskipun dalam penerapannya bervariasi. Bagian pertama adalah Primary Care yang merupakan perawatan residensial dengan cara mengenalkan budaya rehabilitasi. Primary care merupakan waktu penanganan yang utama karena pecandu dalam kondisi 'withdrawal' yaitu berhenti dari penggunaan narkoba sehingga bisa saja mengalami gangguan fisik (sakaw) maupun gangguan emosional. Pada dasarnya yang dilakukan oleh rumah terapi adalah rehabilitasi sosial sehingga apabila terjadi gangguan fisik yang maka yang dilakukan adalah rujukan ke rumah sakit.

Penanganan rehabilitasi social ini merupakan prinsip kehidupan yang dibentuk untuk menumbuhkan kehidupan bersama yang saling peduli satu sama lain dalam satu komunitas. Terapi komunitas seperti ini menurut Richard Hayton merupakan metode dan lingkungan

yang terstruktur untuk mengubah perilaku manusia dalam konteks kehidupan komunitas yang bertanggungjawab (www.sekarmawar.com). Oleh karena itu, dalam treatment plan yang pertama dinegosiasikan pada klien adalah kesanggupan mereka untuk mengikuti budaya rehabilitasi yang ditumbuhkan dalam rumah terapi.

Dalam proses ini yang terjadi adalah suatu bentuk pembelajaran kolektif untuk pemulihan pribadi klien/pecandu. Masing-masing individu menjalankan peran yang bervariasi. Mereka berpartisipasi dalam kegiatan sehari-hari sehingga merasa menjadi bagian aktif dalam suatu komunitas. Klien yang telah menjalani prinsip pemulihan yang baik menjadi contoh (*role model*) bagi klien yang lain. Yang dikembangkan adalah suatu komunikasi yang terbuka dalam proses yang terbina secara kekeluargaan. Konselor memberikan umpan balik, penguatan maupun penilaian dalam diskusi/meeting ataupun dalam kegiatan sehari-hari.

Meskipun prinsip kebersamaan dan kekeluargaan ada aturan dasar (*cardinal rules*) yang ditekankan yaitu *no sex, no violent, no drugs*. Prinsip dasar yang ditumbuhkan antara lain tidak boleh mengganggu barang pribadi orang lain, seperti menempati tempat tidur klien lain, meminta rokok, memakai pakaian, serta tidak boleh menyentuh sembarangan karena perbedaan orientasi seksual mungkin berbeda. Peristiwa sehari-hari dalam perilaku menjalankan peran dibahas dalam meeting sehingga klien semakin memahami dirinya sendiri, bertanggungjawab terhadap hidupnya serta menerapkan nilai, sikap, perilaku dan cara hidup yang sehat.

Dalam tahap primary care ini diterapkan prinsip 12 langkah yang mengadopsi dari prinsip 12 steps Narcotics Anonymous (NA) yang biasanya dipasang sebagai poster untuk mengingatkan klien di rumah terapi:

1. Kita mengakui bahwa kita tidak berdaya tgerhadap adiksi kita sehingga hidup kita menjadi tidak terkendali.
2. Kita tiba pada keyakinan bahwa ada Kekuatan yang Lebih Besar dari diri kita sendiri yang dapat mengembalikan kita pada kewarasan.
3. Kita mengambil keputusan untuk mengalihkan niatan dari kehidupan kita kepada kasih Tuhan sebagaimana kita memahaminya.
4. Kita membuat inventaris moral dari kita sendiri secara penuh seluruh dan tanpa gentar.
5. Kita mengakui kepada Tuhan, kepada kita sendiri, serta kepada seorang manusia lainnya setepat mungkin sifat dari kesalahan-kesalahan kita.
6. Kita menjadi siap secara penuh agar Tuhan menyingkirkan semua karakter kecacatan kita.
7. Kita dengan rendah hati memintanya untuk menyingkirkan kelemahan-kelemahan kita.

8. Kita membuat daftar orang-orang yang telah kita sakiti, dan bersiap diri untuk menebusnya kepada mereka semua.
9. Kita menebus kesalahan kita secara langsung kepada orang-orang tersebut bilamana memungkinkan, kecuali bila melakukannya akan justru melukai mereka atau orang-orang lain.
10. Kita secara terus menerus melakukan inventaris pribadi kita dan bilamana kita bersalah segera mengakui kesalahan kita.
11. Kita melakukan pencarian melalui doa dan meditasi untuk memperbaiki kontak sadar kita dengan Tuhan sebagaimana kita memahaminya, berdoa hanya untuk mengetahui niatan Tuhan atas diri kita dan kekuatan untuk melaksanakannya.
12. Setelah memperoleh pencerahan spiritual sebagai akibat dari langkah-langkah ini, kita mencoba untuk membawa pesan ini kepada para pecandu lainnya, dan untuk menerapkan prinsip-prinsip ini dalam semua urusan keseharian kita.

(Sumber: Yayasan Bambu, IPWL "Rumah Kita") .

Langkah-langkah tersebut selalu diusahakan untuk diterapkan dalam kegiatan sehari-hari yang terjadwal/terstruktur sehingga dapat dirasakan efeknya oleh klien. Tentunya itu bukan merupakan hal yang mudah sehingga selalu dikomunikasikan secara terbuka dengan klien yang lain dalam pertemuan-pertemuan yang ada. Kegiatan dan pertemuan tersebut dirancang dalam kegiatan sehari-hari. Dalam kegiatan tersebut diseimbangkan antara kegiatan fisik (*stretching, wellness*), kebersihan lingkungan (*function*), komunikasi dan diskusi (*morning meeting, night meeting*), penugasan terstruktur (*text work, presentasi*). Kegiatan harian selalu ditutup dengan suatu bentuk simpulan/rangkuman kegiatan harian (*wrap up*). Pada hari Sabtu dan Minggu banyak kegiatan bebas '*free activity*' tetapi juga diselenggarakan NA Meeting sebagai pengelaborasi prinsip 12 langkah yang senantiasa menjaga melanggengkan komunikasi (*meeting, keep contact*), melayani yang lain (*service*) ataupun membantu pecandu yang lain secara khusus (*sponsorship*).

Tahap *primary care* ini ada yang menyelenggarakan selama 2 bulan ada yang tiga bulan. Pada dasarnya jika tahap ini diikuti dengan baik maka klien sebenarnya sudah *clean* dalam arti tidak memakai (*total abstinent*) selama 2/3 bulan. Tahap berikutnya adalah fase transisi atau *halfway house* yang memberikan kesempatan kepada klien untuk dapat bekerja, sekolah atau kegiatan vokasional lainnya di siang hari. Pada malam hari mereka kembali ke rumah terapi. Ada yang tidak menerapkan hal ini karena pertimbangan dapat masuknya narkoba ke dalam rumah terapi.

Pada tahap terakhir (*aftercare*) selama 2/3 bulan klien diperbolehkan tinggal di luar fasilitas rehabilitasi. Klien juga selalu didorong dan diarahkan untuk mengikuti pertemuan kelompok yang mendukung bantuan untuk diri sendiri seperti NA dan AA meeting ataupun FGD. Pada tahap ini juga klien diharapkan mengikuti konseling individual ataupun kelompok sehingga perkembangan ataupun kesulitannya termonitor. Kesembuhan dari kecanduan tercermin dari berhentinya pemakaian (*clean*) dan peningkatan kualitas hidup pecandu.

KESIMPULAN

Rehabilitasi sosial yang dilaksanakan para konselor di rumah terapi narkoba menggunakan komunikasi interpersonal maupun komunikasi kelompok. Komunikasi interpersonal digunakan pada tahap interview awal, pergaulan sehari-hari maupun konseling. Pada dasarnya prinsip rehabilitasi yang digunakan adalah terapi kelompok/komunitas dengan klien sebagai pusat (*client centered therapy*). Terapi komunitas ini berdasarkan prinsip komunikasi terbuka yang tidak menjatuhkan, sukarela dan saling membantu (*mutual help*). Lingkungan terstruktur dibangun untuk menumbuhkan pemaknaan, keberartian diri dengan hidup bersama dengan yang lain.

Prinsip 12 langkah Narcotics Anonymous secara umum digunakan oleh rumah terapi narkoba di Jawa Timur. Adiksi diakui sebagai proses yang harus disembuhkan karena mengganggu keteraturan dan kebermaknaan hidup. Hal ini tidak bisa diselesaikan sendiri tetapi harus dengan menjalani hidup bersama orang lain, melihat contoh panutan (*role model*) dan menjalani fungsi social. Begitu juga seterusnya ketika seorang klien sembuh maka dia terus berperan dalam meeting berbasis NA (Narcotics Anonymous), membantu yang lain (*service*) dan membantu secara khusus dengan menjadi sponsor bagi kesembuhan pecandu yang lain. Prinsip komunikasi yang berlangsung dalam proses terapi adalah terbuka, tidak menilai/membebani (*non judgemental*) sukarela, evaluative, berbasis prosedur dan terstruktur. Prinsip NA bersifat spiritual meskipun tidak berafiliasi pada agama tertentu. Konselor adalah komunikator yang kredibel dengan kompetensi dan pengalamannya.

Harus diakui penelitian ini masih bersifat generik dalam arti menemukan tipologi umum komunikasi. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengurai praksis komunikasi dalam rehabilitasi social rumah terapi sehingga secara induktif menemukan fenomena komunikasi terapi secara lebih detail. Mengenai operasional rumah terapi memang tergantung dari donasi luar. Selama ini Kemensos dan BNN mengambil peran terpenting. Untuk selanjutnya diharapkan peran dari individu untuk menjadi filantropis ataupun 'maecenas' sosial sehingga

mendorong perkembangan rumah terapi. Catatan akhirnya adalah bahwa donator yang ada diharapkan bersifat non intervensionis karena prinsip pengembangan kemandirian institusi.

DAFTAR PUSTAKA

- Berry, Dianne, 2007, "Health Communication, Theory and Practice", Open University Press, New York
- Brown, Brian, Paul Crawford dan Roland Carter, 2006, "Evidence-Based Health Communication", Open University Press, New York
- Fiske, John, 2004, "Cultural Communication Studies", Jalasutra, Yogyakarta
- Fisher, Aubrey, 1990, "Teori-Teori Komunikasi" Penyunting: Jalaluddin Rakhmat, Remaja Rosdakarya, Bandung
- Griffin, EM, 2003, "A First Look at Communication Theory", International Edition, McGraw-Hill Companies Inc., Boston
- Harndt, Hanno, 2005, "Critical Communication Studies", Jalasutra, Yogyakarta
- Hartley, John, 2010, "Communication, Cultural and Media Studies", Jalasutra, Yogyakarta
- Littlejohn, Stephen W., 2005, "Theories of Human Communication", Wadsworth Publishing Company, California.
- Rakhmat, Jalaluddin, 2004, "Psikologi Komunikasi", Remaja Rosdakarya, Bandung
- Strinati, Dominic, 2003, "Popular Culture, Pengantar Menuju Teori Budaya Populer", Bentang Budaya, Yogyakarta
- Tubbs, Stewart L. & Moss, Sylvia, 2000, "Human Communication, Prinsip-Prinsip Dasar", Remaja Rosdakarya, Bandung
- Wood, Julia T., 2004, "Communication Theories in Action", Thomson and Wadsworth, Belmont

Non Buku:

- www.12steps.com
- www.addictionsandrecovery.com
- www.recovery.org
- www.suarasurabaya.net
- www.studentnursesource.net
- www.yayasan sekar mawar.com



RSIS
S. RAJARATHNAM
SCHOOL OF
INTERNATIONAL
STUDIES

UMS
UNIVERSITAS MUHARAMMAD
SALAFIYAH



CENTRE FOR
STRATEGIC AND
INTERNATIONAL
STUDIES



CERTIFICATE

SK Number : 10171/UN7.5.7/PP/2018

This is to express our sincere appreciation and gratitude to

IWAN JOKO PRASETYO

as Presenter

**INTERNATIONAL CONFERENCE ON INDONESIAN
SOCIAL AND POLITICAL ENQUIRIES 2018**

Held by Faculty of Social and Political Sciences, Universitas Diponegoro,
In Semarang, Indonesia. October, 22nd - 23rd 2018

Semarang, October 23rd 2018



Dr. Sunarto, M.Si

Dean, Faculty of Social & Political Sciences
Universitas Diponegoro

ICISPE
UNIVERSITAS
DIPONEGORO

18

Amni Zarkasyi Rahman, M.Si

Project Director, ICISPE 2018

BAHAN AJAR
KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Rehabilitasi Pecandu Narkoba



DI SUSUN OLEH :

Iwan Joko Prasetyo, S.Sos, MSi
Dra. R. Ayu Erni Jusnita, MSi
Drs. Sanhari Prawiradiredja, MSi

UNIVERSITAS DR. SOETOMO
SURABAYA
2018

PRAKATA

Dengan mengucap rasa puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa karena berkat kasih dan karuniaNya, bahan ajar dengan judul Komunikasi Terapeutik Rehabilitasi Pecandu Narkoba dapat terselesaikan dengan tepat waktu. Bahan ajar ini merupakan hasil dari kegiatan penelitian judul “Pengembangan Pola Komunikasi Terapeutik Pecandu Narkoba (Studi Kasus Rumah Terapi Di Wilayah Jawa Timur). Bahan ajar ini dapat terselesaikan berkat kerja keras seluruh penulis serta bantuan rekan-rekan Dosen Fakultas Ilmu Komunikasi Universitas Dr. Soetomo Surabaya.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa tanpa pengorbanan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis tidak dapat menyelesaikan bahan ajar dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan yang baik ini, tidak lupa penulis mengucapkan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. Redi Panuju, MSi selaku Dekan Fakultas Ilmu Komunikasi yang telah memberikan dorongan moril kepada penulia.
2. Rekan-rekan Dosen Fakultas Ilmu Komunikasi yang telah penulis ajak untuk diskusi bersama dan segala saran, kritik untuk menambah kesempurnaan hasil bahan ajar ini.
3. IPWL Yayasan Bambu Rumah Kita Surabaya, IPWL Yayasan Bambu Nusantara Madiun, IPWL LKP2M Banyuwangi, IPWL Eklesia Kediri, IPWL Ghana Pamekasan, dan Rumah Pemandokan Doulos Batu yang telah berkenan menerima kami untuk dijadikan obyek penelitian.

4. Kepada semua pihak yang turut serta membantu terselesaikannya bahan ajar ini.

Akhirnya penulis menyadari sepenuhnya bahwa bahan ajar ini mungkin masih ada beberapa kekurangannya, oleh karena itu saran dan kritik membangun dari semua pihak selalu kami harapkan untuk menambah kesempurnaan.

Surabaya, Nopember 2018

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	i
DAFTAR ISI	ii
MODUL I Arti Komunikasi	1
MODUL II Komunikasi Kesehata	4
MODUL III Komunikasi Terapeutik	16
MODUL IV IPWL (Institusi Penerima Wajib Lapo)	25
MODUL V Komunikasi interpersonal	35
MODUL VI Komunikasi Kelompok	47
MODUL VII Pendekatan Rehabilitasi	55
MODUL VIII Narcotic Anonymous	69
DAFTAR PUSTAKA	

MODUL I

ARTI KOMUNIKASI

I. PENGERTIAN KOMUNIKASI

Kata atau istilah komunikasi (dari bahasa Inggris “*communication*”), secara etimologis atau menurut asal katanya adalah dari bahasa Latin *communicatus*, dan perkataan ini bersumber pada kata *communis*. Dalam kata *communis* ini memiliki makna ‘berbagi’ atau ‘menjadi milik bersama’ yaitu suatu usaha yang memiliki tujuan untuk kebersamaan atau kesamaan makna.

Komunikasi secara terminologis merujuk pada adanya proses penyampaian suatu pernyataan oleh seseorang kepada orang lain. Jadi dalam pengertian ini yang terlibat dalam komunikasi adalah manusia. Karena itu merujuk pada pengertian Ruben dan Steward(1998:16) mengenai komunikasi manusia yaitu:

Human communication is the process through which individuals –in relationships, group, organizations and societies—respond to and create messages to adapt to the environment and one another. Bahwa komunikasi manusia adalah proses yang melibatkan individu-individu dalam suatu hubungan, kelompok, organisasi dan masyarakat yang merespon dan menciptakan pesan untuk beradaptasi dengan lingkungan satu sama lain.

Untuk memahami pengertian komunikasi tersebut sehingga dapat dilancarkan secara efektif dalam Effendy(1994:10) bahwa para peminat komunikasi sering kali mengutip paradigma yang dikemukakan oleh Harold Lasswell dalam karyanya, *The Structure and Function of Communication in Society*. Lasswell mengatakan bahwa cara yang baik untuk untuk menjelaskan komunikasi ialah dengan menjawab pertanyaan sebagai berikut: *Who Says What In Which Channel To Whom With What Effect?*

Paradigma Lasswell di atas menunjukkan bahwa komunikasi meliputi lima unsur sebagai jawaban dari pertanyaan yang diajukan itu, yaitu:

1. Komunikator (siapa yang mengatakan?)
2. Pesan (mengatakan apa?)
3. Media (melalui saluran/ *channel*/media apa?)
4. Komunikan (kepada siapa?)
5. Efek (dengan dampak/efek apa?).

Jadi berdasarkan paradigma Lasswell tersebut, secara sederhana proses komunikasi adalah pihak komunikator membentuk (*encode*) pesan dan menyampaikannya melalui suatu saluran tertentu kepada pihak penerima yang menimbulkan efek tertentu.

II. PROSES KOMUNIKASI

Berangkat dari paradigma Lasswell, Effendy (1994:11-19) membedakan proses komunikasi menjadi dua tahap, yaitu:

1. Proses komunikasi secara primer

Proses komunikasi secara primer adalah proses penyampaian pikiran dan atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan lambang (*symbol*) sebagai media. Lambang sebagai media primer dalam proses komunikasi adalah pesan verbal (bahasa), dan pesan nonverbal (*kial/gesture*, isyarat, gambar, warna, dan lain sebagainya) yang secara langsung dapat/mampu menerjemahkan pikiran dan atau perasaan komunikator kepada komunikan.

Seperti disinggung di muka, komunikasi berlangsung apabila terjadi kesamaan makna dalam pesan yang diterima oleh komunikan. Dengan kata lain, komunikasi adalah proses membuat pesan yang setala bagi komunikator dan komunikan. Prosesnya sebagai berikut, pertama-tama komunikator menyandi (*encode*) pesan yang akan disampaikan disampaikan kepada komunikan. Ini berarti komunikator memformulasikan pikiran dan atau perasaannya

ke dalam lambang (bahasa) yang diperkirakan akan dimengerti oleh komunikan. Kemudian giliran komunikan untuk menterjemahkan (*decode*) pesan dari komunikator. Ini berarti ia menafsirkan lambang yang mengandung pikiran dan atau perasaan komunikator tadi dalam konteks pengertian. Yang penting dalam proses penyandian (*coding*) adalah komunikator dapat menyandi dan komunikan dapat menerjemahkan sandi tersebut (terdapat kesamaan makna).

Wilbur Schramm (dalam Effendy, 1994) menyatakan bahwa komunikasi akan berhasil (terdapat kesamaan makna) apabila pesan yang disampaikan oleh komunikator cocok dengan kerangka acuan (*frame of reference*), yakni paduan pengalaman dan pengertian (*collection of experiences and meanings*) yang diperoleh oleh komunikan. Schramm menambahkan, bahwa bidang (*field of experience*) merupakan faktor penting juga dalam komunikasi. Jika bidang pengalaman komunikator sama dengan bidang pengalaman komunikan, komunikasi akan berlangsung lancar. Sebaliknya, bila bidang pengalaman komunikan tidak sama dengan bidang pengalaman komunikator, akan timbul kesukaran untuk mengerti satu sama lain. Sebagai contoh seperti yang diungkapkan oleh Sendjaja(1994:33) yakni : Si A seorang mahasiswa ingin berbincang-bincang mengenai perkembangan valuta asing dalam kaitannya dengan pertumbuhan ekonomi. Bagi si A tentunya akan lebih mudah dan lancar apabila pembicaraan mengenai hal tersebut dilakukan dengan si B yang juga sama-sama mahasiswa. Seandainya si A tersebut membicarakan hal tersebut dengan si C, seorang pemuda desa tamatan SD tentunya proses komunikasi tidak akan berjalan sebagaimana mestinya seperti yang diharapkan si A. Karena antara si A dan si C terdapat perbedaan yang menyangkut tingkat pengetahuan, pengalaman, budaya, orientasi dan mungkin juga kepentingannya.

Contoh tersebut dapat memberikan gambaran bahwa proses komunikasi akan berjalan baik atau mudah apabila di antara pelaku (sumber dan penerima) relatif sama. Artinya apabila kita ingin berkomunikasi dengan baik dengan seseorang, maka kita harus mengolah dan

menyampaikan pesan dalam bahasa dan cara-cara yang sesuai dengan tingkat pengetahuan, pengalaman, orientasi dan latar belakang budayanya. Dengan kata lain komunikator perlu mengenali karakteristik individual, sosial dan budaya dari komunikan.

2. Proses komunikasi sekunder

Proses komunikasi secara sekunder adalah proses penyampaian pesan oleh komunikator kepada komunikan dengan menggunakan alat atau sarana sebagai media kedua setelah memakai lambang sebagai media pertama.

Seorang komunikator menggunakan media ke dua dalam menyampaikan komunikasike karena komunikan sebagai sasaran berada di tempat yang relatif jauh atau jumlahnya banyak. Surat, telepon, teleks, surat kabar, majalah, radio, televisi, film, dsb adalah media kedua yang sering digunakan dalam komunikasi. Proses komunikasi secara sekunder itu menggunakan media yang dapat diklasifikasikan sebagai media massa (surat kabar, televisi, radio, dsb.) dan media nirmassa (telepon, surat, megapon, dsb.).

III. KONSEPTUAL KOMUNIKASI

Deddy Mulyana (2005:61-69) mengkategorikan definisi-definisi tentang komunikasi dalam tiga konseptual yaitu:

1. Komunikasi sebagai tindakan satu arah.

Suatu pemahaman komunikasi sebagai penyampaian pesan searah dari seseorang (atau lembaga) kepada seseorang (sekelompok orang) lainnya, baik secara langsung (tatap muka) ataupun melalui media, seperti surat (selebaran), surat kabar, majalah, radio, atau televisi. Pemahaman komunikasi sebagai proses searah sebenarnya kurang sesuai bila diterapkan pada komunikasi tatapmuka, namun tidak terlalu keliru bila diterapkan pada komunikasi publik (pidato) yang tidak melibatkan tanya jawab. Pemahaman komunikasi dalam konsep ini, sebagai definisi berorientasi-sumber. Definisi seperti ini mengisyaratkan komunikasi semua kegiatan yang secara sengaja dilakukan seseorang untuk menyampaikan rangsangan untuk

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

Beberapa definisi komunikasi dalam konseptual tindakan satu arah:

- a. Everet M. Rogers: *komunikasi adalah proses dimana suatu ide dialihkan dari sumber kepada suatu penerima atau lebih, dengan maksud untuk mengubah tingkah laku.*
- b. Gerald R. Miller: *komunikasi terjadi ketika suatu sumber menyampaikan suatu pesan kepada penerima dengan niat yang disadari untuk mempengaruhi perilaku penerima.*
- c. Carld R. Miller: *komunikasi adalah proses yang memungkinkan seseorang (komunikator) menyampaikan rangsangan (biasanya lambang-lambang verbal) untuk mengubah perilaku orang lain (komunkate).*
- d. Theodore M. Newcomb: *Setiap tindakan komunikasi dipandang sebagai suatu transmisi informasi terdiri dari rangsangan yang diskriminatif, dari sumber kepada penerima.*

2. Komunikasi sebagai interaksi.

Pandangan ini menyetarakan komunikasi dengan suatu proses sebab-akibat atau aksi-reaksi, yang arahnya bergantian. Seseorang menyampaikan pesan, baik verbal atau nonverbal, seorang penerima bereaksi dengan memberi jawaban verbal atau nonverbal, kemudian orang pertama bereaksi lagi setelah menerima respon atau umpan balik dari orang kedua, dan begitu seterusnya.

Contoh definisi komunikasi dalam konsep ini, Shanon dan Weaver (dalam Wiryanto, 2004), *komunikasi adalah bentuk interaksi manusia yang saling mempengaruhi satu sama lain, sengaja atau tidak sengaja dan tidak terbatas pada bentuk komunikasi verbal, tetapi juga dalam hal ekspresi muka, lukisan, seni, dan teknologi.*

3. Komunikasi sebagai transaksi.

Pandangan ini menyatakan bahwa komunikasi adalah proses yang dinamis yang secara sinambungan mengubah pihak-pihak yang berkomunikasi. Berdasarkan pandangan ini, maka orang-orang yang berkomunikasi dianggap sebagai komunikator yang secara aktif mengirimkan dan menafsirkan pesan. Setiap saat mereka bertukar pesan verbal dan atau pesan nonverbal.

Beberapa definisi yang sesuai dengan konsep transaksi:

- a. Stewart L. Tubbs dan Sylvia Moss: *Komunikasi adalah proses pembentukan makna di antara dua orang atau lebih.*
- b. Judy C. Pearson dan Paul E. Nelson: *Komunikasi adalah proses memahami dan berbagi makna.*
- c. William I. Gordon : *Komunikasi adalah suatu transaksi dinamis yang melibatkan gagasan dan perasaan.*
- d. Donald Byker dan Loren J. Anderson: *Komunikasi adalah berbagi informasi antara dua orang atau lebih.*

IV. FUNGSI KOMUNIKASI

William I. Gordon (dalam Deddy Mulyana, 2005:5-30) mengategorikan fungsi komunikasi menjadi empat, yaitu:

1. Sebagai komunikasi sosial

Fungsi komunikasi sebagai komunikasi sosial setidaknya mengisyaratkan bahwa komunikasi itu penting untuk membangun konsep diri kita, aktualisasi diri, untuk kelangsungan hidup, untuk memperoleh kebahagiaan, terhindar dari tekanan dan ketegangan, antara lain lewat komunikasi yang bersifat menghibur, dan memupuk hubungan hubungan orang lain. Melalui komunikasi kita bekerja sama dengan anggota masyarakat (keluarga,

kelompok belajar, perguruan tinggi, RT, desa, ..., negara secara keseluruhan) untuk mencapai tujuan bersama.

- a. Pembentukan konsep diri. Konsep diri adalah pandangan kita mengenai diri kita, dan itu hanya bisa kita peroleh lewat informasi yang diberikan orang lain kepada kita. Melalui komunikasi dengan orang lain kita belajar bukan saja mengenai siapa kita, namun juga bagaimana kita merasakan siapa kita. Anda mencintai diri anda bila anda telah dicintai; anda berpikir anda cerdas bila orang-orang sekitar anda menganggap anda cerdas; anda merasa tampan atau cantik bila orang-orang sekitar anda juga mengatakan demikian. George Herbert Mead (dalam Jalaluddin Rakhmat, 1994) mengistilahkan *significant others* (orang lain yang sangat penting) untuk orang-orang disekitar kita yang mempunyai peranan penting dalam membentuk konsep diri kita. Ketika kita masih kecil, mereka adalah orang tua kita, saudara-saudara kita, dan orang yang tinggal satu rumah dengan kita. Richard Dewey dan W.J. Humber (1966) menamai *affective others*, untuk orang lain yang dengan mereka kita mempunyai ikatan emosional. Dari merekalah, secara perlahan-lahan kita membentuk konsep diri kita. Selain itu, terdapat apa yang disebut dengan *reference group* (kelompok rujukan) yaitu kelompok yang secara emosional mengikat kita, dan berpengaruh terhadap pembentukan konsep diri kita. Dengan melihat ini, orang mengarahkan perilakunya dan menyesuaikan dirinya dengan ciri-ciri kelompoknya. Kalau anda memilih kelompok rujukan anda Ikatan Dokter Indonesia, anda menjadikan norma-norma dalam Ikatan ini sebagai ukuran perilaku anda. Anda juga merasa diri sebagai bagian dari kelompok ini, lengkap dengan sifat-sifat dokter menurut persepsi anda.
- b. Pernyataan eksistensi diri. Orang berkomunikasi untuk menunjukkan dirinya eksis. Inilah yang disebut aktualisasi diri atau lebih tepat lagi pernyataan eksistensi diri. Fungsi komunikasi sebagai eksistensi diri terlihat jelas misalnya pada penanya dalam sebuah seminar. Meskipun mereka sudah diperingatkan moderator untuk berbicara singkat dan

langsung ke pokok masalah, penanya atau komentator itu sering berbicara panjang lebar dan mengulahi hadirin, dengan argumen-argumen yang terkadang tidak relevan.

c. Untuk kelangsungan hidup, memupuk hubungan, dan memperoleh kebahagiaan. Sejak lahir, kita tidak dapat hidup sendiri untuk mempertahankan hidup. Kita perlu dan harus berkomunikasi dengan orang lain, untuk memenuhi kebutuhan biologis kita seperti makan dan minum, dan memenuhi kebutuhan psikologis kita seperti sukses dan kebahagiaan. Para psikolog berpendapat, kebutuhan utama kita sebagai manusia, dan untuk menjadi manusia yang sehat secara rohani, adalah kebutuhan akan hubungan sosial yang ramah, yang hanya bisa terpenuhi dengan membina hubungan yang baik dengan orang lain. Abraham Maslow menyebutkan bahwa manusia punya lima kebutuhan dasar: kebutuhan fisiologis, keamanan, kebutuhan sosial, penghargaan diri, dan aktualisasi diri. Kebutuhan yang lebih dasar harus dipenuhi terlebih dahulu sebelum kebutuhan yang lebih tinggi diupayakan. Kita mungkin sudah mampu memenuhi kebutuhan fisiologis dan keamanan untuk bertahan hidup. Kini kita ingin memenuhi kebutuhan sosial, penghargaan diri, dan aktualisasi diri. Kebutuhan ketiga dan keempat khususnya meliputi keinginan untuk memperoleh rasa lewat rasa memiliki dan dimiliki, pergaulan, rasa diterima, memberi dan menerima persahabatan. Komunikasi akan sangat dibutuhkan untuk memperoleh dan memberi informasi yang dibutuhkan, untuk membujuk atau mempengaruhi orang lain, mempertimbangkan solusi alternatif atas masalah kemudian mengambil keputusan, dan tujuan-tujuan sosial serta hiburan.

2. Sebagai komunikasi ekspresif

Komunikasi berfungsi untuk menyampaikan perasaan-perasaan (emosi) kita. Perasaan-perasaan tersebut terutama dikomunikasikan melalui pesan-pesan nonverbal. Perasaan sayang, peduli, rindu, simpati, gembira, sedih, takut, prihatin, marah dan benci dapat disampaikan lewat kata-kata, namun bisa disampaikan secara lebih ekspresif lewat perilaku nonverbal. Seorang ibu menunjukkan kasih sayangnya dengan membelai kepala anaknya.

Orang dapat menyalurkan kemarahannya dengan mengumpat, mengepalkan tangan seraya melototkan matanya, mahasiswa memprotes kebijakan penguasa negara atau penguasa kampus dengan melakukan demonstrasi.

3. Sebagai komunikasi ritual

Suatu komunitas sering melakukan upacara-upacara berlainan sepanjang tahun dan sepanjang hidup, yang disebut para antropolog sebaga *rites of passage*, mulai dari upacara kelahiran, sunatan, ulang tahun, pertunangan, siraman, pernikahan, dan lain-lain. Dalam acara-acara itu orang mengucapkan kata-kata atau perilaku-perilaku tertentu yang bersifat simbolik. Ritus-ritus lain seperti berdoa (salat, sembahyang, misa), membaca kitab suci, naik haji, upacara bendera (termasuk menyanyikan lagu kebangsaan), upacara wisuda, perayaan lebaran (Idul Fitri) atau Natal, juga adalah komunikasi ritual. Mereka yang berpartisipasi dalam bentuk komunikasi ritual tersebut menegaskan kembali komitmen mereka kepada tradisi keluarga, suku, bangsa. Negara, ideologi, atau agama mereka.

4. Sebagai komunikasi instrumental

Komunikasi instrumental mempunyai beberapa tujuan umum, yaitu: menginformasikan, mengajar, mendorong, mengubah sikap, menggerakkan tindakan, dan juga menghibur. Sebagai instrumen, komunikasi tidak saja kita gunakan untuk menciptakan dan membangun hubungan, namun juga untuk menghancurkan hubungan tersebut. Studi komunika membuat kita peka terhadap berbagai strategi yang dapat kita gunakan dalam komunikasi kita untuk bekerja lebih baik dengan orang lain demi keuntungan bersama. Komunikasi berfungsi sebagai instrumen untuk mencapai tujuan-tujuan pribadi dan pekerjaan, baik tujuan jangka pendek ataupun tujuan jangka panjang. Tujuan jangka pendek misalnya untuk memperoleh pujian, menumbuhkan kesan yang baik, memperoleh simpati, empati, keuntungan material, ekonomi, dan politik, yang antara lain dapat diraih dengan pengelolaan kesan (*impression management*), yakni taktik-taktik verbal dan nonverbal,

seperti berbicara sopan, mengobral janji, mengenakan pakaian necis, dan sebagainya yang pada dasarnya untuk menunjukkan kepada orang lain siapa diri kita seperti yang kita inginkan. Sementara itu, tujuan jangka panjang dapat diraih lewat keahlian komunikasi, misalnya keahlian berpidato, berunding, berbahasa asing ataupun keahlian menulis. Kedua tujuan itu (jangka pendek dan panjang) tentu saja saling berkaitan dalam arti bahwa pengelolaan kesan itu secara kumulatif dapat digunakan untuk mencapai tujuan jangka panjang berupa keberhasilan dalam karier, misalnya untuk memperoleh jabatan, kekuasaan, penghormatan sosial, dan kekayaan.

Berkenaan dengan fungsi komunikasi ini, terdapat beberapa pendapat dari para ilmuwan yang bila dicermati saling melengkapi.^[1] Misal pendapat Onong Effendy (1994), ia berpendapat fungsi komunikasi adalah menyampaikan informasi, mendidik, menghibur, dan mempengaruhi. Sedangkan Harold D Lasswell (dalam Nurudin, 2004 dan Effendy, 1994:27) memaparkan fungsi komunikasi sebagai berikut:

1. Penjajagan/pengawasan lingkungan (*surveillance of the information*) yakni penyingkapan ancaman dan kesempatan yang mempengaruhi nilai masyarakat.
2. Menghubungkan bagian-bagian yang terpisahkan dari masyarakat untuk menanggapi lingkungannya .
3. Menurunkan warisan sosial dari generasi ke generasi berikutnya.

MODUL 2

KOMUNIKASI KESEHATAN

Masih banyak orang yang mengira bahwa cakupan bidang Ilmu Komunikasi hanya terbatas pada keterampilan berbicara terutama di depan umum dan kajian media massa atau jurnalistik saja. Padahal, Ilmu Komunikasi mencakup hampir seluruh lapisan dan unsur kehidupan karena penggunaannya sangat dibutuhkan oleh berbagai kalangan. Tak luput juga dalam bidang kesehatan, dimana terdapat kajian khusus yang membahas mengenai komunikasi kesehatan. Pada pembahasan kali ini, kita akan mengulas lebih mendalam mengenai kajian komunikasi kesehatan.

1. Pengertian Komunikasi Kesehatan

Sesuai dengan namanya, konsep komunikasi kesehatan berakar dari dua konsep yaitu komunikasi dan kesehatan itu sendiri. Komunikasi berasal dari bahasa Latin *communicatus* yang artinya “berbagi” atau “menjadi milik bersama”, menegaskan bahwa tujuan dilakukannya adalah untuk berbagi dalam kebersamaan. Secara mendasar dan sederhana, komunikasi adalah proses penyampaian atau pembagian pesan dari satu pihak ke pihak lain supaya mendapatkan pemahaman bersama terhadap suatu hal pada pesan tersebut. Sedangkan pengertian kesehatan berasal kata dari sehat, dan dapat dimaknai secara luas baik sehat jasmani maupun rohani. **Gochman** dan **De Clereq** menjelaskan bahwa kesehatan dapat sangat luas dan cukup sulit untuk maknanya, dimana bisa juga diartikan sebagai sesuatu yang mengandung komponen biomedis, personal, serta sosiokultural. Hal ini juga bisa berarti kalau kesehatan adalah kondisi atau keadaan dimana seseorang terbebas dari segala penyakit fisik dan juga dilihat dari segi mental atau perasaan yang memang lebih sulit untuk dilihat dan diamati secara kasat mata.

Berdasarkan kedua konsep tersebut, dapat ditarik pengertian bahwa komunikasi kesehatan adalah proses penyampaian pesan berisi hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan oleh pemberi pesan kepada penerimanya melalui berbagai media yang dianggap tepat. Penyampaian pesan ini memiliki tujuan dasar untuk memberikan pengarahan mengenai kesehatan secara utuh baik jasmani dan rohani guna mendukung tercapainya perilaku manusia untuk kesejahteraan sosial. Pesan-pesan yang terdapat di dalam komunikasi kesehatan tentunya lebih berfokus dan khusus dibanding komunikasi secara umum, yang biasanya meliputi mengenai isu-isu kesehatan yang sedang beredar dan bagaimana penjagaan kesehatan yang tepat bagi masyarakat.

Dengan menerapkan konsep komunikasi kesehatan, berbagai strategi komunikasi digunakan supaya dapat menyampaikan informasi dan edukasi kesehatan kepada berbagai lapisan masyarakat supaya dapat berperan aktif dalam penggalakkan kesehatan. Penggalakkan kesehatan ini mencakup berbagai hal dari soal penjagaan diri dari penyakit, proses pencegahan penyakit, sampai bagaimana menyadari kalau orang-orang di sekitar mengalami kondisi kesehatan yang tidak sehat baik secara jasmani maupun rohani. Dengan begitu, masyarakat diharapkan memiliki pengetahuan mendasar dan informasi yang mumpuni mengenai kesehatan untuk dapat memiliki sikap dan perilaku masyarakat yang mengedepankan pola hidup sehat.

Maka dari itu dapat disimpulkan bahwa komunikasi kesehatan memiliki dua unsur penting yang menjadi dasar dalam konsep kajiannya, yaitu:

1. Masyarakat yang terdiri dari individu-individu melakukan proses komunikasi untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan dengan menggunakan berbagai elemen dan strategi yang ada dalam kajian komunikasi.
2. Media dan teknologi terkini digunakan sebagai sarana atau *channel* untuk melakukan proses penyampaian pesan-pesan kesehatan secara lebih luas supaya dapat

menumbuhkan pengetahuan dan kesadaran individu serta komunitas terhadap pentingnya kesehatan.

2. Tujuan Komunikasi Kesehatan

Setelah memahami apa itu konsep dari komunikasi kesehatan, selanjutnya kita perlu membahas mengenai apa saja tujuan dari diterapkan dan dilaksanakannya komunikasi kesehatan itu. Secara mendasar, tujuan dari komunikasi kesehatan terbagi menjadi tujuan strategis dan tujuan praktis. Tujuan strategis dari komunikasi kesehatan ada empat, yaitu:

1. Menyampaikan informasi kesehatan dari satu pihak ke pihak lain, yang mana diharapkan dan ditujukan supaya pihak yang diberi informasi akan menyampaikan lagi informasi tersebut ke pihak selanjutnya. Dengan begitu terjadi rantai informasi dan pengetahuan kesehatan yang terus-menerus dan bersambung sehingga dapat diketahui oleh berbagai kalangan masyarakat.
2. Membuat orang yang diberikan informasi dan edukasi dapat membuat keputusan mengenai kesehatan, baik untuk diri mereka sendiri maupun orang sekitar seperti keluarga atau kerabat.
3. Membentuk terciptanya perilaku hidup yang sehat baik jasmani atau rohani, dimana orang-orang yang mendapatkan informasi dapat menjaga kesehatan mereka sendiri dan berusaha keras untuk terus menciptakan lingkungan yang sehat.
4. Mengajak orang untuk memperhatikan dan memelihara kesehatan diri mereka masing-masing, sehingga dapat terus sehat jasmani dan rohani serta terhindar dari berbagai ancaman penyakit.

Sedangkan tujuan praktis dari komunikasi kesehatan ada empat, yaitu:

1. Meningkatkan pengetahuan bagi pelaku kesehatan mengenai apa saja prinsip dan proses komunikasi yang terjadi antara manusia, bagaimana menyusun isi pesan supaya dapat tersampaikan dengan baik, memilih media yang tepat dan sesuai dengan target yang akan

diberikan informasi, hingga mengatur *feedback* atau respon yang diberikan oleh masyarakat kepada pemberi pesan.

2. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan dalam hal melaksanakan komunikasi dengan efektif baik secara verbal maupun nonverbal guna menyampaikan informasi dan pesan-pesan kesehatan pada masyarakat luas.
3. Membentuk perilaku dan sikap yang tepat dalam mengkomunikasikan pesan kesehatan dengan baik kepada masyarakat, serta memiliki gaya bicara yang menyenangkan serta percaya diri sehingga pesan dapat tersampaikan dengan baik.
4. Memahami interaksi yang terjadi dengan *audience* atau masyarakat oleh pelaku kesehatan saat menyampaikan pesan kesehatan dan mengerti dengan baik mengenai hubungan antara kesehatan dengan perilaku individu yang diberikan informasi.

3. Ruang Lingkup Komunikasi Kesehatan

Seperti yang telah diulas sebelumnya bahwa komunikasi kesehatan memang memiliki cakupan yang lebih fokus dan khusus dibandingkan komunikasi secara umum. Untuk lebih memahaminya, berikut adalah beberapa ruang lingkup yang terdapat pada konsep kajian komunikasi kesehatan.

A. Usaha-usaha kesehatan

Hal yang pertama terdapat dalam ruang lingkup komunikasi kesehatan adalah usaha-usaha kesehatan yang memiliki empat tingkatan. Tingkat pertama adalah usaha pencegahan penyakit, dimana hal ini harus dilakukan guna meningkatkan kesehatan tubuh dan dijalankan sebelum terkena penyakit. Usaha ini dapat dilakukan dengan menyebarkan informasi penting mengenai penjagaan kesehatan dan pencegahan penyakit yang umum terjadi di masyarakat, hingga kegiatan medis sebagai tindak preventif seperti vaksinasi. Tingkat kedua adalah pengobatan, dimana hal ini dilakukan saat individu sudah terlanjur terkena suatu penyakit tertentu yang menyerang sistem

kesehatannya. Proses pengobatan dilakukan dengan mencari jenis pengobatan yang tepat dan sesuai dengan penyakit yang diderita sebagai cara mengatasi permasalahan yang diderita. Tingkatan selanjutnya adalah promotif yaitu melakukan perawatan supaya individu sembuh dengan sempurna dan mencegah penyakit datang lagi, Tingkat terakhir adalah rehabilitasi, yaitu usaha yang dilakukan untuk membuat individu kembali seperti sebelum terkena penyakit supaya dapat bergabung dengan masyarakat lainnya seperti semula.

B. Pencegahan terhadap penyakit

Ruang lingkup kedua dalam komunikasi kesehatan adalah pencegahan terhadap penyakit yang mengintai masyarakat sebelum akhirnya penyakit tersebut benar-benar mendatangi individu per individu. Dalam melakukan kegiatan pencegahan ini, para pelaku kesehatan dapat memberikan informasi dan pengetahuan kepada masyarakat luas mengenai hal-hal yang berkaitan dengan penyakit tertentu. Misalnya saja, apa dan bagaimana ciri orang yang mengalami penyakit tersebut, atau bagaimana tindakan pertama yang dapat dilakukan untuk menolong orang yang menderita penyakit itu.

Pencegahan penyakit juga bisa dilakukan dengan mengajak serta semua lapisan masyarakat untuk menggalakkan pola hidup sehat dan teratur, sehingga dapat terhindar dari berbagai virus dan kuman yang menyebabkan penyakit. Dengan begitu, masyarakat akan merasa menjadi bagian yang penting dalam proses penjagaan kesehatan diri mereka sendiri maupun lingkungan sekitar karena telah dilibatkan. Bahkan bukan tidak mungkin jika masyarakat kemudian ikut menyebarkan informasi kesehatan yang telah mereka dapat karena merasa bahwa hal itu adalah hal yang penting untuk diketahui banyak orang.

MODUL III

KOMUNIKASI TERAPEUTIK

I. Pengertian Komunikasi Terapeutik

- a. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Indrawati, 2003 48).
- b. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antar perawat dengan pasien. Persoalan mendasar dan komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara perawat dan pasien, sehingga dapat dikategorikan ke dalam komunikasi pribadi di antara perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan (Indrawati, 2003 : 48).
- c. Komunikasi terapeutik bukan pekerjaan yang bisa dikesampingkan, namun harus direncanakan, disengaja, dan merupakan tindakan profesional. Akan tetapi, jangan sampai karena terlalu asyik bekerja, kemudian melupakan pasien sebagai manusia dengan beragam latar belakang dan masalahnya (Arwani, 2003 50).

1. Manfaat Komunikasi Terapeutik

Manfaat komunikasi terapeutik adalah untuk mendorong dan menganjurkan kerja sama antara perawat dan pasien melalui hubungan perawat dan pasien. Mengidentifikasi. Mengungkap perasaan dan mengkaji masalah dan evaluasi tindakan yang dilakukan oleh perawat (Indrawati, 2003 : 50).

II. Tujuan Komunikasi Terapeutik (Indrawati, 2003 48).

Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan yang efektif untuk pasien, membantu mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan diri sendiri. Kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan perawat-klien, Bila perawat tidak

memperhatikan hal ini, hubungan perawat-klien tersebut bukanlah hubungan yang memberikan dampak terapeutik yang mempercepat kesembuhan klien, tetapi hubungan sosial biasa.

III. Jenis Komunikasi Terapeutik

Komunikasi merupakan proses kompleks yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain dan dunia sekitarnya. Menurut Potter dan Perry (1993) dalam Purba (2003), komunikasi terjadi pada tiga tingkatan yaitu intrapersonal, interpersonal dan publik.

Menurut Potter dan Perry (1993), Swansburg (1990), Szilagyi (1984), dan Tappen (1995) dalam Purba (2003) ada tiga jenis komunikasi yaitu verbal, tertulis dan non-verbal yang dimanifestasikan secara terapeutik.

1. Komunikasi Verbal

Jenis komunikasi yang paling lazim digunakan dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit adalah pertukaran informasi secara verbal terutama pembicaraan dengan tatap muka. Komunikasi verbal biasanya lebih akurat dan tepat waktu. Kata-kata adalah alat atau simbol yang dipakai untuk mengekspresikan ide atau perasaan, membangkitkan respon emosional, atau menguraikan obyek, observasi dan ingatan. Sering juga untuk menyampaikan arti yang tersembunyi, dan menguji minat seseorang. Keuntungan komunikasi verbal dalam tatap muka yaitu memungkinkan tiap individu untuk berespon secara langsung.

Komunikasi Verbal yang efektif harus:

1) Jelas dan ringkas

Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Makin sedikit kata-kata yang digunakan makin kecil kemungkinan terjadinya kerancuan. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara lambat dan mengucapkannya dengan jelas.

Penggunaan contoh bisa membuat penjelasan lebih mudah untuk dipahami. Ulang bagian yang penting dari pesan yang disampaikan. Penerimaan pesan perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa dan dimana. Ringkas, dengan menggunakan kata-kata yang mengekspresikan ide secara sederhana.

2) Perbendaharaan Kata (Mudah dipahami)

Komunikasi tidak akan berhasil, jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan. Banyak istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran, dan jika ini digunakan oleh perawat, klien dapat menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting. Ucapkan pesan dengan istilah yang dimengerti klien. Daripada mengatakan “Duduk, sementara saya akan mengauskultasi paru paru anda” akan lebih baik jika dikatakan “Duduklah sementara saya mendengarkan paru-paru anda”.

3) Arti denotatif dan konotatif

Arti denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata. Kata serius dipahami klien sebagai suatu kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menggunakan kata kritis untuk menjelaskan keadaan yang mendekati kematian. Ketika berkomunikasi dengan keperawat harus hati-hati memilih kata-kata sehingga tidak mudah untuk disalah tafsirkan, terutama sangat penting ketika menjelaskan tujuan terapi, terapi dan kondisi klien.

4) Selaan dan kesempatan berbicara

Kecepatan dan tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Selaan yang lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain mungkin akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap klien. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata-kata

tidak jelas. Selaan perlu digunakan untuk menekankan pada hal tertentu, memberi waktu kepada pendengar untuk mendengarkan dan memahami arti kata. Selaan yang tepat dapat dilakukan dengan memikirkan apa yang akan dikatakan sebelum mengucapkannya, menyimak isyarat nonverbal dari pendengar yang mungkin menunjukkan. Perawat juga bisa menanyakan kepada pendengar apakah ia berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan perlu untuk diulang.

5) Waktu dan Relevansi

Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap pesan. Bila klien sedang menangis kesakitan, tidak waktunya untuk menjelaskan resiko operasi. Kendatipun pesan diucapkan secara jelas dan singkat, tetapi waktu tidak tepat dapat menghalangi penerimaan pesan secara akurat. Oleh karena itu, perawat harus peka terhadap ketepatan waktu untuk berkomunikasi. Begitu pula komunikasi verbal akan lebih bermakna jika pesan yang disampaikan berkaitan dengan minat dan kebutuhan klien.

6) Humor

Dugan (1989) dalam Purba (2003) mengatakan bahwa tertawa membantu pengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh stres, dan meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Sullivan dan Deane (1988) dalam Purba (2006) melaporkan bahwa humor merangsang produksi *catecholamines* dan hormon yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi ansietas, memfasilitasi relaksasi pernapasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidak mampuannya untuk berkomunikasi dengan klien.

2. Komunikasi Tertulis

Komunikasi tertulis merupakan salah satu bentuk komunikasi yang sering digunakan dalam bisnis, seperti komunikasi melalui surat menyurat, pembuatan memo, laporan, iklan di surat kabar dan lain- lain.

Prinsip-prinsip komunikasi tertulis terdiri dari :

- 1) Lengkap
- 2) Ringkas
- 3) Pertimbangan
- 4) Konkrit
- 5) Jelas
- 6) Sopan
- 7) Benar

Fungsi komunikasi tertulis adalah:

- 1) Sebagai tanda bukti tertulis yang otentik, misalnya; persetujuan operasi.
- 2) Alat pengingat/berpikir bilamana diperlukan, misalnya surat yang telah diarsipkan.
- 3) Dokumentasi historis, misalnya surat dalam arsip lama yang digali kembali untuk mengetahui perkembangan masa lampau.
- 4) Jaminan keamanan, umpamanya surat keterangan jalan.
- 5) Pedoman atau dasar bertindak, misalnya surat keputusan, surat perintah, surat pengangkatan.

Keuntungan Komunikasi tertulis adalah:

- 1) Adanya dokumen tertulis
- 2) Sebagai bukti penerimaan dan pengiriman
- 3) Dapat menyampaikan ide yang rumit
- 4) Memberikan analisa, evaluasi dan ringkasan

- 5) menyebarkan informasi kepada khalayak ramai
- 6) Dapat menegaskan, menafsirkan dan menjelaskan komunikasi lisan.
- 7) Membentuk dasar kontrak atau perjanjian
- 8) Untuk penelitian dan bukti di pengadilan

Kerugian Komunikasi tertulis adalah:

- 1) Memakan waktu lama untuk membuatnya
- 2) Memakan biaya yang mahal
- 3) Komunikasi tertulis cenderung lebih formal
- 4) Dapat menimbulkan masalah karena salah penafsiran
- 5) Susah untuk mendapatkan umpan balik segera
- 6) Bentuk dan isi surat tidak dapat di ubah bila telah dikirimkan
- 7) Bila penulisan kurang baik maka akan membingungkan Si pembaca.

3. Komunikasi Non Verbal

Komunikasi non-verbal adalah pemindahan pesan tanpa menggunakan kata-kata. Merupakan cara yang paling meyakinkan untuk menyampaikan pesan kepada orang lain. Perawat perlu menyadari pesan verbal dan non-verbal yang disampaikan klien mulai dan saat pengkajian sampai evaluasi asuhan keperawatan, karena isyarat non verbal menambah arti terhadap pesan verbal. Perawat yang mendeteksi suatu kondisi dan menentukan kebutuhan asuhan keperawatan.

Morris (1977) dalam Liliweni (2004) membagi pesan non verbal sebagai berikut:

1) Kinesik

Kinesik adalah pesan non verbal yang diimplementasikan dalam bentuk bahasa isyarat tubuh atau anggota tubuh. Perhatikan bahwa dalam pengalihan informasi mengenai kesehatan, para penyuluh tidak saja menggunakan kata-kata secara verbal tetapi juga memperkuat pesan-

pesan itu dengan bahasa isyarat untuk mengatakan suatu penyakit yang berbahaya, obat yang mujarab, cara memakai kondom, cara mengaduk obat, dan lain-lain.

2) Proksemik

Proksemik yaitu bahasa non verbal yang ditunjukkan oleh “ruang” dan “jarak” antara individu dengan orang lain waktu berkomunikasi atau antara individu dengan objek.

3) Haptik

Haptik seringkali disebut *zero proxemics*, artinya tidak ada lagi jarak di antara dua orang waktu berkomunikasi. Atas dasar itu maka ada ahli komunikasi non verbal yang mengatakan haptik itu sama dengan menepuk-nepuk, meraba-raba, memegang, mengelus dan mencubit. Haptik mengkomunikasikan relasi anda dengan seseorang.

4) Paralinguistik

Paralinguistik meliputi setiap penggunaan suara sehingga dia bermanfaat kalau kita hendak menginterpretasikan simbol verbal. Sebagai contoh, orang-orang Muang Thai merupakan orang yang rendah hati, mirip dengan orang Jawa yang tidak mengungkapkan kemarahan dengan suara yang keras. Mengeritik orang lain biasanya tidak diungkapkan secara langsung tetapi dengan anekdot. Ini berbeda dengan orang Batak dan Timor yang mengungkapkan segala sesuatu dengan suara keras.

5) Artifak

Kita memahami artifak dalam komunikasi komunikasi non verbal dengan pelbagai benda material disekitar kita, lalu bagaimana cara benda-benda itu digunakan untuk menampilkan pesan tatkala dipergunakan. Sepeda motor, mobil, kulkas, pakaian, televisi, komputer mungkin sekedar benda. Namun dalam situasi sosial tertentu benda-benda itu memberikan pesan kepada orang lain. Kita dapat menduga status sosial seseorang dan pakaian atau mobil yang mereka gunakan. Makin mahal mobil yang mereka pakai, maka makin tinggi status sosial orang itu.

6) Logo dan Warna

Kreasi perancang untuk menciptakan logo dalam penyuluhan merupakan karya komunikasi bisnis, namun model kerja ini dapat diterapkan dalam komunikasi kesehatan. Biasanya logo dirancang untuk dijadikan simbol dari suatu organisasi atau produk dari suatu organisasi, terutama bagi organisasi swasta. Bentuk logo umumnya berukuran kecil dengan pilihan bentuk, warna dan huruf yang mengandung visi dan misi organisasi.

7) Tampilan Fisik Tubuh

Acapkali anda mempunyai kesan tertentu terhadap tampilan fisik tubuh dari lawan bicara anda. Kita sering menilai seseorang mulai dari warna kulitnya, tipe tubuh (atletis, kurus, ceking, bungkuk, gemuk, gendut, dan lain-lain). Tipe tubuh itu merupakan cap atau warna yang kita berikan kepada orang itu. Salah satu keutamaan pesan atau informasi kesehatan adalah persuasif, artinya bagaimana kita merancang pesan sedemikian rupa sehingga mampu mempengaruhi orang lain agar mereka dapat mengetahui informasi, menikmati informasi, memutuskan untuk membeli atau menolak produk bisnis yang disebarluaskan oleh sumber informasi. (Liliweri, 2007:108).

IV. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Ada tiga hal mendasar yang memberi ciri-ciri komunikasi terapeutik yaitu sebagai berikut: (Arwani, 2003 : 54).

1. Ikhlas (*Genuiness*)

Semua perasaan negatif yang dimiliki oleh pasien harus bisa diterima dan pendekatan individu dengan verbal maupun non verbal akan memberikan bantuan kepada pasien untuk mengkomunikasikan kondisinya secara tepat.

2. Empati (*Empathy*)

Merupakan sikap jujur dalam menerima kondisi pasien. Obyektif dalam memberikan penilaian terhadap kondisi pasien dan tidak berlebihan.

3. Hangat (*Warmth*)

Kehangatan dan sikap permisif yang diberikan diharapkan pasien dapat memberikan dan mewujudkan ide-idenya tanpa rasa takut, sehingga pasien bisa mengekspresikan perasaannya lebih mendalam.

V. Fase – fase dalam komunikasi terapeutik

1. Orientasi (*Orientation*)

Pada fase ini hubungan yang terjadi masih dangkal dan komunikasi yang terjadi bersifat penggalan informasi antara perawat dan pasien. Fase ini dicirikan oleh lima kegiatan pokok yaitu *testing, building trust, identification of problems and goals, clarification of roles* dan *contract formation*.

2. Kerja (*Working*)

Pada fase ini perawat dituntut untuk bekerja keras untuk memenuhi tujuan yang telah ditetapkan pada fase orientasi. Bekerja sama dengan pasien untuk berdiskusi tentang masalah-masalah yang merintangai pencapaian tujuan. Fase ini terdiri dari dua kegiatan pokok yaitu menyatukan proses komunikasi dengan tindakan perawatan dan membangun suasana yang mendukung untuk proses perubahan.

3. Penyelesaian (*Termination*)

Pada fase ini perawat mendorong pasien untuk memberikan penilaian atas tujuan telah dicapai, agar tujuan yang tercapai adalah kondisi yang saling menguntungkan dan memuaskan. Kegiatan pada fase ini adalah penilaian pencapaian tujuan dan perpisahan (Arwani, 2003 61).

MODUL IV

INSTITUSI PENERIMA WAJIB LAPOR (IPWL)

Institusi Penerima Wajib Lapori (IPWL) adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Rumah Sakit dan/atau lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial yang ditunjuk oleh pemerintah untuk menerima wajib lapor dari pecandu NAPZA (Narkotika dan Zat Adiktif Lainnya). Bagi pecandu yang sudah cukup umur, ia dapat melaporkan dirinya sendiri, dan bagi pecandu yang belum cukup umur, wajib lapor dilakukan oleh keluarga dan/atau orangtua atau wali. Tujuan wajib lapor adalah untuk mendapatkan pengobatan dan/atau rehabilitasi melalui rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.

Dasar hukum IPWL dan kegiatan wajib lapor adalah Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika, khususnya Pasal 55 yang menyebutkan tentang kewajiban lapor diri bagi pecandu pada pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit, dan/atau lembaga rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial yang ditunjuk oleh Pemerintah untuk mendapatkan pengobatan dan/atau perawatan melalui rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.

Secara lebih rinci, pelaksanaan wajib lapor diri pecandu narkotika dituangkan pada Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Lapor Pecandu Narkotika.

Melalui program wajib lapor diharapkan pecandu dapat memperoleh bantuan medis, intervensi psikososial, dan informasi yang diperlukan untuk meminimalisasi risiko yang dihadapinya dan memperoleh rujukan untuk perawatan lanjutan yang sesuai dengan kondisi dan kebutuhan yang bersangkutan. Dengan demikian program wajib lapor diharapkan memberi kontribusi nyata atas program penanggulangan dampak buruk yang seringkali dialami pecandu narkotika.

Sesuai dengan Pasal 2 dari PP Nomor 25 Tahun 2011, pengaturan wajib lapor pecandu narkotika bertujuan untuk :

- Memenuhi hak pecandu narkotika dalam mendapatkan pengobatan dan/atau perawatan melalui rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial.
- Mengikutsertakan orang tua, wali, keluarga, dan masyarakat dalam meningkatkan tanggung jawab terhadap pecandu narkotika yang ada di bawah pengawasan dan bimbingannya.
- Memberikan bahan informasi bagi pemerintah dalam menetapkan kebijakan di bidang pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkotika.

Para pecandu dan keluarga seringkali menutupi kenyataan bahwa ada masalah kecanduan narkotika (dan zat adiktif lainnya) pada dirinya atau pada anggota keluarganya. Hal ini seringkali disebabkan oleh perasaan malu terhadap pandangan orang lain dan juga perasaan takut ditangkap dan diadili. Padahal, seorang pecandu membutuhkan bantuan dalam mengatasi kecanduannya dan mengurangi dampak buruk akibat kecanduannya. Ia tidak dapat berdiri sendiri untuk mengatasi masalah ini, dan dukungan keluarga dan lingkungan sangat besar artinya. Seringkali pecandu yang sudah memiliki niat untuk berhenti dari perilakunya menyalahgunakan NAPZA pun tidak mampu untuk betul-betul berhenti, karena faktor penyebab kegagalannya belum diatasi, misalnya lingkungan tempat tinggal masih pengguna aktif NAPZA, tidak ada aktifitas atau pekerjaan sehingga waktu luang tidak tahu digunakan untuk apa, pengabaian atau kurangnya pengawasan orangtua, dan gangguan psikologis yang tidak teratasi (depresi, cemas, tidak percaya diri, dan lain-lain).

Oleh karena alasan-alasan tersebut di atas, maka pecandu harus mendapatkan bantuan, berupa rehabilitasi medis dan sosial, yang di dalamnya ia mendapatkan layanan konseling, pelatihan keterampilan kerja, mengatasi gejala psikiatris dan psikologis, latihan untuk perubahan gaya hidup, dan perubahan pola pikir. Keluarga pun mendapatkan edukasi tentang bahaya NAPZA, cara mendampingi anggota keluarga untuk keluar dari masalah kecanduan, dan pemenuhan kebutuhan psikologisnya. Program rehabilitasi medis dan rehabilitasi sosial

dapat dilakukan secara rawat jalan maupun rawat inap, tergantung dari kebutuhan, kondisi lingkungan, dan kondisi ketergantungan pecandu.

Pemerintah melalui Undang-Undang Narkotika telah menjamin bahwa pecandu (yang bukan pengedar) akan diberi bantuan berupa rehabilitasi, melalui IPWL sebagai pintu masuknya, dengan tujuan agar perilaku kecanduannya teratasi. Pengetahuan masyarakat tentang hal ini sangatlah penting agar semakin banyak pecandu yang menjalani wajib lapor dan mendapatkan bantuan untuk menghentikan perilaku penyalahgunaan zat dan menghindari dampak buruk yang lebih lanjut (gangguan psikologis, kerusakan otak, penularan penyakit, kriminalitas, dan lain-lain).

Lebih baik mencegah daripada mengobati, kata kata tersebut sangat tepat untuk menggambarkan **Narkotika**. Ya, narkoba adalah musuh kita bersama bukan hanya Badan Narkotika Nasional. Tetapi sudah menjadi masalah bangsa. Oleh sebab itu kita semua dari berbagai lapis masyarakat wajib ikut membantu menciptakan Indonesia Bebas Narkoba.

Pencegahan sejak dini harus dilakukan agar narkoba tak disalahgunakan. Namun yang menjadi kendala tak semua masyarakat mengenal narkoba dengan mendalam. Sebatas tahu narkoba bahaya dan dapat menyebabkan kematian tetapi kurang peduli atau karena kurangnya wawasan akan bahaya penggunaan narkoba membuat kita kadang tak bisa mekomunikasikan apa itu narkoba dan bahayanya.

Kenapa tetap banyak yang mengkonsumsi? Bagaimana cara menghindari dan mengatasi ketika sudah terlanjur memakai. Dan apa kiat kiat yang harus dilakukan jika salah satu keluarga kita sebagai pecandu atau jika kita mengetahui ada teman atau tetangga kita ternyata terjerat kasus narkoba. Kebanyakan masyarakat kadang kurang peduli dan tanggap mengenai masalah itu. Mungkin karena yang menjadi korban bukan salah satu keluarga kita. Atau karena tak mau dibilang turut campur urusan orang. Namun mendiamkan acuh bukan sikap yang bijak. Apalagi sampai dikucilkan. memang semua itu bentuk hukuman sosial

bagi pencandu narkoba Kita bisa merangkul mereka pelan pelan. Kita bisa menyarankan mereka menyerahkan diri untuk minta kesembuhan ke Institusi Penerima Wajib Lapori IPWL. IPWL (Instansi Penerima Wajib Lapori) merupakan langkah yang bukan hanya sekedar pemberantasan, tapi juga proses rehabilitasi pecandu yang bersinergi dengan instansi terkait seperti kepolisian dan kementerian kesehatan, IPWL dibentuk berdasarkan Keputusan Menkes RI No.18/Menkes/SK/VII/2012, dengan tujuan merangkul pengguna atau pecandu narkoba, sebagai proses rehabilitasi. Dengan melapor ke IPWL, maka pecandu narkoba bisa terhindar dari jeratan hukum. Misalnya, dalam razia salah seorang pecandu kedapatan sedang menggunakan narkoba, maka ketika belum pernah melapor ke IPWL, pecandu akan terancam hukuman penjara maksimal 6 bulan.

Disamping itu menurutnya pendekatan ke pecandu narkoba merupakan langkah tepat memutus mata rantai narkoba. Paradigma pemerintah yang dahulu menempuh kebijakan dengan cara menakut-nakuti pengguna narkoba atau kebijakan yang dikenal dengan *public security*. Tapi sekarang kita menggunakan kebijakan *public health* atau pendekatan supaya mereka pulih dan sehat kembali.

Kemudian mengenai penanganan para pecandu dan peredaran narkoba ini, menurutnya selain tugas Pemerintah, hal ini juga merupakan tugas dan tanggung jawab dari pihak keluarga. Untuk itu keluarga juga harus diberdayakan dalam mengetahui segala macam jenis, pengaruh pemakaian serta peredaran narkoba.

Dalam hal ini BNN, juga telah melakukan semacam kegiatan "jemput bola" dengan mendatangi rumah-rumah para pecandu, agar mau direhabilitasi dan melakukan sosialisasi ke kalangan pelajar dan Mahasiswa Selain rehabilitasi kecanduan, BNN juga melakukan rehabilitasi sosial bagi pecandu seperti, pertemuan dengan pecandu secara rutin, dikaryakan, konsultasi dengan alumni Lido. Hingga saat ini, berdasarkan data BNN, pengguna narkoba sudah menyentuh angka 4 juta. Tahun 2015 diperkirakan mencapai 5 juta jiwa

Jika ada tersangka kasus narkoba yang tertangkap dan dapat menunjukkan kartu peserta IPWL, akan menangani sesuai dengan prosedur sesuai Peraturan Pemerintah tentang Wajib Laporkan. Darimana mendapatkan kartu IPWL lalu kami konfirmasi ke institusi kesehatan yang mengeluarkan kartu tersebut. Penangkapan tersangka kasus narkoba tidak dapat diproses jika tanpa barang bukti dan hanya tes urin yang positif. Jika ada barang bukti akan tetap diproses sampai pada putusan hakim untuk rehabilitasi sesuai Surat Edaran Mahkamah Agung Tahun 2010 tentang gramatur.

Kebijakan itu masih kurang bisa dipahami oleh masyarakat maupun pihak penegak hukum. pada kenyataannya masih banyak yang menangkap pengguna narkoba padahal dalam undang undang kita pasal 128

PASAL 128 (1) Orang tua atau wali dari pecandu yang belum cukup umur, sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (1) yang sengaja tidak melapor, dipidana dengan pidana kurungan paling lama 6 (enam) bulan atau pidana denda paling banyak Rp. 1.000.000,00 (satu juta rupiah)

PASAL 128 (2) Pecandu narkoba yang belum cukup umur dan telah dilaporkan oleh orang tua atau walinya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (1) tidak dituntut pidana

PASAL 128 (3) Pecandu narkoba yang telah cukup umur sebagaimana dimaksud dalam Pasal 55 ayat (2) yang sedang menjalani rehabilitasi medis 2 (dua) kali masa perawatan dokter di rumah sakit dan/atau lembaga rehabilitasi medis yang ditunjuk oleh pemerintah tidak dituntut pidana

PASAL 128 (4) Rumah sakit dan/atau lembaga rehabilitasi medis sebagaimana dimaksud pada ayat (3) harus memenuhi standar kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri

Kebanyakan selama ini pengguna narkoba takut untuk melapor dan ketika sudah digebrek pihak kepolisian dan dimasukkan ke dinginnya jeruji besi baru merenggek renggek minta direhabilitasi. Keluarga korbanpun mengusahakan beberapa cara untuk bisa direhabilitasi

daripada dihukum penjara. Lantas pertanyaan kenapa harus menunggu di tangkap yang berwajib. Kenapa tidak dengan suka rela lapor minta di sembuhkan agar bisa di rehabilitasi tanpa harus dituntun pidana dan dijerat oleh pasal hukum yang sudah diatur dalam negara ini dan dinyatakan tidak bersalah?

Pengguna narkoba enggan melapor karena stigma

Sebagian pengguna narkoba di daerah ini enggan melaporkan diri ke institusi penerima wajib lapor karena takut mendapatkan stigma negatif oleh masyarakat. Adakalanya mereka takut apabila begitu melapor pada akhirnya dikucilkan serta mendapatkan stigma negatif di tengah masyarakat dan beberapa alasan:

1. Kurang pengetahuannya tentang IPWL

Harus diakui selama ini informasi tentang IPWL masih kurang di kalangan masyarakat. Masyarakat yang tinggal di pedalamam kurang mendapatkan informasi tersebut. pernah ada kasus di tempat tinggal saja, di desa ada salah satu warganya yang pulang dari rantau di kota menderita sakit akibat narkoba dan tetap mengkonsumsi narkoba agar bisa bertahan hidup. Warga sekitar mengetahui tetapi malah acuh dan takut bahkan keluarga sendiri tak tahu harus berbuat bagaimana. Malah di jauhi dalam pergaulan karena dianggap menajdi penyakit menular.

2. Rasa takut pengguna dimasukkan dalam jeruji penjara.

Penjara? setiap orang yang melakukan tindak kejahatan pasti akan melakukan segala cara untuk menghindari jeruji besi. Hukum di Indonesia memang mengatur penyalahgunaan akan diproses dan diberi hukuman. tetapi hukuman tidak selalu masuk penjara tetapi bisa juga di masukan tempat rehabilitasi dengan syarat mau menyerahkan diri secara suka rela ke IPWL.

3. Alasan nama baik keluarga

Seseorang yang sudah tejerat narkoba bukan hanya dirinya sendiri yang hancur tetapi juga keluarga. Siapa yang mau salah satu keluarga kita ternyata pecandu. karena alasan tak mau merusak nama baik keluarga para pecandu bersembunyi dan sebisa mungkin tidak melibatkan keluarga meski pada akhirnya keluarga mau tak mau pasti akan terseret juga karena narkoba tak bisa disembuhkan secara instan melainkan butuh waktu dan proses yang panjang selain biaya yang tak sedikit.

4. Pekerjaan dan lingkungan

Narkoba bisa merusak masa depan yang sudah dengan susah dibangun. Jadi tak salah narkoba menjadi barang penghancur masa depan. Merusak pekerjaan yang selama ini telah dirintis dari awal sebab tak ada perusahaan yang mau menampung pekerja seorang pecandu, banyak universitas yang mengeluarkan mahasiswa yang ketahuan menjadi pecandu atau pengedar. di lingkungan sekitar pun seorang pecandu sudah di cap negatif.

Menyikapi hal itu, secara khusus BNNP mengimbau kepada keluarga serta masyarakat luas untuk justru memberikan dukungan kepada pecandu untuk berobat. Sebab, pecandu bisa jadi pada dasarnya merupakan korban dari penyalahgunaan, dan peredaran gelap narkoba. Oleh sebab itu kami harapkan peran aktif keluarga serta masyarakat. Kalau memang tidak bisa mengetasi sendiri bisa mendatangi BNNP atau institusi penerima wajib lapor (IPWL) untuk mendiskusikannya. Hingga saat ini,

Semakin banyaknya pengguna narkoba yang melaporkan diri ke IPWL, maka jumlah pecandu akan semakin berkurang. Kebanyakan pemakai narkoba bukan orang baru, melainkan masih didominasi pengguna lama. Efektif atau tidaknya IPWL untuk mengurangi pengguna narkoba, Tetapi orang yang melapor dan tertangani itu paling tidak kan kemungkinan sembuhnya lebih besar daripada harus diproses secara hukum dan di bui.

Penjara bukan solusi yang tepat untuk membuat para pecandu jahat. Sebab di dalam penjara juga banyak berkumpul para bandar sehingga bisa menyelundupkan dan mengedarkan narkoba ke sesama tahanan karena faktor keamanan di dalam penjara yang kurang. dan fakta yang mengejutkan penjara sekarang sudah dijadikan lahan untuk memproduksi narkoba.

Penanganan narkoba harus serius dan kompleks. peredaran kian menjamur di semua lapisan masyarakat. Termasuk kasus produksi narkoba di dalam lapas. Meski berulang kali dilakukan operasi tetapi nyatanya kasusnya tetap ada. Tingkat keamanan di penjara masih perlu di kaji kembali apa seorang pecandu tetap di proses secara hukum dan kemudia di penjara bila melihat fakta tersebut.

Kekuatiran tentang fokus pemberantasan hanya pada penangkapan, negara akan bangkrut gara-gara menghidupi para pengguna narkoba berjenis apapun dalam penjara mang beralasan karena sampai sekarang menggunakan narkoba bukan nya menurut tetapi malah sebaliknya tetap menungkap dari waktu ke waktu.

Banyaknya narkoba jenis baru pemerintah Indonesia belum bisa mengidentifikasi, padahal peredarannya sudah marak, seperti kasus penggunaan narkoba jenis katinon yang dikonsumsi oleh selebritis Rafi Ahmad beberapa waktu silam. Karena itu pemerintah harus tanggap untuk mengidentifikasi jenis dan penyembuhannya, setiap jenis narkoba penyembuhannya berbeda beda. Selain itu, langkah berikutnya adalah meregulasi, pemerintah harus membuat regulasi yang jelas, peredaran narkoba perlu diatur. Sebab pemakaian narkoba tidak lantas berkonotasi negatif. Dan memberi informasi ke masyarakat umum jenis jenis narkoba baru. Misalnya, banyak teknologi-teknologi yang menggunakan kandungan narkoba. Bahkan, banyak juga ritual keagamaan, upacara adat di negeri yang juga menggunakan narkoba. Langkah yang perlu dilakukan adalah pada pemulihan (rehabilitasi). Dalam memulihkan tidak harus semua pengguna dilakukan pemulihan, tapi pengguna yang

memang benar-benar sudah adiktif. Mereka yang tanpa narkoba tidak bisa berpikir normal. Pengguna direhabilitasi juga tidak akan efektif, sebab jika hanya menggunakan narkoba sebulan sekali atau setahun sekali saya kira tidak perlu disembuhkan dengan rehabilitasi. melainkan melalui pendidikan sangat penting. Hanya saja, memberikan pendidikan tidak sebatas bagi orang yang belum memakai, tapi pendidikan juga diberikan bagi pengguna, seperti pemberian informasi tempat-tempat penyembuhan, cara-cara penyembuhannya, terbuka bagi orang tuanya, dan sebagainya. Juga dibutuhkan ketegasan dari aparat hukum untuk membasmi peredaran narkoba di negeri ini. Peredaran narkoba sudah menjamah ke segala lini.

Aparat hukum harus mampu membongkar pabrik- pabriknya sekaligus, jangan hanya pengguna-penggunanya saja. Penegak hukumnya sendiri perlu dibersihkan dahulu. Sebab, masih banyak juga para aparat hukum ditemukan memakai narkoba. Logikanya bagaimana membersihkan masyarakat dari narkoba, kalau aparatnya saja banyak yang menggunakan. Jaringan narkoba bisa diputus dengan mematikan pasar, dalam artian menghilangkan konsumen atau pembelinya.

Sesuai Pasal 1 PP 25 Tahun 2011 tentang Pelaksanaan Wajib Laport Pecandu Narkotika. Pecandu yang melaporkan diri untuk rehabilitasi tidak dikenakan pemenjaraan atau hukuman, namun akan mendapatkan rehabilitasi secara gratis. Badan Narkotika Nasional (BNN) menjamin semua pecandu narkoba yang menjalani terapi dan rehabilitasi oleh BNN akan mendapatkan pelayanan gratis hingga dinyatakan sembuh

Semua biaya terapi ditanggung negara sehingga tidak ada alasan bagi para pecandu untuk tidak berobat hanya karena kendala biaya. Begitu ia mendaftar di sini lalu menjalani terapi kira-kira setahun, semua biaya ditanggung negara. Karena itu, ia meminta masyarakat untuk tidak ragu-ragu mengirimkan anggota keluarganya yang kecanduan narkoba untuk menjalani terapi.

Selama menjalani terapi dan rehabilitasi, para pecandu akan menjalani proses detoksifikasi untuk menghilangkan racun yang ada di dalam tubuh. Proses ini membutuhkan waktu satu bulan dan pecandu menempati ruang khusus untuk menjalani rehabilitasi. Tahapan terapi ini membutuhkan waktu selama enam bulan. Memasuki enam bulan kedua, pecandu narkoba dapat beraktivitas di luar UPT seperti bekerja dan sekolah namun tiap hari harus pulang ke asrama di UPT milik BNN ini. Jika rehabilitasi selesai, pecandu akan dikembalikan ke masyarakat dengan tetap mendapatkan pengawasan. Kunci utama keberhasilan terapi dan rehabilitasi adalah keinginan dari keluarga terutama orang tua untuk menyerahkan anaknya menjalani terapi. Jika orang tua sudah menyerahkan anak, kami bisa memaksa pecandu untuk mengikuti terapi dan rehabilitasi hingga selesai.

Orang tua sangat berperan dalam kembang tumbuh anak tetapi jangan salah pada umumnya anak dan remaja mengetahui informasi tentang narkoba dari luar rumah. Lingkungan sangat mempengaruhi dalam tumbuh kembang anak. Untuk itu orang tua harus lebih dulu bisa menamakan pola hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari (*healthy lifestyle*). Sebab seorang yang pernah mengkonsumsi narkoba akan cacat seumur hidup meski sudah diobati dan dinyatakan bebas. Tetap saja otaknya cacat karena narkoba adalah zat yang beracun.

Pemakai pada awalnya hanya menyadari narkoba itu mengasikkan, membuat otak kita sejenak melupakan masalah masalah. Membuat hati kita senang dan bergairah. Tetapi ketika mengetahui dari bahan apa saja narkotika itu dibuat apakah tetap menganggap narkoba teman yang mengerti otak dan hati kita?

Jangan coba coba sebab sekali kita coba efeknya akan besar untuk masa depan kita. Dan jangan takut untuk melapor meminta penyembuhan jika kita terlanjur salah mengartikan narkoba. Jangan tunggu ditegur dan ditangkap paksa. Lebih baik mencegah daripada mengobati. Katakan tidak pada narkoba !!!

MODUL V

KOMUNIKASI ANTARPRIBADI

I. PENGERTIAN

- a. **G.R Miller dan M. Steinberg (1975):** Komunikasi interpersonal dapat dipandang sebagai komunikasi yang terjadi dalam suatu hubungan interpersonal.
- b. **Judy C. Pearson, dkk (2011) :** Komunikasi interpersonal sebagai proses yang menggunakan pesan-pesan untuk mencapai kesamaan makna antara-paling tidak-antara dua orang dalam sebuah situasi yang memungkinkan adanya kesempatan yang sama bagi pembicara dan pendengar.
- c. **Joseph A. DeVito (2013) :** Komunikasi interpersonal adalah interaksi verbal dan nonverbal antara dua (atau kadang-kadang lebih dari dua) orang yang saling tergantung satu sama lain.
- d. **Ronald B. Adler, dkk (2009) :** Komunikasi interpersonal adalah semua komunikasi antara dua orang atau secara kontekstual komunikasi interpersonal.
- e. Komunikasi antar pribadi (*interpersonal communication*) adalah komunikasi antara individu-individu (Littlejohn, 1999).

Bentuk khusus dari komunikasi antarpribadi ini adalah komunikasi diadik yang melibatkan hanya dua orang secara tatap-muka, yang memungkinkan setiap pesertanya menangkap reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal ataupun nonverbal, seperti suami-isteri, dua sejawat, dua sahabat dekat, seorang guru dengan seorang muridnya, dan sebagainya.

Steward L. Tubbs dan Sylvia Moss (dalam Deddy Mulyana, 2005) mengatakan ciri-ciri komunikasi diadik adalah:

1. Peserta komunikasi berada dalam jarak yang dekat;

2. Peserta komunikasi mengirim dan menerima pesan secara simultan dan spontan, baik secara verbal maupun nonverbal.

Komunikasi antarpribadi sangat potensial untuk menjalankan fungsi instrumental sebagai alat untuk mempengaruhi atau membujuk orang lain, karena kita dapat menggunakan kelima lat indera kita untuk mempertinggi daya bujuk pesan yang kita komunikasikan kepada komunikan kita. Sebagai komunikasi yang paling lengkap dan paling sempurna, komunikasi antarpribadi berperan penting hingga kapanpun, selama manusia masih mempunyai emosi. Kenyataannya komunikasi tatap-muka ini membuat manusia merasa lebih akrab dengan sesamanya, berbeda dengan komunikasi lewat media massa seperti surat kabar, televisi, ataupun lewat teknologi tercanggihpun.

II. SIFAT KOMUNIKASI INTERPERSONAL

Menurut Joseph A. DeVito (2013), komunikasi interpersonal memiliki beberapa sifat, yaitu :

- **Komunikasi interpersonal adalah komunikasi yang melibatkan dua individu atau lebih yang masing-masing saling bergantung.**

Pada umumnya komunikasi interpersonal adalah komunikasi antara dua orang atau biasa disebut juga dengan komunikasi diadik. Misalnya komunikasi antara seorang anak dan ayah dan lain-lain. Meskipun begitu, komunikasi interpersonal juga merujuk pada komunikasi dalam kelompok kecil seperti misalnya keluarga. Walau dalam keluarga, komunikasi berlangsung dalam bentuk komunikasi diadik seperti ibu kepada anak.

- **Komunikasi interpersonal adalah secara inheren bersifat relasional.**

Karena sifatnya yang saling bergantung, komunikasi interpersonal tidak dapat dihindari dan bersifat sangat penting. Komunikasi interpersonal berperan dalam sebuah hubungan yang berdampak pada hubungan dan mengartikan hubungan itu sendiri. Komunikasi yang berlangsung dalam sebuah hubungan adalah bagian dari fungsi hubungan itu

sendiri. Oleh karena itu, cara kita berkomunikasi sebagian besar ditentukan oleh jenis hubungan yang ada antara kita dan orang lain. Perlu dipahami pula bahwa cara kita berkomunikasi, cara kita berinteraksi, akan mempengaruhi jenis hubungan yang dibangun.

- **Komunikasi interpersonal berada pada sebuah rangkaian kesatuan.**

Komunikasi interpersonal berada dalam sebuah rangkaian kesatuan yang panjang yang membentang dari impersonal ke personal yang lebih tinggi. Pada titik impersonal, kita berkomunikasi secara sederhana antara orang-orang yang tidak saling mengenal, misalnya pembeli dan penjual. Sedangkan pada titik personal yang lebih tinggi, komunikasi berlangsung antara orang-orang yang secara akrab terhubung satu sama lain, misalnya ayah dan anak.

- **Komunikasi interpersonal melibatkan pesan verbal maupun pesan nonverbal.**

Komunikasi interpersonal melibatkan pertukaran pesan baik pesan verbal maupun pesan nonverbal. Kata-kata yang kita gunakan dalam komunikasi tatap muka dengan orang lain biasanya disertai dengan petunjuk nonverbal seperti ekspresi wajah, kontak mata, dan gerak tubuh atau bahasa tubuh. Kita menerima pesan interpersonal melalui panca indera yang kita miliki seperti mendengar, melihat, mencium, dan menyentuh. Kita bersikap diam pun sebenarnya mengirimkan suatu pesan interpersonal. Pesan-pesan yang disampaikan sebagian besar bergantung pada faktor-faktor lain yang terlibat dalam interaksi.

- **Komunikasi interpersonal berlangsung dalam berbagai bentuk.**

Komunikasi interpersonal pada umumnya berlangsung secara tatap muka, misalnya ketika kita berbicara dengan ibu atau ayah kita. Di era kemajuan teknologi komunikasi seperti sekarang, komunikasi interpersonal berlangsung melalui jaringan komputer. Kehadiran internet sebagai media komunikasi serta media komunikasi modern lainnya

menjadikan komunikasi interpersonal dapat dilakukan melalui surat elektronik atau media sosial. Beberapa bentuk komunikasi interpersonal masa kini bersifat *real time*, dalam artian pesan yang dikirim dan diterima pada satu waktu sebagaimana dalam komunikasi tatap muka. Pesan yang dikirimkan dan diterima melalui berbagai media sosial dalam konteks komunikasi interpersonal jelas memiliki pengaruh media sosial serta efek media sosial bagi hubungan interpersonal yang dibangun.

- **Komunikasi interpersonal melibatkan berbagai pilihan.**

Pesan-pesan interpersonal yang kita komunikasikan kepada orang lain adalah hasil dari berbagai pilihan yang telah kita buat. Dalam kehidupan interpersonal kita dan interaksi kita dengan orang lain, kita disajikan dengan berbagai pilihan. Maksudnya adalah momen ketika kita harus membuat pilihan kepada siapa kita berkomunikasi, apa yang akan kita katakan, apa yang tidak boleh kita katakan, apakah pilihan frasa yang ingin kita katakan, dan lain sebagainya. Pilihan-pilihan komunikasi interpersonal beserta alasannya, dalam beberapa situasi, berbagai pilihan yang dipilih dapat bekerja dengan baik dibanding yang lainnya.

III. PRINSIP-PRINSIP DALAM KOMUNIKASI INTERPERSONAL

Menurut **Joseph A. DeVito** (2013), prinsip-prinsip komunikasi interpersonal adalah sebagai berikut :

1. **Komunikasi interpersonal adalah suatu proses transaksional.** Komunikasi interpersonal adalah sebuah proses, atau kejadian yang berkelanjutan, dimana masing-masing elemen saling bergantung satu sama lain. Komunikasi interpersonal secara konstan terus terjadi dan mengalami perubahan. Agar dapat memahami gambaran komunikasi interpersonal sebagai proses transaksional maka model komunikasi transaksional dapat menjadi jawabannya.

2. **Komunikasi interpersonal memiliki tujuan.** Komunikasi interpersonal memiliki 5 (lima) tujuan, yaitu untuk :
 - belajar – komunikasi interpersonal membuat kita dapat belajar memahami orang lain dan dunia secara lebih baik. (baca: Fotografi Jurnalistik)
 - membina hubungan – komunikasi interpersonal membantu kita untuk berhubungan dengan orang lain.
 - mempengaruhi – melalui komunikasi interpersonal kita dapat mempengaruhi sikap dan perilaku orang lain.
 - bermain – komunikasi interpersonal dapat berfungsi sebagai kegiatan bermain.
 - membantu – melalui komunikasi interpersonal seorang terapis menggunakan teknik penyembuhan jiwa yang dikenal dengan metode komunikasi terapeutik dalam terapeutik.
3. **Komunikasi interpersonal adalah ambigu.** Semua pesan-pesan berpotensi ambigu, masing-masing orang akan memberikan makna yang berbeda terhadap pesan yang sama. Terdapat ambiguitas dalam semua hubungan.
4. **Hubungan interpersonal dapat berbentuk simetris atau komplementer.** Interaksi interpersonal dapat merangsang pola perilaku yang sama atau berbeda.
5. **Komunikasi interpersonal merujuk pada isi dan hubungan diantara para partisipan.** Dalam sistem komunikasi interpersonal, hubungan interpersonal memegang peranan yang sangat penting karena hubungan interpersonal yang baik merupakan penanda bagi komunikasi yang efektif.
6. Komunikasi interpersonal adalah dapat diberi tanda atau ditandai karenanya setiap orang memisahkan bagian-bagian komunikasi ke dalam stimuli atau rangsangan dan respon terhadap perspektif dasar yang dimiliki oleh masing-masing partisipan.

7. Komunikasi interpersonal tidak dapat dihindari, tidak dapat diulang, dan tidak dapat diubah. Ketika berada dalam sebuah situasi interpersonal, kita tidak dapat tidak berkomunikasi, dan kita tidak dapat mengulang secara tepat sebuah pesan secara spesifik.

IV. TEORI KOMUNIKASI INTERPERSONAL

Dalam konteks komunikasi interpersonal, sejumlah teori komunikasi interpersonal atau disebut juga dengan teori-teori komunikasi antarpribadi telah banyak dirumuskan dan dikembangkan oleh para ahli teori komunikasi interpersonal dalam rangka menjelaskan bagaimana orang memberikan makna terhadap suatu kejadian, mengapa mereka bertindak dengan cara mereka, bagaimana mereka membuat keputusan tentang pesan, dan efek komunikasi yang terjadi dalam hubungan. Berbagai teori komunikasi interpersonal yang ada dapat digunakan untuk memahami proses komunikasi.

Berikut beberapa teori komunikasi interpersonal sebagaimana dirumuskan oleh para ahli, diantaranya adalah :

1. **Constructivism** – kerangka kerja teoritis yang berupaya untuk menjelaskan mengapa individu berkomunikasi dengan cara yang mereka lakukan dan mengapa beberapa komunikator lebih sukses dibanding yang lainnya. Konstruktivisme dikenalkan oleh **Jesse Delia**.
2. **Symbolic interactionism** atau interaksionisme simbolik atau teori interaksi simbolik – sebuah perspektif sosiologi yang dipengaruhi oleh banyak ahli teori yaitu **George Herbert Mead** dan **Herbert Blumer**. Interaksionisme simbolik pada dasarnya menggambarkan bagaimana individu menggunakan bahasa sebagai alat komunikasi untuk membentuk makna, bagaimana mereka menciptakan dan menyajikan dirinya sendiri, serta bagaimana ketika mereka berinteraksi dengan orang lain menggunakan simbol-simbol untuk membentuk masyarakat.

3. *Attribution Theory* – sebuah kerangka kerja untuk memahami bagaimana masing-masing individu menginterpretasikan perilaku mereka sendiri dan perilaku orang lain. Menurut **Fritz Heider**, manusia termotivasi untuk memahami perilaku dan menjelaskan pola perilaku.
4. *Fundamental interpersonal relationship orientation theory* – teori yang dikenalkan oleh **William Schutz** ini berpendapat bahwa orang termotivasi untuk memenuhi tiga kebutuhan yaitu inklusi (kebutuhan merasa dimiliki), kontrol (kebutuhan untuk membentuk interaksi dengan orang lain), dan afeksi (kebutuhan untuk disukai dan menjalin hubungan).
5. *Action assembly theory* – teori yang dikenalkan oleh **John Green** ini berusaha untuk menjelaskan dari mana pikiran kita datang dan bagaimana kita mengartikan berbagai macam pikiran tersebut ke dalam komunikasi verbal dan komunikasi nonverbal.
6. *Communication accommodation theory* – teori yang dikembangkan oleh **Howard Giles** ini menitikberatkan pada bagaimana dan mengapa orang memodifikasi atau mengubah perilaku komunikasi mereka dalam situasi yang berbeda.
7. *Social penetration theory* – teori yang digagas oleh **Irving Altman** dan **Dalmas Taylor** menggambarkan bagaimana *self-disclosure* menggerakkan hubungan dari superfisial ke intim. Ini adalah teori pertama yang mengkaji tentang bagaimana perubahan dalam pola komunikasi dapat berdampak pada perubahan dalam hubungan.
8. *The relationship development model* – teori yang dikenalkan oleh **Mark Knapp** menyajikan sepuluh tahapan model hubungan yang dapat menyatukan atau bahkan terpisah. Setiap tahapan bercirikan pola komunikasi yang berbeda.

V. TAHAPAN HUBUNGAN INTERPERSONAL

Menurut **Joseph A. DeVito** (2013), hubungan interpersonal dibangun melalui beberapa tahapan, yaitu :

- **Kontak**

Pada tahapan ini, terdapat beberapa jenis kontak persepsi seperti apa yang kita lihat, apa yang kita dengar, dan lain-lain. Dari tahapan ini kita membentuk sebuah gambaran mental dan fisik seperti gender (Baca : Komunikasi Gender), usia, kepercayaan dan nilai, dan lain-lain. Setelah terjadi persepsi, kemudian dilanjutkan dengan kontak interaksional yang superfisial dan relatif impersonal. Pada tahapan inilah biasanya kita melakukan pertukaran informasi kepada mereka yang terlibat dalam proses komunikasi. Misalnya, “Halo, perkenalkan nama saya Gepeng.”. Para peneliti berpendapat pada tahapan kontak inilah kita nantinya akan memutuskan apakah kita melanjutkan hubungan atau tidak.

- **Keterlibatan**

Pada tahapan keterlibatan hubungan, berkembang rasa kesamaan karena terhubung. Di sinilah kita mengalami dan mencoba untuk belajar lebih banyak tentang orang lain. Dalam tahapan keterlibatan terdapat dua fase yaitu fase menguji dan fase mengintensifkan. Pada fase menguji, kita ingin melihat apakah penilaian awal yang kita miliki terbukti beralasan atau tidak. Misalnya, kita bertanya, “Di manakah kamu bekerja?”. Jika kita ingin mengetahui seseorang lebih baik lagi maka kita akan lanjutkan keterlibatan kita dengan secara intensif melakukan interaksi yang diawali dengan memberitahu informasi mengenai diri kita.

- **Keakraban**

Pada tahapan ini kita berkomitmen pada diri kita sendiri untuk tetap mengenal lebih jauh seseorang dan membentuk sebuah hubungan ketika seseorang tersebut menjadi seorang teman dekat, atau pasangan. Kualitas dan kuantitas pertukaran interpersonal berkembang dan menjadikan kita menjadi lebih sering membicarakan secara rinci tentang hubungan tersebut. Selanjutnya, kita akan saling berbagi jaringan sosial dan lain-lain. Pada tahapan inilah kepuasan hubungan juga berkembang. Dalam tahapan ini terdapat dua fase. Pada fase pertama atau fase komitmen interpersonal dua orang berkomitmen kepada mereka sendiri

kepada orang lain dalam cara yang pribadi. Pada fase ikatan sosial, komitmen dibuat umum, misalnya kepada keluarga dan teman.

- **Kemunduran**

Tahap kemunduran hubungan ditandai dengan melemahnya ikatan antara teman atau kekasih. Fase pertama pada tahapan kemunduran hubungan adalah ketidakpuasan intrapersonal yang mulai dialami saat berinteraksi dan mulai memandang masa depan yang suram dengan pasangan. Jika fase ini terus berkembang, maka akan berlanjut ke fase kedua, yaitu kemunduran interpersonal. Kita mulai menarik diri atau menghindari untuk berinteraksi, tidak lagi saling berbagi, seringkali diam ketika bersama-sama, minimnya kontak fisik, dan minimnya kedekatan secara psikologis. Di sinilah konflik berkembang dan sulit menemukan solusi yang terbaik.

- **Perbaikan**

Pada fase awal tahapan perbaikan yaitu perbaikan intrapersonal, kita mencoba untuk menelaah serta menganalisa apa yang salah dan mulai menemukan titik terang atau cara untuk mengatasi keretakan hubungan yang terjadi. Kita mengevaluasi sisi positif maupun negatif andaikata hubungan yang ada diteruskan atau diakhiri. Untuk memutuskan memperbaiki hubungan, kita harus memasuki fase perbaikan interpersonal yaitu berkomunikasi dengan pasangan mengenai apa yang ingin dilihat, apa yang akan dilakukan, dan apa yang pasangan ingin lakukan. Inilah tahap negosiasi dimana kita dan pasangan kita mencoba untuk memperbaiki hubungan.

- **Putusnya hubungan**

Pada tahapan ini ikatan antar individu benar-benar putus. Pada akhirnya putusnya hubungan umumnya berlangsung dalam bentuk perpisahan interpersonal misalnya pisah rumah. Jika perpisahan ini diterima dan jika hubungan sudah tidak bisa diperbaiki, maka kita

memasuki fase perpisahan sosial. Jika hubungan tersebut adalah sebuah pernikahan, maka fase ini menuju pada perceraian. (baca: Prinsip – prinsip komunikasi)

VI. KOMUNIKASI INTERPERSONAL DALAM TERAPEUTIK

Komunikasi terapeutik sebagai interaksi antara perawat/conselor dengan pasiennya. Komunikasi terapeutik ditujukan untuk profesi perawat/conselor untuk mengubah atau mengendalikan pola pikir pasien dalam meningkatkan kesehatannya. Seorang perawat/conselor bertugas untuk membangun pola pikir positif pasien ketika pasien dihadapi dengan rasa cemas. Komunikasi menjadi solusi seorang perawat/conselor untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasiennya.

Komunikasi terapeutik dilakukan melalui komunikasi verbal dan komunikasi non verbal. Komunikasi verbal yang diberikan oleh seorang perawat/conselor bertujuan untuk membangun motivasi pasien, sedangkan komunikasi non verbal sebagai pendukung dari komunikasi verbal agar pasien yakin dan perlahan mengubah pola pikir yang negatif menjadi positif. Komunikasi yang dilakukan dalam komunikasi terapeutik seperti perkataan lembut, sentuhan, ekspresi wajah, dan lainnya.

Adapun contoh komunikasi interpersonal dalam terapeutik adalah sebagai berikut:

1. Kehangatan dan Ketulusan

Seorang perawat akan memberikan suatu rasa kehangatan dan ketulusan ketika melakukan komunikasi dengan pasiennya. Kehangatan dan ketulusan memberikan rasa aman terhadap pasien. Selain itu, kehangatan juga memberikan rasa keakraban antara perawat dan pasien, sehingga pasien bisa terbuka kepada perawat. Ketulusan seorang perawat dalam merawat pasien juga berpengaruh terhadap stimulus pasien agar pasien dapat pulih kembali.

2. Menjadi Pendengar yang Baik

Seorang pasien tentu memiliki masalah tertentu terutama pada kesehatannya. Seorang perawat bertugas sebagai pendengar yang baik ketika pasien berkeluh kesah. Contoh

komunikasi interpersonal dalam terapeutik ini berlaku juga antara seorang perawat dan dokter. Seorang perawat menjadi pendengar yang baik untuk seorang dokter, sehingga keduanya dapat menjalin kerjasama yang baik.

3. Membantu Dalam Segala Hal

Tugas seorang perawat tidak hanya membantu melayani pasien saja, tetapi seorang perawat juga bertugas sebagai jembatan yang berfungsi untuk membantu dalam segala hal antara pasien dan dokter.

4. Dapat Memahami Perasaan

Komunikasi interpersonal dalam terapeutik tidak hanya dilakukan melalui perilaku dan ucapan saja. Seorang perawat berkomunikasi melalui pemahaman perasaan seorang pasien maupun dokter. Dengan memahami perasaan seseorang maka seorang perawat telah mencegah kesalahpahaman dalam berkomunikasi. Komunikasi berkaitan dengan perasaan apabila seorang sedang emosi dan orang lain tidak memahami kondisi perasaannya saat itu, hal yang akan terjadi adalah kesalahpahaman.

5. Memberikan Motivasi

Komunikasi yang dilakukan oleh seorang perawat bersifat membangun motivasi untuk seorang pasien. Komunikasi interpersonal ini bersifat membangun rasa optimis pasien yang bertujuan untuk mengubah pemikiran negatif menjadi positif, sehingga pasien bersemangat untuk mencapai kesembuhannya dalam menghadapi penyakit yang dideritanya

6. Memberi Kesempatan Untuk Berbagi

Setiap pasien memiliki berbagai pertanyaan mengenai penyakit yang dideritanya. Seorang perawat bertugas memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya. Selain itu, pasien juga diberi kesempatan untuk berbagi cerita atau pengalaman dalam kehidupannya menghadapi penyakit.

7. Memberi Informasi yang Akurat

Seorang perawat akan memberikan informasi mengenai kesehatan pasiennya. Komunikasi yang dilakukan antara seorang perawat dan pasien membutuhkan keakuratan dalam informasi. Selain itu, seorang dokter juga harus memberikan informasi yang akurat mengenai kesehatan pasiennya.

8. Menawari Diri Untuk Membantu

Seorang pasien membutuhkan perawatan dan fasilitas yang baik untuk meningkatkan kesehatannya. Seorang perawat yang profesional akan memberikan perhatian atau melayani pasien dengan cara menawarkan diri ketika pasien membutuhkan bantuan seperti minum obat, berjalan ke toilet, membantu menyiapkan makanan, dan lain sebagainya. Selain itu, seorang perawat juga mampu memberi solusi ketika pasien bercerita mengenai masalahnya.

9. Menyampaikan Pesan Dengan Non Verbal

Komunikasi non verbal dalam komunikasi terapeutik menjadi hal yang penting setelah komunikasi verbal. Komunikasi non verbal yang dilakukan oleh seorang perawat terhadap seorang pasien biasanya meliputi kontak mata, intonasi suara yang lembut, sentuhan, ekspresi wajah, dan lainnya. Komunikasi non verbal ini mempengaruhi pasien untuk meningkatkan kesehatannya agar lebih baik. Seorang perawat harus profesional dalam melayani pasiennya. Misalnya, seorang perawat yang sedang marah harus tetap tersenyum dan bersuara lembut ketika berbicara dengan pasien.

10. Menerima Masukan Orang Lain

Seorang pasien dapat menilai kinerja seorang perawat dalam melayaninya. Oleh karena itu, seorang perawat akan menerima kritik dan saran mengenai kinerjanya. Seorang yang profesional akan menerima kritik tersebut untuk meningkatkan kinerjanya dalam melayani pasien. Selain itu, seorang perawat juga bersedia menerima masukan dari dokter biasanya berupa saran-saran yang bersifat membangun.

MODUL VI

KOMUNIKASI KELOMPOK

I. PENGERTIAN KOMUNIKASI KELOMPOK

Komunikasi kelompok adalah komunikasi yang berlangsung antara beberapa orang dalam suatu kelompok “kecil” seperti dalam rapat, pertemuan, konperensi dan sebagainya (Anwar Arifin, 1984). Michael Burgoon (dalam Wiryanto, 2005) mendefinisikan komunikasi kelompok sebagai interaksi secara tatap muka antara tiga orang atau lebih, dengan tujuan yang telah diketahui, seperti berbagi informasi, menjaga diri, pemecahan masalah, yang mana anggota-anggotanya dapat mengingat karakteristik pribadi anggota-anggota yang lain secara tepat. Kedua definisi komunikasi kelompok di atas mempunyai kesamaan, yakni adanya komunikasi tatap muka, dan memiliki susunan rencana kerja tertentu untuk mencapai tujuan kelompok.

Kelompok adalah sekumpulan orang yang mempunyai tujuan bersama yang berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan bersama, mengenal satu sama lainnya, dan memandang mereka sebagai bagian dari kelompok tersebut (Deddy Mulyana, 2005). Kelompok ini misalnya adalah keluarga, kelompok diskusi, kelompok pemecahan masalah, atau suatu komite yang tengah berapat untuk mengambil suatu keputusan. Dalam komunikasi kelompok, juga melibatkan komunikasi antarpribadi. Karena itu kebanyakan teori komunikasi antarpribadi berlaku juga bagi komunikasi kelompok. Klasifikasi kelompok dan karakteristik komunikasinya.

Telah banyak klasifikasi kelompok yang dilahirkan oleh para ilmuwan sosiologi, namun dalam kesempatan ini kita sampaikan hanya tiga klasifikasi kelompok.

- Kelompok primer dan sekunder.

Charles Horton Cooley pada tahun 1909 (dalam Jalaludin Rakhmat, 1994) mengatakan bahwa kelompok primer adalah suatu kelompok yang anggota-anggotanya berhubungan akrab, personal, dan menyentuh hati dalam asosiasi dan kerja sama. Sedangkan kelompok sekunder adalah kelompok yang anggota-anggotanya berhubungan tidak akrab, tidak personal, dan tidak menyentuh hati kita.

Jalaludin Rakhmat membedakan kelompok ini berdasarkan karakteristik komunikasinya, sebagai berikut:

1. Kualitas komunikasi pada kelompok primer bersifat dalam dan meluas. Dalam, artinya menembus kepribadian kita yang paling tersembunyi, menyingkap unsur-unsur backstage (perilaku yang kita tampilkan dalam suasana privat saja). Meluas, artinya sedikit sekali kendala yang menentukan rentangan dan cara berkomunikasi. Pada kelompok sekunder komunikasi bersifat dangkal dan terbatas.
 2. Komunikasi pada kelompok primer bersifat personal, sedangkan kelompok sekunder nonpersonal.
 3. Komunikasi kelompok primer lebih menekankan aspek hubungan daripada aspek isi, sedangkan kelompok sekunder adalah sebaliknya.
 4. Komunikasi kelompok primer cenderung ekspresif, sedangkan kelompok sekunder instrumental.
 5. Komunikasi kelompok primer cenderung informal, sedangkan kelompok sekunder formal.
- Kelompok keanggotaan dan kelompok rujukan.

Theodore Newcomb (1930) melahirkan istilah kelompok keanggotaan (membership group) dan kelompok rujukan (reference group). Kelompok keanggotaan adalah kelompok yang anggota-anggotanya secara administratif dan fisik menjadi anggota kelompok itu. Sedangkan kelompok rujukan adalah kelompok yang digunakan sebagai alat ukur (standard) untuk menilai diri sendiri atau untuk membentuk sikap.

Menurut teori, kelompok rujukan mempunyai tiga fungsi: fungsi komparatif, fungsi normatif, dan fungsi perspektif. Saya menjadikan Islam sebagai kelompok rujukan saya, untuk mengukur dan menilai keadaan dan status saya sekarang (fungsi komparatif. Islam juga memberikan kepada saya norma-norma dan sejumlah sikap yang harus saya miliki-kerangka rujukan untuk membimbing perilaku saya, sekaligus menunjukkan apa yang harus saya capai (fungsi normatif). Selain itu, Islam juga memberikan kepada saya cara memandang dunia ini- cara mendefinisikan situasi, mengorganisasikan pengalaman, dan memberikan makna pada berbagai objek, peristiwa, dan orang yang saya temui (fungsi perspektif). Namun Islam bukan satu-satunya kelompok rujukan saya. Dalam bidang ilmu, Ikatan Sarjana Komunikasi Indonesia (ISKI) adalah kelompok rujukan saya, di samping menjadi kelompok keanggotaan saya. Apapun kelompok rujukan itu, perilaku saya sangat dipengaruhi, termasuk perilaku saya dalam berkomunikasi.

- Kelompok deskriptif dan kelompok preskriptif

John F. Cragan dan David W. Wright (1980) membagi kelompok menjadi dua: deskriptif dan preskriptif. Kategori deskriptif menunjukkan klasifikasi kelompok dengan melihat proses pembentukannya secara alamiah. Berdasarkan tujuan, ukuran, dan pola komunikasi, kelompok deskriptif dibedakan menjadi tiga: a. kelompok tugas; b. kelompok pertemuan; dan c. kelompok penyadar. Kelompok tugas bertujuan memecahkan masalah, misalnya transplantasi jantung, atau merancang kampanye politik. Kelompok pertemuan adalah kelompok orang yang menjadikan diri mereka sebagai acara pokok.

Melalui diskusi, setiap anggota berusaha belajar lebih banyak tentang dirinya. Kelompok terapi di rumah sakit jiwa adalah contoh kelompok pertemuan. Kelompok penyadar mempunyai tugas utama menciptakan identitas sosial politik yang baru. Kelompok revolusioner radikal; (di AS) pada tahun 1960-an menggunakan proses ini dengan cukup banyak.

Kelompok preskriptif, mengacu pada langkah-langkah yang harus ditempuh anggota kelompok dalam mencapai tujuan kelompok. Cragan dan Wright mengategorikan enam format kelompok preskriptif, yaitu: diskusi meja bundar, simposium, diskusi panel, forum, kolokium, dan prosedur parlementer.

II. PENGARUH KELOMPOK PADA PERILAKU KOMUNIKASI

1. Konformitas.

Konformitas adalah perubahan perilaku atau kepercayaan menuju (norma) kelompok sebagai akibat tekanan kelompok-yang real atau dibayangkan. Bila sejumlah orang dalam kelompok mengatakan atau melakukan sesuatu, ada kecenderungan para anggota untuk mengatakan dan melakukan hal yang sama. Jadi, kalau anda merencanakan untuk menjadi ketua kelompok, aturlah rekan-rekan anda untuk menyebar dalam kelompok. Ketika anda meminta persetujuan anggota, usahakan rekan-rekan anda secara persetujuan mereka. Tumbuhkan seakan-akan seluruh anggota kelompok sudah setuju. Besar kemungkinan anggota-anggota berikutnya untuk setuju juga.

2. Fasilitasi sosial.

Fasilitasi (dari kata Prancis *facile*, artinya mudah) menunjukkan kelancaran atau peningkatan kualitas kerja karena ditonton kelompok. Kelompok mempengaruhi pekerjaan sehingga menjadi lebih mudah. Robert Zajonc (1965) menjelaskan bahwa kehadiran orang lain dianggap-menimbulkan efek pembangkit energi pada perilaku individu. Efek ini terjadi pada berbagai situasi sosial, bukan hanya didepan orang yang menggairahkan kita. Energi yang meningkat akan mempertinggi kemungkinan dikeluarkannya respon yang dominan. Respon dominan adalah perilaku yang kita kuasai. Bila respon yang dominan itu adalah yang benar, terjadi peningkatan prestasi. Bila respon dominan itu adalah yang salah, terjadi penurunan prestasi. Untuk pekerjaan yang mudah, respon yang dominan

adalah respon yang banar; karena itu, peneliti-peneliti melihat melihat kelompok mempertinggi kualitas kerja individu.

3. Polarisasi.

Polarisasi adalah kecenderungan ke arah posisi yang ekstrem. Bila sebelum diskusi kelompok para anggota mempunyai sikap agak mendukung tindakan tertentu, setelah diskusi mereka akan lebih kuat lagi mendukung tindakan itu. Sebaliknya, bila sebelum diskusi para anggota kelompok agak menentang tindakan tertentu, setelah diskusi mereka akan menentang lebih keras.

Faktor-faktor yang mempengaruhi keefektifan kelompok

Anggota-anggota kelompok bekerja sama untuk mencapai dua tujuan: a. melaksanakan tugas kelompok, dan b. memelihara moral anggota-anggotanya. Tujuan pertama diukur dari hasil kerja kelompok-disebut prestasi (performance) tujuan kedua diketahui dari tingkat kepuasan (satisfacation). Jadi, bila kelompok dimaksudkan untuk saling berbagi informasi (misalnya kelompok belajar), maka keefektifannya dapat dilihat dari beberapa banyak informasi yang diperoleh anggota kelompok dan sejauh mana anggota dapat memuaskan kebutuhannya dalam kegiatan kelompok.

Untuk itu faktor-faktor keefektifan kelompok dapat dilacak pada karakteristik kelompok, yaitu:

1. ukuran kelompok.
2. jaringan komunikasi.
3. kohesi kelompok.
4. kepemimpinan (Jalaluddin Rakhmat, 1994).

III. MEMAHAMI KOMUNIKASI DALAM KELOMPOK

Persoalan-persoalan mengenai tipe kelompok, metode pembuatan keputusan yang terjadi dalam suatu kelompok dan kepemimpinan dalam kelompok merupakan materi pelajaran yang akan dibahas dalam kegiatan belajar 2 berikut ini.

Dalam wujud nyata yang dapat kita temui sehari-hari, kita mengenal beberapa tipe dari kelompok seperti kelompok belajar, kelompok pemecahan masalah, serta kelompok sosial lainnya. Sementara dalam bahasan mengenai metode pengambilan keputusan dalam kelompok, kita akan mengenal sejumlah metode yang digunakan di mana masing-masing metode yang dipakai bergantung kepada beberapa faktor yang melingkupinya. Dan dalam bahasan mengenai kepemimpinan dalam kelompok, kita diajak untuk memikirkan gaya-gaya kepemimpinan yang terjadi dalam kelompok dan fungsi kepemimpinan dalam kelompok. Kita mencoba membahas ketiga subbahasan dalam kegiatan belajar 2 ini dengan lebih rinci dan mendalam.

Tipe Kelompok

Ronald B. Adler dan Goerge Rodman dalam bukunya *Understanding Human Communication* membagi kelompok dalam tiga tipe, yaitu kelompok belajar (*learning group*), kelompok pertumbuhan (*growth group*), dan kelompok pemecahan masalah (*problem-solving group*). Masing-masing tipe kelompok memiliki karakteristik dan tujuan yang berbeda.

Kelompok Belajar (*learning group*)

Ketika kita mendengar kata 'belajar' atau *learning*, perhatian dan pikiran kita hampir selalu tertuju pada suatu lembaga pendidikan ataupun sekolah. Meskipun institusi pendidikan tersebut termasuk dalam klasifikasi *learning group*, namun ia bukan satu-satunya. Kelompok yang memberi keterampilan berenang ataupun kelompok yang mengkhususkan kegiatannya pada peningkatan kemampuan dalam memberi pertolongan darurat misalnya, dapat digolongkan ke dalam kelompok belajar tersebut. Jadi, apa pun bentuknya, tujuan dari

learning group ini adalah meningkatkan pengetahuan atau kemampuan para anggotanya. Satu ciri yang menonjol dari learning group ini adalah adanya pertukaran informasi dua arah, artinya setiap anggota dalam kelompok belajar adalah kontributor atau penyumbang dan penerima pengetahuan.

Kelompok Petumbuhan (growth group)

Jika learning group para anggotanya terlibat dalam persoalan-persoalan aksternal sebagaimana yang telah siuraikan di atas, maka kelompok pertumbuhan lebih memusatkan perhatiannya kepada permasalahan pribadi yang dihadapi para anggotanya. Wujud nyata dari growth group ini adalah kelompok bimbingan perkawinan, kelompok bimbingan psikologi, kelompok terapi sebagaimana yang sudah diuraikan pada kegiatan belajar 1, serta kelompok yang memusatkan aktivitasnya kepada penumbuhan keyakinan diri, yang biasa disebut dengan consciousness-raising group.

Karekateristik yang terlihat dalam tipe kelompok ini adalah growth group tidak mempunyai tujuan kolektif yang nyata, dalam arti bahwa seluruh tujuan kelompok diarahkan kepada usaha untuk membantu para anggotanya mengidentifikasi dan mengarahkan mereka untuk peduli dengan persoalan pribadi yang mereka hadapi.

Kelompok Pemecahan Masalah (problem-solving group)

Orang-orang yang terlibat dalam kelompok pemecahan masalah, bekerja bersama-sama untuk mengatasi persoalan bersama yang mereka hadapi. Dalam sebuah keluarga misalnya, bagaimana seluruh anggota keluarga memecahkan persoalan tentang cara pembagian kerja yang memungkinkan mereka terlibat dalam pekerjaan rumah tangga, seperti tugas apa yang harus dilakukan seorang suami, apa yang menjadi tanggung jawab istri, dan pekerjaan-pekerjaan apa yang dibebankan kepada anak-anaknya. Atau dalam contoh lain, bagaimana cara warga yang bergabung dalam satu rukun tetangga (RT) berusaha

mengorganisasikan diri mereka sendiri guna mencegah tindakan pencurian melalui kegiatan sistem keamanan lingkungan atau lebih dikenal dengan siskamling.

Problem solving gorup dalam opersionalsasinya, mlibatkan dua aktivitas penting.

1. Pengumpulan informasi (gathering information); bagaimana suatu kelompok sebelum membuat suatu keputusan, berusaha mengumpulkan informasi yang penting dan berguna untuk landasan pengambilan keputusan tersebut.
2. Pembuatan keputusan atau kebijakan itu sendiri yang berdasar pada hasil pengumpulan informasi.

MODUL VII

PENDEKATAN REHABILITASI

PROGRAM REHABILITASI

1. Short Term (Rehabilitasi Jangka Pendek)

- Lama perawatan berlangsung antara 1-3 bulan tergantung dari kondisi dan kebutuhan pasien.
- Pendekatan yang dapat dilakukan kearah medik dan psikososial.
- Masalah medik masih menjadi fokus utama, asesmen dilakukan secara lengkap termasuk pemeriksaan penunjang medik.
- Indikasi diberikan kepada pasien yang memiliki kegiatan rutin (bekerja, sekolah dan sebagainya).
- Asesmen yang perlu dilakukan pada model terapi ini adalah :
 - Evaluasi masalah penggunaan NAPZA : (Jenis, jumlah, lama pemakaian, dampak yang ditimbulkan , keinginan untuk berhenti.
 - Evaluasi medis : Riwayat Penyakit, kondisi fisik saat ini dan penyakit-penyakit lain yang terkait dengan penggunaan NAPZA.
 - Evaluasi Psikologis melalui wawancara dan tes psikologi.
 - Evaluasi sosial : riwayat keluarga, pendidikan, pekerjaan, dan hubungan sosial.
- Untuk melakukan asesmen memerlukan suatu hubungan terapeutik yang terbina antara pasien dengan terapis, dan hasil asesmen tersebut menjadi acuan untuk terapis selanjutnya.
- Pengobatan dapat dilanjutkan dengan rawat jalan atau bila masalah yang dihadapi pasien khususnya perilaku belum memungkinkan dapat dilanjutkan dengan rehabilitasi jangka panjang.

2. Rehabilitasi Jangka Panjang :

Modalitas terapi Therapeutic Community (TC) yang menggunakan pendekatan perubahan perilaku :

- Direkomendasikan bagi pasien yang sudah mengalami masalah Penggunaan NAPZA dalam waktu lama dan berulang kali kambuh atau sulit untuk berada dalam kondisi abstinen atau bebas dari NAPZA.
- TC dapat digambarkan sebagai model yang cocok atau sesuai dengan pasien yang membutuhkan lingkungan yang mendukung dan dukungan yang lain bermakna dalam mempertahankan kondisi bebas NAPZA atau abstinen.

Gambaran dari TC adalah sebagai berikut :

1. Program dengan Struktur yang tinggi/ ketat.
 2. Umumnya pasien berada dalam program untuk 6-12 tahun.
 3. Program pengobatan.
 4. Program pendidikan.
 5. Latihan keterampilan sosial dan penerapannya (seringkali pasien mengalami gangguan fungsi kehidupan yang serius).
 6. Diarahkan kepada pasien yang mempunyai riwayat perilaku kriminal.
 7. Mengembangkan sistem dukungan yang sesuai kebutuhan pasien.
 8. Menstabilkan fungsi kehidupan pasien
 9. Rehabilitasi vokasional.
- Program ini mempunyai suatu aturan yang tertulis maupun tidak tertulis yang diistilahkan dengan cardinal rules dan five pillars yang sangat mengikat setiap residen untuk menjalankan dan siap menerima sanksi bila melanggar aturan tersebut (pasien peserta TC lazimnya disebut residen).
 - Tahapan Program TC yang harus dijalani oleh setiap residen adalah sebagai berikut :

1. Proses Intake dan Orientasi (2-4 minggu) ;

- Wawancara awal
- Informed Consent
- Pemeriksaan Fisik
- Pengisian Formulir
- Orientasi Program (walking paper)
- Penganalan Program dan fasilitas layanan.

2. Primary Stage (6-9 bulan).

Untuk Younger Member (anggota termuda 1-3 bulan)

- Aktif mengikuti program
- Penerapan sanksi (reward and punishment)
- Dikunjungi keluarga
- Kegiatan family support group
- Kegiatan kelompok ----- untuk middle member (anggota menengah 4-6 bulan).
- Mulai bertanggungjawab terhadap sebahagian fasilitas TC dengan pendampingan.
- Kegiatan dalam kelompok
- Dilakukan family support group (FSG)

Untuk order member (anggota lama 6-8 bulan)

- Sudah bertanggungjawab penuh terhadap rumah/ fasilitas
- Pelaksanaan reward dan punishment secara penuh.
- Boleh meninggalkan fasilitas/rumah
- Dilakukankegiatan FSQ
- Mengikuti kegiatan kelompok
- Dinyatakan graduate/lulus.

3. Tahapan Re- Entry (3 sampai 6 bulan)

a. Fase Orientasi (2 Minggu)

- Pengenalan Program Re- Entry
- Didampingi Buddy (pendamping)
- Tidak boleh dikunjungi keluarga
- Tidak boleh meninggalkan fasilitas TC
- Sanksi berupa tugas-tugas mengurus fasilitas.
- Mengikuti kegiatan kelompok.

b. Fase A (1,5 -2 bulan).

- Mengikuti kegiatan kelompok
- Dapat dikunjungi keluarga setiap waktu
- Diberi ijin menginap 1 malam setiap 2 minggu sekali.
- Boleh menerima uang jajan setiap minggu secara teratur.
- Boleh melakukan aktivitas di luar TC

c. Fase B (2 bulan)

- Mengikuti kegiatan kelompok
- Dapat dikunjungi setiap waktu
- Diberi ijin pulang menginap 2 malam setiap 2 minggu
- Boleh meminta tambahan uang jajan.
- Boleh melakukan aktivitas diluar fasilitas TC

d. Fase C (2 bulan)

- Mengikuti kegiatan kelompok
- Dapat dikunjungi setiap waktu
- Diberi ijin pulang
- Boleh meminta tambahan uang jajan.
- Boleh melakukan kegiatan diluar fasilitas TC

- Konseling Final bagi residen maupun keluarga untuk persiapan pulang.

3. Aftercare Program

- Program yang ditujukan bagi mantan residen / alumni TC, Program ini dilaksanakan di luar fasilitas TC dan diikuti oleh semua angkatan dibawah supervise staf re-entry. Tempat pelaksanaan disepakati bersama.
- Program ini bertujuan agar alumni TC mempunyai tempat / kelompok yang sehat dan mengerti tentang dirinya serta mempunyai lingkungan hidup yang positif.
- Bentuk kegiatan yang dilakukan adalah :
 - Sharing dalam kelompok tanpa ditanggapi
 - Meminta anggota untuk menanggapi suatu topik
 - Waktu dan tempat pelaksanaan disepakati bersama.

4. Intervensi Psikososial

Suatu pendekatan yang mengutamakan pada masalah psikologis dan sosial yang disandang oleh pasien dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan pasien menghadapi setiap masalah (Coping Mechanism).

- Intervensi psikososial merupakan komponen kunci untuk terapi gangguan penggunaan NAPZA yang komprehensif baik secara individu maupun kelompok.
- Intervensi ini dapat diberikan pada setiap tahapan terapi baik dalam keadaan intoksikasi sampai pada saat fase rehabilitasi yang disesuaikan dengan kondisi pasien khususnya pasien dengan kesadaran penuh.
- Untuk melaksanakan intervensi ini diperlukan pelatihan keterampilan yang khusus dan memenuhi criteria tertentu sesuai dengan jenis intervensi.

- Pendekatan psikososial saja bukan yang superior, program terapi harus didesain sesuai kebutuhan pasien dengan mempertimbangkan faktor budaya, umur, gender serta komorbiditas.
- Beberapa model intervensi psikososial yang dapat dilakukan dalam layanan pengobatan

Gangguan penggunaan NAPZA antara lain :

1. Brief Intervention (BI)

Brief Intervention dipertimbangkan untuk berbagai kondisi yang melibatkan waktu tenaga professional yang terbatas untuk mencoba merubah penggunaan NAPZA. Berbagai intervensi membutuhkan waktu antara 5 menit sampai 2 jam.

BI khususnya dapat dipergunakan untuk pelayanan dasar di puskesmas dan dapat juga digunakan di ruang emergensi, bangsal rumah sakit, dan berbagai kondisi layanan kesehatan lain. Intervensi direkomendasikan untuk beberapa kondisi seseorang seperti dibawah ini :

- Penggunaan alkohol yang membahayakan tetapi belum ketergantungan.
- Ketergantungan alkohol ringan sampai sedang
- Ketergantungan nikotin / perokok.
- Ketergantungan kanabis ringan sampai sedang.

BI tidak direkomendasikan untuk kondisi dibawah ini :

- Pasien yang kompleks dengan isu-isu masalah psikologis / psikiatrik.
- Pasien dengan ketergantungan berat.
- Pasien dengan kemampuan membaca yang rendah.
- Pasien dengan kesulitan terkait dengan gangguan fungsi kognitif.

Pada kondisi ini direkomendasikan untuk melakukan wawancara mendalam.

BI dapat menggunakan berbagai bentuk format tetapi seringkali termasuk :

1. Asesmen singkat

2. Materi self- help (materi yang membantu pemahaman NAPZA contoh leaflet tentang penanganan overdosis cara mrnyuntik)
3. Informasi tingkat penggunaan yang aman
4. Anjuran ujntuk menguranngi konsumsi
5. Pengurangan dampak buruk
6. Pencegahan kekambuhan
7. Asesmen untuk kesiapan berubah termasuk wawancara memotivasi
8. Konseling singkat termasuk pemecahan masalah dan tujuan
9. Follow – up.

Konseling Dasar

“.... Konseling sendiri biasanya tidak cukup untuk merubah perilaku penggunaan NAPZA pada kebanyakan pasien....”,

- Konseling adalah suatu proses pertolongan dimana seseorang, dengan tulus dan tujuan jelas, memberikan waktu, perhatian dan keahliannya membantu pasien untuk mempelajari situasi mereka, mengenali dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan mereka.
- Tujuan dan fungsi konseling :
Membantu pasien untuk mempelajari dan memperoleh solusi jangka panjang yang memuaskan bagi masalah-masalah yang dialaminya.
- Fungsi Utama Konseling :
 1. Menyampaikan informasi penting
 2. Membantu pasien mengklarifikasi dan menempatkan masalah.
 3. Membantu pasien memilih dan mengambil pendekatan realistik.
 4. Memberikan dukungan psikomotor melalui keterampilan komunikasi.

- Konselor membuat suatu kondisi dimana pasien dapat menjadi teman baik melalui pikiran dan perasaan mereka.
- Konselor tidak memberikan nasehat, tetapi membantu orang untuk :
- Mampu mengerti perasaan mereka
- Menemukan dan memilih alternative yang nampaknya paling baik bagi mereka.
- Karakteristik konseling adalah :
- Merupakan suatu proses interaktif
- Merupakan hubungan yang interaktif
- Berdasarkan pada kolaborasi
- Melibatkan berbagai keterampilan konselor
- Menekankan pada kebebasan personal
- Menekankan pilihan
- Menggunakan penguatan positif
- Menggunakan dukungan emosional
- Pencatatan secara formal
- Dalam proses konseling agar terbangun suatu hubungan terapeutik seorang konselor harus mampu
- Melakukan percakapan yang efektif :
- Mendengarkan dengan aktif
- Mencoba mengerti perasaan pasien
- Menanyakan pertanyaan yang baik.
- Menghargai pasien maupun perasaan pasien, dan tidak memaksanya berubah
- Tidak menyalahkan atau menghakimi
- Menyediakan informasi yang tepat

- Menyatakan bahwa pasien tidak sendiri menghadapi masalah -> untuk mencegah pasien merasa gagal atau ditolak.
- Memahami prinsip-prinsip umum dalam konseling.

Wawancara Motivasional (Motivational Interviewing-MI)

Motivasi adalah suatu keadaan atau keinginan untuk berubah, selalu berfluktuasi dari waktu ke waktu atau dari situasi ke situasi lain. Dasar pemikiran atau alasan melakukan wawancara motivasional ini adalah bahwa untuk mencapai perubahan adalah lebih mudah bila motivasi untuk berubah tersebut datang dari dalam dirinya sendiri, dari pada dipaksakan oleh konselor atau terapis.

Wawancara motivasional adalah sebuah wawancara yang interaksinya berpusat pada pasien dan bertujuan untuk membantu seseorang menggali dan mengatasi ambivalensi tentang penggunaan NAPZA melalui tahap perubahan. Ini sangat berguna bila dilakukan pada pasien yang berada pada tahap prekontemplasi dan kontemplasi, tapi prinsip dan keterampilan wawancara sangat penting pada semua tahap.

Wawancara motivasional didasari pada pengertian bahwa :

- Pengobatan yang efektif dapat membantu proses perubahan.
- Motivasi untuk berubah terjadi dalam konteks hubungan antara pasien dan terapis.
- Gaya dan semangat dari intervensi sangat menentukan keberhasilan terapis, khususnya empati yang dihubungkan dengan perbaikan hasil pengobatan.

Pendekatan intervensi singkat ini didasarkan pada prinsip wawancara motivasional yang dikembangkan oleh Miller dan kemudian di perluas oleh Miller dan Rollnick.

Prinsip Wawancara Motivasional

Mengekspresikan Empati

Dalam situasi klinis keterlibatan empati memberikan gambaran bahwa konselor atau petugas kesehatan menerima pasien apa adanya, tidak menghakimi dan dapat memahami pasien serta

menghindari memberikan label , misalnya menyebut pasien sebagai “alkoholik” atau “pecandu”. Hal ini sangat penting untuk menghindari adanya konfrontasi dan menyalahkan atau mengkritik pasien. Keterampilan mendengarkan dan merefleksikan merupakan bagian penting dari ekpresi empati. Empati yang dilakukan oleh tenaga kesehatan merupakan faktor penting untuk mengetahui bagaimana respon pasien terhadap intervensi yang diberikan.

Ketidakcocokan (Perbedaan)

Orang lebih mungkin dimotivasi untuk mengubah perilaku penggunaan NAPZA bila mereka melihat ada perbedaan antara penggunaan NAPZA dan masalah yang berhubungan dengan perilaku mereka saat ini serta arah yang mereka inginkan dalam kehidupan mereka.

Semakin besar perbedaan antara tujuan, nilai dan perilaku mereka saat ini, kemungkinan besar pasien dapat berubah. Wawancara motivasional bertujuan untuk menciptakan dan menjelaskan perbedaan antara perilaku saat ini dan tujuan yang lebih besar dan menilai cara pandang pasien terhadap hal tersebut. Hal ini penting bagi pasien untuk mengidentifikasi tujuan / dan nilai serta untuk mengekspresikan alasan-alasan mereka untuk berubah.

Menghindari Argumentasi

Prinsip utama dari wawancara motivasional adalah dapat menerima bahwa adanya ambivalensi dan resistensi untuk berubah adalah suatu hal yang normal dan untuk mengajak pasien mempertimbangkan antara informasi yang didapat dan pandangan terhadap penggunaan NAPZA mereka. Pada saat pasien memperlihatkan resistensinya, tenaga kesehatan harus dapat menggambarkan kembali atau merefleksikannya. Ini biasanya penting untuk menghindari argumentasi dan perdebatan.

Dukungan keyakinan diri (kepercayaan)

Seperti yang telah didiskusikan diatas pasien yakin bahwa mengurangi atau menghentikan perilaku penggunaan NAPZA adalah penting dan mereka mampu melakukannya. Melakukan negosiasi dan membangun kepercayaan untuk membujuk pasien bahwa sesuatu yang dapat

mereka lakukan adalah bagian penting dari wawancara motivasional. Kepercayaan terapis pada kemampuan pasien untuk mengubah perilaku mereka juga penting dan dapat menjadi sugesti diri sendiri.

Cognitif Behavioral Therapy (CBT)

Cognitive Behavioral Therapy atau yang lebih dikenal dengan CBT adalah sebuah psikoterapi yang mulai banyak digunakan oleh para profesional dan terapis dalam menghadapi berbagai persoalan-persoalan psikologis individual, bahkan sampai kepada penggunaan dalam manajemen perusahaan dalam meningkatkan kinerja dan produktivitas yang sustainable dan resilience. CBT sebagai sebuah bentuk psikoterapi digunakan oleh para profesional karena :

1. CBT adalah jangka pendek, sangat kompetibel dengan berbagai sumber daya yang tersedia bagi pasien.
2. CBT telah teruji secara klinis dan didukung oleh percobaan empirical yang solid.
3. CBT terstruktur, goal-oriented (berorientasi pada sasaran perawatan yang telah dirancang), focus pada masalah yang dihadapi saat ini yang bergumul untuk mengatasi problem NAPZA yang dialami pasien.
4. CBT sangat fleksibel, pendekatan sangat individual tetapi dapat disesuaikan dengan berbagai bentuk perawatan (inpatient, outpatient) demikian juga formatnya (kelompok dan perorangan).
5. Sangat cocok dikombinasikan dengan berbagai terapi seperti MET, MI, Medis, dll.

Dengan dasar diatas, maka para ahli yang menggunakan CBT mengembangkan apa yang disebut kompetensi CBT untuk berbagai gangguan yang didasari oleh meta-analisa diatas. Asumsi yang dipakai adalah, setiap bentuk gangguan sifatnya sangat khusus terhadap pribadi yang khusus, lingkungan yang khusus, dan sasaran individu (penderita gangguan)

yang juga khusus. Maka untuk setiap gangguan , harus dilakukan studi yang mendalam sehingga dapat diterapkan secara efektif dan efisien, sesuai dengan sifatnya / hakekat CBT.

Intervensi CBT lahir dari 2 (dua) teori-teori ilmu psikologi yang telah berkembang sejak tahun 1950 sampai 1970, yaitu mulai dari psikoanalisa; client center Rogerian; terapi perilaku dalam bentuk desentisasi, modifikasi perilaku, aktivasi perilaku-conditioning (1950an); lalu terapi cognitive REBT menurut Albert Elhs, cognitive therapy dari Aaron Beck tahun 1970an; dan pada tahun 1990an pendekatan-pendekatan yang baru muncul seperti mindful therapy and acceptance & commitment therapy, dengan tujuan utama adalah merestruktur cara berpikir lama dan merubah perilaku lama dalam suatu proses pembelajaran.

Dasar Teori CBT

Setiap model dan metoda intervensi, apapun pendekatannya, memerlukan dasar teori yang sudah terbukti (evidence based) dan teruji secara klinis. CBT menggunakan dua teori, yaitu teori terapi kognitif dan teori terapi perilaku yang telah ada dalam dunia terapi selama ini. Untuk menghemat waktu dan mengejar efektifitas, maka dalam praktik, digunakan sekitar 80% terapi kognitif; khususnya bagi pasien remaja dan dewasa.

Terapi kognitif, bertujuan untuk membangun pikiran dan tindakan yang lebih rasional, dengan mengidentifikasi keyakinan-keyakinan inti dan asumsi-asumsi yang tidak rasional yang mengakibatkan atau menjadi kebiasaan (otomatis) dan bekerja kearah mengkoreksinya. Sedangkan muatan terapi perilaku, lebih menekankan teori pembelajaran sosial berupa modeling dan conditioning sebagaimana pasien belajar menggunakan NAPZA. Didasari atas kedua terapi diatas, CBT dikembangkan sesuai dengan kondisi dan latar belakang pasien, lingkungan hidupnya, dan budaya lingkungannya. Semakin luas pengetahuan terapis, maka akan sangat efektif bagi terapis dalam mengaplikasikan CBT terhadap pasien. Jadi CBT didasari atas meta-analisa, maka dari itu efektifitasnya sangat tinggi yang akibatnya memiliki

efisiensi atau waktu perawatan yang relative singkat disbanding dengan cara pendekatan tradisional.

Kesiapan Terapis CBT

CBT untuk adiksi didasari atas asumsi pendekatan biopsikososial. Dengan demikian para terapis harus mengembangkan pemikiran yang komprehensif terlebih dahulu sebelum melakukan perawatan; pertanyaan- pertanyaan dibawah ini harus menjadi bagian dari asumsi-asumsi terapis sebelum menghadapi pasien; yang akan ditanyakan dan di selidiki :

- Apakah pasien memiliki gangguan atau penyakit tertentu sebelum menggunakan NAPZA dan sebagai akibat dari penggunaan NAPZA; kemana saya harus merujuknya bila hal ini ada ?
- Apakah pasien memiliki gejala dual diagnosis ?

Merujuk ke psikiater mana yang mengerti masalah adiksi dan gangguan psikiatrik yang berhubungan dengan adiksi.

- Gangguan psikologis apa saja yang diderita pasien ?

Perangkat asesmen dan analisa apa yang harus dipakai untuk mengetahuinya ?

- Kemudian dari hasil-hasil diatas apakah tingkat keparahannya pasien ? Tingkat perawatan apa yang berguna dan harus dilaksanakan bagi pasien bersangkutan ?
- Apa saja faktor-faktor berisiko bagi pasien bila dia harus menjalani perawatan rawat jalan maupun rawat inap ?
- Sampai dimana tingkat motivasi pasien untuk berhenti menggunakan NAPZA ? Apa faktor-faktor penentu motivasi tersebut sehingga pasien datang keperawatan atau dipaksa menjalankan keperawatan.
- Apa kekuatan dan kelemahan yang dimiliki pasien sehingga dia mampu bertahan dengan keadaan emosional dan perilaku sampai saat ini ? Latar belakang sosial dan individual perlu diperhatikan.

- Dan beberapa pertanyaan yang spesifik yang timbul ketika berhadapan dengan pasien secara langsung; termasuk alat asesmen apa yang nanti akan digunakan, siapa yang akan menjadi pendamping (peer counselor), siapa yang menjadi manager kasus, dan terakhir apakah fasilitas yang dimiliki terapis sudah memadai dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan diatas.

Pencegahan Kekambuhan

Kambuh merupakan pengalaman yang sering terjadi dalam proses pemulihan pasien Gangguan penggunaan NAPZA. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor yang dapat diprediksi dalam kekambuhan adalah sistem keyakinan yang salah dan menetap (...’Saya seorang pecandu dan saya tidak bisa berhenti menggunakan NAPZA...’)

Di bawah ini beberapa strategi yang digunakan dalam pencegahan kekambuhan :

- Tingkatkan komitmen untuk berubah (misal menggunakan wawancara memotivasi).
- Identifikasi situasi risiko tinggi yang menimbulkan kekambuhan (Kapan, dimana, dengan siapa dan bagaimana penggunaan Napza bisa terjadi)
- Mengajarkan kemampuan menghadapi masalah (coping skill), misalnya: keterampilan sosial, keterampilan manajemen diri, monitoring diri dari penggunaan NAPZA,
- Mengembangkan strategi untuk menghadapi situasi yang dapat menyebabkan terjadinya kekambuhan :
- Apa yang harus dilakukan pasien dalam suatu kejadian yang dapat menimbulkan kambuh
- Dimana pasien mendapatkan dukungan ?
- Apa peran yang dapat diberikan dari teman atau keluarga ?
- Seberapa cepat pasien harus membuat perjanjian untuk kembali ke tempat praktek ?

MODUL VIII

NARCOTIC ANONYMOUS

1. Program 12 Langkah Narcotic Anonymous

Fokus dari Program 12 langkah adalah penerapan langkah-langkah itu dalam kehidupan sehari-hari. Disinilah penggunaan istilah Falsafah menjadi lebih relevan, karena langkah-langkah ini menjadi panduan untuk menjalani kehidupan sebagai seorang pecandu yang ingin mempertahankan kebersihannya dan membina perjalanan spritualnya. Jadi, lebih dari sekedar peraturan, 12 Langkah menjadi “Falsafah hidup” seorang pecandu, untuk diamalkan ketika menjalani kehidupan kesehariannya. Dan, berdasarkan paradigma Disease model of Addiction, penyakit kecanduan mempunyai potensi untuk kambuh sewaktu-waktu apabila tidak diredam oleh program pemulihan yang bersinambungan. Dengan pengamalan atau praktek dari langkah-langkah inilah para pecandu akan dapat meredam penyakitnya agar tidak kambuh, sepanjang hayatnya. Pada penjelasan ini, setiap langkah akan diuraikan secara singkat maknanya dan arena setiap langkah ditargetkan untuk mengatasi setiap aspek spesifik dalam penyakit kecanduan, uraian ini akan mencakup fungsi klinical yang dapat diterapkan baik dalam kondisi di dalam atau diluar institusi / panti rehabilitasi.

1. Kita mengakui bahwa kita tidak berdaya terhadap adiksi kita, sehingga hidup kita menjadi tidak terkendali.
2. Kita menjadi yakin bahwa ada kekuatan yang lebih besar dari kita sendiri yang dapat mengembalikan kita kepada kewarasan.
3. Kita membuat keputusan untuk menyerahkan kemauan dan arah kehidupan kita kepada kasih Tuhan Yang Maha Esa sebagaimana kita memahaminya.
4. Kita membuat inventaris moral diri kita sendiri secara penuh, menyeluruh dan tanpa rasa gentar.

5. Kita mengakui kepada Tuhan, kepada diri kita sendiri dan kepada seorang manusia lainnya, setepat mungkin sifat dari kesalahan-kesalahan kita.
6. Kita siap sepenuhnya agar Tuhan menyingkirkan semua kecacatan karakter kita.
7. Kita dengan rendah hati memohon kepadaNya untuk menyingkirkan semua kekurangan-kekurangan kita.
8. Kita membuat daftar orang-orang yang telah kita sakiti dan menyiapkan diri untuk meminta maaf kepada mereka semua.
9. Kita menebus kesalahan kita secara langsung kepada orang –orang tersebut bilamana memungkinkan, kecuali bila melakukannya akan justru melukai mereka atau orang lain.
10. Kita secara terus menerus melakukan inventarisasi pribadi kita dan bilamana kita bersalah, segera mengakui kesalahan kita.
11. Kita melakukan pencarian melalui doa dan meditasi untuk memperbaiki kontak sadar kita dengan Tuhan sebagaimana kita memahaminya, berdoa hanya untuk mengetahui kehendakNya atas diri kita dan kekuatan untuk melaksanakannya.
12. Setelah mengalami pencerahan spiritual sebagai hasil dari langkah-langkah ini, kita mencoba menyampaikan pesan ini kepada para pecandu dan untuk menerapkan prinsip-prinsip ini dalam segala hal yang kita lakukan.

2. Penjelasan Tentang Program 12 Langkah

Langkah pertama

“Kita mengakui bahwa kita tidak berdaya terhadap adiksi kita, sehingga hidup kita menjadi tidak terkendali.”

Langkah pertama adalah pernyataan masalah. Sebuah pengakuan atas adanya suatu masalah, dimana pengakuan ini diperlukan untuk memulai proses pemulihan. Suatu penerimaan didalam diri yang memerlukan pengkajian diri yang jujur dan dipatahkannya penyangkalan

harus mendahului pengakuan ini. Langkah ini adalah satu-satunya langkah yang menyebutkan adiksi, alkoholisme, atau perilaku kecanduan yang lain. Perlu dicatat bahwa Langkah Satu tidak mengatakan. “berhenti melakukan ini, setelah itu lakukan ini”. Pecandu diharapkan sudah mencapai titik maksimal dalam kehancurannya, lalu mencari jawabannya dalam program ini. Dua hal yang dibicarakan dalam langkah ini adalah ketidak berdayaan dan ketidakterkendalian. Kedua hal ini tidak sama, ketidakberdayaan berarti kecanduan itu sendiri, ketidak mampuan untuk mengatur perilakunya, sementara ketidakterkendalian dilihat dari akibat atau konsekuensi dari perilaku kecanduan itu. Ini adalah langkah yang sukar untuk diambil, karena siapa yang suka untuk mengaku kalah. Untuk mencapai titik ini, seorang pecandu harus sudah mencapai tahap yang disebut Hit Bottom (mencapai dasar), diaman dampak dari kecanduan ini sudah begitu banyak menghasilkan penderitaan sehingga pecandu mulai berfikir untuk merubah hidupnya, atau bahkan mulai mencari pertolongan. Sebelum mereka mencapai tahap ini, para pecandu akan tetap berpikir bahwa dengan membuat perubahan-perubahan kecil dalam hidupnya maka masalah akan terselesaikan. Konselor harus berhati-hati agar tidak terperangkap dalam membantu pecandu menyelesaikan masalah-masalah ini. Pecandu akan terus mencari alasan dari kecanduannya, apakah itu orang tua, lingkungan, pergaulan, dsb. Seringkali terdengar mereka mengeluh, “kalau saja masalah ini selesai, saya tentu tidak akan pakai NAPZA lagi”. “masalah ini” adalah masalah yang mengecohkan dari permasalahan yang sebenarnya, yaitu adiksi itu sendiri. Konselor harus bisa membantu pecandu untuk melewati rintangan yang berupa penyangkalan ini, yang memang merupakan masalah utama yang dihadapi dalam pemahaman Langkah Pertama.

Langkah Kedua

“Kita menjadi yakin bahwa ada kekuatan yang lebih besar dari kita sendiri yang dapat mengembalikan kita kepada kewarasan.”

Pada langkah inilah unsur spiritual dari program 12 langkah mulai Nampak. Langkah kedua mewakili pemikiran para pendahulu AA yang meyakini bahwa satu-satunya solusi dari masalah kecanduan ini terletak di aspek spiritual dari seorang pecandu ketika di langkah Satu pecandu berhadapan dengan keadaan yang tidak memberikan banyak harapan, dan pada akhirnya terpuruk dan menyerah kalah, di Langkah Dua mulai bersinar lagi. Di langkah kedua inilah juga dijelaskan penekanan atas perbedaan antara proses spiritual dan proses keagamaan. Pembinaan spiritual bermakna mengakui ketidakberdayaan pada diri sendiri, suatu proses yang bisa dilakukan melalui program keagamaan atau tidak. Karena 12 Langkah ditetapkan untuk semua pecandu, program ini menjauh dari membela atau mementingkan agama tertentu. Konselor yang bekerja menolong orang yang sedang menjalani langkah ini, harus memberikan banyak ruangan agar ia dapat menemukan sendiri konsep kekuatan yang lebih besar yang ia rasa paling nyaman baginya.

Langkah Ketiga

“ Kita membuat keputusan untuk menyerahkan kemauan dan arah kehidupan kita kepada kasih Tuhan sebagaimana kita memahaminya”

Langkah ketiga lebih mengembangkan lagi konsep Kekuatan yang lebih besar, atau Higher Power yang bisa juga disebut Tuhan oleh mereka yang mempercayainya. Langkah ini membawa kepada tindakan yang konkrit untuk pertama kalinya, yaitu menyerahkan seluruh kehidupan seorang pecandu kepada Higher Power yang diyakininya. Disinilah seorang konselor berperan untuk membantu pecandu menemukan konsep Higher Power yang paling bisa diterima dan dipercaya olehnya. Program 12 Langkah bukanlah program keagamaan. Program ini diperuntukkan kepada semua pecandu, apapun latar belakang agamanya, atau tidak beragama sekalipun. Langkah ini mendorong pecandu untuk menyerahkan kendali atas hidupnya, karena seperti dibuktikan di langkah pertama, ia tidak dapat lagi mengendalikannya. Higher Power tidak perlu menyerupai konsep Tuhan seperti dalam agama

formal, tetapi apa saja yang dapat mendatangkan rasa “penguatan” pada diri pecandu, dan disinilah konselor dapat membantu untuk menemukannya.

Langkah Keempat dan Kelima

“Kita membuat inventaris moral diri kita sendiri secara penuh, menyeluruh dan tanpa rasa gentar.”

“Kita mengakui kepada Tuhan, kepada diri kita sendiri dan kepada seorang manusia lainnya, setepat mungkin sifat dari kesalahan-kesalahan kita.”

Ketiga langkah pertama, apabila diserap dengan baik, akan menjadi fondasi spiritual yang kokoh, memungkinkan proses analisa diri yang lebih mendalam dan memerlukan lebih banyak lagi kejujuran dan keberanian. Kedua langkah ini bertalian karena keduanya membentuk suatu proses tertentu yang sangat penting didalam proses pelaksanaan 12 langkah. Keduanya membentuk satu ritual yang khusus , yaitu membuka diri secara total, mendokumentasikannya, dan menciptakannya kepada paling sedikit satu orang lain. Dalam konsep 12 langkah, “penyembuhan luka-luka dalam” tidak akan terjadi apabila luka-luka tersebut tidak dibawa kepermukaan dan diakui keberadaannya. Baru setelah itu proses penyembuhan bisa dimulai. Ketiga kategori utama yang biasanya diminta untuk dituliskan adalah kebencian, ketakutan, dan sex. Karena ketiga topik ini begitu berkaitan dengan dua isu utama yang selalu menghantui pecandu, yaitu perasaan malu dan perasaan bersalah. Menyembunyikan atau memendam pengalaman-pengalaman hidup yang berhubungan dengan ketiga topik tersebut akan menjadikannya beban spiritual yang tidak memungkinkan proses perubahan dan pertumbuhan yang positif. Untuk meringankan beban itu dan memulai adanya perbaikan rohani dalam diri seorang pecandu, ia harus bisa menerima kenyataan itu mengenai masa lalunya untuk kemudian bisa memaafkan. Oleh sebab itu, setelah berbagai hal yang menyakitkan tersebut terangkat kepermukaan dan tidak lagi ditutup-tutupi, pecandu diminta untuk berbagi mengenai cerita itu dengan satu orang lagi yang bisa ia percayai. Bisa

dibayangkan tentunya kedua langkah ini adalah langkah yang cukup sulit dan seringkali bahkan menakutkan, terutama bagi mereka yang baru mencobanya untuk pertama kali. Disinilah peran konselor menjadi sangat penting untuk membantu pecandu untuk mendapatkan kekuatan untuk menyelesaikan langkah ini. Pecandu harus dapat melihat bahwa kejujuran menjadi modal utama, dan tugas konselor jugalah untuk memupuk sifat yang baik ini dalam pecandu yang ditolongnya.

Langkah Keenam dan Ketujuh

“kita siap sepenuhnya agar Tuhan menyingkirkan semua kecacatan karakter kita.” “kita dengan rendah hati memohon kepadanya untuk menyingkirkan semua kekurangan-kekurangan kita.”

Kedua langkah ini adalah esensi dari proses perubahan diri dalam 12 langkah. Lima langkah pertama telah mendapatkan masalah utama, mencari solusi spiritual, dan mencari dan mengangkat berbagai beban dan kesulitan yang memperberat masalah utama. Setelah itu, kedua langkah ini, enam dan tujuh, menawarkan kepada pecandu apabila ingin meneruskan proses perubahan memasuki tahap yang baru dan memerlukan taraf kepercayaan dan keyakinan yang lebih mantap lagi. Kedua Langkah inilah yang membawa proses ini melampaui lebih dari hanya berhenti menggunakan NAPZA atau kecanduan lainnya. Dititik inilah menjadi semakin jelas bahwa 12 langkah akan membawa pecandu kepada perbaikan diri yang terus-menerus. Pecandu akan sadar bahwa dengan hanya berhenti menggunakan NAPZA, tetapi perilaku hidupnya, kondisi mental dan spiritualnya, masih menyerupai ketika ia aktif dalam kecanduannya, ia tetap tidak akan mendapatkan kebahagiaan. Kedua langkah ini menjadi papan lompatan untuk suatu proses kedepan yang akan memakan masa dan tenaga yang cukup banyak. Setelah mengetahui dengan jelas semua kerusakan yang ada pada diri pecandu, ia harapkan untuk bertanya pada dirinya, apakah ia sudah siap untuk merubahnya, Dan apakah ia sudah sampai pada titik kerendahan hati dimana ia tidak akan merasa selalu

mampu untuk menyelesaikan semua masalah, tetapi meminta kepada Higher Power untuk melakukannya untuk dia, Rekan konselor adalah membantu pecandu melewati rasa “serba mampu” yang datang dari ego yang besar dan menumbuhkan kerendahan hati, yang merupakan prinsip spiritual yang diperlukan untuk kedua langkah ini.

Langkah Delapan dan Langkah Sembilan

“kita membuat daftar orang-orang yang telah kita sakiti dan menyiapkan diri untuk meminta maaf kepada mereka semua.”

“kita menebus kesalahan kita secara langsung kepada orang-orang tersebut bilamana memungkinkan, kecuali bila melakukannya akan justru melukai mereka atau orang lain.”

Sampai pada langkah ketujuh. Fokus dari proses 12 langkah ini masih ditujukan kepada diri pecandu yang menjalani proses ini sendiri. Memasuki langkah kedelapan, tahap perkembangan dan kematangan spiritual pecandu sudah dianggap cukup mantap untuk mulai melihat keluar dirinya kepada kerusakan-kerusakan yang ditimbulkan dalam hubungannya dengan orang-orang lain. Ada tiga tugas utama yang diminta disini, membuat daftar (berbeda dengan daftar pada langkah empat), menyediakan diri, dan memperbaiki kesalahan secara langsung. Pada kedua langkah ini, usaha untuk menyelesaikan perasaan malu dan perasaan bersalah ditingkatkan intensitasnya. Dengan mengadakan perbaikan langsung, apakah itu meminta maaf, memperbaiki kerusakan, atau membayar hutang atau barang yang pernah dicuri, proses ini membebaskan pecandu secara total dari belenggu perasaan malu, takut, dan bersalah, dan akan lebih meringankan lagi beban mental pencandu dan memungkinkan untuk pertumbuhan spiritual yang lebih sehat lagi. Daftar yang dibuat tidak sepenuhnya sama dengan daftar yang telah dibuat di Langkah Empat, tetapi berdasarkan apa yang telah dicapai di langkah itu. Setelah itu, kesediaan diperlukan untuk menyiapkan diri sebelum membuat perbaikan langsung. Kesediaan juga memudahkan pecandu untuk mulai belajar memaafkan. Memaafkan orang lain, dan yang terpenting adalah memaafkan diri sendiri, sesuatu yang

sering sulit bagi seorang pecandu. Kemudian, keberanian yang luar biasa diperlukan untuk mengambil Langkah Sembilan, dimana tindakan yang sebenarnya akan dilakukan. kecenderungan utama dari seorang pecandu adalah untuk memusatkan perhatiannya kepada rasa ketakutan, malu, dan bersalahnya. Disinilah peran konselor menjadi sangat penting untuk mempersiapkan pecandu. Diperlukan bimbingan yang tepat untuk menilai kesiapan yang sesungguhnya. Langkah ini ditempatkan pada nomor Sembilan karena untuk mencapainya harus melalui proses pematapan spiritual yang prima, agar tidak menimbulkan kerugian atau menyakiti orang lain dan diri sendiri. Perlu pertimbangan yang benar-benar matang untuk memutuskan perbaikan mana yang harus didahulukan dan yang mana mungkin belum sampai pada saatnya. Bayangkan, bagaimana misalnya susahya mendatangi orangtua dari seseorang yang pernah dibunuh dan mengakui sebagai pembunuhnya dan meminta maaf.

Langkah Sepuluh

“kita secara terus menerus melakukan inventarisasi pribadi kita dan bilamana kita bersalah, segera mengakui kesalahan kita.”

Langkah ini adalah permulaan dari apa yang disebut langkah-langkah pemeliharaan. Dari Langkah Satu sampai Sembilan dasar yang kuat telah semakin diperkokoh, masa lalu yang buruk telah dengan jujur ditelusuri dan dibersihkan, dan kerusakan-kerusakan baik pada diri sendiri atau yang berhubungan dengan orang lain telah diperbaiki, lalu bagaimana mempertahankan semua pencapaian ini, Langkah-langkah sepuluh, sebelas dan dua belas adalah langkah-langkah khusus untuk tujuan itu. Dilangkah Kesepuluh pecandu diminta untuk terus menerus mengawasi diri sendiri, memonitor kehidupannya sehari-hari, dan dengan jujur mengakui apabila berbuat kesalahan atau berperilaku seperti pola lama ketika masih aktif dalam kecanduannya.

Konselor dapat membantu pecandu dalam proses analisa diri yang diminta dalam langkah ini. Dari setiap hasil dari pengawasan atau inventarisasi yang secara rutin dilakukan, sesuatu hal yang baru akan dapat dipelajari, dan dalam proses pembelajaran ini peran konselor menjadi sangat penting. Mereka yang telah mencapai tahap ini biasanya akan lebih pro-aktif dan mempunyai tingkat kesediaan yang tinggi untuk menjalani program, membuatnya mudah untuk dibimbing dan diajak bekerjasama. Pada tahap ini jugalah seringkali banyak perubahan kepribadian yang bisa disaksikan dengan nyata.

Langkah Sebelas

“Kita melakukan pencarian melalui doa dan meditasi untuk memperbaiki kontak sadar kita dengan Tuhan sebagaimana kita memahaminya, berdoa hanya untuk mengetahui kehendaknya atas diri kita dan kekuatan untuk melaksanakannya.”

Langkah Kesebelas berfungsi sebagai jembatan menuju Higher Power sebagai sumber kekuatan, dan bagaimana memastikan bahwa kekuatan itu terus menerus juga dengan Higher Power itu. Di Langkah ini meditasi dan doa dianjurkan untuk terus dilakukan dan disebutkan secara bersamaan, menunjukkan bahwa bahwa keduanya adalah praktek yang lazim digunakan dalam Langkah Sebelas untuk berhubungan dengan Higher Power. Sekali lagi perlu dicatat, program 12 langkah bukanlah program keagamaan. Artinya, tidak ada anjuran untuk menjadi pemeluk agama tertentu untuk bisa menjalani 12 Langkah. Tetapi yang dianjurkan adalah, meyakini adanya kekuatan lain selain diri sendiri yang dapat membantu, apapun bentuk dari sumber kekuatan tersebut, dan untuk terus berhubungan melalui doa dengannya. Program 12 Langkah adalah program spiritual khusus bagi mereka yang mempunyai penyakit adiksi, dan harus bisa mengakomodasi kepentingan dari semua pecandu dari latar belakang kelompok apapun. Penekanan atas pentingnya berdoa adalah bagian yang cukup sentral dari program 12 Langkah, karena dengan berdoa artinya pecandu menjangkau kekuatan yang ada diluar dirinya, yang berarti ia sudah memahami bahwa dalam dirinya ini

ada suatu kondisi yang tidak terelakkan dan tidak akan hilang, yaitu adiksi. Dan satu-satunya cara untuk meredam adiksi ini agar tidak kambuh atau relapse adalah dengan membina pertumbuhan spiritual dalam kehidupan sehari-hari. Dengan menerapkan apa yang disarankan oleh metode 12 Langkah, seorang pecandu memastikan pertumbuhan spiritual dalam hidupnya tetap terjaga.

Langkah Dua Belas

“Setelah mengalami pencerahan spiritual sebagai hasil dari langkah-langkah ini, kita mencoba menyampaikan pesan ini kepada para pecandu dan untuk menerapkan prinsip-prinsip ini dalam segala hal yang kita lakukan.”

Pada langkah ini, hasil dari kerja keras seorang pecandu mempelajari dan mengamalkan kesebelas langkah sebelum akhirnya dapat diraih. “Pencerahan Spiritual” yang dimaksud adalah perubahan yang menyeluruh dalam jiwa pecandu sehingga ia mencapai keterbukaan, keyakinan, dan kepercayaan yang begitu dalam terhadap Tuhan dalam bentuk yang dipercayainya. Pada tahap ini perubahan terjadi pada semua level, baik spiritual, mental, dan emosional. Kemudian, pecandu akan diminta untuk menyampaikan anugerah yang sudah didapatnya ini kepada pecandu lain yang masih menderita. Berdasarkan kejadian pertama ketika Bill Wilson berbagi kepada Dr. Bob mengenai alkoholismenya dan setelah itu keinginan untuk minum sirna, begitu jugalah para anggota 12 Langkah diminta untuk dengan murah hati berbagi mengenai cerita kehidupannya dalam pemulihan dengan pecandu yang masih menderita. Dan ini bukan saja baik bagi pendengar atau pendatang baru, tetapi inilah tulang punggung dari program 12 Langkah, yaitu seorang pecandu hanya bisa tetap menyimpan kekuatan yang ia miliki untuk bertahan bersih apabila ia membagikannya pada orang lain.

[Home](#)[Author](#)

Corresponding Author Dashboard

1 Submitted Manuscripts[Start New Submission](#)[Legacy Instructions](#)[5 Most Recent E-mails](#)

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
JO: Hanapi, Umami Fairuz • Under Review	JSSH-3785-2018	Patterns of Therapeutic Communication in Rehabilitation Institution for the Narcotics Users in East Java View Submission • Cover Letter	09-Oct-2018	09-Oct-2018

© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2018. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)