

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Latihan bicara dalam terminologi medis dikenal sebagai terapi wicara, adalah ilmu atau kiat khusus yang mempelajari perilaku komunikasi normal sekaligus abnormal. Juga dipergunakan untuk memberikan terapi pada penderita gangguan perilaku komunikasi seperti kelainan kemampuan bahasa, bicara, suara, irama, kelancaran. Sehingga nantinya penderita mampu berinteraksi dengan lingkungan secara sewajarnya. Terapi wicara atau latihan bicara di Indonesia khususnya di Kota Bandung, sudah banyak diterapkan pada klinik/rumah sakit maupun yayasan. Pada umumnya metode terapi wicara adalah latihan dan penanganan anak juga orang dewasa yang kesulitan berkomunikasi. Pada anak, kesulitan bicara bisa disebabkan kondisi bibir sumbing, *cerebral palsy*, *down syndrome*, gagap, gangguan verbal, gangguan fonetik, dan sebagainya.

Pada orang dewasa, kesulitan bicara bisa terjadi karena afasia (hilang kemampuan wicara sebagian) setelah menderita demensia parkinson, kanker di kepala dan leher, dan stroke. Terapi wicara selain diberikan pada penderita perilaku komunikasi, biasanya juga untuk pasien anak penyandang autisme. Namun lebih dari itu, terapi wicara sudah lama telah diterapkan pada pasien penderita celah bibir dan langit-langit (CBL) atau yang awam oleh masyarakat disebut bibir sumbing (cleftcarefoundationindoensia.org).

Terapi wicara khusus Kota Bandung terdapat di beberapa Rumah Sakit dan klinik atau yayasan. Contohnya di RS Hasan Sadikin, RS Borromeus, RS Melinda, RS Al Islam, RS Hermina Pasteur. Kemudian yang berbentuk yayasan atau klinik seperti Yayasan Suryakanti, Yayasan Indigrow, dan YPPCBL. Perkembangan terapi wicara di Kota Bandung terbilang cukup signifikan, terbukti dengan banyaknya terapis yang ada di rumah sakit maupun yayasan atau klinik. Namun perkembangan ini masih sangat disayangkan, karena terapis wicara di Kota Bandung yang menangani pasien bibir sumbing hanya ada di YPPCBL Bandung. Kebanyakan dari terapis di Kota Bandung seperti di yayasan suryakanti hanya menangani klien dengan gangguan disaudia, disartia, dislalia, disglosia, dislogia, disfagia, disfasia perkembangan, gagap dan latah. Fakta menarik ini menjadi kasus tersendiri bagi terapis di YPPCBL Bandung. Apa yang membuat terapis lain di Kota Bandung belum bisa menangani pasien dengan celah bibir dan langit-langit? Padahal terapi wicara bisa menjadi metode latihan bagi pasien CBL yang mayoritas berusia masih anak-anak. Seperti yang dijelaskan salah satu terapis di YPPCBL, dalam pernyataan berikut:

“Kalau Terapi Wicara sebandung banyak mas, ada yang di RS dan yayasan/klinik seperti disini. Kalau RS, di hasan sadikin, boromeus, melinda, Al Islam, Hermina pasteur, kalau yang di klinik/yayasan ada indigrow, paradiso, suryakanti. Tapi dari semua yang saya sebutkan tidak ada yang menangani pasien CBL, di Bandung hanya disini yang fokus pada pasien Celah Bibir dan Langit-langit. Hal ini yang menjadi kendala bagi kami dan membuat kami disini agak kewalahan mas, pasien CBL di Kota Bandung relatif banyak mas, ditambah yang di Kab. Bandung dan luar Bandung. Untuk itu kami disini harus dengan sabar dan ekstra melayani para pasien ini mas. Kalau di luar Bandung seperti Jakarta ada, di Rs Harapan Kita”.¹

¹wawancara dengan Ros, 29/12/16 di yppcbl bandung

Terlihat dari kutipan wawancara diatas, tanggung jawab terapis di YPPCBL menjadi sangat berat. Selain itu kualitas dari hasil latihan bicara pada pasien anak CBL akan menjadi nilai tersendiri bagi terapis. Biar bagaimana pun masyarakat luas akan menilai sangat objektif hasil yang diperoleh pasien anak CBL setelah lulus dari YPPCBL Bandung. Karena mengingat yayasan ini yang satu-satunya memberikan terapi wicara pada pasien anak bibir sumbing pasca mereka operasi di Kota Bandung.

Melihat prosedur di YPPCBL, Sebelum terapi wicara dilakukan pada pasien anak bibir sumbing harus dioperasi terlebih dahulu untuk membentuk atau merekonstruksi kembali bibir maupun langit-langit pada pasien anak. Pada saat melakukan persiapan operasi, pasien dan keluarga mungkin akan membutuhkan pendekatan – pendekatan dan perlakuan yang dilakukan oleh, ahli bedah plastik, ahli THT, Dokter Gigi atau Orthodontist, Psikiater, dan yang tak kalah penting yakni Terapis. Selanjutnya, jika tahap persiapan dengan beberapa tenaga medis diatas telah selesai, maka operasi pun siap untuk dilakukan. Kemudian setelah operasi selesai dilakukan, pasien dan keluarganya dapat melakukan terapi wicara. Jika diperlukam, operasi akan dilakukan sampai empat kali, memperbaiki bibir, bendungan pada faring (langit-langit), perbaikan pada gigi, namun ini sifatnya hanya opsional. Idealnya latihan bicara atau terapi wicara dapat dilakukan 1 – 3 bulan setelah melakukan operasi bibir sumbing. Usia 18 bulan merupakan usia yang ideal untuk melakukan terapi wicara, dimana pada usia tersebut seorang anak dinilai sudah dapat berkomunikasi dengan terapis dengan baik.

Terapi mulai dilakukan pada anak usia 18-24 bulan bertujuan agar merangsang kemampuan oromotor si pasien anak. Yayasan Pembina Penderita Celah Bibir & Langit-Langit (YPPCBL) Kota Bandung memiliki tim terapis wicara yang beranggotakan dua orang terapis perempuan. Saat ini tahun 2017, YPPCBL Bandung menangani sekitar 30 pasien terapi wicara secara intensif. Meskipun hanya ada dua terapis, namun profesionalitas terus dijalankan demi hasil yang optimal terhadap para pasien. Dalam menerapkan terapi wicara, para tenaga keterampilan fisik ini harus melakukan beberapa tahapan sesuai prosedur yang berlaku di lingkungan bidang kerjanya. Tahapan tersebut terdiri dari tiga *point* utama yakni, wawancara, observasi, dan tes. Seperti yang dijelaskan salah satu terapis bernama Ibu Ane di YPPCBL, dalam pernyataan berikut:

“Jadi terapi wicara itu ada langkah-langkahnya mas. Kami menggunakan cara assessment, meliputi wawancara, observasi, dan tes. Dan dari ketiganya saling memberikan informasi. Jika tidak mendapat informasi dari wawancara, saya coba diobservasi, setelah dari observasi, saya memastikannya dengan melakukan beberapa tes. Barulah dari hasil itu saya dapat mendiagnosis si anak, dan dari diagnosis ini saya bisa membuat program yang akan diterapkan.”²

Terlihat dari kutipan wawancara diatas, cara ini dirasa efektif, karena mengingat kondisi pasien CBL yang berbeda-beda. Tentunya memerlukan tindakan, atau teknik yang berbeda pula pada saat diberikan terapi wicara. Tidak hanya teknik yang berbeda, pemilihan media atau alat yang sifatnya membantu untuk proses terapi akan berbeda pula.

²wawancara denganAne, 11/11/2016 di yppcbl bandung

Lebih spesifik lagi, pesan-pesan yang digunakan dalam proses terapi tentunya akan mengalami konstruksi sesuai dengan kondisi pasien. Fakta lain yang membuat peneliti tertarik, bahwasanya tenaga keterampilan fisik yang ada di YPPCBL Bandung memiliki beberapa bidang kerja. Meskipun berada dalam satu konsentrasi yakni terapi wicara. Bidang kerja tersebut ialah bahasa, bicara, suara, irama kelancaran dan menelan. Yang menjadi fokus peneliti adalah pada bidang kerja bahasa dan bicara. Bahasa dalam hal ini melihat konsep bahasa yang dimiliki oleh pasien dan relevansinya dengan usia pasien. Kemudian untuk ranah bicara, melihat berapa banyak kata yang dipahami dan diucapkan oleh pasien. Untuk bidang kerja bicara, terbagi menjadi dua fokus penanganan pada saat latihan dilakukan yaitu pengucapan dan pengujaran. Faktor lainnya yang membuat peneliti tertarik, seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya, YPPCBL Bandung adalah satu-satunya yayasan yang memiliki terapis wicara yang melayani permasalahan bibir sumbing. Selain itu metode pengoperasian bibir sumbing di YPPCBL juga berbeda dengan yang dilakukan yayasan lain. seperti yang ditegaskan salah satu terapis di YPPCBL Bandung dalam pernyataan berikut:

“Keunggulan dari yayasan kami adalah karena memiliki terapis wicara yang berkonsentrasi pada bibir sumbing, inilah yang membedakan dengan yayasan atau klinik lain di Kota Bandung, ya meskipun untuk saat ini kami masih berdua. Satu lagi yang membedakan, adalah hasil operasi dari yayasan kami. Banyak yayasan yang menggunakan operasi/bedah plastik. Namun kami menggunakan bedah mulut. Ini akan berkaitan dengan hasilnya untuk berbicara. Biasanya yang menggunakan bedah plastik lebih mengutamakan pada titik estetika, kecantikan”.³

³ wawancara dengan Ane, 11/11/2016 di yppcbl bandung

Berdasarkan kutipan diatas, sudah dapat disimpulkan apakah yang menjadi pembeda antara YPPCBL Bandung dengan yayasan lain, yakni dengan adanya terapis wicara yang melayani pasien CBL dan penggunaan metode operasinya. *Labioschisis* atau bibir sumbing. Adalah cacat bawaan yang menjadi masalah tersendiri di kalangan masyarakat, terutama penduduk dengan status sosial ekonomi yang lemah. Akibatnya, operasi dilakukan terlambat dan malah dibiarkan sampai dewasa. Bibir sumbing muncul dalam bulan ke-4 sampai bulan ke-8 masa kehamilan. Beberapa kasus sumbing disebabkan oleh faktor lingkungan, yang lainnya dikarenakan faktor genetik. Ayah, seperti halnya ibu, dapat menurunkan gen yang menyebabkan sumbing. Sebagian besar bayi bersumbing adalah laki-laki. Meskipun begitu, tidak jarang seorang bayi perempuan lahir dengan sumbing(cleftcarefoundationindoensia.org).

Seseorang (pria atau wanita) yang lahir dengan sumbing tanpa sebab yang jelas, mempunyai peluang lebih besar untuk mempunyai anak bersumbing. Wanita yang mengkonsumsi terlalu banyak vitamin A dan tidak cukup asam *folic* berkemungkinan besar untuk melahirkan anak bersumbing Bibir sumbing sendiri dapat terjadi dengan tingkat keparahan yang bervariasi. Variasi dari keparahan bibir sumbing ini dapat terjadi mulai dari celah bibir yang kecil, hingga celah bibir besar yang terbentuk hingga mencapai bagian hidung. Jika dalam pengertian yang sederhana, sumbing adalah belahan atau celah pada struktur bibir atau mulut. Belahan di bagian atas bibir disebut “bibir sumbing”, sedangkan istilah “sumbing langit-langit” menunjuk kepada celah di langit-langit mulut. Sumbing mungkin muncul di satu atau dua sisi, dengan beragam tingkat kerumitan.

Sumbing yang paling ringan berbentuk lekukan tipis di bibir bagian atas. Yang paling parah adalah sumbing yang melebar dari bibir ke hidung, menembus daerah bertulang di mana gigi bertumbuh, dan menjorok ke langit-langit mulut. Ini dikenal sebagai “sumbing lengkap bibir dan langit-langit”. Saat bayi bertumbuh dalam kandungan, bibir dan langit-langit berkembang secara terpisah, sehingga memungkinkan bagi seorang anak untuk memiliki hanya bibir sumbing, hanya sumbing langit-langit atau keduanya. Ketika kerusakan hanya terdapat pada satu sisi bibir, ini disebut bibir sumbing unilateral.

Bibir sumbing bilateral menunjuk kerusakan di kedua sisi. Sumbing langit-langit bukan berarti langit-langit mulut “hilang”, meskipun kadang-kadang mungkin terlihat seperti itu. Melainkan, kedua sisi langit-langit tidak terhubung (menyatu) seperti yang seharusnya terbentuk di minggu-minggu awal perkembangan janin. Sumbing langit-langit dapat bervariasi lebarnya. Sumbing ini mungkin hanya mencakup bagian belakang langit-langit yang lunak atau meluas ke bagian langit-langit keras tepat di belakang gusi (cleftcarefoundationindoensia.org).

Kegiatan latihan bicara di YPPCBL Bandung berlangsung secara *face to face* antara tenaga kesehatan dan pasien CBL. Proses ini dilakukan agar lebih fokus dan maksimal saat melakukan tindakan pada pasien CBL. Proses latihan bicara dilakukan di ruang-ruang kelas yayasan dengan tenaga keterampilan fisik profesional yang disiapkan yayasan. Bermula dari realitas inilah, peneliti melihat masalah tersendiri yang harus diungkap dengan melakukan pengamatan ilmiah.

Pertanyaan kecil terlintas dibenak peneliti seperti, bisakah latihan bicara juga dilakukan oleh orangtua/keluarga pasien anak CBL di rumah mereka secara efektif?. Karena melihat jumlah terapis dengan banyaknya pasien anak CBL yang tidak sebanding di yayasan, yakni 1 orang terapis menangani sekitar 30 pasien anak CBL yang memerlukan latihan bicara. Pertanyaan sederhana ini harus peneliti bongkar melalui penelitian yang akan dilakukan di YPPCBL Bandung. Hasil penelitian ini memperlihatkan semua proses latihan bicara dalam perspektif komunikasi. Lewat data penelitian ini, dapat mengetahui semua unsur/elemen yang diperlukan ketika melakukan latihan bicara. Sehingga keluarga pasien anak CBL pun bisa melanjutkan proses latihan bicara tersebut di rumah masing-masing dengan maksimal. Agar tiap pasien semakin intensif belajar dan peluang untuk mencapai kesembuhan lebih cepat diperoleh.

Tingkat keberhasilan dari terapi wicara bergantung pada perkembangan masing-masing pasien anak ketika melakukan terapi pasca operasi. Peran latihan / terapi wicara harus diperhatikan lebih fokus kepada pasien. Karena jika proses terapi wicara tidak diterapkan secara serius, akibatnya hasil yang didapat tidak signifikan pada pasien. Maka dari itu pentingnya efektifitas terapi wicara harus menjadi perhatian serius. Khususnya bagi para penyelenggara yayasan sekaligus rumah sakit dalam hal ini YPPCBL yang menangani masalah bibir sumbing baik bagi anak-anak dan dewasa. Urgensi dari efektifitas terapi wicara pada pasien bibir sumbing pasca operasi tentu menjadi kajian tersendiri dalam bidang ilmu komunikasi.

Pada latihan bicara yang berlangsung antara tenaga kesehatan (terapis) dan pasien anak CBL, ada proses atau situasi pengalaman belajar bersama yang berjalan di dalamnya. Proses komunikasi juga berlangsung secara sadar antara terapis dan pasien CBL ataupun dengan keluarganya, untuk mendukung penyembuhan. Oleh karena itu, peneliti melihat realitas ini dengan bingkai konsep teoretis komunikasi terapeutik. Komunikasi terapeutik dapat melihat bagaimana terapis dan keluarga pasien melakukan latihan bicara kepada pasien. Penggunaan diri antara terapis dan keluarga baik fisik dan psikis, hal ini ditunjukkan dengan pesan komunikasi verbal dan nonverbal dari keduanya terhadap pasien, media apa saja yang digunakan pada saat latihan bicara, serta kaitan antara keterbukaan diri terapis dengan keterbukaan diri keluarga pasien juga turut mendukung penyembuhan pada saat latihan bicara diterapkan. Tahapan-tahapan dalam komunikasi terapeutik sendiri juga membantu proses latihan bicara seperti tahapan persiapan, orientasi, kerja dan terminasi. Selain itu dalam melakukan komunikasi terapeutik yang efektif, juga diperlukan beberapa teknik yang harus dimiliki oleh terapis pada saat memberikan pelayanan kepada keluarga dan pasien di YPPCBL Bandung.

1.2 Fokus Penelitian

Kajian dari penelitian ini adalah mengenai Implementasi Komunikasi Terapeutik dalam Latihan Bicara, Oleh karena itu, peneliti memfokuskan penelitiannya menjadi “Bagaimana Komunikasi Terapeutik dalam Proses Latihan Bicara Pasca Operasi Celah Bibir dan Langit – Langit (CBL) di YPPCBL Bandung?”

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian singkat sebelumnya, ada beberapa pertanyaan yang peneliti ajukan sebagai masalah dalam penelitian ini, yaitu :

- 1) Bagaimana hubungan emosional terapis dengan pasien anak CBL dalam latihan bicara?
- 2) Bagaimana sikap terapis dalam memberikan latihan bicara pada pasien anak CBL?
- 3) Bagaimana cara terapis memberikan latihan bicara pada pasien anak CBL?

1.4 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memperoleh jawaban atas pertanyaan yang peneliti ajukan dalam pertanyaan penelitian. Berdasarkan pertanyaan penelitian, maka tujuan penelitian ini adalah :.

- 1) Untuk memahami hubungan emosional terapis dengan pasien anak CBL dalam latihan bicara.
- 2) Untuk memahami sikap terapis dalam memberikan latihan bicara pada pasien anak CBL.
- 3) Untuk memahami cara terapis memberikan latihan bicara pada pasien anak CBL.

1.5 Kegunaan Penelitian

1.5.1 Kegunaan Teoretis

Penelitian ini mampu memberikan pembaruan bagi disiplin ilmu komunikasi. Selain itu juga dapat mengetahui, mempelajari serta memberikan pengetahuan dan wawasan khususnya yang berkaitan dengan pesan verbal – nonverbal dalam proses terapi wicara / latihan bicara. Pesan - pesan ini terepresentasi dalam sikap komunikasi terapeutik terapis pada saat menangani pasien anak CBL. Secara teoretis, penelitian ini juga memiliki kegunaan yang signifikan dalam kajian komunikasi terapeutik dan komunikasi kesehatan.

1.5.2 Kegunaan Praktis

Penelitian ini dapat memberikan kontribusi untuk pelayanan di klinik atau yayasan yang bertanggung jawab atas penanganan pasien CBL khususnya anak-anak. Pihak penyelenggara layanan terapi wicara juga dapat melihat bagaimana hubungan perasaan pasien anak CBL dengan terapis. Sehingga dapat mengambil langkah yang lebih efektif dalam penanganan. Kemudian hasil penelitian dapat menghasilkan aplikasi latihan bicara pada android / PC agar dapat digunakan oleh pihak keluarga pasien anak CBL atau instansi terkait. Selain itu dapat menyalurkan wawasan bagi masyarakat luas khususnya orang tua pasien anak tentang cara atau teknik apa saja yang digunakan terapis pada saat latihan bicara. Sehingga pihak keluarga mampu melanjutkan latihan bicara secara intensif saat di rumah. Dan terakhir dapat menginspirasi serta menjadi panutan bagi instansi kesehatan seperti rumah sakit, klinik, dan yayasan yang ada di Kota Bandung juga luar Jawa Barat agar turut berkontribusi pada pelayanan bagi pasien anak-dewasa CBL atau bibir sumbing.

1.6 Kajian Pustaka

1.6.1 Review Penelitian Terdahulu

Peneliti mengumpulkan beberapa hasil penelitian serupa yang sesuai dan memiliki ketertarikan dengan bahasan yang diteliti, yaitu mengenai komunikasi terapeutik pada latihan bicara pasien CBL, dengan menggunakan metode penelitian kualitatif dan pendekatan studi kasus. Kajian pustaka ini terdiri dari 5 jurnal penelitian komunikasi. Referensi penelitian yang peneliti gunakan antara lain:

Penelitian 1

“KOMUNIKASI TERAPEUTIK KONSELOR ADIKSI PADA KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA”, Rachmawati Windyaningrum, Magister Ilmu Komunikasi Fikom Unpad.

Sumber : Koleksi Penelitian Perpustakaan Univ. Padjadjaran, Desember 2014

Penelitian ini bertujuan mengetahui metode terapi komunikasi konselor adiksi dalam membantu pemulihan residen, dukungan keluarga pada komunikasi terapeutik konselor adiksi, dan alasan mantan pecandu yang menjadi konselor adiksi. Penelitian ini berlokasi di rumah palma *therapeutic community* kabupaten bandung barat. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Pendekatan studi kasus digunakan untuk menemukan dan menggali informasi tentang komunikasi terapeutik konselor adiksi pada program pemulihan *therapeutic community*. Informan penelitian adalah konselor adiksi sebagai informan kunci yang dipilih secara *purposive sampling*.

Data diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi partisipan, dan dokumentasi. Data penunjang penelitian diperoleh dari studi literatur dan wawancara dengan pihak yang relevan dengan masalah program pemulihan *therapeutic community*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode terapi komunikasi yang dilakukan konselor adiksi adalah *static counseling* dan *individual counseling*. Metode terapi komunikasi tidak terlepas dari kedekatan, kenyamanan, kepercayaan, kpercayaan diantara konselor dan residen. Penggunaan komunikasi diantara mereka ditunjukkan dengan bahasa verbal dan nonverbal. Dukungan keluarga residen ditunjukkan dengan adanya komitmen terhadap *treatment* pemulihan, keaktifan keluarga pada *family support group* dan *family dialog*. Alasan mantan pecandu menjadi konselor adiksi dikarenakan mereka dapat menjadi *role model* bagi residen dalam program pemulihan, adanya panggilan hati untuk membantu sesama pecandu, dan sebagai bentuk *recovery maintenance* setelah mereka selesai menjalani program pemulihan.

Penelitian 2

“PROSES KOMUNIKASI INTERPERSONALANTARA TERAPIS DENGAN ANAK AUTIS DIESYA TERAPI CENTER SIDOARJO DALAMPROSES TERAPI WICARA” oleh Helen Uli Martha Sitompul, Prodi Ilmu Komunikasi, Universitas Kristen Petra Surabaya

Sumber : VOL I. NO.3 TAHUN 2013,JURNAL E-KOMUNIKASI PROGRAM STUDI ILMU KOMUNIKASI UNIVERSITAS KRISTEN PETRA, SURABAYA

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana proses komunikasi interpersonal antara anak autis dengan terapis dalam proses terapi wicara di Esya Terapi Center Sidoarjo. Informan yang diteliti adalah murid yang menyandang autis dan juga terapis. Penelitian ini dilakukan secara kualitatif deskriptif dengan metode studi kasus serta melakukan observasi dan wawancara mendalam. Elemen yang diteliti adalah, elemen komunikasi interpersonal menurut De Vito, yaitu komunikator, pesan, hambatan, media, hambatan, kompetensi, etika. Hasil Penelitian menunjukkan proses komunikasi yang terjadi dalam proses terapi, antara terapis dan anak autis adalah proses komunikasi interpersonal dua arah.

Dalam penyampaian pesan, didominasi dengan penyampaian pesan non verbal. Dalam proses terapi, Ratna dan Santi mendominasi peran sebagai komunikator. Sedangkan, Tono dan Lili lebih banyak berperan sebagai komunikan. Proses komunikasi ini diawali dengan pemberian pesan yang dilakukan oleh *source* atau pengirim pesan yang didominasi oleh terapis yaitu Ratna dan Santi. Pengiriman pesan ini berupa materi pelajaran yang akan disampaikan oleh terapis kepada murid autisnya.

Feedback yang diberikan adalah positif, karena komunikasi menanggapi pesan meskipun tanggapan yang diberikan adalah pesan yang disampaikan secara non verbal. dalam proses komunikasi interpersonal yang dilakukan oleh terapis dan anak autis memiliki hambatan yaitu hambatan semantik, fisiologis, dan juga psikologis. Hambatan terbesar pada Tono adalah hambatan semantik karena keterbatasan dalam perbendaharaan kata-kata, sedangkan Lili lebih banyak ke hambatan psikologi, karena dia masih baru menjalani terapi. Dalam penelitian ini, peneliti juga menyimpulkan mengenai *reward and punishment*.

Reward and punishment diberikan oleh para terapis sebagai respon untuk apa yang dilakukan oleh murid terapinya dan juga sekaligus sebagai etika yang diwajibkan dari tempat terapis. Sehingga, jika murid terapinya bisa melakukan sesuai dengan yang diinginkan oleh terapisnya, maka akan diberikan penghargaan sedangkan hukuman diberikan jika murid terapinya tidak melakukan hal yang sesuai dengan apa yang terapis mau. Dan hal ini sekaligus untuk pemberian motivasi kepada murid autis untuk terus belajar.

Dalam penelitian ini juga didapatkan bahwa dalam proses penyembuhan anak autis terutama dalam berkomunikasi dengan orang lain juga adanya campurtangan dari pihak keluarga. Dalam penelitian ini didapatkan, kurangnya intensitas dalam berkomunikasi bersama keluarga juga menjadi salah satu hambatan untuk membuat murid autis bisa berkomunikasi dengan orang lain. Sehingga, murid autis ini tidak terbiasa untuk berkomunikasi dan proses pembelajaran menjadi terhambat.

Penelitian 3

“MODEL KOMUNIKASI PENANGANAN ANAK AUTIS MELALUI TERAPI BICARA METODE LOVAAS” oleh I.G.A. Alit Suryawati Program Studi Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Udayana, Bali

Sumber : Jurnal Ilmiah Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Vol. I No. 01, Tahun 2010

Penelitian ini bertujuan untuk membantu orang tua memiliki anak autis untuk menunjukkan bagaimana ancaman anak untuk membentuk komunikasi dua cara aktif sehingga komunikasi yang efektif dan efisien dapat dilakukan, untuk mengajar anak autis bagaimana bersosialisasi tidak hanya di depan umum, tetapi juga dalam keluarga. Setelah berkomunikasi, juga diajarkan generalisasi berurusan dengan subjek, orang lain, instruksi dan objek di lingkungan yang heterogen, untuk mengajarkan materi akademik setelah komunikasi dan sosialisasi kemampuan terbentuk, bagaimana lama waktu yang dibutuhkan untuk mengobati anak autis, apakah anak autis dapat disembuhkan atau tidak, apa penyebab autisme.

Peran terapi wicara Lovaas-metode dalam pemulihan dari anak autis dapat disimpulkan. Pertimbangan pertama dalam manfaat terapi adalah dengan memiliki pengobatan diagnosis dini dari dokter dan keluarga sehingga awal langkah terapi dapat dilakukan. Seperti yang kita tahu bahwa semua metode harus digunakan sehingga terapi ini bisa dilakukan lebih efisien dan efektif. Dari hasil penelitian ini terdapat beberapa hal yang dapat disimpulkan dari penelitian ini.

Pertama, berat ringannya derajat kelainan. Semakin berat derajat kelainan dan jenis kelainan perilakunya, semakin sulit untuk kembali normal. Namun perlu diingat khususnya bagi anak autisma, sekalipun derajat autisma anak sangat ringan, diapun harus diterapi. Sebab apabila tidak, maka anak autisma ringan dapat berubah menjadi berat pada usia lebih tua. Di samping autisma tanpa terapi perilaku, tidak mungkin menjadi normal dengan perlakuan yang tradisional saja.

Kedua, usia anak pertama kali ditangani secara benar dan teratur. Usia ideal adalah 2-3 tahun, karena pada usia ini perkembangan otak paling cepat. Namun bukan berarti bahwa pada usia lebih dari 3 tahun harus dibiarkan. Karena tidak ada alternatif lain, maka sekalipun usia anak melampaui 5 tahun, terapi tetap dilakukan sekalipun tidak secepat usia ideal. Minimal kalau masih bisa, anak diajarkan dengan keterampilan atau okupasi yang dapat memandirikan kehidupannya kelak. Ketiga, pada intensitas penanganannya, metode LOVAAS menetapkan 40 jam/minggu. Persyaratan ini sangat sulit dipenuhi oleh para orang tua. Karena apabila akan dilakukan di sekolah, mereka membenturkan pada masalah biaya yang besar.

Bila akan dilakukan di rumah mereka sendiri tidak mempunyai waktu yang cukup, karena masih ada anak-anak yang lain atau karena mereka harus bekerja mencari nafkah. Keempat, dalam hal IQ anak, makin cerdas seorang anak, makin cepat dia menangkap materi yang diberikan. Namun perlu diperhatikan, bahwa selain kecerdasan intelegensia, kecerdasan emosional juga dilatih, karena banyak anak, terutama autisma, yang memiliki kesulitan mengendalikan emosinya. Diperkirakan sekitar 0-40% anak autisma memiliki IQ di atas normal.

Kelima, keutuhan pusat bahasa di otak anak. Pusat berbahasa berada di lobus parietalis kiri. Apabila mengalami kelainan atau kerusakan, maka anak akan kesulitan berkata-kata. Latihan PECS (Picture Exchange Communication System) dan Compic (Computerized Pictograph) atau bahasa gambar dapat dimanfaatkan untuk anak ini. Selain bahasa gambar dapat dipakai bahasa isyarat dan bahasa tulisan atau ketikan dengan mesin ketik

Penelitian 4

“AUTISME DAN KOMUNIKASI YANG DIGUNAKAN DALAM TERAPI ANAK AUTIS” oleh Ardelina Novantika, Program Studi Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Univ Pembangunan Nasional “Veteran” Jawa Timur.

Sumber : Koleksi Penelitian Perpustakaan Ilmu Komunikasi Universitas Pembangunan Nasional “veteran” Jawa Timur, 2013.

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui metode penyampaian dan komunikasi anak autis dengan terapis. Khusus anak autis sangat penting diterapi dari berbagai bidang antara lain terapi perilaku, terapi bermain, terapi berbicara dan terapi bio medis. Terapi ini dilakukan secara terus menerus sampai gejala/gangguan autis berkurang atau bahkan bisa hilang dan dapat sembuh seperti anak normal. Autisme adalah sejenis gangguan bentuk pikiran yang ditandai dengan gangguan kualitatif pada interaksi sosial. Jenis terapi pada anak autis yaitu ABA, Floortime, ST, OT, SI. Metode yang digunakan dalam penanganan yaitu metode LOVAAS. Sikap penelitian adalah studi kasus dengan jenis data kualitatif. Teknik yang digunakan untuk mengumpulkan data adalah

wawancara. Berdasarkan analisa data dan pembahasan hasil penelitian, dapat dikemukakan bahwa Komunikasi dilakukan secara langsung atau dengan tatap muka antara terapis dan anak autis secara intensif, Saling berhadapan dengan langsung, supaya terapis bisa mencari kontak mata dari anak autis, Setelah ada kontak mata baru pesan/materi itu disampaikan dengan menggunakan bahasa yang singkat, jelas lugas, menerapkan metode/terapi yang selama ini sudah di pergunakan untuk menterapi anak autis, Metode penyampaian pesan yang efektif itu tidak terlepas dari terapi anak autis.

Penelitian 5

**PENERAPAN METODE KOMUNIKASI NON VERBAL YANG
DILAKUKAN GURU PADA ANAK-ANAK AUTIS DI YAYASAN PELITA
BUNDA THERAPY CENTER SAMARINDA, Prisca Oktavia Della, Ilmu
Komunikasi, FISIP, UNIV. MULAWARMAN.**

*Sumber: eJournal Ilmu Komunikasi, 2014, 2 (4) : 114 – 128. ISSN 0000-0000,
ejournal.ilkom.fisip-unmul.ac.id*

© Copyright 2014

Penelitian ini bertujuan untuk memahami Proses Komunikasi Non Verbal yang Dilakukan Guru Terhadap Anak Autis di Yayasan Pelita Bunda Therapy Center Samarinda. Metode penelitian yang digunakan adalah kualitatifdeksriptif. Menggunakan 3 orang informan sebagai sumber memperoleh data, dengan menggunakan teknik sampling purposive sampling. Teknik analisis data yang digunakan adalah analisis data kualitatif Model Interaktif Matthew B. Miles dan A. Michael Huberman.

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan mengenai studi tentang komunikasi non verbal pada guru terhadap anak-anak di Pelita Bunda Therapy Center dan juga pendapat dari para ahli yang berhubungan dengan penelitian ini maka dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Komunikasi non verbal pada Paralanguage. Penerapannya bahwa apabila terapis marah dia harus mampu mengendalikan diri untuk menekan intonasi suaranya & menyesuaikan dengan kondisi anak karena setiap anak memiliki kekurangan yang berbeda-beda. Intonasi suara yang dilakukan guru terhadap anak-anak autisme harus ada penekanan nada bicara yang jelas dan pembicaraan harus dilakukan lebih dari 1 kali. Terapis akan menyesuaikan intonasi suara pada saat berkomunikasi, yang terpenting adalah adanya penekanan suara yang jelas. Intonasi suara yang dilakukan terapis tergantung pada intruksi.

2. Komunikasi non verbal pada Kinesics (ekspresi wajah, gerakan tubuh & kontak mata). Pada ekspresi wajah berdasarkan pengamatan peneliti mendapatkan 4 ekspresi guru terhadap muridnya, yaitu Senang, Marah, Sedih dan Terkejut. Ekspresi wajah yang dilakukan terapis tergantung pada situasi & kondisi hati anak. Terapis melakukan berbagai macam ekspresi wajah sesuai dengan situasi dan kondisi hati anak yang dimaksudkan agar anak mengerti bagaimana seharusnya mengekspresikan wajah pada saat komunikasi berlangsung. Gerakan tubuh yang dilakukan terapis adalah mengacak pinggang, menunjuk, menggelengkan kepala, menggerakkan jarijempol (jika anak pintar memenuhi perintah). Penerapan yang harus dilakukan terapis ialah menyesuaikan situasi anak dengan perilaku terapis. Sedangkan kontak mata yang harus terjalin pada saat komunikasi berlangsung

dengan cara memegang kepala / dagu anak dan mengarahkannya ke mata terapis sampai anak menatap mata terapis selama komunikasi berlangsung.

3. Komunikasi non verbal pada Haptics (Sentuhan). Penerapan pada kontak tubuh ialah dengan cara berjabat tangan, jabat tangan dilakukan pada saat datang ke tempat terapi, begitupun pada saat terapi selesai. Sentuhan kasih sayang seperti usapan di kepala / pipi dan juga diberi pelukan serta ciuman jika anak melakukan perintah dengan benar. Dengan adanya kontak tubuh anak-anak memahami bagaimana rasanya disayang, di peluk, di cium, di belai, bagaimana caranya berjabat tangan dan menarik tangan. Sentuhan yang dilakukan terapis pada anak-anak autisme sangat berpengaruh sekali pada saat komunikasi berlangsung.

4. Komunikasi nonverbal pada *Proximity* (Jarak). Metode utama yang dilakukan adalah guru harus mengenal terlebih dahulu bagaimana karakter anak, dengan memahami sifat anak, anak pun akan merasa nyaman dan kemudian akan terjalannya kedekatan antara terapis dan anak-anak autisme, dengan cara membiarkan anak melakukan apa yang diinginkan sebelum belajar untuk mendapatkan mood yang baik. Kedekatan antara terapis dengan anak-anak autisme ataupun sebaliknya sangat penting dalam proses berinteraksi dan pada saat proses belajar mengajar.

Table 1.1 Matriks Review Penelitian Sejenis

	Penelitian 1	Penelitian 2	Penelitian 3	Penelitian 4	Penelitian 5	Penelitian 6
Judul	“KOMUNIKASI TERAPEUTIK KONSELOR ADIKSI PADA KORBAN PENYALAHGUNAAN NARKOBA	“PROSES KOMUNIKASI INTERPERSONAL ANTARA TERAPIS DENGAN ANAK AUTIS DI ESYA TERAPI CENTER SIDOARJO DALAM PROSES TERAPI WICARA”	MODEL KOMUNIKASI PENANGANAN ANAK AUTISMELALUI TERAPI BICARA METODE LOVAAS	AUTISME DAN KOMUNIKASI YANG DIGUNAKAN DALAM TERAPI ANAK AUTIS	Penerapan Komunikasi Non Verbal yang dilakukan Guru kepada anak-anak autis di yayasan pelita bunda therapy centre Samarinda	Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Anak Celah Bibir dan Langit-langit dalam Latihan Bicara Pasca Operasi CBL
Nama	Rachmawati Windyaningrum	Helen Uli Martha Sitompul	IGA Alit Suryawati	Ardelina Novantika	Prisca Oktavia Della	Rio Kurniawan
Fokus	Bagaimana Komunikasi Terapeutik Konselor adiksi pada korban penyalahgunaan narkoba?	Bagaimana proses komunikasi interpersonal yang terjadi antara anak autis dengan terapisnya?	Bagaimana model komunikasi penanganan anak autis melalui terapi bicara metode lovaas?	Bagaimana Autisme dan Komunikasi yang digunakan dalam Terapi anak autis (metodepenyampaian pesan terapi anak autis yang memiliki keterbatasan komunikasi di terapi center “cahaya indah” Surabaya)?	Bagaimana penerapan metode komunikasi non verbal yang dilakukan guru pada penyandang autis di Yayasan Pelita	Bagaimana Komunikasi Terapeutik dalam Proses Latihan Bicara Pasca Operasi Celah Bibir dan Langit-langit?

					Bunda?		
Teori	Interaksi Simbolik	Konsep Komunikasi Interpersonal	Konsepsi-konsepsi dalam Komunikasi.	Teori Lovaas dan konsepsi-konsepsi dalam komunikasi.	Teori Equilibrium	Teori Tanda Nonverbal Teori Logika Pesan	
Metode	Studi Kasus	Studi Kasus	Kualitatif Deskriptif	Studi Kasus	Kualitatif Deskriptif	Studi Kasus	
Hasil	Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode terapi komunikasi yang dilakukan konselor adiksi adalah static counseling dan individual counseling. Metode terapi komunikasi tidak terlepas dari kedekatan, kenyamanan, kepercayaan, kepercayaan diantara konselor dan residen. Penggunaan komunikasi diantara mereka ditunjukkan dengan bahasa	Hasil penelitian adalah, proses komunikasi yang dilakukan adalah dua arah dengan didominasi oleh bahasa non verbal. Sedangkan, masing-masing terapis mendominasi untuk menjadi komunikator. Hambatan komunikasi yang ditemukan adalah hambatan psikologis dan semantik. Reward and punishment diberikan sebagai respon atas pesan komunikasi yang disampaikan oleh	hasil penelitian ini terdapat beberapa simpulan Pertama, berat ringannya derajat kelainan. Semakin berat derajat kelainan dan jenis kelainan perilakunya, semakin sulit untuk kembali normal. Kedua, usia anak pertama kali ditangani secara benar dan teratur. Usia ideal adalah 2-3 tahun, karena pada usia ini perkembangan otak paling cepat. Namun bukan berarti bahwa pada usia	Berdasarkan analisa data dan pembahasan hasil penelitian, dapat dikemukakan bahwa Komunikasi dilakukan secara langsung atau dengan tatap muka antara terapis dan anak autis secara intensif, Saling berhadapan dengan langsung, supaya terapis bisa mencari kontak mata dari anak autis, Setelah ada kontak mata baru pesan/materi itu	Hasil yang di dapat dari penelitian ini adalah bahwa Komunikasi non verbal pada Paralanguage. Penerapannya bahwa apabila terapis marah dia harus mampu mengendalikan diri untuk menekan intonasi suaranya & menyesuaikan dengan kondisi anak	Hasil penelitian menunjukkan bahwa (1) Hubungan terapeutik yang terjalin antara terapis dan pasien anak CBL meliputi keaslian, empati, dan kehangatan. (2) Sikap komunikasi terapeutik terapis dalam memberikan	

	<p>verbal dan nonverbal. Dukungan keluarga residen dtunjukkan dengan adanya komitmen terhadap treatment pemulihan, kaeaktifan keluarga pada family support grup dan family dialog. Alasan mantan pecandu menjadi konselor adiksi dikarenakan mereka dapat menjadi role model bagi residen dalam program pemulihan, adanya panggilan hati untuk membantu sesama pecandu, dan sebagai bentuk recovery maintainance setelah mereka selesai menjalani program pemulihan.</p>	<p>komunikasikan kepada komunikator sekaligus sebagai etika yang diberlakukan di Esya untuk menjadi salah satu aspek untuk memotivasi murid autis untuk makin semangat dalam melakukan proses terapi wicara.”</p>	<p>lebih dari 3 tahun harus dibiarkan. Karena tidak ada alternatif lain, maka sekalipun usia anak melampaui 5 tahun, terapi tetap dilakukan sekalipun tidak secepat usia ideal. Ketiga, pada intensitas penanganannya, metode LOVAAS menetapkan 40 jam/minggu. Persyaratan ini sangat sulit dipenuhi oleh para orang tua. Keempat, dalam hal IQ anak, makin cerdas seorang anak, makin cepat dia menangkap materi yang diberikan. Kelima, keutuhan pusat bahasa di otak anak. Pusat berbahasa berada di lobus parietalis kiri. Apabila mengalami kelainan atau kerusakan, maka anak akan kesulitan berkata-kata.</p>	<p>disampaikan dengan menggunakan bahasa yang singkat, jelas lugas, Menerapkan metode/terapi yang selama ini sudah di pergunakan untuk menterapi anak autis, Metode penyampaian pesan yang efektif itu tidak terlepas dari terapi anak autis.</p>	<p>karena setiap anak memiliki kekurangan yang berbeda-beda. Intonasi suara yang dilakukan guru terhadap anak-anak autism harus ada penekanan nada bicara yang jelas dan pembicaraan harus dilakukan lebih dari 1 kali. Terapis akan menyesuaikan intonasi suara pada saat berkomiikasi, yang terpenting adalah adanya penekanan suara yang jelas. Intonasi suara yang dilakukan terapis tergantung pada intruksi. Komunikasi non verbal pada Kinesics (ekspresi wajah, gerakan tubuh & kontak mata). Pada ekspresi wajah berdasarkan pengamatan peneliti mendapatkan 4</p>	<p>latihan bicara terdiri dari dua klasifikasi. Pertama kehadiran diri secara fisik yang meliputi berhadapan, mempertahankan kontak mata, membungkuk ke arah pasien, mempertahankan sikap terbuka, dan tetap relaks. dan kedua kehadiran diri secara psikologis yang terdiri dari keikhlasan, menghargai, empati, dan konkret. (3) Teknik komunikasi terapeutik saat melakukan latihan bicara terdiri dari enam teknik, pertama</p>
--	--	---	--	---	---	---

					<p>ekspresi guru terhadap muridnya, yaitu Senang, Marah, Sedih dan Terkejut. Ekpresi wajah yang dilakukan terapis tergantung pada situasi & kondisi hati anak. Terapis melakukan berbagai macam ekspresi wajah sesuai dengan situasi dan kondisi hati anak yang dimaksudkan agar anak mengerti bagaimana seharusnya mengekspresikan wajah pada saat komunikasi berlangsung. Gerakan tubuh yang dilakukan terapis adalah mengacak pinggang, menunjuk, menggelengkan kepala, menggerakkan jari jempol (jika anak pintar</p>	<p><i>toddler&early childhood</i>, kedua mendengarkan dengan penuh perhatian, ketiga mengulang & memfokuskan, keempat bermain & humor, kelima diam & memberi pujian, keenam memberi informasi & saran.</p>	
--	--	--	--	--	---	--	--

					memenuhi perintah).		
Kritik	Hanya menggunakan satu teori sebagai alat bedah, sebaiknya juga menggunakan teori-teori lain yang relevan untuk membahas persoalan komunikasi terapeutik.	Tidak menggunakan teori tertentu, hanya memfokuskan pada penggunaan konsep, yaitu komunikasi interpersonal. Seharusnya dapat digunakan teori yang relevan dan dikaitkan dengan konsep yang digunakan.	Penggunaan konsepnya masih sangat general, seperti pola komunikasi. Sebaiknya penggunaan konsep yang lebih mengerucut dan relevan pada masalah.	Pembahasan belum mendalam, hanya mencari komunikasi dalam terapi pada anak autis/ sebaiknya juga melihat bagaimana komunikasi pada anak autisnnya juga.	Hanya membahas komunikasi nonverbal yang terjadi dilapangan, sebaiknya peran komunikasi verbal dalam masalah juga dibahas. Dan proses pembuatan pesannya, baik verbal/nonverbal.		

1.6.2 Landasan Teoretis

1.6.2.1 Teori Tanda Nonverbal

Para ahli komunikasi mengakui bahwa bahasa dan perilaku manusia sering kali tidak dapat “bekerja sama” dalam menyampaikan pesan, dan karenanya “teori tanda nonverbal” (*theory of nonverbal sign*) atau komunikasi nonverbal merupakan elemen penting dalam tradisi semiotika. Namun apa yang dimaksud atau apa batasan komunikasi nonverbal sungguh sangatlah luas sebagaimana dikembangkan Randal Harrison berikut ini: “istilah komunikasi nonverbal telah digunakan pada berbagai peristiwa sehingga malah membingungkan. Segala hal mulai dari wilayah hewan sampai protokoler diplomatik. Dari ekspresi wajah hingga gernalan otot. Dari perasaan di dalam diri yang tidak dapat diungkapkan hingga bangunan monumen luar ruang milik publik. Dari pesan melalaui pijatan hingga persuasi dengan pukulan tinju. Dari tarian dan drama hingga ke musik dan gerak tubuh. Dari perilaku sampai lalu lintas. Mulai dari kemauan untuk mengetahui kejadian yang akan datang hingga kebijakan ekonomi blok-blok kekuasaan internasional. Dari mode dan hobi hingga arsitektur dan komputer analog. Dari bau semerbak bunga mawar hingga cita rasa daun steak. Dari simbol freud hingga tanda antologis. Dari retorika kekerasan hingga retorika penari bugil”. Pendekatan struktural kode nonverbal dapat membantu kita melihat bagaimana pesan komunikasi nonverbal dikonstruksikan. Kode nonverbal adalah sejumlah perilaku yang digunakan untuk menyampaikan makna. Jude Burgoon menggambarkan sistem kode nonverbal sebagai memiliki sejumlah perangkat struktural:

Pertama : kode nonverbal cenderung bersifat analog daripada digital. Sinyal digital bersifat terpisah (discrete) seperti angka dan huruf, sedangkan sinyal analog bersifat bersambungan (continuous) yang membentuk suatu spektrum atau tingkatan, seperti tingkat suara dan tingkat terang cahaya. Karena itu tanda nonverbal seperti ekspresi wajah dan intonasi vokal tidak bisa dipisahkan ke dalam kategori yang terpisah tetapi lebih merupakan satu gradasi.

Kedua: pada sebagian kode nonverbal tidak semuanya terdapat faktor yang disebut *iconcity* yaitu kemiripan. Kode nonverbal menyerupai objek yang tengah disimbolkan. Misalnya ketika anda menggambar bentuk sesuatu di udara dengan menggunakan tangan dan jari.

Ketiga: beberapa kode nonverbal menyampaikan makna universal. Misalnya tanda adanya ancaman serta ungkapan emosi yang bersifat biologis. Bagaimana perilaku universal yang ditunjukkan orangf yang merasa ketakutan atau seseorang yang *kebelet* ingin ke belakang (wc).

Keempat: kodenonverbal memungkinkan transmisi sejumlah pesan secara serentak. Seperti ekspresi wajah, tubuh, suara, dan tanda lainnya serta beberapa pesan berbeda lainnya dapat dikirim sekaligus.

Kelima: tanda nonverval seting kali menghasilkan tanggapan otomatis tanpa berfikir. Misalnya, anda menginjakn rem mobil karena ada yang menyebrang jalan tiba-tiba.

Keenam: tanda nonverbal sering kali ditunjukkan secara spontan. Misalnya ketika seseorang merasa cemas (groggi), sering kali ia memainkan rambutnya atau menggoyangkan kaki.

Menurut Burgoon, kode nonverbal memiliki tiga dimensi yaitu dimensi semantik, sintaktik, dan pragmatik.

Semantik, mengacu pada makna dari suatu tanda. Misalnya seorang ibu dengan wajah cemberut meletakkan jarinya di depan bibirnya untuk meminta kita yang sedang berbicara agar berhenti karena bayinya sedang tidur.

Sintaktik, mengacu pada cara suatu tanda disusun atau diorganisasi dengan tanda lainnya di dalam sistem. Misalnya seperti contoh ibu yang meletakkan jari tangannya di bibir tidak menunjukkan wajah cemberut. Tetapi malah tersenyum sambil berkata dengan suara lembut, “maaf ada bayi sedang tidur”. Disini ada gerak tubuh, suara vokal (suara lembut), ekspresi wajah dan bahasa menyatu untuk menciptakan makna keseluruhan.

Pragmatik, mengacu pada efek atau perilaku yang ditunjukkan oleh tanda, sebagaimana contoh orang yang meminta anda untuk diam, namun yang pertama anda terima sebagai menunjukkan sikap tidak suka (antipati) kepada anda, sedangkan lainnya diterima sebagai sikap yang ramah atau bersahabat.

Makna yang dibawa oleh bentuk-bentuk verbal dan nonverbal adalah terikat oleh konteks, atau sebagian ditentukan oleh situasi di mana bentuk-bentuk verbal dan nonverbal itu dihasilkan.

Baik bahasa dan bentuk non verbal memungkinkan komunikator untuk menggabungkan sejumlah kecil tanda ke dalam berbagai ekspresi atau ungkapan makna yang kompleks tanpa batas. Sistem tanda nonverbal sering dikelompokkan menurut tipe aktivitas atau kegiatan yang digunakan di dalam tanda tersebut yang menurut Burgoon terdiri dari tujuh tipe yaitu: bahasa tubuh (kinestic), suara (vocalisc dan paralanguenge), tampilan fisik, sentuhan (haptics), ruang (proxemics), waktu (chronemics), dan objek (artifacts).” Dua tipe yang paling sering diteliti adalah kinesik dan prosemik.

Kinesik

Penggagas studi mengenai kinesik adalah Ray Birdwhistel yang menggunakan linguistik sebagai model bagi studi kinesik. istilah [populer untuk kinesik adalah bahasa tubuh (*body langunge*), dan birdwhistel membuat daftar tujuh asumsi yang menjadi dasar teorinya mengenai bahasa tubuh.

1. Setiap gerakan tubuh memiliki potensi makna dalam konteks komunikasi.
Orang selalu dapat memberikan makna dalam setiap aktivitas tubuh.
2. Perilaku dapat dianalisis karena perilaku terorganisasi, dari organisasi perilaku ini dapat dianalisis secara sistematis.
3. Walaupun aktivitas tubuh memiliki keterbatasan biologis, namun penggunaan gerak tubuh dan interaksi dianggap sebagai bagian dari sistem sosial. Setiap kelompok masyarakat yang berbeda menggunakan gerak tubuh yang berbeda juga.
4. Seseorang dipengaruhi oleh gerak tubuh orang lain yang dilihatnya.

5. Cara-cara gerak tubuh yang berfungsi dalam komunikasi dapat dipelajari.
6. Makna ditemukan dalam riset bahasa tubuh, diperoleh melalui studi pewilaku dan juga metode riset yang digunakan.
7. Gerak tubuh seseorang memiliki keunikan namun ia tetap menjadi bagian dari sistem sosial yang lebih besar yang diterima bersama.

Selanjutnya Paul Ekman dan Wallace Friesen melakukan riset atas teori yang dikembangkan Birdwhistel sebelumnya sehingga menghasilkan model umum model perilaku kinesik yang sangat besar dan memberikan fokus perhatian pada wajah dan tangan. **Mereka menganalisis aktivitas nonverbal melalui tiga cara yaitu: 1. Sumber asli perbuatan, 2. Penandaan atau koding, 3. Penggunaan.**

Sumber asli penggunaan

Perilaku nonverbal *origin* dapat bersifat *innate* yang berasal dari: 1. sistem saraf, 2. perilaku umum yang dibutuhkan untuk bertahan hidup, 3. lintas budaya, kelompok, dan individu. Contoh, kita dapat menduga orang yang menaikkan alis sebagai tanda heran, dan gerakan ini bersifat *innate*. Selanjutnya kegiatan menandai wilayah kekuasaan, misal dengan membuat pagar atau patok di tanah adalah jenis kedua. Contoh tiga adalah gerakan menggelangkan kepala yang berarti tidak, adalah varian lintas budaya. Karena menggelangkan kepala bisa memiliki arti berbeda pada budaya yang berbeda.

Penandaan atau koding

Penandaan atau koding adalah hubungan antara tindakan dengan maknanya. Sifat pertama dari suatu tindakan adalah bersifat **acak atau kebutulan**. Karena tidak ada makna yang menyatu dengan tanda itu sendiri.

Misal, melalui kesepatan dalam budaya maka kita sepakat bahwa mengangguk adalah menunjukkan tanda persetujuan, namun penandaan ini sepenuhnya hanya kebetulan saja karena tidak ada makna yang menyatu dengan anggukan itu sendiri. Tanda nonverbal selanjutnya bersifat **ikonik**, yaitu adanya kemiripan dengan objek yang mewakilinya. Misalnya kita menggunakan tangan untuk melukis diudara atau menggerakkan tangan untuk memperjelas apa yang sedang kita bicarakan. Sifat terakhir ialah **intrinsik**, tindakan yang sudah ditandai secara intrinsik mengandung makna dalam dirinya sendiri dan sekaligus menjadi bagian dari apa yang ingin ditunjukkan. Menangis adalah contoh penandaan intrinsik. Menangis adalah suatu tanda emosi, tetapi menangis adalah juga bagian dari emosi itu sendiri.

Penggunaan

Cara ketiga untuk menganalisis perilaku nonverbal adalah melalui penggunaan (usage), yaitu derajat tindakan nonverbal yang digunakan untuk menyampaikan informasi. Suatu **tindakan komunikatif** adalah tindakan yang secara sengaja digunakan untuk menyampaikan makna. **Tindakan interaktif** adalah tindakan untuk memengaruhi perilaku peserta atau pihak lainnya. Suatu tindakan dikategorikan komunikatif sekaligus interaktif jika tindakan itu bersifat disengaja dan memengaruhi. Contoh, jika anda secara sengaja melambaikan tangan kepada teman sebagai tanda sapaan dan teman anda membalas lambaian tangan anda sebagai makna tindakan, hal ini dikategorikan komunikatif dan interaktif. Selain itu ada beberapa perilaku tidak bermaksud komunikatif, namun demikian dapat memberikan informasi bagi penerimanya.

Tindakan ini disebut informatif. Contoh: jika anda sedang merasa gundah, mungkin ada akan menghindari untuk berpapasan dengan teman anda di jalan. Anda pasti akan berbelok mengambil jalan lain untuk menghindari teman anda. Jika teman anda mengetahui tindakan penghindaran itu, maka perilaku anda disebut dengan informatif, walaupun anda tidak bermaksud untuk berkomunikasi.

Menurut Ekman dan Friesen, semua perilaku nonverbal dapat dikelompokkan ke dalam satu dari lima tipe tergantung pada sumber perbuatan (origin), penandaan atau koding dan penggunaannya. Kelima tipe itu adalah emblem, ilustrator, adaptor, regulator, dan penunjukan perasaan.

1. Tipe pertama adalah **emblem**, yang secara verbal dapat dimakni orang lain dengan makna yang tepat. Emblem digunakan dengan cara tertentu untuk menyampaikan suatu pesan tertentu pula. Contohnya, menunjukkan jari tangan sampai membentuk huruf V, adalah tanda kemenangan, atau mengacungkan jempol sebagai tanda bagus. Emblem yang muncul dari budaya dapat berifat acak atau memiliki kemiripan dengan objek yang dimilikinya.
2. Tipe kedua adalah **ilustrator**, tipe ini digunakan untuk menggambarkan apa yang dikatakan secara verbal. Hal ini bersifat sengaja, meskipun kita tidak menyadarinya secara langsung. Misalnya menggambarkan bentuk tertentu dengan jari di udara. Ilustrator dalam penggunaannya dapat bersifat informatif dan komunikatif dan terkadang interaktif.
3. Tipe ketiga perilaku nonverbal adalah **adaptor**, yang berfungsi untuk meredakan ketegangan tubuh, misalnya: menggaruk kepala atau

menggoyangkan kaki. Ada tiga jenis tipe adaptor: pertama adaptor yang ditujukan untuk diri sendiri / *self adaptor*, seperti menggaruk, menepuk, meremas, dan menggenggam. Kedua, *alter adaptor*, perilaku nonverbal untuk meredakan ketegangan yang ditujukan kepada orang lain. Contohnya menepuk punggung seseorang atau merangkul. Ketiga adalah adaptor objek (*object-adaptor*), perilaku meredakan ketegangan yang dilakukan kepada benda, seperti memaikan pena di jari-jari tangan. Adaptor dapat bersifat ikonik dan intrinsik, namun jarang bersifat disengaja, dan orang terkadang tidak sadar dengan perilakunya sendiri. Walaupun jarang bersifat komunikatif, danmun kadang-kadang interaktif dan sering kali informatif.

4. Tipe keempat adalah regulator, yang digunakan untuk mengontrol interaksi. Misalnya kita menggunakan kontak mata dalam percakapan untuk menunjukkan perhatian kepada lawan bicara kita. Regulator utamanya bersifat interaktif, intrinsik dan ikonik. Serta berasal dari pembelajaran budaya tertentu.
5. Tipe kelima adalah penunjukan perasaan, yaitu perilaku menunjukkan perasaan atau emosi. Wajah adalah sumber penunjukan perasaan yang kaya, namun bagian tubuh lainnya juga memiliki peran penting. Perilaku menunjukkan perasaan bersifat intrinsik, komunikatif, interaktif dan selalu informatif.

Prosemik

Kategori kedua yang telah menjadi objek studi mendalam di bidang ilmu komunikasi adalah prosemik (proxemics). Secara khusus, prosemik mengacu pada penggunaan ruang (space) dalam komunikasi, yaitu studi mengenai bagaimana manusia secara tidak sadar membuat struktur terhadap ruang di mana ia berada. Edward hall, pendiri prosemik, menjelaskan prosemik sebagai jarak di antara orang-orang dalam melakukan transaksi dan tindakan sehari-hari. Pengaturan ruang misalnya, di rumah atau kantor hingga tata letak suatu kota.

Menurut Edward Hall, cara bagaimana ruangan diatur dan digunakan dalam interaksi merupakan masalah budaya. Perbedaan rasa atas indra (sense), seperti pandangan, penciuman, dan sebagainya adalah penting pada berbagai budaya yang berbeda. Di beberapa negara seperti amerika, indra penglihatan dan pendengaran adalah bersifat dominan. Namun di negara lain seperti arab, penciuman merupakan hal penting, sedangkan pada kebudayaan lain sentuhan merupakan hal yang lebih penting. Secara umum, indra yang lebih dominan pada suatu budaya akan menentukan cara bagaimana mengatur dan menggunakan ruang. Budaya juga memiliki definis berbeda mengenai diri (self) yang memengaruhi bagaimana ruang didefinisikan dan digunakan. Masyarakat barat belajar mengenal diri melalui kulit dan pakaian, namun orang arab meletakkan diri mereka jauh di dalam tubuh mereka.

Hall menentukan tiga tipe dasar ruang sebagai berikut: 1. Anggota ruang tetap (*fixed-feature space*), yang terdiri atas benda-benda yang tidak dapat dipindahkan seperti dinding dan kamar. 2. Anggota ruang semi tetap (*semifixed-feature space*), yaitu benda-benda yang dapat dipindahkan seperti perabotan. 3. Ruang informal (*informal space*) yaitu wilayah pribadi disekujur tubuh yang bergerak dan mengikuti tubuh dan menentukan jarak di antara individu.

Kebudayaan Anglo-American misalnya, menggunakan empat tipe jarak yaitu: intim (0-18cm), sosial (4-12feet), dan publik (diatas 12 feet). Ketika orang terlibat dalam percakapan, terdapat delapan faktor yang terlibat dalam hal bagaimana mereka menggunakan ruang yaitu:

1. *Posture sex factors*: mencakup jenis kelamin peserta percakapan/partisipan dan posisi tubuh mereka (berdiri, duduk, dan bering).
2. *Sosiofugal sosiopetal axis*: kata *sosiofugal* berarti memperlemah interaksi sedangkan *sosiopetal* berarti memperkuat interaksi. *Axis* adalah sudut bahu relatif lawan bicara. Mereka yang terlibat percakapan bisa saling berhadapan, bisa saling membelakangi atau berada dalam posisi lainnya. Beberapa posisi tertentu seperti berhadapan (*face to face*) akan mendorong interaksi, sedangkan posisi lainnya seperti membelakangi akan memperlama interaksi.
3. Faktor *kinesthetic*, ini adalah kedekatan para individu dalam hal sentuhan. Para individu berada dalam jarak atau jangkauan yang dapat menimbulkan kontak fisik atau dalam jarak yang dekat.

4. Perilaku sentuhan, para individu melakukan belaian dan genggaman, membuat tekanan, sentuhan, dan sebagainya.
5. Tanda visual, misalnya melakukan kontak mata.
6. Tanda panas, penerimaan panas tubuh dari lawan bicara atau sebaliknya.
7. Tanda baru, jenis dan derajat bau yang diterima lawan bicara.
8. Kekerasan suara: kekerasan suara dapat memengaruhi ruang atau jarak antara individu.

Tradisi semiotika memiliki pandangan bahwa pesan terdiri atas bagian-bagian atau perangkat tertentu yang mencakup pesan verbal dan nonverbal. Yang digunakan komunikator untuk menyampaikan atau menunjukkan makna. Kesemua hal tersebut merupakan esensi dari pemikiran semiotika, namun semiotika merupakan bagian sangat kecil dari wilayah komunikasi yang luas (Morrisan, 2013:149).

1.6.2.2 Teori Logika Pesan

Barbara O'keefe pada awalnya adalah seorang pendukung teori konstruktivisme, namun kemudian ia memperluas teorinya dengan memasukkan juga pandangan-pandangan yang terkait dengan bagaimana orang mendesain pesan. Tesis yang diajukannya menyatakan bahwa manusia berfikir secara berbeda mengenai bagaimana berkomunikasi dan membuat pesan, dan manusia menggunakan logika yang berbeda dalam memutuskan apa yang harus dikatakan kepada orang lain dalam situasi tertentu. Barbara menggunakan istilah "logika dalam merancang pesan" (message design logic) untuk menjelaskan bagaimana proses berfikir yang terjadi sehingga munculnya pesan. Barbara mengemukakan ada tiga logika dalam merancang pesan, dimulai dari yang paling tidak terpusat pada orang (*least person centered*), hingga yang sangat terpusat dengan orang (*most person centered*).

Logika ekspresif, yaitu logika yang memandang komunikasi sebagai suatu cara untuk mengekspresikan diri dan untuk menyatakan perasaan dan pikiran. Pesan yang ada dalam logika ini bersifat terbuka dan reaktif, dan hanya memberikan sedikit perhatian pada kebutuhan dan keinginan orang lain. Dalam hal ini, logika ekspresif terpusat pada diri si pembicara, kebalikan dari terpusat pada lawan bicara. Sebagaimana yang dikenal dalam teori konstruktivisme. Contoh, anda kepada seorang teman yang tidak mengembalikan buku yang dipinjamnya dari anda.

Logika konvensional, yaitu logika yang melihat komunikasi sebagai suatu permainan yang dimainkan dengan mengikuti sejumlah aturan. Di sini komunikasi merupakan alat untuk mengekspresikan diri yang dilakukan menurut aturan atau norma yang diterima, termasuk hak dan tanggung jawab masing-masing orang yang terlibat. Logika jenis ini bertujuan merancang pesan yang sopan, pantas, dan berdasarkan aturan yang sepaturnya diketahui setiap orang. Contoh, teman anda hendak meminjam buku kepada anda, namun sebelumnya anda memperingatkan dia untuk mengembalikannya dalam waktu tiga hari, dan dia setuju.

Logika retorika, yaitu logika yang memandang komunikasi sebagai suatu cara untuk mengubah aturan melalui negosiasi. Pesan yang dirancang dengan menggunakan logika ini cenderung lentur dan fleksibel, memiliki pemahaman dan terpusat pada lawan bicara. Pembicara yang menggunakan logika ini cenderung akan membingkai ulang situasi yang dihadapi, agar berbagai tujuan, termasuk persuasi dan kesopanan dapat terintegrasikan dalam satu kesatuan yang bulat. Contoh, anda menyarankan teman anda secara sopan untuk meminjam buku yang sama di perpustakaan agar ia bisa mengembalikan buku anda yang dipinjamnya.

Menurut barbara, dalam situasi tertentu, pesan akan cenderung sama, tetapi pada situasi lain, pesan akan menjadi berbeda. Misal, jika anda bertanya kepada beberapa orang teman anda yang baru pulang dari liburan bersama di pulau bali, maka mereka akan mengemukakan cerita yang lebih kurang sama. Sebaliknya, jika anda meminta mereka untuk menilai tentang diri anda, maka mereka masing-masing akan menyampaikan pandangan yang berbeda-beda yang disebut oleh barbara o'keefe sebagai "keragaman pesan". Pada situasi tertentu akan sekali sedikit keragaman, namun pada situasi lain akan terdapat keragaman yang besar. Apapun logika yang dipakai dalam merancang pesan, akan menghasilkan bentuk pesan yang sama jika tujuan komunikasinya bertujuan sederhana. Sebaliknya, jika banyak tujuan yang ingin dicapai dalam komunikasinya, maka apapun logika yang digunakan dalam merancang pesan akan menghasilkan berbagai bentuk pesan yang digunakan(Morrisan, 2013:187).

1.6.3. Landasan Konseptual

1.6.3.1 Komunikasi Terapeutik

Istilah komunikasi dalam bahasa Inggris berasal dari kata lain *communis* yang berarti “sama”. Komunikasi menyarankan bahwa suatu pikiran, suatu makna, atau suatu pesan yang dianut secara sama. Komunikasi merujuk pada cara berbagai hal-hal seperti, “kita sebagai pikiran”, “kita mendiskusikan makna”, dan “kita mengirimkan pesan” (Mulyana, 2007:46).

Komunikasi menurut Carl I. Hovland sebagai seorang tokoh psikologi secara khusus menjelaskan bahwa, komunikasi adalah proses mengubah perilaku orang lain (*communication is the process to modify the behavior of the other individuals*) (Effendy, 2003:10).

Ilmu psikologi dan ilmu komunikasi memiliki kesamaan yakni memandang manusia sebagai objek material yang jiwanya meliputi komponen sikap, opini, perilaku, kognisi, dan konasui. Maka Raymond S. Ross (1974, b7) dalam Rakhmat (2008,3) mendefinisikan komunikasi sebagai:

“a transactional process involving cognitive sorting, and sharing of symbol in such a way to help another elicit from his own experiences in a meaning of responses similar to that intended by the source” (proses transaksional yang meliputi pemisahan, dan pemilihan bersama lambang secara kognitif, begitu rupa sehingga membantu orang lain untuk mengeluarkan dari pengalamannya sendiri arti atau respons yang sama dengan yang dimaksud oleh sumber).

Melihat definisi komunikasi dalam ruang lingkup psikologi membuat dunia psikoterapi yakni teknik penyembuhan jiwa, mengenal metode baru: komunikasi terapeutik (*therapeutic communication*). Dengan metode ini, seorang terapis mengarahkan komunikasi begitu rupa sehingga pasien dihadapkan pada situasi dan pertukaran pesan yang dapat menimbulkan hubungan sosial yang bermanfaat.

Komunikasi terapeutik memandang jiwa bersumber dari gangguan komunikasi, pada ketidakmampuan pasien untuk mengungkapkan dirinya, pendeknya, meluruskan jiwa orang diperoleh dengan meluruskan cara komunikasi (Ruesch 1973) dalam Rakhmat (2008,5). Tak hanya dalam ruang lingkup psikologi, devito dalam infate (1993,463) memasukkan komunikasi terapeutik sebagai salah satu tujuan utama komunikasi antarpribadi. Komunikasi terapeutik merupakan model komunikasi yang direncanakan secara sadar dan memiliki tujuan tertentu (biasanya untuk pemulihan). Serta kegiatan dipusatkan untuk kesembuhan pasien.oleh karenanya, model komunikasi ini tidak terjadi secara spontan atau tiba-tiba. Berkaitan dengan komunikasi antarpribadi, komunikasi terapeutik dinyatakan Northouse (1998,12) sebagai kemampuan atau keterampilan perawat untuk membuat klien beradaptasi terhadap stres, mengatasi gangguan psikologis. Dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain. Sedangkan, Struat G.W dalam Suryani (2006,12) menyatakan bahawa, komunikasi terapeutik merupakan hubungan interpersonal antara perawat dan klien, dalam memperoleh hubungan ini perawat dan klien memperoleh pengalaman belajar bersama dalam rangka memperbaiki pengalaman emosional klien.

Berdasarkan pengertian mengenai komunikasi terapeutik, hubungan interpersonal antara terapis dan pasien berguna untuk meningkatkan pemahaman dan membantu terbentuknya hubungan yang konstruktif di antara terapis dan pasien. Adapun tujuan dari komunikasi terapeutik adalah:

1. Membantu klien untuk memperjelaskan dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal-hal yang diperlukan.
2. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
3. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri dalam peningkatan derajat kesehatan.
4. Mempererat hubungan atau interaksi antara klien dengan terapis (tenaga kesehatan) secara profesional dan proposional dalam rangka membantu penyelesaian masalah klien (Mundakir, 2006,117).

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

1. Realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan dalam diri klien.
2. Kemampuan membina hubungan interpersonal yang tidak superfisial dan saling bergantung dengan orang lain. Melalui komunikasi terapeutik, klien belajar bagaimana menerima dan diterima orang lain.

3. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan dan realitas.
4. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri. (Suryani 2006,14).

Dalam penelitian ini komunikasi terapeutik dilakukan oleh terapis sebagai seorang *helper*. Stuart dan Sundeen dalam Damaiyanti (2008,12) menyebutkan dua persyaratan dasar untuk komunikasi terapeutik efektif. Persyaratan tersebut dibutuhkan untuk menciptakan hubungan terapis dan klien/pasien dengan baik. Adapun persyaratan yang dimaksud sebagai berikut:

1. Semua komunikasi harus ditujukan untuk menjaga harga diri pemberi maupun penerima pesan.
2. Komunikasi yang menciptakan saling pengertian harus dilakukan terlebih dahulu sebelum memberikan sarana, informasi, maupun masukan.

1.6.3.2 Pengertian Komunikasi Terapeutik

Terapeutik merupakan kata sifat yang dihubungkan dengan seni dari penyembuhan (As Hornby dalam Intan, 2005). Maka di sini dapat diartikan bahwa terapeutik adalah segala sesuatu itu memfasilitasi proses penyembuhan. Sehingga komunikasi terapeutik itu sendiri adalah komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan/pemulihan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional bagi perawat.

1.6.3.3 Tujuan Komunikasi Terapeutik

Dengan memiliki kemampuan berkomunikasi terapeutik, perawat akan lebih mudah menjalin hubungan saling percaya dengan klien, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan yang telah diterapkan., memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan keperawatan dan akan meningkatkan profesi. Tujuan komunikasi terapeutik (Purwanto, 1994) adalah:

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

1.6.3.4 Manfaat Komunikasi Terapeutik

Manfaat komunikasi terapeutik (Christina,dkk., 2003) adalah:

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

1.6.3.5 Sikap Komunikasi Terapeutik

Egan (dalam keliat, 1992), mengidentifikasi lima sikap atau cara untuk menghadirkan diri secara fisik yang dapat memfasilitasi komunikasi terapeutik yaitu: Berhadapan, mempertahankan kontak mata, membungkuk kearah klien, memperlihatkan sikap terbuka, tetap rileks.

1.6.3.6 Teknik-Teknik Komunikasi Terapeutik

Beberapa teknik komunikasi terapeutik menurut Wilson dan Kneist (1992) serta Stuar dan sundeen (1998) antara lain: 1.Mendengarkan dengan penuh perhatian, 2.Menunjukkan penerimaan, 3.Menanyakan pertanyaan yang berkaitan, 4.Pertanyaan terbuka (*open-ended question*), 5. Mengulangi ucapan klien dengan menggunakan kata-kata sendiri, 6.Mengklarifikasi, 7.Memfokuskan, 8.Menyatakan hasil observasi, 9.menawarkan informasi, diam, merinkas, memberikan penghargaan, menawarkan diri, memberikan kesempatan pada klien untuk memulai pembicaraan, menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan, menempatkan kejadian secara berurutan, memberikan kesempatan klien untuk menguraikan persepsinya, refleksi, *assertive*, humor.

1.6.3.7 Dimensi Respon dan Dimensi Tindakan dalam Komunikasi Terapeutik

Dimensi respon sangat penting pada awal berhubungan dengan klien karena berpengaruh pada interaksi selanjutnya. Dimensi respon ini terdiri dari respon perawat atau konselor yang ikhlas, menghargai, empati, dan konkrit. Empati merupakan kesadaran yang objektif akan pikiran dan perasaan orang lain (Wiseman, 1996). Empati merupakan kemampuan untuk masuk dalam kehidupan klien agar dapat merasakan pikiran dan perasaannya. (Suryani, 2006: 38)

Wheeler dan Wolberg yang dikutip oleh Stuart Sundeen (1998) dalam Suryani (2006, 39-4) membagi empati dalam dua tipe :

1. Empati dasar, merupakan respon alamiah dari seseorang untuk mengerti orang lain.
2. Empati terlatih, merupakan kemampuan berempati yang diperoleh setelah melalui latihan dalam rangka menolong orang lain. Seorang perawat yang telah belajar komunikasi terapeutik atau yang telah memperoleh pelatihan tentang empati tentu akan mampu berempati secara tepat pada setiap keadaan kliennya.

Dimensi lainnya adalah konkrit, yang dimaksud konkrit adalah dalam berkomunikasi perawat menggunakan terminologi yang spesifik bukan abstrak. Hal ini perlu untuk menghindari keraguan dan ketidakjelasan. Selain dimensi respon terdapat dimensi tindakan yang terdiri dari konfrontasi, kesegeraan, keterbukaan, dan bermain peran. (Stuart 1998 dalam Suryani 2006, 41-42)

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

Kesegeraan berfokus pada interaksi dan hubungan perawat-klien saat ini. Perawat yang efektif adalah perawat yang membantu mengatasi permasalahan klien dengan segera. Dimensi tindakan lainnya adalah keterbukaan, Brammer (1993) menyatakan bahwa keterbukaan merupakan salah satu hal penting untuk membangun hubungan saling percaya. Pada keterbukaan, perawat memberikan informasi tentang dirinya (self disclosure), ideal diri, perasaan sikap, dan nilainya. Selanjutnya, emotional catharsis dalam bahasa Indonesia bisa disebut curahan hati. Ketika klien curhat kepada perawat atau terapis, mereka harus mampu menciptakan suasana yang aman, nyaman dan diterima agar kesadaran diri klien meningkat. Perawat harus dapat mengkaji kesiapan klien mendiskusikan masalahnya. Jika klien mengalami kesukaran mengekspresikan perasaannya, perawat dapat membantu dengan mengekspresikan perasaannya jika berada pada situasi klien (Stuart, G.W., 1998, dalam Suryani, 2006:44).

1.6.3.8 Tahapan Komunikasi Terapeutik

Struktur dalam proses komunikasi terapeutik menurut Stuart G. W dalam Damaiyanti (2008, 29-30) terdiri dari empat tahap, yakni tahap persiapan atau pra-interaksi, tahap pengenalan atau orientasi, tahap kerja, dan tahap terminasi. Adapun penjelasan tahapan dalam proses komunikasi terapeutik, sebagai berikut:

1. Tahap pra-interaksi, tahap persiapan ini perawat menggali perasaan, emosi, fungsi, dan ketakutan diri. Pada tahap ini perawat juga menganalisis kekuatan profesional diri dan keterbatasan klien. Mengumpulkan data tentang klien, serta merancang strategi untuk pertemuan pertama dengan klien.
2. Tahap pengenalan, perawat pada tahap ini menentukan mengapa klien mencari pertolongan, menyediakan kepercayaan, menunjukkan penerimaan, dan komunikasi terbuka.
3. Tahap kerja, pada tahap ini perawat menggali stressor yang sesuai, mendorong perkembangan insight klien dengan penggunaan mekanisme koping instruktif. Pada tahap ini dituntut kemampuan perawat dalam menangani tingkah laku yang dipertahankan oleh klien.
4. Tahap terminasi, terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawat-klien. Pada tahap ini perawat menyediakan realitas perpisahan, melihat kembali kemajuan dari terapi dan pencapaian tujuan, dan saling mengeksplorasi perasaan adanya penolakan, kehilangan, sedih dan marah, juga tingkah laku yang berkaitan.

1.6.3.9 Komunikasi Verbal dan NonVerbal

Jenis-jenis Komunikasi Nonverbal Menurut Ruben & Stewart (2005) komunikasi nonverbal memiliki beberapasaluran, yaitu paralanguage, wajah dan gerakan tubuh (kinesics), sentuhan(haptics), penampilan fisik serta proximity (jarak) dan chronemics (waktu).

1. *Paralanguage* (Vokalik)

Salah satu bagian dari paralanguage adalah vocalics- pesan-pesan auditori yang diciptakan dalam proses bicara (cara berbicara). Bagaimana nada bicara, nada suara, keras atau lemahnya suara, kecepatan berbicara & intonasi. Sebelum anak-anak mengembangkan kemampuan berbahasa mereka, pola nada dalam bahasa merupakan hal familiar yang mereka tangkap. Dalam terapi wicara, anak-anak autis diajarkan mengenali kata-kata dengan menggunakan nada suara, intonasi dan penekanan yang jelas, sehingga mereka dapat menangkap makna dari pentingnya kata-kata yang digunakan.

2. *Kinesics*

Mencakup gerakan tubuh, lengan & kaki, ekspresi wajah (facial expression), dan perilaku mata (eye behavior). Ketika kita berkomunikasi dengan oranglain, ekspresi wajah kita akan selalu berubah tanpa melihat apakah kita sedang berbicara atau mendengarkan. Orang-orang yang terlibat dalam tindak komunikasi sering menggerakkan kepala dan tangannya selama interaksi berlangsung.

Mata juga merupakan saluran komunikasi nonverbal yang penting, tidak hanya selama interaksi tetapi juga sebelum dan sesudah interaksi berakhir. Dengan memelihara kontak mata dan tersenyum, orang-orang yang terlibat mengindikasikan bahwa mereka tertarik dengan persoalan yang sedang diperbincangkan.

3. *Haptics* (sentuhan)

Haptics atau sentuhan atau kontak tubuh dikatakan oleh Emmert dan Donaghy sebagai cara terbaik untuk mengomunikasikan sikap pribadi, baik yang positif maupun yang negatif. Frekuensi dan durasi sentuhan dapat menjadi indikator tentang persahabatan dan rasa suka di antara orang-orang yang melakukannya. Contohnya, berjabat tangan, berpelukan, menyentuh lengan atas (persahabatan), menampar, memukul, mengelus kepala, mencium tangan, dan sebagainya.

4. *Proxemics* (jarak)

yaitu suatu cara bagaimana orang-orang yang terlibat dalam suatu tindak komunikasi berusaha untuk merasakan dan menggunakan ruang (space).

5. Lambang atau Simbol

Manusia adalah satu-satunya makhluk yang menggunakan lambang, dan hal inilah yang membedakan manusia dengan makhluk lainnya. Ernest Cassirer mengatakan bahwa keunggulan manusia dibandingkan makhluk lainnya adalah keistimewaan mereka sebagai *animal symbolicum* (Mulyana, 2007, p. 92).

Lambang atau simbol adalah sesuatu yang digunakan untuk menunjukkan sesuatu lainnya, berdasarkan kesepakatan sekelompok orang. Lambang meliputi kata-kata (pesan verbal), perilaku non-verbal, dan objek yang maknanya disepakati bersama. Kemampuan manusia menggunakan lambang verbal memungkinkan perkembangan bahasa dan menangani hubungan antara manusia dan objek (baik nyata ataupun abstrak) tanpa kehadiran manusia dan objek tersebut (Mulyana 2007, p. 92).

Lambang adalah salah satu kategori tanda. Hubungan antara tanda dan objek dapat direpresentasikan oleh ikon dan indeks, namun ikon dan indeks tidak memerlukan kesepakatan. Ikon adalah suatu benda fisik (dua atau tiga dimensi) yang menyerupai apa yang direpresentasikannya, misalnya patung Soekarno adalah ikon Soekarno. Sedangkan indeks adalah tanda yang secara alamiah merepresentasikannya objek lainnya. Istilah lain untuk indeks adalah sinyal (*signal*) dan gejala (*symptom*). Indeks muncul berdasarkan hubungan antara sebab dan akibat yang memiliki kedekatan eksistensi. Misalnya awan gelap adalah indeks akan turun hujan (Mulyana 2007, p. 92).

Lambang memiliki beberapa sifat (Mulyana, 2007, Pp. 93-108), antara lain :

1. Lambang Bersifat Sembarang atau Sewenang-wenang

Apa saja dapat dijadikan sebagai lambang, bergantung pada kesepakatan bersama. Lambang ada dimana-mana dan tak henti-hentinya menimpa manusia. Penyebutan terhadap lambang semata-mata berdasarkan kesepakatan saja. Misalnya suatu masyarakat tidak dapat menjelaskan

mengapa matahari diberi nama matahari atau mengapa kata “meong” merepresentasikan suara kucing.

2. Lambang Tidak Memiliki Makna, Manusia yang Memberi Makna

Makna sebenarnya ada dikepala manusia, bukan terletak apada lambang itu sendiri. Persoalan akan timbul bila para peserta komunikasi tidak memberika makna yang sama pada suatu kata. Sebenarnya tidak ada hubungan yang alami antara lambang dengan *referent* (objek yang dirujuknya). Misalnya seseorang dapat mengenakan seragam tentara padahal ia bukanlah seorang tentara sungguhan. Sama halnya seperti angka yang mengandung makna-makna tertentu misalnya juara 1 dianggap sebagai posisi yang terbaik dibandingkan juara 10 dan angka 13 dianggap sebagai angka yang dapat membawa kesialan.

3. Lambang Bervariasi

Lambang dan makna memiliki variasi yang berbeda-beda dari suatu budaya ke budaya lain, dari suatu tempat ke tempat lain, dari satu waktu ke waktu lainnya. Makna yang diberikan kepada suatu lambang dapat berubah seiring dengan perjalanan waktu, meskipun perubahan makna itu berjalan lambat. Panggilan “bung” yan pada zaman revolusioner memiliki makna kesederajatan dan berkonotasi negatif, kini tidak terlalu populer.

1.6.3.10 Terapi Wicara

Terapi wicara adalah suatu ilmu yang mempelajari tentang gangguan bahasa, wicara dan suara yang bertujuan untuk digunakan sebagai landasan membuat diagnosis dan penanganan. Dalam perkembangannya terapi wicara memiliki cakupan pengertian yang lebih luas dengan mempelajari hal-hal yang terkait dengan proses berbicara, termasuk di dalamnya adalah proses menelan, gangguan irama/kelancaran dan gangguanneuromotor organ artikulasi (*articulation*) lainnya. Terapis wicara adalah seseorang yang telah lulus pendidikan terapi wicara baik di dalam maupun luar negeri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undang yang berlaku. (Peraturan **MENKES** **RI** No:867/MENKES/PER/VIII/2004). Terapis wicara memiliki tugas, tanggung jawab, kewenangan serta memiliki hak secara penuh untuk melaksanakan pelayanan terapi wicara secara profesional di sarana pelayanan kesehatan.

Prosedur kerja terapi wicara secara lebih terperinci diuraikan sebagai berikut:

- 1) *Asesmen*, bertujuan untuk mendapatkan data awal sebagai bahan yang harus dikaji dan dianalisa untuk membuat program selanjutnya. Asesmen ini meliputi tiga cara, yaitu melalui anamnesa, observasi, dan melakukan tes, di samping itu juga diperlukan data penunjang lainnya seperti hasil pemeriksaan dari ahli lain.
- 2) *Diagnosis dan prognosis*, setelah terkumpul data, selanjutnya data tersebut digunakan sebagai bahan untuk menetapkan diagnosis dan jenis gangguan/gangguan untuk membuat prognosis tentang sejauh mana kemajuan optimal yang bisa dicapai oleh penderita.

- 3) *Perencanaan terapi wicara*, perencanaan terapi wicara ini secara umum terdiri dari:
 - (a) Tujuan dan program (jangka panjang, jangka pendek dan harian),
 - (b) Perencanaan metode, teknik, frekuensi dan durasi,
 - (c) Perencanaan penggunaan alat,
 - (d) Perencanaan rujukan (jika diperlukan),
 - (e) Perencanaan evaluasi.
- 4) *Pelaksanaan terapi wicara*, pelaksanaan terapi harus mengacu pada tujuan, teknik/metode yang digunakan serta alat dan fasilitas yang digunakan.
- 5) *Evaluasi*, kegiatan ini terapis wicara menilai kembali kondisi pasien dengan membandingkan kondisi, setelah diberikan terapi dengan data sebelum diberikan terapi. Hasilnya kemudian digunakan untuk membuat program selanjutnya.
- 6) *Pelaporan hasil*, pelaporan pelaksanaan dari asesmen sampai selesai program terapi dan evaluasi.

Terapi wicara merupakan terapi yang diberikan untuk melatih kemampuan anak dalam menyampaikan informasi melalui komunikasi verbal atau oral menggunakan media linguistik bahasa. Untuk anak autis sendiri, tidak semua mengalami gangguan wicara (Sunu, 2012, p.88). Beberapa anak autis dapat berbicara dengan normal dan lancar, sebagian lagi mengalami hambatan dalam berbicara, dan sebagian kecil lainnya tidak berbicara sama sekali atau sering kita kenal dengan istilah *no speech*. Untuk mereka yang masih mengembangkan kemampuan bicara meskipun terhambat, sebaiknya mendapatkan terapi wicara untuk memaksimalkan kemampuan wicaranya. (Sunu, 2012, p.88). Terapi wicara merupakan tindakan yang diberikan kepada individu yang mengalami gangguan komunikasi, gangguan berbahasa bicara dan gangguan menelan.

Terapi wicara yang dibahas berfokus pada terapi wicara pada pasien dengan masalah-masalah gangguan neurologist, diantaranya, pasca stroke. Wicara/speech yang merupakan kumpulan suara “*Vocal articulation*” kata yang merupakan hasil dari ekspresi pikiran atau ide dan komunikasi artinya mengucapkan katakata. Intensitas suara yang dihasilkan, normal bagi pendengaran manusia rata-rata intensitas 40 – 65 db, frekwensi (anak-remaja) 20 – 20 ribu Hz dan dewasa 20 ribu Hz. *Speech Dysfunction* suatu kondisi dimana abnormalitas wicara, termasuk *Aphasia, alexia, stammering, sturring, aphonia, sluring* dan lain-lain, dan masalah-masalah wicara merupakan pengembangan dari beberapa penyebab, seperti gangguan persyarafan *kortex cerebre, paralysis* otot-otot pada struktur organ wicara dll.

1.6.3.11 Macam - Macam Gangguan Wicara

- a. *Ataxic speech* : abnormal bicara dengan karakteristik kesalahan formasi bunyi dan disebabkan oleh disfungsi neuromuskuler organ wicara.
- b. *Explorative speech*: abnormal bicara dengan karakteristik lambat, sentakan artikulasi (diinterpretasikan dengan tiba-tiba dan irama keras pada kata-kata tertentu) adanya trauma pada otak.
- c. *Mirror speech*: abnormal bicara dengan karakteristik pengucapan susunan kata-kata terbalik karena adanya gangguan lobus frontal.
- d. *Scamping speech*: abnormal bicara dalam menggunakan konsonan dan seluruh susunan kalimat oleh karena ketidakmampuan individu mengeluarkan bentuk bunyi-bunyian.

- e. *Scanning speech*: abnormal bicara dengan karakteristik irama artikulasi tidak bersih dan jelas yang disebabkan karena adanya kata-kata yang hilang, biasanya terdapat episode "Pause" diantara susunan kalimat (Cth: Tumor laring).
- f. *Slurred speech*: abnormal bicara dengan karakteristik susunan kalimat tidak jelas dan komplit, terburu-buru tetapi ada penggalan sebagai kalimat tertinggal, sebab kelemahan otot artikulasi, kerusakan motor neuron, karena penyakit otak dan obat-obatan.
- g. *Staccato speech*: abnormal bicara dengan karakteristik pause diantara kata-kata, irama kalimat tidak beraturan sebab multiple sclerosis. Berdasarkan kerusakan atau gangguan syaraf yang terkena, dapat dibedakan, yaitu:
 - h. *Aphasia*: Kehilangan fungsi kemampuan berbicara, meliputi gangguan dalam menulis, berbicara, membaca, mendengar dan mengerti bahasa. Tipenya tergantung lokasi kerusakan; *Broca atau werniks, global aphasia dan anomic aphasia*.
 - i. *Dysatria*: pengucapan kata-kata yang tidak jelas dimana kekuatan koordinasi dan tonik otot yang digunakan dalam berbicara terganggu oleh lesi otak, dan syaraf yang berhubungan dengan dysatria adalah Cranialis VII, IX, X dan XII.
 - j. *Aphonia*: Kehilangan kemampuan untuk membentuk nada vokal.
 - k. *Anarthria*: Ketidakmampuan & kesulitan dalam mengeluarkan kata-bicara
 - l. *Dysaphasia*: Gangguan/kesulitan dalam berbicara.

1.7 Metodologi Penelitian

1.7.1 Paradigma Penelitian

Pendekatan yang digunakan untuk penelitian ini adalah kualitatif, karena penelitian ini berusaha untuk memahami proses komunikasi terapeutik pada tenaga keterampilan fisik melalui kegiatan latihan berbicara yang dilakukan terhadap pasien CBL di YPPCBL Bandung. Proses komunikasi terapeutik dalam hal ini adalah elemen/unsur komunikasi pada umumnya seperti komunikate, pesan, dan media/alat yang diperlukan pasien CBL ketika latihan berbicara. Hal ini sebagaimana pernyataan (Flick, 2009: 21) yang mengatakan bahwa penelitian kualitatif merupakan proses “...*analyzing concrete cases in their temporal and local particularity and starting from people's expressions and activities in their local contexts...*”. dalam kualitatif, Manusia/peneliti berperan sebagai alat (instrumen). Kualitatif menggunakan analisis data secara induktif, lebih melihat proses daripada hasil, dan hasil penelitiannya dirundingkan juga disepakati bersama oleh objek penelitian.

Penelitian ini menggunakan paradigma konstruktivis sebagai akar pijakan filosofinya, yang secara ontologis disebut sebagai relativisme, yaitu realitas yang dikonstruksikan secara lokal dan spesifik (Denzin dan Lincoln, 2009: 135). Paradigma adalah kerangka konsep dasar yang menjadi acuan proses penelitian. Pada umumnya, suatu paradigma keilmuan merupakan sistem keseluruhan dan berfikir.

Paradigma konstruktivis mengacu pada konstruktivisme, yakni filsafat pengetahuan yang meyakini bahwa pengetahuan manusia merupakan hasil konstruksi yang dibentuk oleh manusia itu sendiri.

Menurut paradigma konstruktivis, realitas merupakan konstruksi sosial yang diciptakan oleh individu. Individu adalah manusia bebas yang melakukan hubungan satu sama lain. Individu menjadi penentu dalam dunia sosial yang dikonstruksi berdasarkan kehendaknya (Basrowi, 2002: 194). Pendekatan dengan kualitatif memberikan peluang kepada peneliti untuk mengumpulkan data sebanyak-banyaknya, mengeksplorasi data secara mendalam, dan mereduksi data ke dalam tema atau kajian tertentu untuk memberikan gambaran secara komprehensif mengenai realitas yang diteliti. Dengan demikian, pada pendekatan ini merupakan pola induktif dengan menganalisis proses komunikasi terapeutik dalam latihan bicara pasien CBL. Dengan menjelaskan bagaimana proses komunikasi terapeutik saat latihan bicara dilakukan melalui pernyataan yang disampaikan oleh informan dalam penelitian ini, maka akan dicapai sintesis dari realitas tersebut. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan paradigma konstruktivis dengan tujuan akhir untuk mencapai konsensus mengenai konstruksi dari sebuah realitas.

1.7.2 Metode Penelitian

Pada dasarnya semua penelitian akan menemukan kecocokan dengan metode penelitiannya. Metode penelitian ini nantinya digunakan agar penelitian tersebut berlandaskan yang kuat serta berkontribusi pada pemahaman hasil riset yang lebih proposional.

Metode disebut juga seperti pisau, dalam konteks penelitian, sebagai alat untuk cara memperoleh, mengamati, dan menganalisis data dengan pokok-pokok permasalahan pada realitas. Sehingga akan menghasilkan suatu pembahasan kebenaran untuk mengungkap penelitian ini.

Metode yang digunakan pada penelitian ini adalah studi kasus (*case study*). Studi kasus merupakan tipe metode yang menelaah suatu kasus secara intensif, mendalam, mendetail, dan komprehensif. Studi kasus lazim digunakan untuk penelitian yang bersifat psikologis analisis ataupun studi-studi antropologi, sosiologi, dan psikologi sosial (Ardianto, 2010:64). Sebuah studi kasus pada umumnya memberikan deskripsi mengenai individu. Individu ini biasanya adalah orang, akan tetapi bisa juga sebuah tempat seperti perusahaan, instansi, atau lingkungan sekitar. Selanjutnya, studi kasus juga bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan mengenai peristiwa-peristiwa komunikasi kontemporer yang nyata. Studi kasus menyoroti berbagai faktor yang mengatur komunikasi dalam situasi tertentu. Peneliti dalam hal ini ingin mendapatkan gambaran yang secara mendetail mengenai seseorang atau sekumpulan orang yang menjadi subjek penelitian serta untuk mempelajari latar belakang keadaan sekarang dan interaksi lingkungan suatu unit sosial, individu, kelompok, lembaga dan masyarakat (Narbuko & Achmadi, 1997:46).

Penelitian ini menggunakan studi kasus karena ingin mendalami segala hal yang berkaitan dengan proses komunikasi terapeutik tenaga keterampilan fisik ketika melakukan latihan bicara kepada pasien CBL di YPPCBL Bandung yang menjadi unit analisis dalam penelitian ini. Dengan tujuan penelitian yang ingin melihat proses secara keseluruhan, maka metode ini dinilai cocok untuk digunakan. Karena mengingat studi kasus sendiri adalah suatu proses analisis, peneliti berharap dapat memperoleh informasi yang unik dan intensif dengan menggunakan sumber data yang beragam (*multi resource*).

Studi kasus merupakan salah satu metode penelitian ilmu-ilmu sosial. Studi Kasus menurut Yin (1996, 2), telah digunakan diberbagai lapangan seperti penelitian kebijakan, ilmu politik, administrasi umum, psikologi masyarakat, sosiologi, studi-studi organisasi dan manajemen, perencanaan tata kota dan lainnya. Penggunaan Studi Kasus biasanya didasari oleh beberapa hal seperti, penelitian yang dilakukan mempunyai tipe pertanyaan utama yaitu bagaimana (*how*), peneliti hanya sedikit memiliki peluang untuk mengontrol peristiwa yang sedang diteliti, fenomena penelitian ini terjadi dimasa saat ini atau temporer.

Menurut Creswell (2014,138-139) ada 3 model desain dari studi kasus, tipe studi kasus kualitatif dibedakan berdasarkan ukuran batasan dari kasus tersebut. Misalnya apakah studi kasus tersebut melibatkan satu individu, beberapa individu, suatu kelompok, suatu program besar, atau suatu aktivitas. Studi kasus juga dapat dibedakan dalam hal tujuan dari analisis kasusnya. Terdapat tiga variasi dalam hal tujuan tersebut: studi kasus instrumental tunggal, studi kasus kolektif, dan studi kasus intrinsik.

Pada studi kasus instrumental tunggal, peneliti memfokuskan pada isu atau persoalan, kemudian memilih satu kasus terbatas untuk mengilustrasikan persoalan tersebut. Dalam studi kasus kolektif, satu isu atau persoalan juga dipilih, tetapi peneliti memilih beragam studi kasus untuk mengilustrasikan isu atau persoalan tersebut. Peneliti juga dapat mempelajari satu program dari beberapa tempat riset atau beragam program di satu tempat tertentu. Tipe terakhir, studi kasus intrinsik, yang fokusnya adalah pada kasus itu sendiri (misalnya mengevaluasi program, atau mempelajari seseorang siswa yang memiliki kesulitan).

Pada studi kasus tipe ini lebih menghadirkan atau memfokuskan situasi yang tidak biasa atau unik. Hal ini hampir menyerupai fokus pada riset naratif, tetapi prosedur analisis studi kasus dengan deskripsi mendetail tentang kasus tersebut, yang disusun dalam konteksnya atau lingkungannya. Dari ketiga tipe studi kasus diatas, peneliti memilih satu diantaranya yaitu studi kasus instrumental tunggal.

Peneliti hanya mengkaji satu isu dan persoalan, dalam hal ini isu soal banyaknya pasien CBL yang belum bisa berbicara dengan tepat pasca operasi karena tidak mendapatkan latihan bicara dengan optimal. Lalu peneliti mengambil kasus di YPPCBL Bandung, karena hanya di yayasan inilah latihan bicara diterapkan di wilayah Kota Bandung. Dengan fokus permasalahan, dapatkah latihan bicara dilakukan juga oleh keluarga pasien, harus baku dilakukan oleh tenaga keterampilan fisik di yayasan. Karena hal ini ada kaitannya dengan komunikasi terapeutik yang dilakukan tenaga keterampilan fisik saat proses latihan bicara berlangsung.

1.8 Sumber Data

1.8.1 Penentuan Sumber Data

Lofland mengatakan bahwa “sumber data utama penelitian kualitatif adalah kata-katadan tindakan, selebihnya seperti dokummen dan lain-lainnya. Perlu dijelaskan bahwa peran dari sumber data sangatlah penting, karena berkaitan dengan bias atau tidaknya data penelitian diperoleh (Moleong 2003, 112). Sumber data dalam penelitian adalah subjek yang dapat memberikan data yang diharapkan.

Pada penelitian ini, apabila peneliti menggunakan wawancara dalam pengumpulan datanya, maka sumber datanya disebut informan, orang/individu yang merespon atau menjawab pertanyaan-pertanyaan peneliti, baik pertanyaan tertulis maupun lisan. Apabila menggunakan observasi, maka sumber datanya bisa berupa benda, gerak atau proses sesuatu. Apabila peneliti menggunakan dokumentasi, maka dokumen atau catatan yang akan menjadi sumber data. Ketepatan memilih dan menentukan jenis sumber data akan menentukan kekayaan data yang diperoleh peneliti. Jenis sumber data utama yang akan peneliti terapkan dalam penelitian kualitatif kali ini, dapat diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Narasumber (*informant*)

Pada penelitian kualitatif, posisi narasumber menjadi sangat penting, bukan sekedar memberi respons, melainkan juga sebagai pemilik dan pemberi informasi. Karena itu disebut *informant* (orang yang memberikan informasi, sumber informasi, dan sumber data) atau disebut juga subjek yang diteliti. Karena mereka juga aktor atau pelaku yang ikut berperan signifikan dalam keberhasilan penelitian, berdasarkan informasi yang diberikan.

Maka sumber data dalam penelitian ini, atau yang menjadi subjeknya adalah para tenaga keterampilan fisik di YPPCBL, dan keluarga/orangtua dari pasien CBL yang juga berperan untuk perkembangan hasil dari latihan bicara.

2. Peristiwa (observasi)

Data atau informasi juga dapat diperoleh melalui pengamatan terhadap kegiatan atau aktivitas yang berkaitan dengan permasalahan penelitian. Dengan mengamati sebuah aktivitas, peneliti dapat meng*crosscheck* atau mengkonfirmasi ulang terhadap informasi verbal yang diberikan oleh informan pada saat wawancara. Dalam penelitian ini, Peristiwa komunikasi terapeutik yang terjadi antara tenaga keterampilan fisik dengan pasien CBL saat melakukan latihan bicara, dapat dijadikan sebagai bentuk sumber data penelitian.

3. Lokasi

Tempat sekaligus lokasi yang berkaitan dengan sasaran atau topik penelitian juga menjadi salah satu jenis sumber data. Informasi tentang kondisi dari lokasi peristiwa, bisa diperoleh lewat sumber lokasi peristiwanya, baik yang merupakan tempat maupun tempat maupun lingkungannya. Dalam penelitian ini yang menjadilokasi penelitian adalah di yayasan pembina penderita celah bibir dan langit-langit (YPPCBL) Jl. Sekeloa Selatan No.1, Lebakgede, Coblong, Kota Bandung, Jawa Barat.

4. Dokumentasi

Dokumen merupakan bahan tertulis atau benda yang berkaitan dengan suatu aktivitas yang telah terjadi, dapat berupa bentuk rekaman atau dokumen tertulis seperti arsip data sekretariat kantor, surat-surat, rekaman, gambar, benda-benda peninggalan yang berkaitan dengan suatu peristiwa. Dalam hal ini peneliti akan menggunakan semua dokumen yang berhubungan dengan topik dan pasien CBL.

1.8.2 Cara Menentukan *Informant* dan Kriterianya

Cara menentukan *informant*(narasumber) dalam penelitian ini adalah dengan teknik *purposive sampling*. Teknik penentuan *informant* ini digunakan berdasarkan pertimbangan dan tujuan tertentu dengan memenuhi beberapa kriteria yang telah ditetapkan Menurut Morse (dalam Flick, 2009: 123) *informant* yang baik harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Mempunyai pengetahuan dan pengalaman tentang isu atau topik penelitian yakni komunikasi terapeutik.
2. Mempunyai kemampuan untuk merefleksikan dan mengartikulasikan pengalaman tersebut.
3. Bersedia menjadi partisipan dalam penelitian.
4. Mempunyai waktu untuk wawancara dan bersedia diobservasi.

Selain ketentuan di atas, terdapat beberapa criteria khusus yang harus dipenuhi oleh *informant* dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut:

1. *Informant* merupakan pihak yang menangani langsung dan intensif proses latihan bicara di YPPCBL Bandung.
2. *Informant* telah lama memahami perkembangan kondisi pasien CBL dari pra operasi sampai pasca operasi.
3. *Informant* merupakan tenaga keterampilan fisik yang telah berprofesi minimal 3 tahun dalam bidangnya.
4. *Informant* adalah pihak yang memiliki kedekatan emosional dengan pasien CBL.
5. *Informant* telah menjalani latihan bicara sekurang-kurangnya 6 bulan & 2 tahun.

1.9 Membangun Akses dan Pendekatan dengan *Informant*

Berawal dari pengamatan peneliti pada media *online* dan diskusi dengan rekan satu kelas yang berasal dari Fakultas Kedokteran Gigi. Peneliti merasa terketuk hati nuraninya untuk melihat secara dekat dunia anak-anak yang lahir dengan CBL, atau bibir sumbing. Peneliti sempat berkunjung di yayasan *cleft care* yang bertempat di kota Surabaya, melihat pasien CBL anak-anak yang datang beserta keluarganya, beberapa tenaga medis yang berada di yayasan. Sangat disayangkan pada kesempatan itu peneliti tidak berdiskusi dengan para tenaga medis yang berada di lokasi.

Pasca pengamatan kecil peneliti lakukan, peneliti mendapatkan masukan dari rekan satu kelasnya seperti yang disebutkan di atas, agar melakukan pengamatan juga di yayasan pembina penderita CBL yang berada di Kota Bandung. Karena dengan pertimbangan rekan peneliti, yayasan tersebut sudah lebih maju dan terjamin soal pelayanan untuk para pasien CBL.

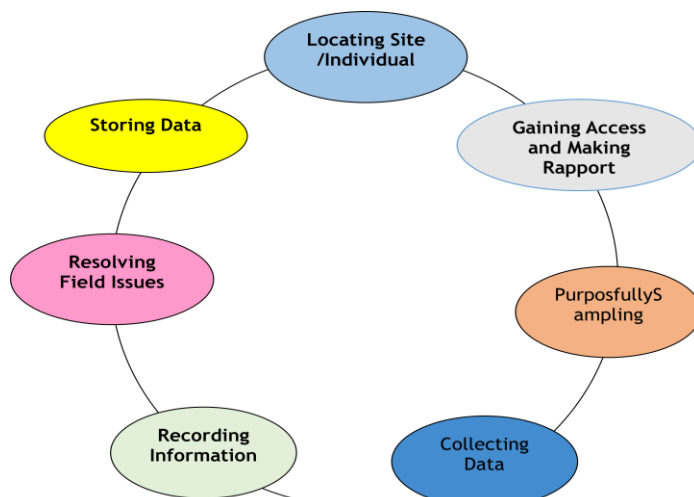
Tiga hari kemudian, peneliti menghubungi pihak YPPCBL Bandung melalui seluler dan meminta izin untuk mengunjungi lokasi sembari berdiskusi perihal topik penelitian. Pra riset pun dimulai oleh peneliti, sesampainya di lokasi YPPCBL yang bertempat di Fak. Kedokteran Gigi Unpad, peneliti langsung menemui Ibu Ane. Beliau selaku tenaga keterampilan fisik yang menangani pasien-pasien CBL dari A-Z.

Pendekatan emosional peneliti bangun disitu saat wawancara dan diskusi, Ibu Ane sosok yang sangat ramah dan terbuka menerima peneliti untuk melakukan riset di lokasi. Selain Ibu Ane, ada Ibu Ros, yang bertugas sebagai tenaga keterampilan fisik juga, hanya saja beliau lebih junior daripada Ibu Ane. Jadi Ibu Ros lebih sering melakukan praktek kepada pasien. Peneliti juga sempat sedikit mewawancarai orangtua dari pasien CBL yang datang ke klinik / yayasan tersebut. Untuk rencana kedepan, peneliti akan berkunjung ke yayasan CBL Bandung dengan membawa surat penelitian yang sudah mendapatkan izin dari Ibu Ane dan Ibu Ros secara tersirat sewaktu melakukan pra riset. Selain itu, peneliti akan meminta jadwal latihan bicara yang dilakukan Ibu Ros dan Ibu Ane setiap hari, dari senin sampai dengan jumat.

Berdasarkan jadwal itulah peneliti akan mengatur pertemuan dengan Ibu Ros, Ibu Ane, dan beberapa orang dari keluarga pasien untuk wawancara, serta melakukan pengamatan saat latihan bicara pada pasien CBL berlangsung. Selanjutnya informan yang dipilih adalah pasien CBL/keluarganya. Pasien disini yang telah menjalani terapi di YPPCBL. Sekurang-kurangnya setengah tahun (6bulan) dan maksimal dua tahun. Pertimbangan ini peneliti lakukan karena ingin melihat bagaimana terapi wicara / latihan bicara dapat berdampak pada sikap dan bereaksi saat pasien melakukan terapi.

1.10 Teknik Pengumpulan Data

Aktivitas pengumpulan data yang peneliti lakukan mengacu pada aktivitas pengumpulan data dari Creswell, yaitu *“A Data Collection Circle”* (Kuswarno, 2009: 130). Aktivitas yang dilakukan dengan model Creswell memperlihatkan bahwa satu sama lain saling berhubungan, diawali dengan penentuan tempat atau individu. Berikut merupakan visualisasi tahap pengumpulan data tersebut:



**Gambar 1.1 A Data Collecting Circle,
Sumber: Creswell dalam Kuswarno, 2009: 130**

Jumlah *informant* yang dipilih dengan merujuk pada apa yang dikemukakan

Creswell (dalam Kuswarno, 2009: 131) adalah sebagai berikut:

For a phenomenological study, the process of collecting information involves primarily in-depth interviews (see e.g. the discussion about the long interview in McCracken, 1998) with as many as 10 individuals. I have seen the number of interviewees referenced in studies range from 1 (Dukes, 1984) up to 325 (Polkinghorne, 1989). Dukes (1984) recommends studying 3 to 10 subjects, and the Reimen (1986) study included 10. The important point is to describe the meaning of small number individuals who have experienced the phenomenon. With in-depth interview lasting as long as 2 hours (Polkinghorne, 1989) 10 subjects in a study represent a reasonable size (Creswell, 1998: 122).

Penelitian ini dilakukan di Kota Bandung, tepatnya di YPPCBL Bandung, lokasi ini merupakan tempat bagi para pasien CBL dalam melakukan segala keperluannya untuk keberlangsungan hidup. Dari mereka konsultasi, berobat, operasi, dan diberikan latihan berbicara pasca operasi. Menurut (Marshall dan Rossman, 2010: 137), pengumpulan data dalam penelitian kualitatif dapat dilakukan dengan menggunakan empat metode utama yaitu, partisipasi dalam kondisi yang alami, observasi langsung, wawancara mendalam, dan studi dokumentasi. Dalam penelitian ini, teknik pengumpulan data yang digunakan adalah wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi.

1. Observasi

Teknik selanjutnya yang akan digunakan dalam pengumpulan data penelitian ini adalah observasi. Observasi dilakukan karena ucapan, perkataan atau jawaban *informant* bisa dimanipulasi atau berubah-ubah tergantung pada kondisi atau lingkungan *informant*, sehingga peneliti perlu melakukan *crosscheck* dengan melihat dan mengamati nonverbal *informant*. Adapun bentuk observasi berupa observasi partisipasi pasif karena peneliti tidak ikut terlibat dalam proses latihan bicara. Dalam observasi partisipasi pasif (Sugiyono, 2013: 227).

Peneliti dalam hal ini datang melakukan observasi pertama saat tenaga keterampilan fisik yaitu Ibu Ane dan Ibu Ros menjalani latihan bicara kepada para pasien CBL. Pada kegiatan tersebut, peneliti dapat mengamati, mendengarkan *informant*, dan memahami komunikasi terapeutik yang terjadi pada saat latihan bicara berlangsung, selain juga melihat konten di mana proses yang terjadi ketika latihan bicara tersebut belum dilakukan dalam perspektif komunikasi terapeutik, dan juga peneliti melihat bagaimana unsur-unsur komunikasi bermain di dalam proses latihan bicara. Lalu peneliti mengamati juga bagaimana tindakan-tindakan komunikasi pasien CBL yang muncul. Selanjutnya, observasi kedua dengan melihat peran keluarga pada pasien CBL di kediaman mereka masing-masing. Kemudian observasi ketiga dengan mengikuti program dari yayasan pada saat rekreasi ke tempat-tempat wisata, dalam hal ini peneliti ingin melihat bentuk-bentuk komunikasi para pasien CBL sebagai bentuk hasil dari latihan yang mereka jalani.

Adapun agenda mengenai semua observasi ini, akan peneliti lakukan setiap minggunya secara berkala di YPPCBL dan luar yayasan. Observasi ini akan terus peneliti lakukan sampai kejenuhan data diperoleh, estimasi waktu observasi sekitar satu – dua bulan. Dengan demikian, observasi ini juga bersifat terbuka karena *key informant* mengetahui maksud dan tujuan dari kehadiran peneliti dalam rutinitas mereka.

2. Wawancara Mendalam

Wawancara bertujuan untuk menemukan dan membuka tabir tentang apa yang ada didalam pemikiran seseorang (Patton, 1990: 173), Adapun jenis wawancara mendalam yang digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam semi-terstruktur, yang berarti bahwa peneliti mempunyai pedoman wawancara yang digunakan sebagai panduan untuk melakukan wawancara dengan informan, namun peneliti dapat mengembangkan pertanyaan tersebut diluar daftar pertanyaan yang telah disusun selama pertanyaan tersebut relevan dengan dengan permasalahan yang diteliti (Sugiyono, 2013: 233). Keunggulan dari wawancara jenis ini adalah peneliti dapat memperoleh gambaran yang lebih detail dan lengkap serta fleksibel terutama jika ditemukan fakta-fakta lain di lapangan yang sesuai dengan tujuan penelitian. Peneliti melakukan wawancara mendalam kepada lima informan, dua informan awal adalah tenaga keterampilan fisik yang bekerja di YPPCBL Bandung, dalam hal ini adalah Ibu Ane dan Ibu Ros.

Wawancara dilakukan kepada kedua tenaga keterampilan fisik ini untuk memperoleh data secara komprehensif mengenai komunikasi terapeutik yang dilakukan pada saat melakukan latihan bicara kepada pasien CBL. Ketiga informan sisanya, peneliti mengambil pihak dari keluarga pasien CBL, dalam hal ini agar mengetahui peran mereka dan hasil yang didapatkan selama melakukan latihan bicara di YPPCBL Bandung.

3. Dokumentasi

Teknik dokumentasi digunakan untuk memperoleh sebanyak mungkin dasar-dasar teori yang dapat mendukung informasi yang diperlukan sehingga pengolahan data yang dikumpulkan dapat menjelaskan gejala-gejala yang terjadi. Studi dokumen yang digunakan pada penelitian ini bertujuan mengumpulkan data-data dan informasi yang sifatnya tertulis di media cetak maupun elektronik, buku-buku terkait dengan topik penelitian, dan dokumen-dokumen lainnya yang berguna sebagai penguat asumsi sehingga dapat menjadi landasan teori penelitian. Studi kepustakaan bertujuan untuk memberikan dasar teoretis bagi sebuah penelitian (Rakhmat, 2000: 107). Studi dokumen yang akan peneliti lakukan dalam penelitian ini dimaksudkan untuk mendukung data penelitian yang nantinya akan penulis himpun dari para informan tenaga keterampilan fisik, dan keluarga pasien CBL. Sehingga data tersebut bersifat ilmiah dan sesuai dengan tujuan penelitian.

1.11 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dalam penelitian yang menggunakan metode penelitian kualitatif mencakup tiga komponen utama. Miles dan Huberman (1984 dan 1994, dalam Denzin dan Lincoln, 2009: 592) menuliskan bahwa analisis data terdiri dari tiga subproses yang saling terkait; reduksi data, penyajian data dan pengambilan kesimpulan/verifikasi. Keseluruhan proses itu dilakukan sebelum tahap pengumpulan data hingga setelah tahap pengumpulan data akhir.

Denzin dan Lincoln (2009: 592) menjelaskan bahwa proses ini dilakukan sebelum tahap pengumpulan data, persisnya pada saat menentukan rancangan dan perencanaan penelitian; sewaktu proses pengumpulan data sementara dan analisis awal; serta setelah tahap pengumpulan data akhir. Reduksi data adalah komponen pertama yang digunakan untuk menganalisa data. Proses reduksi data dimulai sebelum pelaksanaan pengumpulan data hingga laporan akhir penelitian selesai disusun. Soetopo (2002: 92) menuliskan:

Reduksi data adalah bagian dari proses analisis yang mempertegas, memperpendek, membuat fokus, membuang hal-hal yang tidak penting, dan mengatur data sedemikian rupa sehingga simpulan penelitian dapat dilakukan.

Reduksi data dalam penelitian ini berfungsi untuk tetap menjaga data yang disajikan dan dianalisis tetap fokus pada tujuan dan pertanyaan penelitian. Dalam penelitian ini, reduksi data dimulai ketika penentuan awal fokus masalah yang ingin diteliti yakni komunikasi terapeutik dalam latihan bicara pada pasien CBL, dimana pengumpulan data dilakukan terhadap tenaga keterampilan fisik dan keluarga pasien, sehingga hasil temuan di lapangan yang merupakan tujuan dari penelitian selesai disusun dalam laporan akhir penelitian.

Pada proses analisis data, data yang tidak sesuai dengan tujuan penelitian dan data yang tidak menjawab pertanyaan penelitian harus dipisahkan. Data yang tidak sesuai tersebut tidak ditulis dalam hasil penelitian dan pembahasan. Proses tersebut berguna karena data yang ada dan ditulis dalam hasil dan pembahasan harus berfokus pada tujuan penelitian. Dengan upaya tersebut pula, penarikan kesimpulan dapat dilakukan. Komponen kedua dalam teknik analisis data adalah sajian data. Soetopo (2002: 92) menuliskan:

Sajian data didefinisikan sebagai rakitan kalimat yang disusun secara logis dan sistematis, sehingga apabila dibaca akan dapat dengan mudah dipahami berbagai hal yang terjadi dan memungkinkan peneliti untuk berbuat sesuatu pada analisis ataupun tindakan lain berdasarkan permasalahannya tersebut.

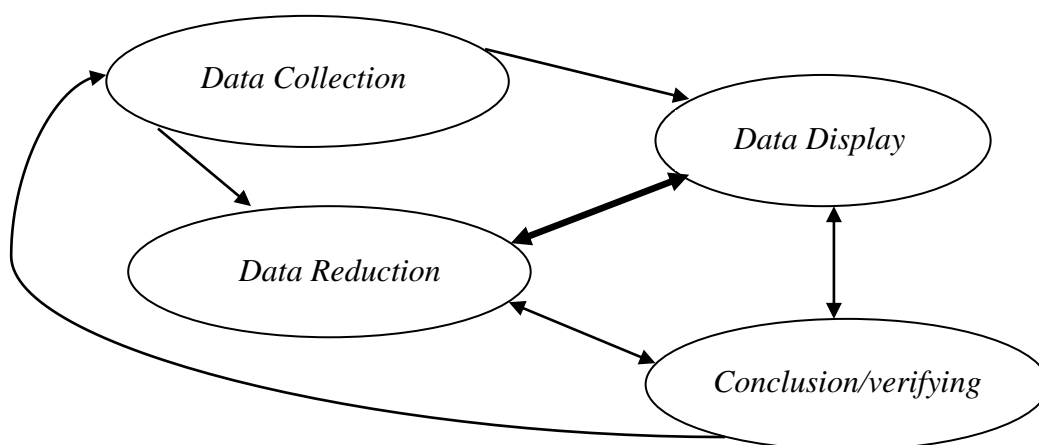
Sajian data akan dilakukan ketika peneliti menyusun dan menulis hasil penelitian. Data yang telah disaring, data yang dianggap sesuai dengan tujuan penelitian dan menjawab pertanyaan penelitian sehingga data menjadi fokus dalam menjawab masalah, disajikan dalam bentuk narasi deskriptif. Sajian data yang lengkap dan mendalam akan memudahkan proses analisis, pengkajian, dan pembahasan data penelitian sehingga membuat sajian data menjadi lebih mendalam. Penarikan kesimpulan dan verifikasi adalah komponen ketiga dalam teknik analisis data. Kesimpulan yang disusun dari data hasil penelitian dan pembahasan harus mampu menjawab tujuan dan pertanyaan penelitian, sehingga kesimpulan pun fokus pada permasalahan penelitian. Salim (2006: 23) menjelaskan:

Dalam penarikan kesimpulan data dan verifikasi (*concluding drawing and verification*) peneliti berusaha menarik kesimpulan dan melakukan verifikasi dengan mencari makna setiap gejala yang diperolehnya dari lapangan, mencatat keteraturan dan konfigurasi yang mungkin ada, alur kausalitas dari fenomena dan proposisi.

Penelitian dengan metode kualitatif menggunakan tiga komponen utama analisis data tersebut. Ketiga komponen analisis data tersebut saling berkaitan dan ketiganya tidak dapat dipisahkan dari kegiatan pengumpulan data hingga laporan penelitian selesai disusun. Namun, tahapan-tahapan dalam proses analisis data ini bersifat fleksibel dalam pelaksanaannya, tidak terikat oleh kronologis yang kaku. Ketiga tahapan itu juga saling berhubungan dengan praktik penelitian yang dilakukan. Ketiga komponen utama saling berinteraksi dan interaksi di antara ketiganya digambarkan dalam model analisis data. Miles dan Huberman (1974, dalam Soetopo, 2002: 94) menyatakan:

Sedikitnya terdapat dua model pokok dalam melaksanakan analisis di dalam penelitian kualitatif, yaitu model analisis jalinan atau mengalir (*flow model of analysis*) dan model analisis interaktif.

Penelitian ini menggunakan model analisis data interaktif, yang terlihat pada gambar berikut ini:



Gambar 1.2 Komponen Analisis Data: Model Interaktif
Sumber: Denzin dan Lincoln (2009: 59)

1.12 Teknik Keabsahan Data

Beberapa peneliti kualitatif telah menggunakan alat ukur untuk meyakinkan keabsahan data dari penelitian kualitatif melalui empat kriteria keterpercayaan yang dikonstruksi oleh Guba & Lincoln (1985). Kriteria tersebut adalah: 1) *Credibility* (derajat kepercayaan), 2) *Transferability* (keteralihan), 3) *Dependability* (kebergantungan) dan 4) *Confirmability* (*kepastian*) (Shenton, 2004: 63-75).

Empat kriteria yang ditawarkan oleh Guba & Lincoln (1985) memiliki beberapa teknik pemeriksaan keabsahan data pada masing-masing kriteria. Teknik tersebut digunakan untuk mengurangi kemungkinan kesalahan dalam perolehan data di penelitian kualitatif. Adapun teknik validitas penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini meliputi:

1. **Perpanjangan Pengamatan.** Menurut Sugiyono (2013: 235) perpanjangan pengamatan dilakukan untuk mengecek kembali apakah data yang telah diberikan oleh sumber data selama ini merupakan data yang sudah benar atau tidak. Bila tidak benar, maka peneliti melakukan pengamatan lagi yang lebih luas dan mendalam sehingga diperoleh data yang pasti kebenarannya. Dalam penelitian ini, perpanjangan keikutsertaan dilakukan peneliti terhadap kelima *informant*. Hal ini karena topik penelitian yang relatif sensitif sehingga berpeluang untuk membuat *informant* kurang terbuka dan berterus terang dalam mengartikulasikan pengalaman pribadinya.

Oleh karena itu, peneliti menambah intensitas pertemuan dan observasi guna memastikan kebenaran dan konsistensi dari keterangan yang diberikan oleh *informant*.

2. **Triangulasi Sumber Data.** Triangulasi Data menurut Denzin (1989) dalam (Flick, 2009: 44) adalah upaya untuk menggali kebenaran data dengan menggunakan sumber data yang berbeda. Adapun langkah yang dilakukan oleh peneliti adalah, pertama, membandingkan hasil wawancara *informant* dengan hasil pengamatan terhadap perilaku informan ketika melakukan latihan bicara dengan pasien CBL. Peneliti juga melihat perilaku verbal dan nonverbal *informant* saat proses itu berjalan. Kedua, triangulasi hasil wawancara dibandingkan dengan bahan dokumentasi seperti hasil survei dan ulasan di media *online* mengenai latihan bicara pada pasien CBL pasca operasi.

Ketiga, di kesempatan berbeda, peneliti akan berbincang dengan keluarga pasien, bahkan jika memungkinkan peneliti juga akan mencoba berbicara dengan para pasien CBL, guna memeriksa kesesuaian antara keterangan informan mengenai persepsinya sebagai pasien CBL yang mendapatkan latihan berbicara.

3. **Member Checks.** Selama pengumpulan data, peneliti akan melakukan wawancara secara mendalam dengan *informant* yang direkam menggunakan *audio recorder*. Data tersebut kemudian ditranskripsi, dan untuk memastikan akurasi dari data tersebut, peneliti akan meminta informan untuk membaca transkrip tersebut agar relevan.

1.13 Lokasi dan Waktu Penelitian

1.13.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kota Bandung, berlokasi di Yayasan Pembina Penderita CBL. Yang berada dikawasan Fak. Kedokteran Gigi UNPAD. Observasi juga dilakukan di sana, sebagian observasi akan dilakukan di rumah keluarga pasien CBL yang berdomisili di Kota Bandung. Dan pengamatan sisanya dilakukan peneliti di lokasi-lokasi rekreasi yang menjadi jadwal kelompok bermain yayasan.

Hal ini karena peneliti berusaha menemukan *setting* alamiah pada masing-masing *informant*, yakni dilingkungan kerja dan wilayah pribadi keluarga pasien. Sehingga rumah tempat tinggal dan tempat kerja individu yang bersangkutan dinilai sebagai lokasi pengumpulan data yang paling efektif. Lokasi penelitian ini dipilih, dengan beberapa pertimbangan ketat yang peneliti miliki. Pertama karena keterbatasan waktu dan dana untuk peneliitian, kedua agar terjalin proses bimbingan yang optimal saat melakukan riset. Oleh karena itu, lokasi dan penelitian ini dirasa paling realistis untuk dipilih dan dilakukan.

1.13.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan sejak bulan November 2016 dan dirancang, selesai pada bulan November 2017. Berikut merupakan tabel yang merinci rangkaian kegiatan dan waktu pelaksanaan penelitian ini:

Tabel 2
Jadwal Kegiatan Penelitian (Tahun 2016-2017)

Kegiatan	November- Juli				Agustus- September				November- Desember				
Pra-Riset dan pendekatan kepada subjek penelitian													
Merancang proposal penelitian													
Bimbingan dan revisi proposal penelitian													
Seminar usulan penelitian													
Pengumpulan Data													
Menyusun dan bimbingan bab hasil – pembahasan													
Sidang ujian tesis													