

POLA KOMUNIKASI INTERPERSONAL MANAJER KASUS DALAM MENINGKATKAN KEPERCAYAAN DIRI PENYANDANG ODHA DI RSUD dr, SOETOMO SURABAYA

Yenny¹, Iwan Joko Prasetyo²

Fakultas Ilmu Komunikasi, Universitas dr. Soetomo Surabaya

²iwan.joko@unitomo.ac.id

Abstrak. Perlakuan masyarakat kepada orang yang menyandang ODHA sangat diskriminatif. Bahkan mereka di marginalkan dalam pergaulan masyarakat. Kenyataan ini sangat tidak mendukung untuk meningkatkan kepercayaan diri mereka untuk tetap bertahan hidup. Upaya untuk mengembalikan kepercayaan diri mereka perlu kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh para relawan yang tergabung dalam Kelompok Dukungan Sebaya). Komunikasi interpersonal antara MK (Kelompok Dukungan Sebaya) sangat diperlukan dalam rangka meningkatkan rasa percaya diri para penyandang ODHA. Persoalan pendampingan pasien ODHA yang dilakukan oleh MK akan dikaji dengan teori-teori yang ada dalam komunikasi interpersonal. Teori yang mendasari adalah teori komunikasi interpersonal dan teori pengungkapan diri (Self Disclosure). Teori-teori ini sangat membantu dan mendasari dalam membahas berbagai macam permasalahan dalam penelitian ini. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode “deskriptif kualitatif” yaitu penelitian yang menggambarkan dan menjelaskan berbagai kondisi dan situasi yang menjadi objek penelitian. Unit analisisnya adalah : komunikasi verbal dan nonverbal, keterbukaan (keterbukaan membuka diri), empati (menempatkan pada posisi atau perasaan orang lain), dukungan (memotivasi dan memberi dukungan). Dari hasil wawancara dan observasi menunjukkan bahwa komunikasi yang dilakukan melalui bahasa informal (campuran) dan menggunakan gerakan tubuh. Empati selalu ditunjukkan oleh para MK dengan berbagai macam cara sehingga di dalam berkomunikasi ada keterbukaan untuk saling mengungkapkan perasaan masing-masing. Ini juga dilandasi oleh rasa percaya para penyandang ODHA bahwa para MK akan tetap menjaga kerahasiaan pribadi mereka di masyarakat.

Kata-kata kunci: : Komunikasi interpersonal, Manajer Kasus, Percaya diri

Abstract People's treatment of people with PLWHA is very discriminatory. Even they are marginalized in the social community. This fact is very unfavorable to increase their confidence to survive. Efforts to save their confidence require coaching activities conducted by volunteers belonging to peer support groups). Interpersonal communication between Case Managers (Peer Relief Groups) is very necessary in order to increase the confidence of people with PLWHA. The problem of patient assistance of PLWHA conducted by the Constitutional Court will be studied with theories that exist in interpersonal communication. The underlying theory is the theory of interpersonal communication and the theory of self-disclosure (Self Disclosure). These theories are helpful and underpinning in discussing the various problems in this study. The method used in this study is the method "descriptive qualitative" is a study that describes and describes the various conditions and situations that become the object of research. The analytical unit is: verbal and nonverbal communication, openness (self), empathy (place in position or feelings of others), support. Interviews and observations show communication through informal language (mixed) and using body movements. Empathy is always by the Case Managers with a variety of ways in communicating there is openness to each other's feelings. It is also based on the trust of people with PLWHA that the Case Managers will keep their personal secrecy in the community.

Keywords: *Interpersonal Communication, Case Manager, Confident*



PENDAHULUAN

Sebagai makhluk sosial, manusia tidak terlepas dari komunikasi, tidak peduli bagaimanapun keadaan manusia tersebut, baik secara verbal maupun non verbal. Dengan komunikasi manusia mampu berinteraksi dengan manusia yang lainnya. Tidak sedikit manusia yang mengalami hambatan saat melakukan komunikasi, apalagi manusia tersebut mempunyai kekurangan, baik kekurangan fisik maupun kekurangan secara materi

Begitu pula dengan para penderita HIV/AIDS yang umumnya disebut dengan ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS), mereka juga manusia dan mereka masih butuh berkomunikasi. ODHA sama dengan manusia-manusia lainnya yang sehat, dan yang membedakan hanyalah didalam tubuh mereka bersarang suatu penyakit menular yang disebabkan oleh suatu virus, yang disetujui secara internasional sebagai HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan hingga saat ini belum ada obat untuk menyembuhkan AIDS. Sedangkan obat yang ada saat ini hanya sebagai obat untuk memperpanjang hidup dan untuk menjaga kondisi tubuh ODHA. Sehingga ODHA tinggal menunggu ajal menjemput. Namun pada hakekatnya sebagai makhluk sosial, ODHA masih membutuhkan berinteraksi dan berkomunikasi dengan orang lain.

Diskriminasi tidak hanya dilakukan oleh masyarakat awam. Masih banyak pasien-pasien HIV/AIDS yang terkena stigma dan diskriminasi di ruang MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an rumah sakit oleh para petugas kesehatan di Rumah Sakit. Ada juga petugas kesehatan yang menolak merawat ODHA dengan alasan takut tertular atau khawatir pasien lain ketakutan. Realitas ini

sangat disayangkan mengingat tugas kesehatan adalah pihak yang sudah mengetahui seluk beluk HIV/AIDS namun masih melakukan tindakan diskriminasi seperti pemakaian pakaian yang serba tertutup ketika melakukan pemeriksaan terhadap pasien HIV/AIDS (Isroliyah 2005, p.121).

Bisa jadi sikap masyarakat seperti ini pada awalnya merupakan resistor yang efektif untuk menahan laju epidemi ini. Tetapi sikap paranoid ini kemudian tidak diimbangi dengan pemahaman secara benar dan mendudukan masalahnya secara proporsional tentang HIV/AIDS yang sebenarnya. Akibatnya, karena sebatas perasaan takut dan menghindarinya tanpa diikuti secara benar untuk mengetahui dan memahaminya, tanpa menimbang keberadaan orang sudah terkena HIV positif maka berikutnya muncul stigma terhadap orang yang terinfeksi HIV, (ODHA = orang dengan HIV AIDS).

Komunikasi interpersonal selanjutnya dalam penelitian ini disebut dengan komunikasi tatap muka menjadi sangat penting dalam hubungan MK (Kelompok Dukungan Sebaya) – pasien penderita HIV/AIDS dalam proses MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an di UPIPI. Melalui komunikasi tatap muka MK (Kelompok Dukungan Sebaya) dapat menginformasikan cara-cara merawat kesehatan kepada pasien HIV/AIDS, memberi semangat hidup, mengubah sikap dan keyakinan, mengubah perilaku atau menggerakkan tindakan, dan dapat menghibur mereka untuk mencapai tujuan bersama yaitu kualitas hidup dan kesehatan pasien yang lebih baik.

Stigma berhubungan dengan kekuasaan dan dominasi dalam masyarakat. Pada puncaknya, stigma akan menciptakan,

dan ini didukung oleh, ketidaksetaraan sosial. Stigma berurat akar di dalam struktur masyarakat dan norma-norma serta nilai-nilai yang mengatur kehidupan sehari-hari. Ini menyebabkan beberapa kelompok menjadi kurang dihargai dan merasa malu, sedangkan kelompok lainnya merasa superior.

Diskriminasi terjadi ketika pandangan negatif mendorong orang atau lembaga untuk memperlakukan seseorang secara tidak adil yang didasarkan pada prasangka mereka akan status HIV seseorang. Contoh-contoh diskriminasi meliputi para staf rumah sakit atau penjara yang menolak memberikan pelayanan kesehatan kepada orang yang hidup dengan HIV dan AIDS; atasan yang memberhentikan pegawainya berdasarkan status atau prasangka akan status HIV mereka; atau keluarga/masyarakat yang menolak mereka yang hidup, atau dipercayai hidup, dengan HIV dan AIDS. Tindakan diskriminasi semacam itu adalah sebuah bentuk pelanggaran HAM.

Stigma dan diskriminasi dapat terjadi di mana saja dan kapan saja. Stigma dan diskriminasi yang dihubungkan dengan penyakit menimbulkan efek psikologis berat tentang bagaimana orang yang hidup dengan HIV dan AIDS melihat diri mereka sendiri. Hal ini bisa mendorong, dalam beberapa kasus, terjadinya depresi, kurangnya penghargaan diri, dan keputusan. Stigma dan diskriminasi juga menghambat upaya pencegahan dengan membuat orang takut untuk mengetahui apakah mereka terinfeksi atau tidak. Bisa pula menyebabkan mereka yang telah terinfeksi meneruskan praktik seksual tidak aman karena takut orang-orang akan curiga terhadap status HIV mereka. Akhirnya, orang yang hidup dengan HIV dan AIDS dilihat sebagai masalah, bukan sebagai bagian dari solusi untuk mengatasi masalah ini.

Hingga saat ini sikap dan pandangan masyarakat terhadap ORANG YANG HIDUP DENGAN HIV dan AIDS sangat buruk sehingga melahirkan permasalahan serta tindakan yang melukai fisik maupun mental bagi orang yang hidup dengan HIV dan AIDS bahkan keluarga dan orang-orang terdekatnya, seperti dalam penelitian (Shaluhiah, Musthofa, & Widjanarko, 2015) mengutarakan stigma masyarakat terhadap ODHA, lalu pada penelitian Irfan tentang hambatan pencarian obat bagi ODHA (Ardani & Handayani, 2017), juga penelitian mengenai diskriminasi penanganan kesehatan pada ODHA di Pekanbaru (Maharani, 2014), maka itu sangat perlu dukungan orang lain bagi ODHA yang memang sangat perlu dukungan bagi mereka (Siboro, 2013). Sesungguhnya hak orang yang hidup dengan HIV dan AIDS sama seperti manusia lain, tetapi karena ketakutan dan kekurangpahaman masyarakat, hak orang yang hidup dengan HIV dan AIDS sering dilanggar. Menurut hasil penelitian dokumentasi pelanggaran HAM Yayasan Spiritia, 30% responden menyatakan pernah mengalami berbagai diskriminasi dalam pelayanan kesehatan dan dalam keluarga.

Hak asasi manusia itu di antaranya adalah memiliki dan mendapatkan privasi, kemerdekaan, keamanan serta kebebasan berpindah, bebas dari kekejaman, penghinaan (tindakan menurunkan martabat atau pengucilan), bekerja (termasuk terbukanya kesempatan yang sama), mendapatkan pendidikan serta menjalin mitra jaringan, keamanan sosial dan pelayanan, kesetaraan perlindungan dalam hukum, menikah dan berkeluarga, endapatkan MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an, dan masih banyak lagi. Selain hak, orang yang hidup dengan HIV dan AIDS juga mempunyai kewajiban seperti menjaga kesehatan, tidak menularkan ke orang lain, mencari informasi dan lain-lain.

MK (Kelompok Dukungan Sebaya) juga dapat menyampaikan perasaan peduli, sayang, simpati, prihatin, maupun empatinya kepada pasien HIV/AIDS lewat kata-kata maupun melalui perilaku non verbal.

Di UPIPI Rumah Sakit Dr. Soetomo, penderita HIV/ AIDS yang telah memutuskan untuk menjalani MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an di unit tersebut akan menjalani serangkaian MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an secara paripurna, professional, terpadu, dan berkesinambungan. Yang dimaksud paripurna adalah memberikan pelayanan MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an penderita HIV/AIDS secara menyeluruh, bukan hanya dari segi medis maupun juga disertai dengan konseling dan dukungan psikologis. Professional, didalam penatalaksanaan penyakit melibatkan para tenaga medis dari berbagai spesialisasi. Yang dimaksud terpadu adalah dalam pelaksanaan MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an penderita melibatkan tenaga medis, para medis, dan berbagai tenaga lain dari unsure pemerintah dipadukan dengan LSM. Berkesinambungan artinya didalam operasional MK (Kelompok Dukungan Sebaya) penderita dilakukan secara terus menerus baik di Rumah Sakit, Rumah singgah maupun di rumah masing-masing.

Berawal dari hubungan MK (Kelompok Dukungan Sebaya) dan pasien di rumah sakit dan adanya kontroversi menanggapi fenomena ODHA dimasyarakat inilah timbul keinginan peneliti untuk mengetahui bagaimana komunikasi tatap muka antara MK (Kelompok Dukungan Sebaya) dan pasien penderita HIV/AIDS di rumah sakit. Rumah sakit yang akan dijadikan sebagai tempat penelitian oleh peneliti adalah RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Rumah Sakit tersebut dipilih karena RSUD Dr. Soetomo merupakan rumah sakit terbesar di Jawa

Timur dan satu-satunya rumah sakit di Jawa Timur yang mempunyai sarana MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an bagi penderita HIV/AIDS dan juga sebuah tim yang menangani HIV/AIDS, yang diberi nama Tim Medik HIV/AIDS, sehingga menjadi rujukan bagi penderita HIV/AIDS guna menjalani berbagai jenis MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an konseling di pusat MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an HIV/AIDS yang bernama Unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an Intermediet Penyakit Infeksi (UPIPI) RSUD Dr. Soetomo.

METODE PENELITIAN

Tipe penelitian yang digunakan adalah deskriptif, dengan pendekatan kualitatif. Penelitian deskriptif adalah penelitian ini nantinya peneliti hanya menggambarkan, meringkaskan berbagai kondisi, berbagai situasi atau berbagai variabel yang timbul di masyarakat yang menjadi objek penelitian itu (Bungin, 2001, p. 48). Pengumpulan data dilakukan dengan beberapa metode yakni:

Wawancara, wawancara merupakan alat re-checking atau pembuktian terhadap informasi atau keterangan yang diperoleh sebelumnya. Tehnik wawancara yang digunakan dalam penelitian kualitatif adalah wawancara mendalam. Wawancara mendalam (in-depth interview) adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dengan informan atau orang yang diwawancarai, dengan atau tanpa menggunakan pedoman (guide) wawancara, di mana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama. Observasi ; Observasi

partisipasi (participant observation) adalah metode pengumpulan data yang digunakan untuk menghimpun data penelitian melalui pengamatan dan pengindraan dimana observer atau peneliti benar-benar terlibat dalam keseharian responden. Observasi tidak berstruktur adalah observasi yang dilakukan tanpa menggunakan guide observasi. Pada observasi ini peneliti atau pengamat harus mampu mengembangkan daya pengamatannya dalam mengamati suatu objek. Observasi kelompok adalah observasi yang dilakukan secara berkelompok terhadap suatu atau beberapa objek sekaligus. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam observasi adalah topografi, jumlah dan durasi, intensitas atau kekuatan respon, stimulus kontrol (kondisi dimana perilaku muncul), dan kualitas perilaku.

Kemudian, Dokumen; sejumlah besar fakta dan data tersimpan dalam bahan yang berbentuk dokumentasi. Sebagian besar data yang tersedia adalah berbentuk surat-surat, catatan harian, cenderamata, laporan, artefak, foto, dan sebagainya. Sifat utama data ini tak terbatas pada ruang dan waktu sehingga memberi peluang kepada peneliti untuk mengetahui hal-hal yang pernah terjadi di waktu silam. Secara detail bahan dokumenter terbagi beberapa macam, yaitu otobiografi, surat-surat pribadi, buku atau catatan harian, memorial, klipping, dokumen pemerintah atau swasta, data di server dan flashdisk, data tersimpan di website, dan lain-lain.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Unit MK UPIPI RSUD Dr Soetomo Surabaya dalam Peran Komunikasi Interpersonal

Salah satu Unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an yang dimiliki oleh

RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah Unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an Intermediet Penyakit Infeksi (UPIPI). Unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an ini resmi didirikan pada tanggal 13 Februari 2004. Tujuan dari didirikannya unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an ini adalah khusus untuk MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an penderita AIDS. Dengan berdirinya unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an diharapkan akan menghilangkan diskriminasi, stigma ataupun phopi tentang HIV/AIDS di kalangan masyarakat.

Sejarah berdirinya unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an ini berawal dari keprihatinan pemerintah melihat para penderita HIV/AIDS yang seringkali dikucilkan / diasingkan dari keluarga maupun masyarakat. Oleh karena itu RSUD Dr. Soetomo membuka Ruang MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an Penderita Terinfeksi HIV/AIDS. Melihat perkembangan akan banyaknya penderita HIV/AIDS, maka Ruang MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an dinaikkan tingkatannya menjadi Unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an. Sampai sekarang akhirnya menjadi Unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an Intermediet Penyakit Infeksi UPIPI.

UPIPI yang dimiliki oleh RSUD Dr Soetomo merupakan satu-satunya unit MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an penderita HIV/AIDS di Indonesia yang memiliki sitem MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an yang terintegrasi dan paripurna, serta menjadi pusat *Voluntary Counseling and Testing* yang merupakan standar WHO. Konsep yang dimiliki oleh UPIPI adalah MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an secara paripurna, professional, terpadu, dan berkesinambungan. Artinya bahwa konsep MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an secara komprehensif mulai dari segi medis, yang disertai dengan

konseling, dan dukungan psikologis. Professional, artinya bahwa MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an yang diberikan kepada pasien penderita HIV/AIDS melibatkan dokter dari berbagai spesialis, seperti spesialis penyakit dalam, penyakit kulit dan kelamin, kebidanan dan penyakit kandungan, ahli bedah. Yang dimaksud dengan terpadu adalah didalam pelaksanaan MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an penderita melibatkan tenaga medis, para medis, dan berbagai tenaga lain dari unsur pemerintah dipadukan dengan unsur non-pemerintah (LSM).

Untuk mendukung pelaksanaan kerja di UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya, maka disusunlah visi dan misi. Adapun visi dari UPIPI RSUD Dr. Soetomo adalah membuat ruang MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an intermediet ini menjadi pemuka dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian dibidang HIV/AIDS di Indonesia. Sedangkan untuk mencapai visi tersebut maka misi UPIPI RSUD Dr. Soetomo adalah melaksanakan MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an HIV/AIDS secara paripurna yang meliputi:

1. Meningkatkan kemampuan laboratorium untuk diagnostic dan terapi.
2. Melaksanakan pengobatan pada semua aspek medis yang timbul beserta komplikasinya
3. Pusat *voluntary Counseling and Testing* di RSUD Dr Soetomo
4. Pusat pelatihan, pendidikan dan penelitian.

Tujuan didirikan UPIPI RSUD Dr. Soetomo Surabaya adalah untuk dukungan penderita HIV/AIDS dan keluarganya, melakukan penelitian untuk diagnostic maupun MK (Kelompok Dukungan Sebaya)an penderita HIV/AIDS yang lebih baik, mengadakan pelatihan dan membantu

jajaran kesehatan yang lain didalam pita pelaksanaan infeksi HIV/AIDS, memberikan informasi yang benar dan ilmiah tentang HIV/AIDS pada siapapun yang membutuhkan, dan melakukan jejaring penanganan HIV/AIDS bak local Surabaya, Jawa Timur, Indonesia, Asian maupun dunia.

Salah satu sumber daya manusia yang dimiliki oleh UPIPI RSUD Dr. Soetomo adalah MK (Manajer Kasus) atau Kelompok Dukungan Sebaya yang bertugas mendampingi dan memberikan bantuan secara psikologis terhadap para pasien penderita HIV/AIDS. MK terdiri dari para sukarelawan yang tergabung dalam berbagai organisasi sosial yang bergerak dalam pendampingan bagi para pasien penderita HIV/AIDS, tetapi juga ada yang independen atau perseorangan. Mereka memiliki kepedulian sosial yang sangat tinggi dan tergerak hatinya untuk membantu dan memberikan pendampingan secara psikologis maupun sosial kepada para pasien penderita HIV/AIDS.

Latar belakang dari MK ini sebenarnya juga penderita HIV/AIDS, tetapi mereka ini sudah mengalami pengobatan yang cukup lama dan mampu bertahan hidup yang cukup panjang. Mereka berasal dari berbagai kalangan, antara lain mantan LGBT, mantan pecandu narkoba, orang biasa yang tertular dari suaminya. Mereka mampu bertahan hidup cukup lama, bahkan ada yang mempunyai isteri dan anak.

Komunikasi Verbal MK dalam Proses Komunikasi Terapeutik

Komunikasi verbal adalah komunikasi dengan menggunakan kata-kata atau bahasa lisan. Dalam menyampaikan pesan kepada pasien penyandang ODHA,

para MK menggunakan bahasa Indonesia. Namun tidak hanya bahasa Indonesia saja yang digunakan sebagai bahasa pengantar, tetapi MK juga menggunakan bahasa Jawa, bahkan kadang-kadang memakai bahasa gaul. Bahasa pengantar memamaki bahasa Jawa maupun bahasa gaul dalam komunikasi interpersonal ini dilakukan karena pasien penyandang ODHA kebanyakan berasal dari Jawa. Tujuan pemakaian bahasa Jawa maupun bahasa gaul agar pasien dalam menafsirkan pesan lebih mudah dan merasa dekat secara psikologis. Oleh karena itu, makna pesan yang sama dapat disampaikan dalam berbagai bentuk penyajian pesan. dan bahasa campuran, yaitu bahasa Jawa dan bahasa Indonesia. Bahkan kalau pasien umurnya relatif masih muda, diselingi dengan bahasa gaul. “*Jenengmu sopo, awakmu kok iso kenek iku critane yo opo*”, “*Yo opo Mas Bro kok iso kenek iku piye critane*”, *Ayo obate diombe ojo sampe lali,*” kalimat itu yang sering dilontarkan oleh Om YN (nama samaran) saat pertama kali bertemu dengan pasien penderita ODHA. Bahasa campuran digunakan untuk mendekatkan diri antara MK dengan para pasien penyandang ODHA. Kalau pasien berasal dari daerah Surabaya, tidak jarang dialek khas Suroboyoan digunakan dalam berkomunikasi dengan mereka, seperti yang diutarakan oleh AG (nama samaran). Contohnya : “*Ayo Rek sing rutin lek ngombe obat, ojo lali mangan sing akeh*”. Semuanya itu dilakukan dengan tujuan untuk mendekatkan diri secara psikologis antara MK dengan para pasien.

Mereka berkeyakinan bahwa dengan menggunakan bahasa yang informal atau campuran, kedua belah pihak merasa lebih nyaman, rileks, tidak kaku, santai. Dengan demikian pembicaraan akan lebih nyambung karena pesan yang disampaikan dimaknai dan dipahami secara bersama. Susilo (2017) menjelaskan bahwa kegiatan percakapan

dalam perilaku sehari – hari akan membuat komunikasi akan merasa bahwa kegiatan tersebut akan menjadi biasa bagi mereka. Komunikasi interpersonal akan berjalan dengan efektif dan lancar kalau kedua belah pihak memiliki hubungan yang setara atau seimbang tidak ada yang di atas atau di bawah, melainkan yang ada adalah keseimbangan antara komunikator dan komunikan. Untuk menjembantani komunikasi dapat berjalan dengan lancar maka dapat digunakan “bahasa daerah” dari masing-masing komunikator dan komunikan. Juga untuk memudahkan pasien dalam menafsirkan pesan yang disampaikan oleh MK sekaligus juga menjalin keakraban kedua belah pihak.

Komunikasi Non Verbal MK dalam Proses Komunikasi Terapeutik

Di samping pesan verbal yang digunakan dalam proses pendampingan, MK juga sering menggunakan pesan non verbal dalam melakukan proses komunikasi interpersonal. Misalnya ekspresi wajah yang menunjukkan rasa simpati dan empati, senyuman, jabatan tangan, sikap yang ramah, dan lain-lain. Pesan non verbal memiliki peran yang cukup penting karena berfungsi sebagai pelengkap dan penegas dari pesan verbal. Hal dilakukan karena pesan nonverbal juga memiliki fungsi sebagai pelengkap (komplementer) dan penegas (aksentuasi) dari pesan verbal.

Dale G. Leathers dalam bukunya Jalalludin Rakhmat yang berjudul Psikologi Komunikasi mengatakan bahwa ada 6 alasan mengapa pesan non verbal sangat penting, yaitu:

1. Faktor-faktor non verbal sangat menentukan makna dalam komunikasi interpersonal. Ketika kita berkomunikasi

- tatap muka, kita banyak menyampaikan gagasan dan pikiran kita lewat pesan-pesan non verbal. Pada gilirannya orang lain pun lebih banyak membaca pikiran kita lewat petunjuk-petunjuk non verbal. Barangkali tidak lebih dari 30% sampai 35% makna sosial percakapan atau interaksi dilakukan dengan kata-kata. Sedangkan sisanya dengan pesan verbal.
2. Perasaan dan emosi lebih cermat disampaikan lewat pesan non verbal ketimbang pesan verbal
 3. Pesan non verbal menyampaikan makna dan maksud yang relatif bebas dari penipuan, distorsi, dan kerancuan. Pesan non verbal jarang diatur oleh komunikator secara sadar. Komunikator juga lebih percaya pada pesan non verbal daripada pesan verbal.
 4. Pesan non verbal mempunyai fungsi metakomunikasi yang sangat diperlukan untuk mencapai komunikasi yang berkualitas tinggi. Fungsi metakomunikasi artinya memberikan informasi tambahan yang memperjelas maksud dan makna pesan.
 5. Pesan non verbal merupakan cara berkomunikasi yang lebih efisien dibandingkan dengan pesan verbal. Dari segi waktu, pesan verbal sangat tidak efisien.
 6. Pesan non verbal merupakan sarana sugesti yang paling tepat. Ada situasi komunikasi yang menuntut kita untuk mengungkapkan gagasan atau emosi secara tidak langsung.

Inilah adalah beberapa contoh dari gerakan tubuh yang sering dilakukan dalam berkomunikasi dengan orang lain :

Tabel 1. Gerakan Tubuh

Anggota Tubuh	Gerakan	Interpretasi
Kepala	Menatap lama	Penuh perhatian: jujur
	Mata yang bergerak cepat	Tidak pasti: bohong
	Alis yang naik	Menantang: terbuka
	Senyum	Menikmati: senang
	Mengangguk	Mendengarkan: setuju
	Kepala miring	Menarik
	Kepala tertunduk	Bertahan, membela diri
Badan dan bahu	Leaning toward	Menarik: Hubungan
	Leaning away	Tidak ada ketertarikan: skeptis
	Postur membungkuk	Harga diri yang rendah
	Mengembangkan dada	Percaya diri
	Mengerutkan dada	Terancam
	Mengancingkan jaket	Formal: meninggalkan tempat
	Menyentuh orang lain	Memiliki kekuatan
	Menyentuh diri sendiri	Gugup: khawatir
	Gerakan yang berulang	Bohong: Tidak yakin dengan diri sendiri
	Tangan di mulut ketika berbicara	Ingin melarikan diri
Tangan dan lengan	Tangan menyilang	Bosan: Kehabisan ide
	Fingers steepled	Percaya diri
	Tangan di paha	Menantang: Arogan
	Tangan di saku	Menyimpan rahasia

	Menunjukkan telapak tangan	Mempercayai
	Menunjuk	Otoriter: Agresif
	Kepalan tangan	Membutuhkan ketenangan hati

Sumber: Olahan peneliti

Berdasarkan hasil wawancara antara peneliti dengan Om YN, AG, dan MT, didapatkan hasil bahwa semua MK melakukan komunikasi non verbal. Mulai dari kontak mata, sentuhan, senyuman, kemarahan, menganggu, menunjuk. Dari berbagai gerakan tubuh yang paling sering digunakan adalah sentuhan dan kontak mata.

Keterbukaan

Kualitas keterbukaan mengacu pada sedikitnya tiga aspek dari komunikasi interpersonal. Pertama, komunikator interpersonal yang efektif harus terbuka kepada orang yang diajaknya berinteraksi. Ini tidaklah berarti bahwa orang harus dengan segera membukakan semua riwayat hidupnya. Tetapi yang lebih penting adalah kesediaan untuk membuka diri, mengungkapkan informasi yang biasanya disembunyikan. Keterbukaan merupakan kondisi dimana komunikator dan komunikan bersedia untuk membuka diri, memberitahukan informasi yang biasanya tersembunyi tentang dirinya kepada orang lain, kesediaan untuk mau menerima masukan dari lawan bicaranya baik berupa kritik, saran, maupun nasehat, serta adanya rasa tanggung jawab terhadap perkembangan pemikiran dan perasaan pihak yang terlibat. Penyampaian pesan yang terbuka harus terjadi secara dua arah dan mengacu pada isi hati dan pikiran yang jernih dari kedua belah pihak.

Hasil temuan di lapangan menunjukkan bahwa keterbukaan memang cukup sulit terwujud. Keterbukaan akan terwujud melalui proses yang panjang, tidak cukup satu atau dua kali bertemu. Pendekatan secara pribadi harus dilakukan secara terus menerus. Untuk mencapai keterbukaan ini, salah satu cara yang dipakai oleh para MK adalah dengan mencari kesamaan latar belakang mereka. Misalnya pasien yang berlatar belakang LGBT maka pendampingannya akan dilakukan oleh MK yang memiliki latar belakang yang sama yaitu LGBT. Sedangkan pasien yang berlatar belakang pecandu narkoba maka pendampingannya akan dilakukan oleh MK yang berlatar belakang yang sama. Hal ini yang diungkapkan oleh AG (nama samaran)

“ya kita cari dulu latar belakang kehidupan dari pasien tersebut. Kalau dia berlatar belakang dari kalangan LGBT, biasanya Tante J yang mendampingi. Kalau pasien yang berlatar belakang pecandu narkoba, biasanya diserahkan keSedangkan kalau masih muda, kita carikan pendamping yang usianya hampir sama.”

Ketika hubungan MK dengan pasien ODHA sudah dekat secara psikologi, maka biasanya pasien ODHA dengan terbuka mengungkapkan segala beban yang ada di dalam hatinya. Mereka dengan terbuka menceritakan berbagai macam hal, mulai dari masalah penyakit, masalah keluarga, hingga masalah pribadi. Hal ini mengindikasikan bahwa sudah terjalin hubungan pertemanan diantara mereka.

Keterbukaan ini juga dilandasi oleh sikap percaya kepada orang lain untuk tetap menjaga kerahasiaan pesan yang disampaikan oleh pasien kepada MK.

Kepercayaan ini menjadi kunci untuk saling terbuka di antara komunikator dan komunikan. Pasien menaruh kepercayaan kepada MK, dan MK bertugas untuk menjaga kerahasiaan si pasien tersebut.

Untuk mendapatkan kepercayaan dan keterbukaan dari pasien dilakukan pendekatan-pendekatan, semisal pendekatan kekeluargaan, yang memerlukan waktu agak lama. Tidak bisa hanya dengan pertemuan satu kali atau dua kali, juga yang penting adalah agar para MK selalu menjaga kerahasiaan pasien mengenai status HIV-nya, karena HIV/AIDS ini adalah permasalahan yang sensitiv.

Empati

Hal ini dapat diartikan sebagai kemampuan untuk merasakan perasaan dan keadaan sebagaimana yang dirasakan oleh orang lain dengan cara yang sama pula tanpa merubah jati diri anda. Empati juga mengharuskan untuk dapat memahami perasaan emosional sebaik memahami pikiran intelektual seseorang. Empati dapat dikomunikasikan dalam komunikasi verbal ataupun komunikasi nonverbal. Salah satu cara untuk dapat memfokuskan konsentrasi berempati adalah aturlah kontak mata, dan perhatikan gerak- gerak tubuh.

Proses individu berempati melibatkan aspek afektif dan kognitif. Aspek afektif merupakan kecenderungan seseorang untuk mengalami perasaan emosional orang lain yaitu ikut merasakan ketika orang lain merasa sedih, menangis, terluka, menderita bahkan disakiti, sedangkan aspek kognitif dalam empati difokuskan pada proses intelektual untuk memahami perspektif orang lain dengan tepat dan menerima pandangan mereka, misalnya membayangkan perasaan orang lain ketika marah, kecewa, senang, memahami keadaan orang lain dari; cara

berbicara, dari raut wajah, cara pandang dalam berpendapat.

Ada 3 (tiga) karakteristik kemampuan seseorang dalam berempati, yaitu:

1. Mampu Menerima Sudut Pandang Orang Lain

Individu mampu membedakan antara apa yang dikatakan atau dilakukan orang lain dengan reaksi dan penilaian individu itu sendiri. Dengan perkembangan aspek kognitif seseorang, kemampuan untuk menerima sudut pandang orang lain dan pemahaman terhadap perasaan orang lain akan lebih lengkap dan akurat sehingga ia akan mampu memberikan perlakuan dengan cara yang tepat.

2. Memiliki Kepekaan Terhadap Perasaan Orang Lain

Individu mampu mengidentifikasi perasaan-perasaan orang lain dan peka terhadap hadirnya emosi dalam diri orang lain melalui pesan non verbal yang ditampakkan, misalnya nada bicara, gerak-gerak dan ekspresi wajah. Kepekaan yang sering diasah akan dapat membangkitkan reaksi spontan terhadap kondisi orang lain.

3. Mampu Mendengarkan Orang Lain

Mendengarkan merupakan sebuah ketrampilan yang perlu dimiliki untuk mengasah kemampuan empati. Sikap mau mendengar memberikan pemahaman yang lebih baik terhadap perasaan orang lain dan mampu membangkitkan penerimaan terhadap perbedaan yang terjadi

Ada beberapa cara yang dilakukan MK untuk menunjukkan rasa empati kepada pasien. Ada yang berempati dengan member

dukungan, saran maupun menyemangati pasien atas kesedihan dan permasalahan yang mereka miliki. Ada juga MK (Kelompok Dukungan Sebaya) yang memposisikan dirinya seperti kondisi pasien ketika berempati, dengan cara duduk bersebelahan, tangan merangkul bahu pasien dan tatapan mata yang memandang pasien menunjukkan bahwa MK (Kelompok Dukungan Sebaya) merespon dan perhatian terhadap pasien. Pada saat sekarang ini, empati menjadi salah satu faktor yang penting dalam pendampingan atau konseling penderita HIV/AIDS. Empati sudah dipakai sebagai alat komunikasi dan memfasilitasi wawancara antara MK dengan pasien HIV/AIDS di UPIPI Dr. Soetomo Surabaya. Seperti yang dituturkan oleh MT (nama samaran) kepada peneliti :

“Meskipun pasien telah ditinggalkan bahan di buang oleh keluarganya , kita tidak pernah menyalahkan pasien atas penyakit yang dideritanya Saya katakan pada si pasien bahwa kita senasib dan saya juga pernah mengalami situasi yang hampir sama. Kita harus kuat menghadapi situasi seperti ini.

Dengan empati dapat menciptakan dan meningkatkan iklim komunikasi antar pribadi yang bebas dari kesan tertutup dan defensif. Setiap individu memungkinkan untuk berbicara tentang pandangan mereka terhadap kebutuhannya. Kedua belah memiliki hubungan yang seimbang dan sejajar. Untuk meningkatkan iklim komunikasi yang bebas dan terbuka, kadang-kadang pasien diajak makan bersama di luar. Hal ini seperti yang dilakukan oleh Om YN (nama samaran)

“Sebelum pasien diperbolehkan pulang oleh dokter, dengan seijin MK (Kelompok Dukungan Sebaya), saya ajak mereka makan di luar. Makan makanan

kesukaanya. Biar tidak bosan makan menu rumah sakit serta pikirannya bisa fresh/segar.

Komunikasi akan berjalan dengan efektif, apabila para MK dapat mengerti perasaan mereka, memberikan dukungan dan perhatian yang penuh, enak diajak ngobrol dan bertukar pikiran, yang bisa membuat mereka merasa nyaman dan terhibur. Para MK harus menunjukkan rasa empati yang besar kepada para pasien penyandang ODHA.

Berbagai macam cara MK (Kelompok Dukungan Sebaya) berempati kepada pasien. Ada yang berempati dengan member dukungan, saran maupun menyemangati pasien atas kesedihan dan permasalahan yang mereka miliki. Ada juga MK (Kelompok Dukungan Sebaya) yang memposisikan dirinya seperti kondisi pasien ketika berempati, dengan cara duduk bersebelahan, tangan merangkul bahu pasien dan tatapan mata yang memandang pasien menunjukkan bahwa MK (Kelompok Dukungan Sebaya) merespon dan perhatian terhadap pasien.

Supportif/Dukungan

Sikap supportif adalah sikap yang mengurangi sikap defensif dalam komunikasi. Orang bersikap defensif bila ia tidak menerima, tidak jujur, dan tidak empatis. Dengan sikap defensif komunikasi interpersonal akan gagal, karena orang defensif akan lebih banyak melindungi diri dari ancaman yang ditanggapinya dalam situasi komunikasi ketimbang memahami pesan orang lain.

Perilaku supportif dapat dilihat baik yang terucap (verbal) dengan yang tidak terucap (nonverbal) seperti anggukan kepala, sorotan mata, atau senyuman yang

dapat dipahami sebagai bentuk dukungan positif terhadap seseorang. Dukungan lebih kepada bagaimana memberi saran dan pendapat daripada mengevaluasi.

Iklim suportif dalam komunikasi interpersonal antara MK dengan pasien adalah berorientasi pada masalah bukan saling mengontrol. Dalam orientasi masalah, komunikasi didasarkan atas keinginan untuk bekerja sama mencari pemecahan masalah. Kedua belah pihak bersama-sama untuk menetapkan tujuan dan memutuskan bagaimana mencapainya.

Dukungan selalu diberikan MK (kelompok dukungan sebaya) kepada si pasien untuk tetap dapat bertahan hidup. Memberikan semangat dan motivasi untuk menghadapi penyakit yang membawa kematian. Ada 4 (empat) hal yang dikatakan Om YN dalam memberikan suport atau dukungan kepada pasien, seperti ini:

“Saya selalu mengatakan kepada pasien 4 hal : (1), Nrimo, artinya pasien harus sadar dan mau menerima penyakit ini. Ndak boleh terus menerus protes, mengapa Tuhan memberi penyakit ini pada diriku, (2), Niat untuk sembuh, artinya ada kemauan yang keras untuk mau sembuh. Tidak boleh pasrah dan menyerah. (3) Usaha, kalau sudah ada kemauan, maka langkah berikutnya adalah usaha, yo opo aku iso waras, (4) Minum obat dan makan yang banyak, secara rutin minum obat dan jangan sampai lupa atau bolong-bolong, kemudian makan yang teratur dan banyak, (5) berdoa, menyerahkan sepenuhnya kepada Tuhan melalui doa/sembahyang.

KESIMPULAN

Komunikasi verbal yang dilakukan dalam komunikasi interpersonal antara MK (Kelompok Dukungan Sebaya) dengan penyandang ODHA dengan menggunakan bahasa informal (campuran antara bahasa Indonesia dan Jawa) untuk menciptakan suasana yang kondusif bagi pasien sehingga pasien lebih terbuka dan percaya kepada para MK. Sedangkan komunikasi nonverbal dengan menggunakan gerakan tubuh, kontak mata, sentuhan. Latar belakang keberadaan MK (Kelompok Dukungan Sebaya) berperan sangat besar dalam menjalin komunikasi dengan penyandang ODHA. Keterbukaan para penyandang ODHA dalam mengungkapkan perasaan dilandasi oleh perasaan senasib yang meeka alami bersama-sama.

Empati ditunjukkan oleh para MK dengan mengaku tidak takut melakukan kontak fisik dengan pasien, atau jijik bersentuhan dengan pasien. Mereka bisa menjalin keakraban dan pertemanan. Dengan empati MK (Kelompok Dukungan Sebaya) akan mampu merasakan dan memikirkan permasalahan pasien seperti yang dirasakan dan dipikirkan pasien. Dalam komunikasi interpersonal sehari-hari, para MK terkadang juga menemui kesulitan-kesulitan berkomunikasi dengan pasien. Hal tersebut disebabkan oleh tidak memungkinkannya kondisi kesehatan pasien untuk diajak berkomunikasi dengan baik, misalnya pasien belum bisa menerima kenyataan tentang penyakitnya Solusinya para MK harus dengan sabar dalam melakukan pendekatan secara pribadi dengan para pasien penyandang ODHA. Penelitian ini sangat bermanfaat untuk memberikan alternatif metode dalam berkomunikasi bagi orang-orang yang merasa disisihkan dalam lingkungan, penelitian ini memberikan arti penting bagaimana banyak solusi ditawarkan dalam komunikasi

interpersonal dalam kehidupan sehari-hari. Pengembangan dalam komunikasi bagi mereka yang tersisihkan sangat diharapkan, sumbangsih penelitian yang lain diharapkan dikembangkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. 2006. PT Rineka Cipta. Jakarta.
- Ardani, I., & Handayani, S. (2017). Stigma terhadap Orang dengan HIV / AIDS (ODHA) sebagai Hambatan Pencarian Pengobatan : Studi Kasus pada Pecandu Narkoba Suntik di Jakarta. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 45(2), 81–88. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.22435/bpk.v45i2.6042.81-88>
- Bungin, Burhan. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. PT RajaGrafindo Persada. Jakarta.
- Dayaksini, Tri & Hudaniah. 2003. *Psikologi Sosial*. Universitas Muhammadiyah Malang. Malang.
- Devito, Joseph. *The interpersonal communication book, 11th ed.* NY : Pearson Education, Inc, 2007.
- Effendy, Onong Uchjana. 1990. *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktek*. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Hardjana, Agus.M. 2003. *Komunikasi Intrapersonal dan Interpersonal*. Kanisius. Yogyakarta.
- Liliweri, Alo. 1991. *Komunikasi Antar Pribadi*. Citra Aditya Bakti. Bandung.
- Maharani, R. (2014). Stigma dan Diskriminasi Orang Dengan HIV / AIDS (ODHA) pada Pelayanan Kesehatan di Kota Pekanbaru Tahun 2014 Stigmatization and Discrimination People Living With HIV / AIDS (PLWHA) At Pekanbaru Health Service In 2014. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(5), 225–232.
- Miles, MB dan AM Huberman. 1994. *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*. SAGE. Beverly Hills.
- Moleong, Lexy.J. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif (Edisi Revisi)*. PT Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Mulyana, Dedy. 2001. *Ilmu Komunikasi : Suatu Pengantar*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Murni, Suzana. 2007. *Pasien Berdaya*. Jakarta : Yayasan Spiritia.
- Nawawi, Hadari. 2001. *Metode Penelitian Bidang Sosial*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Shaluhayah, Z., Musthofa, S. B., & Widjanarko, B. (2015). Stigma Masyarakat terhadap Orang dengan HIV / AIDS Public Stigma to People Living with HIV / AIDS. *National Public Health Journal*, 9(4), 20–34. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21109/kesmas.v9i4.740>
- Siboro, H. K. (2013). Pengaruh Dukungan Keluarga terhadap Keberfungsian Sosial Orang dengan HIV/AIDS (ODHA) di Rumah Singgah Caritas PSE Medan. *Welfare State USU Medan*, 2(4), 1–12.
- Rakhmat, Jalaluddin. 1997. *Metode Penelitian Komunikasi*. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- _____.1999. *Psikologi Komunikasi*. Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Ruddick, Abby. 1995. *Saripati: AIDS di Indonesia*. Jaringan Epidemiologi Nasional bekerja sama dengan The Ford Foundation. Jakarta.
- Suprpto, Tommy. 2006. *Pengantar Teori Komunikasi*. Media Pressindo. Yogyakarta.
- Supratiknya, A. 1995. *Komunikasi Antarpribadi Tinjauan Psikologis*. Kanisius. Yogyakarta.

Pola Komunikasi Interpersonal Manajer Kasus dalam Meningkatkan Kepercayaan Diri Penyandang Odha di RSUD dr.Soetomo Surabaya

Submitted: 19 April 2018, **Accepted:** 24 Oktober 2018

Profetik Jurnal Komunikasi, hlm. 85-98

ISSN: 1979-2522 (print), ISSN:2549-0168 (online)

Susilo, D. (2017). Etnometodologi Sebagai Pendekatan Baru dalam Kajian Ilmu Komunikasi. *Jurnal Studi Komunikasi (Indonesian Journal of Communications Studies)*, 1(1).

Willis, Sofyan.S. 2004. *Konseling Individual Teori dan Praktek*. Alfabeta. Bandung.