

Dr. Yeni Huriani
Encep Dulwahab, M.I.Kom

PENDAMPINGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK

PADA EKS KO
DEHPONGKO

**PENDAMPINGAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK
PADA EKS KORBAN KEKERASAN SEKSUAL DI CIPONGKOR
KABUPATEN BANDUNG BARAT**

Oleh

Dr. Yeni Huriani

Encep Dulwahab, M.I.Kom

**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
SUNAN GUNUNG DJATI
BANDUNG**

2019

DAFTAR ISI

Kata Pengantar –iii

BAB I PENDAHULUAN

- 1.1. Permasalahan—1
- 1.2. Rumusan Masalah—4
- 1.3. Tujuan Penelitian—5
- 1.4. Metodologi—5
- 1.5. Strategi Pelaksanaan Pengabdian kepada Masyarakat —8
- 1.6. Teori yang dijadikan dasar PkM—11

BAB II GAMBARAN UMUM OBJEK SASARAN

- 2.1. Demografi—16
- 2.2. Komunitas Sasaran—22

BAB III PROSES PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

- 3.1. Tahapan Kegiatan—25
- 3.2. Kondisi Sosial, Ekonomi, dan Budaya Masyarakat Dampingan—27
- 3.3. Partisipasi dan Pelibatan Para Pihak—31

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

- 4.1. Hasil Pengabdian kepada Masyarakat—37
 - 4.1.1.1. Pengetahuan dan Wawasan Korban tentang Kekerasan Seksual—38
 - 4.1.1.2. Pengetahuan dan Wawasan Korban tentang Cara Menyelesaikan Kekerasan Seksual—40
 - 4.1.2. Tingkat Percaya Diri Korban Kekerasan Seksual—41
 - 4.1.3. Keterampilan Komunikasi Korban Kekerasan Seksual—45
 - 4.1.4. Pemahaman dan Pengamalan Agama Para Korban Kekerasan Seksual—55
- 4.4. Evaluasi Kegiatan—88

4.5. Faktor Pendukung dan Penghambat—89

BAB V KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

5.1. Kesimpulan—91

5.2. Rekomendasi—92

DAFTAR PUSTAKA—94

Profil Penulis—95

Lampiran-Lampiran

BAB I

PENDAHULUAN

Berdasarkan Report of Secretary-General on Conflict-Related Sexual Violence 15 April 2017, periode Januari-Desember 2016, bahwa tindak kekerasan seksual terhadap perempuan setiap tahunnya terus meningkat. Dua tahun sebelumnya, yaitu The World's Women 2015, mencatat bahwa 1 dari 3 perempuan telah mengalami kekerasan seksual. Bahkan di beberapa negara, sekitar 40 % perempuan mengalami kekerasan seksual.

Menurut Matthew J. Breiding dan kawan-kawan (2014) bahwa sekitar 19 % wanita, dan 2 % laki-laki mengalami pemerkosaan, dan sekitar 44 % wanita dan 33 % laki-laki mengalami tindakan kekerasan seksual lainnya.

Adapun pelaku kekerasan seksual terhadap perempuan kebanyakan dilakukan oleh pasangannya. Ini hampir terjadi di setiap negara, seperti di negara-negara Amerika Utara 32 %, Eropa 46 %, Afrika 64 %, Amerika Latin 38 %, dan Asia 67 %.

Kemudian menurut data dari National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS) bahwa selama 2010 lebih dari 51,1 % perempuan diperkosa oleh teman terdekat, dan 40,8 % oleh orang yang baru dikenal. Sementara korban kekerasan seksual laki-laki lebih dari 52,4 % diperkosa oleh orang yang baru dikenal, dan 15,1 % diperkosa oleh orang yang tidak dikenalnya (Black., dkk. 2011).

Tidak terkecuali di Indonesia, perempuan yang mengalami tindak kekerasan seksual jumlahnya pun terus meningkat, hal ini bisa dilihat pada catatan tahunan Komisi Nasional Perempuan tahun 2017, sebanyak 259.150 kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak selama kurun waktu 2016. Kalau melihat hasil survei menunjukkan 33,4 % atau 1 dari 3 perempuan usia 15-64 tahun mengalami kekerasan fisik maupun seksual (Alam, 2017: 26).

Tidak hanya kekerasan seksual terhadap perempuan, tindak kekerasan seksual terhadap anak dilakukan oleh ayah kandung dan ayah tiri, kakek, paman, guru, teman bermain. Seperti yang terjadi di kota-kota di Jawa Barat. Berdasarkan data dari P2TP2A Jawa Barat tahun 2014, bahwa kekerasan seksual terhadap anak terjadi di Kota Sukabumi dengan jumlah korban 116; Kabupaten Sumedang dengan jumlah korban 11 orang; Kabupaten Cirebon dengan jumlah korban 6 orang; Kabupaten Cianjur dengan jumlah korban 39 orang; Kabupaten Bandung dengan jumlah korban 21 orang; Kabupaten Sukabumi dengan jumlah korban 7 orang; Kabupaten Tasikmalaya dengan jumlah korban 39 orang.

Persoalan kekerasan seksual yang hampir terjadi di berbagai daerah, bukan dibiarkan begitu saja tidak ada upaya dan langkah-langkah strategis untuk mengatasinya. Berbagai upaya dari hulu sampai hilir sudah dilakukan. Misalnya saja pemerintah melakukan percepatan pengesahan RUU Penghapusan Kekerasan Seksual.

Walaupun sebenarnya sudah terdapat payung hukum UU yang ada kaitannya dengan kekerasan seksual, seperti UU Penghapusan KDRT. Namun untuk mengatasi problematika kekerasan seksual terhadap perempuan dan anak tidak hanya cukup dengan Undang-Undang, melainkan butuh upaya lain yang lebih terasa langsung ke korban, seperti bagaimana perlakuan terhadap korban kekerasan oleh lingkungan sekitar, bagaimana membentuk mental yang kuat dan bisa bangkit pasca mengalami tindakan kekerasan seksual. Dan bagaimana cara komunikasi yang efektif kepada korban. Karena bukan hal yang mudah berkomunikasi dengan para korban kekerasan seksual. Mereka selain menutup diri dari komunikasi dengan dunia luar, mereka mengasingkan diri dan terus merasa diri kotor, bersalah, tidak berdaya guna, dan tidak memiliki masa depan lagi.

Cara yang dinilai tepat ialah dengan menggunakan pendekatan komunikasi pada setiap korban kekerasan seksual. Komunikasi yang biasa digunakan setiap orang dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari, bisa dipakai dalam memulihkan semangat hidup dan mental untuk bangkit para korban tindak kekerasan seksual. Terutama komunikasi terapeutik, yaitu komunikasi yang direncanakan dan dilakukan untuk membantu penyembuhan atau pemulihan pasien (Damaiyanti, 2010:11).

Melihat kenyataan di lapangan, bagaimana upaya yang dilakukan terhadap para korban kekerasan seksual, lebih dilakukan pada pengobatan fisik dan psikis yang melibatkan dokter medis dan psikiater. Cara pengobatan ini lebih kepada mengatasi depresi. Namun setelah depresi itu sembuh, belum ada pengobatan lainnya yang bisa mengungkap sisi-sisi lain dalam proses pengobatan pada korban kekerasan seksual.

Akan berbeda hasilnya jika setelah pengobatan medis dan psikis, dilakukan pula komunikasi terapeutik dalam memulihkan ingatan, keberanian mengungkapkan perasaan, pendapat, sehingga bisa menggali lebih dalam bagaimana proses dan tindakan-tindakan itu dilakukan pada umumnya. Dari data-data inilah bisa dilakukan upaya-upaya preventif dan mengatasi tindakan kekerasan seksual lainnya.

Dengan komunikasi akan memudahkan untuk menangani ketika ada masalah kekerasan seksual. Komunikasi bisa mendekatkan dengan para korban, karena kedekatan antara guru dengan murid, tidak jarang mereka bersedia berkeluh kesah mengutarakan apa yang dihadapinya, baik persoalan sosial maupun persoalan ekonomi yang menyimpannya dan keluarganya (Purwawati, 2018: 19).

Dalam berkomunikasi terapeutik ada dua bentuk komunikasi yang digunakan, yaitu komunikasi verbal dan komunikasi non verbal. Menurut Potter dan Perry (2005), komunikasi verbal merupakan komunikasi yang banyak menggunakan kata-kata. Meliputi kata-kata yang diucapkan maupun yang ditulis. Dalam penggunaan kata-kata inilah seringkali diabaikan oleh para komunikator atau petugas medis ketika berkomunikasi dengan para pasiennya. Kata-katanya seringkali membuat gelisah, tersinggung, dan sudah dipahami kata-katanya. Padahal kata-kata merupakan media atau simbol yang digunakan untuk mengekspresikan ide atau perasaan kepada orang lain, sehingga dari pesan dalam bentuk kata-kata itulah menimbulkan berbagai respons, baik positif maupun negatif, memancing emosional dari orang yang menerima pesannya, atau menggambarkan sehingga bisa ditarik kesimpulan.

Kemudian yang dimaksud dengan komunikasi non verbal adalah transmisi pesan tanpa menggunakan kata-kata, dan merupakan salah satu cara yang terkuat bagi seseorang untuk mengirimkan pesan kepada orang lain.

Komunikasi nonverbal ini juga seringkali dimaknai sebagai komunikasi yang menggunakan bahasa tubuh, yaitu dengan *gesture*, isyarat, dalam membuat dan menyampaikan pesan-pesannya. Tidak sedikit para komunikator atau petugas medis ketika berkomunikasi dingin, tidak ekspresif, monoton dan datar, sehingga meskipun ucapannya tentang dukungan, perhatian, tetapi tidak nampak atau tidak terekspresikan, sehingga pasien merasa diacuhkan atau diabaikan.

Selain bentuk, ada beberapa tahapan atau langkah yang boleh dikatakan sebagai proses dari komunikasi terapeutik, yaitu:

1. Berhadapan antara komunikator dan komunikan, yaitu petugas medis dan pasien atau klien. Kalau tidak berhadapan akan susah dalam mencapai komunikasi yang baik dan efektif. Seringkali para komunikator dari komunikasi terapeutik tidak berhadapan karena merasa diri paling tinggi status dan pendidikan, bahkan acuh-acuh saja ketika berkomunikasi;
2. Mempertahankan kontak mata. Jangan sampai petugas medis ketika berkomunikasi dengan pasien tidak pernah sama sekali memandang wajah atau mata dari pasiennya. Ini bisa menimbulkan ketersinggungan dari pasien. Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai pasien atau klien, dan menyatakan keinginan petugas medis untuk tetap berkomunikasi. Di lapangan seringkali petugas medis tidak berani menatap mata para pasien, dengan alasan malu, tidak penting. Padahal kontak mata ini penting dalam komunikasi terapeutik;
3. Petugas kesehatan membungkukkan badan ke arah pasien atau klien yang sedang duduk atau terbaring ketika diperiksa. Posisi

membungkukkan ini menunjukkan keinginan petugas kesehatan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu dari pasien atau klien. Dalam berkomunikasi usahakan dalam posisi tubuh yang setara. Ketika pasien sedang duduk, kenapa tidak petugas medis ikut duduk disamping atau dihadapannya;

4. Memerlihatkan sikap terbuka, dan mau mendengarkan keluhan-keluhan yang dirasakan pasien. Komunikasi nonverbal yang satu ini paling mudah diterima dan dimaknai pesannya oleh pasien. Oleh karena itu, kalau kita ingin support jangan sebatas di mulut semata, tetapi juga harus memerlihatkan diri kita secara penuh mendukung dalam pengobatan pasien;
5. Tetap rileks selama berkomunikasi. Upayakan suasana santai dan nyaman ketika berkomunikasi terjaga. Suasana yang rileks dan santai akan membuat suasana komunikasi menjadi lebih cair. Karena tidak sedikit petugas medis membuat tegang pasien. Walhasil pasien tidak mau bicara dan mengatakan keluhan-keluhan yang dirasakannya.

Itulah beberapa proses dalam komunikasi terapeutik pada umumnya. Tidak hanya itu, ada juga proses lain dalam komunikasi yang setiap orang berkomunikasi memiliki perbedaan proses komunikasinya. Proses komunikasi ini terkadang bisa tidak dilalui semua, dan mengalami kegagalan sebagaimana Potter dan Peryy mengungkapkan beberapa faktor yang menghambat proses komunikasi.

Selain itu, proses komunikasi antara pasien dan petugas medis seringkali berlangsung satu arah, dan pesan-pesannya tertunda. Kalau dalam konteks keperawatan, seorang perawat hadir pada waktu berkomunikasi dengan pasien atau klien untuk berkomunikasi yang secara tidak tatap muka. Perawat dan pasien yang sedang berkomunikasi dalam praktiknya tidak akan saling melihat atau menatap, sehingga tidak bisa melihat reaksi satu sama lain dari pesan yang diberikannya.

Proses komunikasi terapeutik di antara petugas medis dan pasien seringkali tidak melibatkan kontak fisik, padahal keterlibatan fisik begitu penting dalam komunikasi terapeutik. Selain kehadiran fisik dalam berkomunikasi, keterampilan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh petugas medis, seringkali juga tidak melihat respons dari pasien, dan miskin tindakan yang dilakukannya.

Faktor-faktor penghambat terapeutik. faktor (Potter & Perry, 1993), di antaranya:

1. Perkembangan. Seorang perawat tidak memahami perkembangan usia, baik dari sisi psikis maupun proses berpikir dari psikis. Karena perkembangan mental, usia, jiwa, setiap pasien berbeda. Anak akan berbeda dengan remaja, remaja akan berbeda dengan orang tua. Maka seorang petugas medis perawat dalam berkomunikasi dengan pasien,

harus memahami dan menempatkan pesan-pesan komunikasi yang sesuai dengan perkembangan psikis dan kematangan mental pasiennya.

2. Persepsi, yaitu pandangan seseorang terhadap sesuatu. Dan persepsi dibentuk oleh pengetahuan, lingkungan dan pengalaman sebelumnya. Kalau persepsi petugas medis terhadap pasien baik, maka akan berlangsung sukses komunikasinya. Sebaliknya, kalau persepsi petugas medis negative atau jelek, maka pandangan terhadap pasien pun akan sehat. Misalnya sebelum berkomunikasi, dalam benak petugas medis merasa bahwa pasien ini orang miskin dan tidak memiliki pemahaman yang bagus tentang penyakit yang dideritanya, petugas medis pun akan melakukan komunikasi seadanya. Padahal tanpa persepsi yang negative, petugas medis bisa berkomunikasi dalam membantu beban medis yang dirasakan pasien.
3. Latar belakang sosial budaya. Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga akan membatasi cara bertindak dan berkomunikasi. Faktor sosial budaya juga mempengaruhi petugas medis. Bahkan dengan adanya faktor sosial budaya seorang pasien tidak berani bicara, susah mengungkapkan perasaannya, sehingga petugas medis kesulitan dalam menginventarisasi masalah yang dihadapi pasien.
4. Emosi. Emosi seringkali mempengaruhi dalam tugas seseorang, tidak kecuali dengan para petugas medis. Bagaimana bisa membantu pasien atau korban kekerasan seksual kalau tidak memiliki emosi yang stabil. Dalam menghadapi korban kekerasan seksual, dibutuhkan emosi yang stabil dan tidak mudah marah atau tersinggung dengan sikap dan ucapan para korban.
5. Jenis kelamin. Setiap jenis kelamin mempunyai gaya komunikasi yang berbeda. Para petugas medis seringkali menggunakan kata-kata, bahasa tubuh yang sama ketika berkomunikasi dengan pasien yang berbeda jenis kelamin. Padahal antara komunikasi laki-laki dan perempuan tidak sama, mereka memiliki perbedaan, gaya, dan karakter komunikasinya.
6. Pengetahuan. Para petugas medis memiliki pengetahuan yang jauh lebih dibanding dengan para pasien. Namun demikian, bukan berarti para medis ini bisa dengan mudah menjelaskan jenis penyakit, cara pengobatan dan perawatannya pada pasien. Karena pasien tidak memiliki pengetahuan sebelumnya tentang istilah-istilah medis. Oleh karena itu, petugas pasien harus empati dan memahami pengetahuan yang dimiliki pasien.
7. Lingkungan. Para korban kekerasan seksual tidak sepenuhnya memiliki budaya komunikasi yang bagus. Banyak keluarga korban

kekerasan seksual yang tinggal di lingkungan dengan budaya komunikasi tertutup. Di antara kendala dalam praktik komunikasi terapeutik karena ketidakberanian dalam mengungkapkan masalah yang dihadapinya.

8. Jarak. Jarak tempat tinggal korban yang jauh dari keterjangkauan medis, petugas, dan aparat yang membantu korban seringkali menjadi kendala. Banyak petugas dan tim pendamping korban kesulitan dalam mengakses lokasi karena aksesnya terbatas dan susah. Jarak disini juga termasuk jarak ketika petugas medis dan pasien berkomunikasi. Ada yang jarak jauh sehingga pesan tidak jelas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai komunikasi terapeutik yang dipakai dalam mengatasi atau mengobati pasien-pasien korban kekerasan seksual masih jarang dilakukan. Kebanyakan penelitian mengenai kekerasan seksual secara umum. Meskipun demikian, beberapa hasil penelitian tersebut bisa dijadikan sebagai *trigger* bahkan *starting point* dalam penelitian yang akan dilakukan ini. Berikut beberapa hasil penelitian yang fokus pada kekerasan seksual, di antaranya:

Pertama, penelitian yang dilakukan Marjorie dkk., misalnya, yang melakukan penelitian tentang bagaimana hambatan-hambatan dalam mengungkap korban kekerasan seksual. Setidaknya ada beberapa faktor yang mengakibatkan susahya mengungkap kekerasan seksual terhadap perempuan, di antaranya: ada perasaan malu dari perempuan ketika tahu dirinya adalah korban kekerasan seksual, rasa bersalah, takut mendapat perlakuan tidak wajar dari orang lain, tidak ingin diketahui teman dan keluarga kalau menjadi korban kekerasan seksual, tidak percaya diri dan takut tidak dipercaya orang lain ketika mengungkapkan apa yang pernah dialaminya (Sable dkk, 2006: 157).

Hasil penelitian ini bisa menjadi salah satu dasar pentingnya melakukan komunikasi terapeutik, yang bertujuan ingin membongkar bagaimana agar para korban itu merasa aman dan nyaman ketika mengungkapkan kekerasan seksual yang dialaminya. Dengan demikian, tidak hanya menggali informasi, tetapi bisa mengetahui bagaimana motif pelaku dan upaya-upaya untuk mengatasinya.

Kedua, hasil penelitian dari Sanders Sivakumaran, yang menunjukkan hasil penelitian cukup mengagetkan, bahwa ternyata yang menjadi korban kekerasan seksual di medan perang atau tempat-tempat yang berkonflik senjata seperti di negara-negara Timur Tengah adalah didominasi kaum laki-laki (2007: 275).

Hasil penelitian dari Sanders menunjukkan sisi lain tentang kekerasan seksual yang juga terjadi di medan pertempuran atau daerah rawan konflik atau perang. Daerah konflik atau perang tidak hanya menimbulkan catat fisik akibat perang, tetapi juga bagaimana implikasi perang kepada kekerasan seksual. Dan yang menjadi korban tidak hanya kaum perempuan yang umumnya sering menjadi korban kekerasan seksual, malah justru laki-laki. Penelitian ini berbeda dengan penelitian Sanders. Penelitian yang akan dilakukan pada keluarga korban kekerasan seksual di wilayah Jawa Barat, sementara Sanders di Timur Tengah.

Ketiga, hasil penelitian yang dilakukan Pablo A. Fernandez yang meneliti dari sisi konseling dalam upaya penyembuhan korban kekerasan seksual. Menurut hasil penelitiannya bahwa konseling bisa membantu menghilangkan trauma, mengontrol emosi, mengurangi rasa bersalah dari para korban kekerasan seksual (2011: 596–602).

Hasil penelitian ini memperkuat bahwa penelitian yang membentuk komunikasi interpersonal penting dilakukan. Konseling menggunakan bentuk komunikasi interpersonal, dan berkaitan dengan komunikasi terapeutik yang juga sama-sama menggunakan komunikasi interpersonal. Selain itu, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pentingnya melakukan pendekatan persuasif dan intensif kepada para korban. Konseling dan terapeutik merupakan dua langkah yang mengutamakan pendekatan persuasif dan intensif kepada para korban kekerasan.

Keempat, hasil penelitian yang diperlihatkan Brin van Brunt dan kawan-kawan. Brunt dan kawan-kawan membuat daftar 12 faktor yang mempengaruhi kekerasan seksual di kampus, salah satu faktor tersebut ialah fokus pada diri sendiri dan melihat yang lain sebagai objek pemuas kebutuhan seksual dirinya sendiri (Brunt dkk., 2015:1-16). Inilah salah satu faktor kenapa terjadi kekerasan seksual, karena pelaku merasa kalau orang lain itu bisa memenuhi nafsu syahwatnya. Kalau tidak mau menurutinya, maka akan dipaksa dan terjadilah kekerasan seksual.

Hasil penelitian Brunt ini menunjukkan bukti kalau para pelaku itu memiliki kelainan atau orientasi seks yang menyimpang atau salah. Jangan dulu bicara aturan, norma, dan ajaran agama. Dan penelitian ini berbeda dengan penelitian yang akan dilakukan. Kalau hasil penelitian Brunt memperlihatkan sisi kenapa orang berbuat atau melakukan kekerasan seksual, sementara penelitian yang akan dilakukan pada bagaimana pasca terjadi kekerasan seksual sebagai korban disembuhkan.

Kelima, hasil penelitian yang dilakukan Paul A. Schewe yang mengatakan bahwa pencegahan yang paling efektif terhadap kekerasan seksual adalah dengan menggunakan teknik-teknik komunikasi. Karena dengan meningkatkan keahlian-keahlian komunikasi, bisa mencegah kekerasan seksual (Schewe, 2007: 223-240).

Hasil penelitian terakhir inilah mendekati pada penelitian yang akan dilakukan. Namun salah satu hasil penelitian Paul A. Schewe menunjukkan secara umum bidang ilmu komunikasi, tidak menyinggung atau lebih spesifik pada ilmu komunikasi terapeutik.

Berdasarkan pada kelima hasil penelitian terdahulu tentang kekerasan seksual, secara umum ada perbedaan-perbedaan secara signifikan. Namun penelitian-penelitian terdahulu bisa dijadikan sebagai data awal tentang isu-isu kekerasan seksual, baik itu pra terjadi kekerasan seksual maupun pasca kekerasan seksual. Kalau dipilih waktu dan moment penelitian pada isu

kekerasan seksual, penelitian ini tergolong pada isu penelitian yang fokusnya pada pasca terjadinya kekerasan seksual.

2.2. Komunikasi Terapeutik

Kemampuan berkomunikasi sangatlah penting dikuasai para profesional di bidang tenaga kesehatan dalam melaksanakan terapi kesehatan. Karenanya tenaga kesehatan harus memberikan layanan kepada pasien atau klien dengan kemampuan komunikasi yang baik. Dengan kemampuan komunikasi, tenaga medis bisa membuat pasien atau klien merasa nyaman, dan dengan rasa itulah dapat membantu bahkan dapat mempercepat proses penyembuhan sakit pasien atau klien. Bagaimana pun juga, dalam pengobatan dan perawatan hal yang paling utama dan merupakan kepuasan pasien, ialah kesehatan yang diharapkan. Orang rela bayar lebih dan berani berkorban demi mendapatkan kualitas dan mutu pelayanan kesehatan sehingga bisa mendapatkan kesehatan.

Di antara komunikasi yang fokus dan khusus untuk pengobatan atau kesehatan ialah komunikasi terapeutik. Dengan memiliki keterampilan berkomunikasi terapeutik, perawat atau siapa pun yang bekerja di bidang kesehatan, akan lebih mudah menjalin hubungan, membuka kejujuran apa yang dirasakan sakit oleh pasien, pasien percaya pada petugas medis, sehingga akan lebih efektif dalam mencapai tujuan yang telah diterapkan.

Komunikasi terapeutik bisa dilakukan pada siapa pun. Pada anak-anak dan remaja, pada orang yang sudah lanjut usia, pada pasien yang memiliki gangguan jiwa, dan pada pasien dengan penyakit kronis sekalipun. Karena ketika berkomunikasi, meskipun pasien tidak bisa berkomunikasi secara verbal, tetapi bisa berkomunikasi secara nonverbal. Selama di antara orang yang sedang berkomunikasi bisa memberikan pesan dan memahami pesan kemudian meresponnya.

Saat ini komunikasi terapeutik sudah memberikan kontribusi yang besar dalam kesehatan. Oleh karena itu para pakar dan praktisi komunikasi terapeutik pun memberikan pemahaman dan pengertian yang beragam mengenai komunikasi terapeutik. Namun di antara para pakar yang mendefinisikan komunikasi terapeutik, memiliki tujuan yang sama, yaitu untuk kesembuhan pasien melalui proses komunikasi yang terencana dan terarah. Berikut beberapa paparan dari beberapa pakar, di antaranya:

Pengertian komunikasi terapeutik yang diberikan oleh Heri Purwanto (1994) bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatan komunikasinya difokuskan untuk kesembuhan pasien atau klien. Heri Purwanto juga menyatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi profesional.

Hampir sama dengan pengertian komunikasi yang diberikan Heri Purwanto, bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi untuk penyembuhan pasien. Namun Northouse lebih fokus pada pelaku atau orang yang sering melakukan komunikasi terapeutik. Northouse (1998) mengatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang menuntut perawat dalam membantu klien beradaptasi terhadap stress, mengatasi gangguan psikologi dan belajar bagaimana berhubungan dengan orang lain.

Hal yang sama juga dikatakan Ramses Maksimus Lalongkoe (2013) bahwa pada dasarnya komunikasi terapeutik merupakan metode komunikasi yang dilakukan para tenaga medis untuk membantu penyembuhan pasien. Tentunya dengan menggunakan teknik-teknik komunikasi yang terencana sehingga terbentuknya rasa saling percaya antara tenaga medis—yang dalam hal ini diposisikan sebagai pelayan—dengan pasien atau klien selaku yang diilayani.

Tidak jauh berbeda juga pengertian komunikasi yang diberikan Machfoedz (2009), bahwa komunikasi terapeutik adalah interaksi antara perawat dan pasien yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi oleh pasien.

Terakhir pengertian komunikasi dari Stuart dan Sudeen (1995) bahwa komunikasi terapeutik merupakan cara untuk membina hubungan yang terapeutik, di mana terjadi penyampaian informasi dan pertukaran perasaan dan pikiran dengan maksud untuk mempengaruhi orang lain.

Berdasarkan pada beberapa pendapat para pakar dan praktisi dari komunikasi terapeutik, setidaknya bisa dikatakan bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang dilakukan antara dua orang atau lebih, terutama pada tenaga medis kepada pasien atau orang yang dianggap menderita penyakit, dengan tujuan untuk melakukan pengobatan dan membantu pasien sembuh dari sakitnya.

Kalau melihat pada definisi di atas, dapat dikatakan bahwa aktivitas komunikasi terapeutik yang dilakukan tenaga kesehatan, baik profesi perawat, bidang, psikiater maupun dokter, semuanya memiliki tujuan yang sama yaitu untuk penyembuhan pasien atau klien. Komunikasi yang terjadi tidak spontanitas, tetapi komunikasi yang benar-benar direncanakan secara sadar oleh para pelaku komunikasi, yaitu tenaga kesehatan dan pasien, dengan maksud untuk membangun kepercayaan, keterbukaan antara tenaga kesehatan dengan pasien atau klien, demi terlaksananya pelayanan medis sampai mencapainya tujuan utama dalam mencapai kesehatan pasien.

2.3. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Di atas sudah disinggung mengenai tujuan komunikasi terapeutik, yaitu untuk membantu mempercepat petugas medis dalam melakukan

pengobatan kepada pasien. Namun biar lebih lengkap lagi, berikut ini tujuan dari komunikasi terapeutik yang dikatakan Purwanto (1994), bahwa:

Tujuan dari komunikasi terapeutik adalah 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, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya, memengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri.

Sedikit berbeda dengan pendapat di atas, Suryani (2006: 13-14) bahwa komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi pasien atau klien ke arah yang lebih positif atau adaptif dengan kondisi dirinya, lingkungannya, dan diarahkan pada pertumbuhan klien atau pasien yang meliputi:

1. Realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri;
2. Kemampuan membina hubungan interpersonal;
3. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan realistis;
4. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri.

Komunikasi terapeutik dilakukan dengan tujuan untuk memberikan saling pengertian antara perawat dengan pasien. Pelaksanaan komunikasi terapeutik berusaha untuk mengekspresikan persepsi, pikiran, perasaan, serta menghubungkan hal yang berkaitan dengan kondisi psikologis pasien untuk mengamati dan melaporkan kegiatan yang dilakukan.

Komunikasi terapeutik juga bertujuan menghubungkan antara perawat atau dokter sebagai pemberi pelayanan, dan pasien atau klien sebagai pengguna pelayanan. Banyak kasus dan penyakit pasien yang tidak terdeteksi dengan baik sehingga susah sembuh, karena ada pembatas atau tidak adanya penghubung antara perawat dan pasien.

Komunikasi terapeutik bisa juga memiliki tujuan untuk mengakomodir berbagai keluhan, kondisi dan status kesehatan yang dialami pasien. Ini menjadi catatan atau jejak rekam medis pasien sehingga bisa mengetahui perkembangan dalam pengobatannya.

Komunikasi terapeutik juga memiliki tujuan secara holistik, meliputi menggali penyebab atas permasalahan pasien. Selain itu komunikasi terapeutik juga bertujuan untuk mengajarkan cara-cara yang dapat dipakai untuk mengekspresikan kemarahan yang dapat diterima oleh semua pihak tanpa harus merusak apa pun.

Sementara itu, Keliat (1993) menyebutkan beberapa tujuan komunikasi terapeutik, di antaranya:

1. Membantu pasien atau klien untuk mengungkapkan beban penderitaan, penyakit, sekaligus memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan

pikirannya, sehingga dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada, oleh dokter berdasarkan informasi yang diutarakan pasien.

2. Mengurangi keraguan mengenai tindakan dan langkah yang akan diambil ke depannya, atau membantu dokter dalam mengambil tindakan yang efektif dalam pengobatan penyakit atau penderitaannya.
3. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri agar bisa keluar dari beban penderitaan dan penyakit yang dideritanya.

2.4. Proses Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik termasuk dalam konteks komunikasi interpersonal, yaitu komunikasi antara satu orang dengan orang lain secara tatap muka, yang setiap orang ketika berkomunikasi bisa langsung menangkap reaksi orang yang sedang diajak bicara secara langsung, baik secara verbal maupun non verbal (Mulyana, 2000).

Ini berarti dalam komunikasi terapeutik, proses komunikasinya berlangsung dua arah dan pesannya tidak tertunda. Kalau dalam konteks keperawatan, seorang perawat hadir secara utuh (fisik dan psikologis) pada waktu berkomunikasi dengan klien untuk berkomunikasi secara tatap muka. Perawat dan pasien yang sedang berkomunikasi akan saling melihat atau menatap, melihat penampilan reaksi satu sama lain dari pesan yang diberikannya.

Proses di atas lebih mengedepankan fisik atau keterlibatan fisik begitu penting dalam komunikasi terapeutik. Namun selain kehadiran fisik, keterampilan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat tidak akan terlepas dari respons dan tindakan (Damaiyanti, 2008: 34). Jadi proses selanjutnya setelah keempat tahap tadi, dalam proses komunikasi terapeutik seorang perawat memikirkan proses tindakan atau langkah-langkah berikutnya setelah masalah yang spesifik di dalam diri pasien.

Proses komunikasi terapeutik dipengaruhi oleh beberapa faktor (Potter & Perry, 1993), di antaranya:

1. Perkembangan. Agar dapat berkomunikasi efektif dengan seorang pasien, seorang perawat harus mengerti perkembangan usia, baik dari sisi bahasa, maupun proses berpikir dari pasien. Karena perkembangan mental, usia, jiwa, setiap pasien berbeda. Anak akan berbeda dengan remaja, remaja akan berbeda dengan orang tua. Maka seorang perawat dalam proses berkomunikasi dengan pasien harus disesuaikan dengan perkembangan psikis dan kematangan mental pasiennya.
2. Persepsi, yaitu pandangan seseorang terhadap sesuatu atau peristiwa. Persepsi dibentuk oleh pengetahuan, wawasan, lingkungan dan pengalaman-pengalaman sebelumnya. Kalau pengalaman dan masa

lalu pasien baik, maka akan membentuk persepsi dia tentang segala sesuatu pun akan baik, dan sebaliknya kalau pengalaman dan masa lalunya. Diakui bahwa persepsi interpersonal sangat sulit karena kita tidak akan mampu menangkap seluruh sifat orang lain dari berbagai dimensi perilakunya. Perbedaan persepsi dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi. Misalnya kata-kata virus mempunyai perbedaan persepsi pada seorang ahli komputer dengan seorang dokter.

3. Latar belakang sosial budaya. Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga akan membatasi cara bertindak dan berkomunikasi. Jadi faktor sosial budaya sangat mempengaruhi walaupun seorang perawat telah melakukan komunikasi sesuai dengan spirit komunikasi terapeutik, sehingga perlu penjelasan yang cermat kepada pasien dan klien.
4. Emosi. Merupakan perasaan subyektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih dan senang akan mempengaruhi pegawai medis dalam berkomunikasi dengan pasien. Petugas medis perlu mengkaji emosi pasien dan keluarganya, sehingga petugas medis mampu memberikan pelayanan medisnya dengan tepat. Selain itu, petugas medis juga perlu mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya agar dalam melakukan pelayanan kesehatan yang tidak terpengaruh oleh emosi bawah sadarnya. Karena hal ini sangat mempengaruhi persepsi klien terhadap komunikasi petugas medis. Bisa saja terjadi persepsi klien bias tentang komunikasi petugas medis karena sementara emosi atau sedih.
5. Jenis kelamin. Setiap jenis kelamin mempunyai gaya komunikasi yang berbeda. Dari usia tiga tahun wanita bermain dengan teman baiknya atau dalam group kecil dan menggunakan bahasa untuk mencari kejelasan, meminimalkan perbedaan, serta membangun dan mendukung keintiman. Sementara laki-laki menggunakan bahasa untuk mendapatkan kemandirian dari aktifitas dalam group yang lebih besar, di mana jika laki-laki ingin berteman, mereka akan melakukannya dengan bermain bersama-sama. Kemudian dalam mengekspresikan perasaan, pikiran, dan emosinya antara laki-laki dengan perempuan berbeda. Pada umumnya laki-laki akan lebih berani atau ekspresif dibanding perempuan yang lebih malu-malu dan tertutup.
6. Pengetahuan. Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi komunikasi yang dilakukan antara petugas medis dan pasien. Tingkat pengetahuan berkaitan erat dengan tingkat pendidikan seseorang. Pengetahuan akan semakin baik dengan makin tinggi tingkat pendidikan dan lebih mudah menerima dan mengelola pesan atau

komunikasi dengan baik. Oleh karena itu, seorang petugas medis harus mengetahui tingkat pengetahuan dan pendidikan pasien atau klien, sehingga petugas medis dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya dapat memberikan pelayanan yang tepat kepada pasien dan klien.

7. Peran dan hubungan. Gaya komunikasi terapeutik pun akan berbeda, hal ini kalau dilihat pada peran dan hubungan para pelakunya. Misalnya cara komunikasi seorang dokter spesialis akan berbeda dengan cara berkomunikasi seorang perawat pada pasien atau klien.
8. Lingkungan. Lingkungan tempat komunikasi terapeutik akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Suasana yang bising, tidak ada *privacy* yang tepat akan menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Misalnya berkomunikasi dengan pasien yang dilakukan di pinggir terminal yang bising oleh suara kendaraan tentunya tidak nyaman. Untuk itulah petugas medis perlu menyiapkan lingkungan atau tempat pengobatan yang tepat dan nyaman sebelum memulai interaksi dengan pasien atau klien. Tempat yang tidak hanya cocok untuk istirahat, tetapi juga tempat yang bisa melakukan komunikasi tanpa ada *noise* (gangguan).
9. Jarak. Jarak di sini maksudnya jarak ketika petugas medis berkomunikasi dengan pasien. Jarak yang terlalu jauh bisa membuat pesan yang diterima susah dipahami karena namanya juga orang sakit akan susah dengan leluasa berbicara. Namun sebaliknya ketika jarak terlalu dekat, akan sulit juga berkomunikasi karena bisa jadi pasien terlalu malu atau tidak nyaman. Carilah jarak yang tepat dan nyaman untuk pasien. Jarak tertentu dapat menyediakan rasa aman dan kontrol. Hal itu juga yang dialami pasien saat pertama kali berinteraksi dengan petugas medis. Untuk itu petugas medis perlu memperhitungkan jarak yang tepat pada saat melakukan hubungan dengan klien.

2.5. Cara Komunikasi Terapeutik

Kurang lebih ada lima cara melakukan komunikasi terapeutik, yaitu:

1. Berhadapan antara komunikan dan komunikator, yaitu petugas medis dan pasien atau klien. Kalau tidak berhadapan akan susah dalam mencapai komunikasi yang baik dan efektif;
2. Mempertahankan kontak mata ketika atau selama komunikasi. Jangan sampai petugas medis ketika berkomunikasi dengan pasien tidak pernah sama sekali memandang wajah atau mata dari pasiennya. Ini bisa menimbulkan ketersinggungan dari pasien. Kontak mata pada level yang sama berarti menghargai pasien atau klien, dan menyatakan keinginan petugas medis untuk tetap berkomunikasi;

3. Petugas kesehatan membungkukkan badan ke arah pasien atau klien yang sedang duduk atau terbaring ketika diperiksa. Posisi membungkukkan ini menunjukkan keinginan petugas kesehatan untuk menyatakan atau mendengarkan sesuatu dari pasien atau klien;
4. Memperlihatkan sikap terbuka, dan memperlihatkan fisik petugas medis mau mendengarkan keluhan-keluhan yang dirasakan pasien atau klien. Petugas kesehatan sebaiknya tidak melipat kaki atau tangan, seolah-olah memiliki posisi yang superior atau lebih dibanding pasien atau klien;
5. Tetap rileks selama berkomunikasi. Upayakan suasana santai dan nyaman ketika berkomunikasi terjaga. Suasana yang rileks dan santai akan membuat suasana komunikasi menjadi lebih cair.

Selain itu ada beberapa teknik atau cara lain dalam komunikasi terapeutik, seperti yang diungkapkan Wilson dan Kneist (1992), Stuart dan Sundeen (1998), mereka menjelaskan:

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian

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

Sikap yang dibutuhkan untuk menjadi pendengar yang baik adalah pandangan saat berbicara, tidak menyilangkan kaki dan tangan, hindari tindakan yang tidak perlu, anggukan kepala jika klien membicarakan hal-hal yang paling atau memerlukan umpan balik, condongkan tubuh ke arah lawan bicara.

Mendengar ada dua, mendengar pasif yaitu kegiatan mendengar dengan kegiatan non verbal untuk klien misalnya dengan kontak mata, menganggukan kepala dan keikutsertaan secara verbal. Mendengar pasif akan dapat memperdayakan diri kita saat kita mendengar dengan pasif karena kita kurang memahami perasaan orang lain. Kedua mendengar aktif, yaitu kegiatan mendengar yang menyediakan pengetahuan bahwa kita tahu perasaan orang lain dan mengerti mengapa dia merasakan hal tersebut.

2. Menunjukkan penerimaan

Menerima tidak berarti menyetujui. Menerima berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan. Petugas medis harus waspada terhadap ekspresi wajah dan gerakan tubuh yang menyatakan tidak setuju, seperti mengerutkan kening atau menggeleng yang menyatakan tidak percaya. Berikut ini sikap petugas medis yang menyatakan penerimaan: mendengarkan tanpa memutuskan pembicaraan, memberikan umpan balik verbal yang menyatakan pengertian, memastikan

bahwa isyarat non verbal cocok dengan komunikasi verbal, menghindari perdebatan, ekspresi keraguan atau usaha untuk mengubah pikiran klien.

3. Menanyakan pertanyaan yang berkaitan

Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan pasien atau klien. Oleh karena itu, pertanyaan, sebaiknya dikaitkan dengan topik yang dibicarakan, dan menggunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya pasien atau klien.

4. Pertanyaan terbuka (*open ended question*)

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

5. Menyatakan hasil observasi

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

6. Menawarkan informasi

Memberikan tambahan informasi merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk klien. Perawat tidak dibenarkan memberikan nasihat kepada klien ketiak memberikan informasi, karena tujuan dari tindakan ini adalah memfasilitasi klien untuk mengambil keputusan. Penahanan informasi yang dilakukan saat klien membutuhkan akan mengakibatkan klien menjadi tidak percaya.

7. Memberikan penghargaan

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

8. Memberikan kesempatan pada klien untuk memulai pembicaraan

Memberikan kesempatan kepada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Untuk klien yang merasa ragu-ragu dan tidak pasti tentang perannya dalam interaksi ini, perawat dapat menstimulusnya untuk mengambil inisiatif dan meraskan bahwa ia diharapkan untuk membuka pembicaraan. Ini bagian dari refleksi yang memberikan kesempatan kepada klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya sendiri. Dengan demikian perawat mengindikasikan bahwa pendapat klien adalah berharga dan klien mempunyai hak untuk mengemukakan pendapatnya, membuat keputusan, dan memikirkan dirinya sendiri.

9. Humor

Dugan (1989) menyebutkan humor sebagai hal yang penting dalam komunikasi verbal dikarenakan tertawa mengurangi ketegangan dan rasa sakit akibat stress, dan meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan. Sementara Sullivan-Deane (1988) menyatakan bahwa humor merangsang produksi katekolamin sehingga seorang merasa sehat, dan hal ini akan meningkatkan toleransi nyeri, mengurangi kecemasan serta memfasilitasi relaksasi dan meningkatkan metabolisme.

Sementara Wilson dan Kneist (1992) ditambah dengan pemilahan jenis komunikasi terapeutik dari Stuart dan Sundeen (1998), yang menyatakan beberapa jenis komunikasi terapeutik, di antaranya:

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian. Dalam hal ini petugas medis berusaha memahami penderitaan dan penyakit yang diderita pasien atau klien, dengan cara mendengarkan apa yang disampaikan;
2. Menunjukkan penerimaan. Petugas medis dan perawat memperlihatkan bahwa dirinya bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya untuk mendengarkan keluhan yang dirasakan oleh pasien. Ketika menerima keluhan dari pasien, petugas medis bukan berarti menyetujui dan menganggap benar apa yang dirasakan pasien itu sesuai dengan anggapan pasien. Misalnya pasien merasa pening dan mual-mual namun bukan berarti itu penyakit masuk angin seperti yang diduga pasien. Di sini petugas medis menerimanya, namun berusaha menunjukkan kebenaran apa yang dirasakan sesungguhnya oleh pasien;
3. Menanyakan pernyataan yang berkaitan. Tujuan perawat bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan oleh pasien atau klien. Oleh karena itu, pertanyaan sebaiknya dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya pasien atau klien;

4. Mengulang apa yang diucapkan pasien atau klien dengan menggunakan kata-kata petugas medis sendiri. Dengan tujuan untuk konfirmasi atau memastikan bahwa informasi yang didapatkannya adalah benar atau sesuai dengan yang dirasakan pasien. Melalui pengulangan kembali kata-kata pasien atau klien, berarti petugas medis telah memberikan umpan balik pada pasien atau klien, sekaligus menunjukkan bahwa ia mengerti pesan yang diberikan pasien atau klien, dan berharap komunikasi dilanjutkan, sehingga pasien dan klien percera sampai terbuka kepada petugas medis;
5. Mengklarifikasi. Klarifikasi terjadi saat petugas medis berusaha untuk menjelaskan dalam kata-kata, ide, atau pikiran yang tidak jelas apa yang dikatakan pasien atau klien. Tujuan dari teknik ini adalah untuk menyamakan pengertian, sehingga tidak salah dalam mendiagnosa atau mengambil tindakan medis;
6. Memfokuskan. Cara ini bertujuan untuk membatasi bahan pembicaraan sehingga percakapan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Hal yang perlu diperhatikan dalam menggunakan cara ini adalah usahakan untuk tidak memutus pembicaraan ketika pasien atau klien menyampaikan masalah yang penting. Karena pasien atau klien begitu sensitif dan mudah tersinggung perasaannya. Namanya juga orang sakit, sehingga harus berhati-hati dalam mengarahkan pasien untuk lebih fokus pada pembicaraan utamanya;
7. Menyatakan hasil observasi. Petugas medis harus memberikan umpan balik kepada pasien atau klien, dengan menyatakan hasil pengamatannya. Namun ketika menyatakan hasil observasi harus benar-benar melihat situasi dan kondisi pasien jangan sampai pasien bertambah parah sakitnya. Dan pastikan juga apakah pesan yang dibuatkan klien atau pasien bisa diterima dengan benar atau tidak.
8. Menawarkan informasi. Memberikan tambahan informasi merupakan tindakan penyuluhan kesehatan untuk pasien atau klien. Dengan harapan memfasilitasi pasien atau klien untuk mengambil keputusan. Misalnya ketika setelah hasil diagnosa pasien disegerakan rawat inap, sementara pasien posisi rumahnya jauh dan belum ada persiapan, maka petugas medis memberikan beberapa saran alternatif dalam membantu kebingungan pasien atau klien;
9. Diam. Ada saatnya petugas medis diam untuk memberikan kebebasan pasien dan klien untuk memutuskan sendiri. Diam akan memberikan kesempatan kepada pasien dan klien untuk mengorganisir pikirannya. Penggunaan cara ini memerlukan keterampilan dan ketepatan waktu, jika tidak, maka akan menimbulkan perasaan tidak enak;

10. Meringkas. Meringkas adalah pengulangan ide utama secara singkat, dari ide secara umum yang telah dikomunikasikan sebelumnya pada pasien. Cara ini bermanfaat untuk membantu mengingat topik yang telah dibahas sebelum meneruskan pembicaraan berikutnya. Karena daya ingat dan kekuatan memori pasien terbatas, dan biasanya kalau sedang berbicara dengan pasien hal-hal lain dibicarakan dikhawatirkan pasien lupa;
11. Memberikan penghargaan. Penghargaan layak diberikan kepada pasien atau klien yang telah berhasil melaksanakan saran atau petunjuk dari petugas medis. Atau juga petugas medis bisa memberikan penghargaan ketika setiap hari ada progress dari pasien yang lebih baik dari hari sebelumnya. Hal ini dilakukan untuk memulihkan dan memberikan motivasi pada pasien;
12. Memberi kesempatan pada pasien atau klien untuk memulai pembicaraan. Memberikan kesempatan kepada klien untuk berinisiatif dalam memilih topik pembicaraan. Untuk klien yang merasa ragu-ragu dan tidak pasti tentang perannya dalam interaksi ini, perawat dapat menstimulusnya untuk mengambil inisiatif dan merasakan bahwa beliau diharapkan untuk membuka pembicaraan;
13. Menganjurkan untuk meneruskan pembicaraan. Cara ini memberikan kesempatan kepada klien untuk mengarahkan hampir seluruh pembicaraan. Cara ini juga mengidentifikasi bahwa perawat mengikuti apa yang dibicarakan dan tertarik dengan apa yang akan dibicarakan selanjutnya. Petugas medis lebih berusaha menafsirkan dari pada mengarahkan pembicaraan dengan pasien;
14. Menempatkan kejadian secara berurutan. Mengurutkan kejadian yang dialami pasien atau klien secara teratur akan membantu dalam mempetakan masalah. Selanjutnya akan menuntun petugas medis untuk melihat kejadian berikutnya, yang merupakan akibat dari kejadian sebelumnya;
16. Memberikan kesempatan kepada pasien atau klien untuk mengungkapkan pandangannya. Biarkan pasien atau klien berpendapat sehingga petugas medis bisa melihat posisi dan pandangan pasien atau klien. Dengan seperti ini, pasien atau klien akan merasa bebas untuk menguraikan pandangannya kepada petugas medis;
17. Refleksi. Refleksi ini memberikan kesempatan kepada pasien atau klien untuk merenungi apa yang terjadi dan dialami oleh dirinya. Dengan cara ini bisa membantu pasien atau klien dalam introspeksi sehingga ke depannya bisa memperbaiki kekurangan-kekurangan diri yang ditemukan setelah refleksi.

2.6. Bentuk Komunikasi Terapeutik

Menurut Potter dan Perry (2005), kurang lebih ada bentuk komunikasi terapeutik, yaitu:

1. Komunikasi verbal

Komunikasi verbal merupakan komunikasi yang banyak menggunakan kata-kata. Meliputi kata-kata yang diucapkan maupun yang ditulis. Kata-kata adalah media atau simbol yang digunakan untuk mengekspresikan ide atau perasaan kepada orang lain, sehingga dari pesan dalam bentuk kata-kata itulah menimbulkan berbagai respons, baik positif maupun negatif, memancing emosional dari orang yang menerima pesannya, atau menggambarkan sehingga bisa ditarik kesimpulan.

2. Komunikasi non verbal

Komunikasi non verbal adalah transmisi pesan tanpa menggunakan kata-kata, dan merupakan salah satu cara yang terkuat bagi seseorang untuk mengirimkan pesan kepada orang lain. Komunikasi nonverbal ini juga seringkali dimaknai sebagai komunikasi yang menggunakan bahasa tubuh, yaitu dengan *gesture* bahasa tubuh, isyarat, dalam membuat dan menyampaikan pesan-pesannya.

Kedua bentuk komunikasi terapeutik yang biasa dilakukan para petugas kesehatan, secara teoritis komunikasi nonverbal dan verbal dapat pisahkan. Meskipun dalam kenyataannya di kehidupan sehari-hari, kedua jenis komunikasi nonverbal dan verbal, itu jalin menjalin dalam komunikasi tatap muka sehari-hari. Dalam komunikasi ujaran, rangsangan verbal dan rangsangan nonverbal itu hampir selalu berlangsung bersama-sama. Dan seringkali juga kedua jenis pesan dari nonverbal dan verbal itu diinterpretasi bersama-sama oleh penerima pesannya (Scheidel, 1976: 121).

Di dalam praktik komunikasi verbal dan non verbal, tidak ada struktur yang pasti, tetap, dan dapat diramalkan. Komunikasi verbal dan nonverbal, keduanya dapat berlangsung spontan, serentak, dan nonsekuensial. Orang yang ketika berkomunikasi secara verbal, cenderung menggunakan saluran tunggal, sementara orang yang sedang berkomunikasi nonverbal akan menggunakan berbagai atau multisaluran (Condon dan Yousef, 1985: 127).

Perbedaan lainnya yang menonjol di dalam bentuk komunikasi verbal dan non verbal ialah pada pesannya. Antara pesan komunikasi verbal dan pesan komunikasi nonverbal adalah sinambung. Orang ketika berkomunikasi dapat mengawali dan mengakhiri pesan verbalnya kapan pun ia menghendaknya, sedangkan dalam pesan komunikasi nonverbalnya tetap mengalir sepanjang ada orang yang ada disekitarnya (Mulyana, 2001: 313).

Hubungannya dengan komunikasi verbal, dalam komunikasi nonverbal mempunyai fungsi-fungsi sebagai berikut:

1. Komunikasi non verbal dapat mengulangi komunikasi verbal, misalnya anda menganggukkan kepala ketika anda mengatakan ya, atau menggelengkan kepala ketika mengatakan tidak. Atau anda mengacungkan jempol tanda setuju sambil anda juga mengatakan oke.
2. Komunikasi non verbal akan dan bisa memperteguh, menekankan atau melengkapi komunikasi verbal, misalnya anda melambaikan tangan seraya mengucapkan selamat jalan, sampai juga lagi, atau anda menggunakan gerakan tangan, nada suara yang meninggi, atau suara yang lambat ketika anda berpidato di hadapan khalayak.
3. Komunikasi non verbal dapat menggantikan komunikasi verbal. Misalnya anda menggoyangkan tangan anda dengan telapak tangan mengarah ke depan sebagai pengganti kata tidak, atau anda menunjukkan arah atau lokasi hanya dengan menunjukkan jari telunjuk pada arah yang ditunjukkan, tanpa mengucapkan sepatah kata pun, atau anda mengepalkan tangan sambil mengangkatnya ke atas tanpa berkata sepatah kata pun sebagai tanda anda marah, menantang atau kesal.
4. Komunikasi non verbal dapat meregulasi komunikasi verbal. Misalnya anda sebagai membereskan buku-buku di tempat kerja yang sebelumnya berantakan sebagai tanda sudah selesai mengerjakan pekerjaan dan segera berangkat kerja, anda terus-terusan melihat jam tangan anda ketika mengantar isteri ke dokter sebagai tanda anda ingin segera selesai mengantar isteri, atau anda mondar mandir di tempat parkir karena kendaraan anda terhalang oleh kendaraan lain sehingga kendaraan anda tidak bisa keluar.
5. Komunikasi nonverbal dapat membantah atau bertentangan dengan komunikasi verbal. Misalnya seorang suami mengatakan bagus kepada isterinya, ketika diminta komentar oleh istrinya mengenai gaun isteri yang sedang dicoba karena baru dibelinya, namun suami seraya terus membaca surat kabar atau menonton televisi tanpa melihat kearah isterinya, atau seorang dosen melihat jam tangan berkali-kali di depan kelas ketika mengajar mahasiswa, padahal dosen tersebut di awal perkuliahan mengatakan bahwa ia mempunyai waktu luang untuk mengajar mahasiswanya di kelas (Book, 1980: 384).

Dalam situasi dan kondisi tertentu, biasanya orang lebih mempercayai pesan nonverbal di banding pesan verbal. Karena pesan nonverbal menunjukkan pesan yang sebenarnya atau pesan yang jujur di banding pesan verbal. Karena pesan nonverbal itu lebih sulit dikontrol atau dikendalikan oleh pembuat pesan daripada pesan verbal yang mudah sekali berkata bohong atau tidak sebenarnya. Memang untuk konteks tertentu, kita

dapat mengendalikan komunikasi nonverbal, namun kebanyakan komunikasi nonverbal di luar kesadaran kita. Kita dapat memutuskan dengan siapa dan kapan berbicara serta topik-topik apa yang akan kita bicarakan, tetapi kita sulit mengendalikan gesture, ekspresi wajah yang senang, wajah malu, ekspresi ngambek, dan cuek; anggukan atau gelengan kepala sebagai pesan jawaban; kaki yang mengetuk-ngetuk lantai ketika berkomunikasi, dan sebagainya. Semua itu pesan yang bertolak dengan komunikasi verbal. Kita akan sulit menyangkal pandangan atau komentar orang lain ketika kita sedang marah pada orang lain, kita sedang gugup ketika tampil di depan orang lain, karena mereka bisa melihat pesan yang ditampilkan oleh wajah, gerak tubuh kita yang kaku dan tangan kita yang terlihat gemetar, dan wajah kita berkeringat ketika tampil di depan orang. Tingkah laku, gerak tubuh, dan isyarat akan lebih berbicara apa adanya daripada sekadar kata-kata yang lebih mudah dimanipulasi, dikonstruksi sesuai dengan tujuan dan harapan (Mulyana, 2001: 315).

2.7. Faktor-Faktor Penghambat Komunikasi Terapeutik

Sebagaimana dipahami bahwa komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan antara petugas medis dengan pasien kemudian membina hubungan yang terapeutik di antara mereka, dan bertujuan untuk kesembuhan pasien. Namun dalam implementasinya di lapangan seringkali mengalami kegagalan dari rencana awal. Hal ini dikarenakan ada sejumlah faktor yang dapat menjadi penghambat komunikasi terapeutik, atau yang menyebabkan tidak efektifnya komunikasi terapeutik. Di antara faktor itu seperti yang disebutkan oleh Purwanto (1994) yaitu kemampuan pemahaman yang berbeda di antara petugas dan pasien, pengamatan atau penafsiran yang berbeda karena pengalaman masa lalu mulai dari pengalaman hidup sampai latar belakang pendidikan, gaya komunikasi yang berbeda karena memiliki latar belakang budaya yang berbeda, dan mengalihkan topik pembicaraan mungkin karena malu atau tidak siap untuk mengatakan yang sebenarnya yang dialami pasien.

Dewit (2001) menambahkan faktor-faktor yang dapat menghambat proses komunikasi terapeutik di antaranya:

a. Mengubah subjek atau topik (*changing the subject*)

ketika terjadi komunikasi antara petugas medis dengan pasien atau klien, tiba-tiba di tengah pembicaraan petugas medis atau pasien mengalihkan pembicaraan ke hal lain. Kalau pengalihan pembicaraan dilakukan oleh petugas medis, tentu saja akan memunculkan empati yang kurang dari pasien kepada petugas medis. Hal ini akan menjadikan klien merasa tidak nyaman, tidak tertarik dan cemas, sehingga idenya menjadi kacau. Sebaliknya, kalau pengalihan dilakukan oleh pasien akan menambah lamanya observasi atau petugas medis mendiagnosa penderitaan pasien.

Dengan demikian informasi yang ingin didapatkan dari pasien tidak tercukupi.

b. Mengungkapkan keyakinan palsu (*offering false reassurance*)

Jangan sampai petugas medis membohongi atau memberikan keterangan yang palsu dan menyesatkan pasien atau klien. Sampai keterangan tersebut diyakini kebenarannya oleh pasien. Jangan berharap komunikasi akan berjalan dengan baik, sebaliknya dengan memberikan keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan, sangat berbahaya karena dapat mengakibatkan rasa tidak percaya pasien atau klien terhadap perawat atau petugas medis.

c. Memberi nasihat (*giving advice*)

Demi keselamatan, kemudahan dalam pengobatan, dan mempermudah perawatan, maka seringkali petugas medis akan memberikan beberapa nasihat kepada pasien. Namun ketika memberi nasihat yang tidak pas dan pantas, bisa menjadi penghambat dalam proses komunikasi. Misalnya petugas medis memberikan nasihat yang sesungguhnya pasien dan klien lebih tahu yang terbaik untuk dirinya sendiri. Tentu saja saran-saran petugas medis ini akan ditolak pasien, klien karena klien merasa lebih berhak untuk menentukan masalah mereka sendiri. Tidak hanya itu, kredibilitas petugas medis menjadi turun dan tidak akan didengar lagi kata-katanya.

d. Komentar yang bertahan (*defensive comments*)

Maksud dari komentar yang bertahan ialah petugas medis ketika berkomunikasi dengan pasien tidak mau mendengarkan terlebih dahulu pasien atau klien. Malah berkomunikasi sebaliknya, terus menyalahkan dan tidak mau menerima perkataan-perkataan pasien yang sesungguhnya sedang mengeluarkan perasaan dan bebannya. Dengan komentar yang bertahan bisa menyebabkan pasien atau klien tidak mempunyai hak untuk berpendapat, sehingga klien menjadi kecewa dan tidak mau lagi berkomunikasi dengan petugas medis. Oleh karenanya, agar tidak defensif perawat perlu mendengarkan pasien atau klien, walaupun mendengarkan belum tentu setuju.

e. Pertanyaan penyelidikan (*probing question*)

Bertanya kepada pasien mengenai apa yang dirasakan dan dideritanya itu penting, tetapi jangan sampai petugas medis bertanya seperti polisi yang menginterogasi ketika sedang melakukan penyelidikan sebuah kasus. Pertanyaan ingin tahu dengan penyelidikan berbeda. Pertanyaan penyelidikan ditujukan untuk mendapatkan informasi atas masalah yang terjadi, sementara pertanyaan kepada pasien ingin mendapatkan informasi

dari apa yang dirasakannya. Dengan menggunakan pertanyaan penyelidikan, pasien susah untuk diajak berkomunikasi lagi. Karena pasien atau klien merasa disudutkan dan diposisikan orang yang bersalah. Banyak juga pasien atau klien yang marah karena mendapat pertanyaan-pertanyaan membuatnya kaku, malu, dan tidak bisa menjawab.

f. Menggunakan kata klise (*using cliches*)

meskipun dalam situasi dan kondisi yang sakit, bukan berarti pasien bisa diberikan kata-kata apa saja. Termasuk kata-kata klise yang tidak disukai oleh pasien. Mereka bisa berhenti dan tidak bersemangat dalam berkomunikasi. Kata-kata klise menunjukkan kurangnya penilaian pada hubungan petugas medis dengan pasien atau klien. Pasien atau klien akan merasa bahwa perawat tidak peduli dengan situasinya.

g. Mendengarkan dengan tidak memperhatikan (*in attentive listening*)

Petugas medis ketika berbicara dengan pasien atau klien namun perhatiannya pada hal lain, tidak memandang pasien meskipun mendengarkannya. Petugas medis atau perawat menunjukkan sikap yang tidak tertarik, tidak memperlihatkan perhatian penuh ketika klien sedang mencoba mengeksplorasi perasaannya, maka klien akan merasa bahwa dirinya tidak penting dan perawat sudah bosan dengannya. Situasi ini akan membuat komunikasi menjadi membosankan dan tidak berjalan seperti biasanya.

Berbeda dengan faktor-faktor yang menghambat komunikasi terapeutik di atas, Potter dan Perry (1994) menyebutkan beberapa faktor yang mempengaruhi isi pesan dan sikap penyampaian pesan sehingga komunikasi terapeutik menjadi kompleks.

1. Perkembangan

Lingkungan yang diciptakan oleh orang tua mempengaruhi kemampuan anak untuk berkomunikasi. Anak-anak yang memiliki masa-masa perkembangan akan terbentuk dengan situasi dan kondisi yang dialaminya, dan ini akan terbawa sampai masa remaja dan dewasa. Petugas medis atau perawat menggunakan teknik khusus ketika berkomunikasi pada anak sesuai dengan berbagai tahap perkembangannya. Oleh karena itu, agar dapat berkomunikasi secara efektif dengan anak, perawat harus mengerti pengaruh perkembangan bahasa dan proses berpikir yang mempengaruhi cara dan sikap dalam berkomunikasi.

2. Persepsi

Persepsi merupakan pandangan personal terhadap suatu kejadian. Persepsi dibentuk oleh harapan dan pengalaman di masa lalu, pendidikan

yang pernah didapatkannya, lingkungan yang membentuk karakter dan mentalnya. Perbedaan persepsi bisa menghambat komunikasi.

3. Sistem nilai

Faktor ketiga yang menjadi faktor yang mempengaruhi komunikasi terapeutik adalah sistem nilai. Nilai adalah standar yang mempengaruhi perilaku sehingga penting bagi petugas medis atau perawat untuk menyadari nilai yang dimiliki dan dipakai oleh seseorang. Berusaha mengetahui dan mengklarifikasi nilai adalah penting dalam membuat keputusan dan interaksi. Namun jangan sampai perawat terpengaruh oleh nilai-nilai jelek yang dimiliki pasien sehingga mengganggu hubungan profesional.

4. Latar belakang sosial budaya

Seringkali ketika memberi asuhan keperawatan kepada klien, perawat menggunakan bahasa dan gaya komunikasi yang berbeda. Gaya komunikasi sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga membatasi cara bertindak dan berkomunikasi. Salah saja petugas medis dan perawat dalam melakukan komunikasi dengan berbeda budaya, maka akan salah makna dan dipersepsi lain oleh pasien.

5. Faktor emosi

Emosi adalah perasaan subyektif tentang suatu peristiwa. Cara seseorang berhubungan dan berkomunikasi dengan orang lain dipengaruhi oleh keadaan emosinya. Emosi mempengaruhi kemampuan salah tafsir atau tidak mendengarkan pesan yang disampaikan. Perawat dapat mengkaji emosi pasien atau klien dengan mengobservasinya terlebih dahulu ketika berinteraksi dengan keluarga, atau yang lain. Petugas medis juga perlu mengevaluasi emosinya, karena sangat sulit untuk menyembunyikan emosi, kalau petugas medis memiliki emosi yang tidak stabil, atau mudah emosi, jangan harap komunikasi bisa efektif dengan pasien.

6. Pengetahuan

Faktor keenam adalah pengetahuan. Komunikasi sulit dilakukan jika orang yang berkomunikasi memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Petugas medis atau perawat mengkaji tingkat pengetahuan pasien atau klien dengan memperhatikan responnya terhadap pernyataan yang diajukan. Setelah pengkajian, petugas medis atau perawat mempergunakan istilah dan kalimat yang dimengerti oleh klien sehingga dapat menarik perhatian dan minatnya.

7. Faktor Peran

Cara berkomunikasi sesuai dengan peran dan hubungan orang yang berkomunikasi. Gaya perawat berkomunikasi dengan klien akan berbeda dengan caranya berbicara dengan dokter dan perawat lain. Perawat perlu menyadari perannya saat berhubungan dengan klien ketika memberikan asuhan keperawatan. Perawat menyebut nama klien untuk menunjukkan rasa hormatnya dan tidak menggunakan humor jika baru mengenal klien.

8. Tatanan Interaksi

Komunikasi interpersonal akan lebih efektif jika dilakukan dalam suatu lingkungan yang menunjang, karena bising, kurang keleluasaan pribadi dan ruang yang sempit dapat menimbulkan kerancuan, ketegangan, dan ketidaknyamanan. Petugas medis dan perawat perlu memilih tatanan yang memadai ketika berkomunikasi dengan klien.

Onong Uchjana Effendy (2000: 11-16) menambahkan faktor yang menghambat komunikasi. Meskipun untuk komunikasi secara umum, faktor-faktor yang dijelaskan Onong ini juga bisa masuk dalam faktor komunikasi terapeutik, di antaranya:

1. Faktor sosio antro psikologis

Proses komunikasi berlangsung dalam konteks situasional. Ini berarti bahwa komunikator harus memperhatikan situasi ketika komunikasi dilangsungkan, sebab situasi amat berpengaruh terhadap kelancaran komunikasi, terutama situasi yang berhubungan dengan faktor-faktor sosiologis antropologis dan psikologis.

Dalam pandangan sosiologi, bahwa masyarakat terdiri dari berbagai golongan dan lapisan, yang menimbulkan perbedaan dalam status sosial, agama, ideologi, tingkat pendidikan, tingkat kekayaan, dan sebagainya, yang kesemuanya dapat menjadi hambatan bagi kelancaran komunikasi.

Manusia meskipun satu sama lain sama dalam jenisnya sebagai makhluk homo sapiens, tetapi ditakdirkan berbeda dalam banyak hal. Berbeda dalam posutr, warna kulit, dan kebudayaan, yang pada kelanjutannya berbeda dalam gaya hidup (*way of life*), norma, kebiasaan, dan bahasa.

Dalam melancarkan komunikasinya seorang komunikator tidak akan berhasil apabila ia tidak mengenal siapa komunikan yang dijadikan sasarannya. Yang dimaksudkan dengan siapa di sini bukan nama yang disandangnya, melainkan ras, bangsa dan suku. Dengan mengenal dirinya, akan mengenal pula kebudayaannya, gaya hidup dan norma kehidupannya kebiasaan dan bahasanya.

Faktor psikologis seringkali menjadi hambatan dalam komunikasi. Hal ini umumnya disebabkan si komunikator sebelum melancarkan komunikasinya tidak mengkaji diri komunikan. Komunikasi sulit untuk berhasil apabila komunikan sedang sedih, bingung, marah, merasa kecewa,

merasa iri hati dan kondisi psikologis lainnya; juga jika komunikasi menaruh prasangka (*prejudice*) kepada komunikator.

Prasangka merupakan salah satu hambatan berat bagi kegiatan komunikasi, karena orang yang berprasangka belum apa-apa sudah bersikap menentang komunikator. Pada orang yang bersikap prasangka emosinya menyebabkan dia menarik kesimpulan tanpa menggunakan pikiran secara rasional. Emosi sering kali membutakan pikiran dan perasaan terhadap suatu fakta yang bagaimana pun jelas dan tegasnya. Apalagi kalau prasangka itu sudah berakar, seseorang tidak dapat lagi berpikir objektif, dan apa saja yang dilihat atau didengarnya selalu akan dinilai negatif.

Prasangka sebagai faktor psikologis dapat disebabkan oleh aspek antropologis dan sosiologis; dapat terjadi terhadap ras, bangsa, suku bangsa, agama, partai politik, kelompok, dan apa saja yang bagi seseorang merupakan suatu perangsang disebabkan dalam pengalamannya pernah diberi kesan yang tidak enak. Cara mengatasinya adalah dengan mengenal diri komunikator secara mengkaji kondisi psikologinya sebelum komunikasi dilancarkan, dan bersikap empati padanya. Empati adalah kemampuan memproyeksikan diri kepada diri orang lain, dengan perkataan lain, kemampuan menghayati perasaan orang lain atau merasakan apa yang dirasakan orang lain.

2. Faktor Semantis

Kalau hambatan sosiologis antropologis dan psikologis terdapat pada pihak komunikan, maka hambatan semantis terdapat pada diri komunikator. Faktor semantis menyangkut bahasa yang dipergunakan komunikator sebagai alat untuk menyalurkan pikiran dan perasaannya kepada komunikan. Demi kelancaran komunikasinya seorang komunikator harus benar-benar memperhatikan gangguan semantis ini, sebab salah ucap atau salah tulis dapat menimbulkan salah pengertian atau salah tafsir yang pada gilirannya bisa menimbulkan salah komunikasi.

Gangguan semantis kadang-kadang disebabkan pula oleh aspek antropologis, yakni kata-kata yang sama bunyinya dan tulisannya, tetapi memiliki makna yang berbeda. Salah komunikasi ada kalanya disebabkan oleh pemilihan kata yang tidak tepat, kata-kata yang sifatnya konotatif. Dalam komunikasi bahasa yang sebaiknya dipergunakan adalah kata-kata yang denotatif.

Jadi untuk menghilangkan hambatan semantis dalam komunikasi, seorang komunikator harus mengucapkan pernyataannya dengan jelas dan tegas, memilih kata-kata yang tidak menimbulkan persepsi yang salah dan disusun dalam kalimat-kalimat yang logis.

3. Faktor mekanis

Hambatan mekanis dijumpai pada media yang dipergunakan dalam melancarkan komunikasi. Banyak contoh yang kita alami dalam kehidupan sehari-hari. Hambatan pada beberapa media tidak mungkin diatasi oleh komunikator, misalnya hambatan yang dijumpai pada surat kabar, radio, dan televisi. Tetapi pada beberapa media komunikator dapat saja mengatasinya dengan mengambil sikap tertentu. Penting diperhatikan dalam komunikasi ialah sebelum suatu pesan dapat diterima secara psikis, terlebih dahulu harus dipastikan dapat diterima secara inderawi, dalam arti bebas dari hambatan mekanis.

4. Faktor Ekologis

Hambatan ekologis terjadi disebabkan oleh gangguan lingkungan terhadap proses berlangsungnya komunikasi, jadi datangnya dari lingkungan. Contoh hambatan ekologis adalah suara riuh orang-orang atau kebisingan lalu lintas, suara hujan atau petir dan lain-lain. Situasi komunikasi yang tidak menyenangkan seperti itu dapat diatasi komunikator dengan menghindarkannya jauh sebelum atau dengan mengatasinya pada saat ia sedang berkomunikasi. Untuk menghindarkannya komunikator harus mengusahakan tempat komunikasi yang bebas dari gangguan (*noise*).

2.8. Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual saat ini merupakan isu yang penting dan menarik. Para pakar melihat, kekerasan seksual yang terjadi di Indonesia sudah dalam kondisi yang sangat darurat (dalam <http://www.komnasperempuan.go.id/wp-content/uploads/2013/12/Kekerasan-Seksual-Kenali-dan-Tangani.pdf>). Berdasarkan catatan dari komisi nasional bidang perempuan, bahwa selama 12 tahun, mulai dari tahun 2001 sampai 2012, sedikitnya ada 35 perempuan menjadi korban kekerasan seksual setiap hari. Pada tahun 2012, setidaknya tercatat 4,336 kasus kekerasan seksual, dimana 2,920 kasus di antaranya terjadi di ranah publik, dengan mayoritas bentuknya perkosaan dan pencabulan sebanyak 1,620 kasus. Adapun usia korban semakin muda, yakni antara usia 13–18 tahun (dalam http://www.bbc.com/indonesia/berita_indonesia/2016/05/160516_indonesia_kekerasan_seksual).

Kekerasan seksual adalah kekerasan yang terjadi karena persoalan seksualitas. Ibarat awan dan hujan, demikianlah hubungan antar seks dan kekerasan. Di mana terdapat seks, maka kekerasan hampir selalu dilahirkan. (https://www.psikoterapis.com/?en_kekerasan-seksual, 210). Kekerasan seksual (*sexual violence*) merupakan semua bentuk perlakuan yang merendahkan martabat perempuan, anak-anak, dan menimbulkan trauma berkepanjangan yang dialami para korban.

Adanya kekerasan ini dikarenakan pelaku memiliki kekuatan fisik lebih yang lebih atas korban, dan memiliki keinginan yang memaksa korban sehingga bisa membuat luka psikis atau fisik korban. Kekuatan lain yang dimiliki, selain kekuatan fisik, dijadikan alat untuk memperlancar usaha-usaha jahatnya, seperti ancaman dengan senjata tajam dan lain sebagainya. Dan biasanya perbuatan kekerasan seksual ini dilakukan dengan menggunakan paksaan, ancaman, suap, tipuan atau tekanan (Kusumaningtyas dkk., 2013:4).

Selain itu kekerasan seksual merupakan salah satu bentuk kekerasan yang tidak terbatas pada tindakan yang menyerang seksualitas seseorang, khususnya perempuan atau anak dengan menggunakan paksaan, kekerasan atau ancaman, penyalahgunaan kuasa, pemanfaatan situasi (dengan bujuk rayu atau janji-janji), dimana tindakan tersebut dilakukan tanpa persetujuan korban (Irianto, dkk, 2014:21).

Dalam pandangan umum, kekerasan seksual identik dengan perkosaan, yang biasanya perkosaan dipahami sebagai pemaksaan hubungan seksual yang disertai dengan penetrasi atau masuknya penis ke dalam vagina. Namun, kekerasan seksual berdasarkan pengalaman korban sesungguhnya tidak hanya terbatas pada perkosaan, melainkan mencakup bentuk-bentuk lain berupa serangan yang melibatkan organ seksual, termasuk kontak paksa antara mulut dan penis, jari dengan vagina, penis atau jari dengan vulva atau anus, termasuk penis dengan anggota tubuh lainnya yang bukan organ seksual, ataupun menggunakan benda-benda tertentu (Irianto, dkk, 2014:22).

Hal yang sama juga dikatakan Poerwandari (2004:260) bahwa kekerasan seksual mencakup kegiatan melakukan tindakan yang mengarah kepada ajakan maupun desakan seksual, seperti menyentuh, meraba, mencium atau melakukan tindakan-tindakan lain, yang tidak dikehendaki korban, memaksa korban, seperti memaksa menonton tayangan pornografi, gurauan-gurauan seksual yang semuanya tidak dikehendaki korban.

Dari beberapa definisi kekerasan seksual di atas, dapat disimpulkan bahwa kekerasan seksual merupakan kekerasan yang dilakukan oleh seseorang—baik orang terdekat seperti saudara atau tempat tinggal yang dekat dengan korban atau orang jauh seperti lingkungan sekolah—kepada orang yang menjadi korbannya agar mau memenuhi keinginan seksualnya.

2.9. Bentuk Kekerasan Seksual

Secara umum, ada empat kategori keekrasan seksual, di antaranya:

1. Perkosaan

Perkosaan adalah jenis kekerasan yang paling mendapat sorotan. Diperkirakan 22 % perempuan, dan 2 % laki-laki, pernah menjadi korban perkosaan. Di Amerika Serikat saja, setiap 2 menit terjadi pemerkosaan. Hanya 1 dari 6 perkosaan yang dilaporkan ke polisi. Sebagian besar perkosaan dilakukan oleh orang yang mengenal korban alias orang yang dekat dengan korban.

2. Kekerasan seksual terhadap anak-anak

Suatu tinjauan baru-baru ini terhadap 17 studi dari seluruh dunia menunjukkan bahwa sekitar 11% sampai dengan 32%, perempuan pernah mendapat perlakuan atau mengalami kekerasan seksual di masa anak-anaknya. Umumnya pelaku kekerasan adalah anggota keluarga, orang-orang yang memiliki hubungan dekat, atau teman. Mereka yang menjadi pelaku kekerasan seksual terhadap anak, biasanya adalah yang pernah menjadi korban kekerasan seksual pada masa anak-anaknya.

3. Kekerasan seksual terhadap pasangan

Istilah untuk kekerasan seksual terhadap perempuan ini adalah kekerasan berbasis gender. Kekerasan ini mencakup segala jenis kekerasan seksual yang dilakukan seseorang terhadap pasangan seksualnya. Sebesar 95 % korban kekerasan seksual jenis ini adalah perempuan. Temuan penelitian yang dilakukan Rifka Annisa bersama UGM, UMEA University, dan Women's Health Exchange USA di Purworejo, Jawa Tengah, Indonesia, bahwa pada tahun 2000 menunjukkan 22 % perempuan mengalami kekerasan seksual. Sejumlah 1 dari 5 perempuan (19 %) melaporkan bahwa mereka dipaksa untuk melakukan hubungan seksual dengan pasangannya sambil dipukuli.

Berikut ini bentuk-bentuk kekerasan yang dilakukan pasangannya:

1. Kekerasan fisik seperti menampar, memukul, menendang, mendorong, mencambuk;
2. Kekerasan emosional atau verbal seperti mengkritik, membuat pasangan merasa bersalah, membuat permainan pikiran, memaki, menghina;
3. Ketergantungan financial seperti mencegah pasangan untuk mendapat pekerjaan, membuat pasangan dipecat, membuat pasangan meminta uang;
4. Isolasi sosial seperti mengontrol pasangan dengan siapa boleh bertemu dan di mana bisa bertemu, membatasi gerak pasangan dalam pergaulan;

5. Kekerasan seksual seperti memaksa seks yang abnormal, berselingkuh secara terus menerus, sadomasokisme;
6. Pengabaian atau penolakan seperti mengatakan kekerasan tidak pernah terjadi, menyalahkan pasangan bila kekerasan terjadi;
7. Koersif, ancaman, intimidasi seperti membuat pasangan khawatir, memecahkan benda-benda yang ada di rumah ketika bertengkar, mengancam akan meninggalkan pasangan;

Itulah beberapa bentuk kekerasan seksual secara umum. Namun berdasarkan hasil pemantauan Komnas Perempuan selama kurang lebih 15 tahun (1998– 2013), di antaranya:

1. Intimidasi seksual. Tindakan yang menyerang seksualitas, dengan tujuan untuk menimbulkan rasa takut atau penderitaan psikis pada korban perempuan. Ini semacam intimidasi seksual, yang bisa disampaikan pelaku secara langsung maupun tidak langsung, melalui surat, SMS, email, dan lain-lain.

Ancaman atau percobaan perkosaan juga bagian dari intimidasi seksual. Intimidasi seksual termasuk ancaman atau percobaan perkosaan : Serangan dalam bentuk pemaksaan hubungan seksual dengan memakai penis ke arah vagina, anus atau mulut korban. Bisa juga menggunakan jari tangan atau benda-benda lainnya. Serangan dilakukan dengan kekerasan, ancaman kekerasan, penahanan, tekanan psikologis, penyalahgunaan kekuasaan, atau dengan mengambil kesempatan dari lingkungan yang penuh paksaan.

2. Pencabulan. Pencabulan adalah istilah lain dari perkosaan yang dikenal dalam sistem hukum Indonesia. Istilah ini digunakan ketika perkosaan dilakukan di luar pemaksaan penetrasi penis ke vagina, dan ketika terjadi hubungan seksual pada orang yang belum mampu memberikan persetujuan secara utuh, misalnya terhadap anak atau seseorang di bawah usia 18 tahun.
3. Pelecehan seksual, yaitu tindakan seksual lewat sentuhan fisik maupun non-fisik dengan sasaran organ seksual atau seksualitas korban. Termasuk dalam pelecehan seksual seperti siulan pada perempuan yang lewat oleh laki-laki, main mata, ucapan bernuansa seksual, mempertunjukan materi pornografi, dan keinginan seksual pada lawan jenis, colekan atau sentuhan di bagian tubuh perempuan, gerakan atau isyarat yang bersifat seksual, sehingga mengakibatkan rasa tidak nyaman, tersinggung, merasa direndahkan martabatnya, dan mungkin sampai menyebabkan masalah kesehatan dan keselamatan perempuan.
4. Eksploitasi seksual, yaitu tindakan penyalahgunaan kekuasaan yang timpang, atau penyalahgunaan kepercayaan untuk tujuan kepuasan seksual, maupun untuk memperoleh keuntungan dalam bentuk uang,

sosial, politik dan lainnya. Praktik eksploitasi seksual yang kerap ditemui adalah menggunakan dan memanfaatkan perempuan yang hidup miskin untuk mau melakukan apa yang diinginkan orang punya duit seperti menjual diri dengan imbalan sejumlah uang, sehingga ia masuk dalam prostitusi atau pornografi. Praktik lainnya adalah tindakan mengiming-imingi perkawinan dengan fasilitas kemewahan dengan harapan lelaki bisa memperoleh layanan seksual dari perempuan, lalu setelah menikah ditelantarkan.

Situasi ini kerap disebut juga sebagai kasus “ingkar janji”. Iming-iming ini menggunakan cara pikir dalam masyarakat, yang mengaitkan posisi perempuan dengan status perkawinannya. Perempuan menjadi merasa tidak memiliki daya tawar, kecuali dengan mengikuti kehendak pelaku agar ia dinikahi.

5. Perdagangan perempuan untuk tujuan seksual, yaitu tindakan merekrut, mengangkut, menampung, mengirim, memindahkan, atau menerima seseorang dengan ancaman kekerasan, penggunaan kekerasan, penculikan, penyekapan, pemalsuan, penipuan, penyalahgunaan kekuasaan atas posisi rentan, penjeratan utang atau pemberian bayaran atau manfaat terhadap korban secara langsung maupun orang lain yang menguasainya, untuk tujuan prostitusi ataupun eksploitasi seksual lainnya. Perdagangan perempuan dapat terjadi di dalam negara maupun antar negara.
6. Prostitusi paksa. Situasi dimana perempuan mengalami tipu daya, ancaman maupun kekerasan untuk menjadi pekerja seks. Keadaan ini dapat terjadi pada masa rekrutmen maupun untuk membuat perempuan tersebut tidak berdaya untuk melepaskan dirinya dari prostitusi, misalnya dengan penyekapan, penjeratan utang, atau ancaman kekerasan. Prostitusi paksa memiliki beberapa kemiripan, namun tidak selalu sama dengan perbudakan seksual, atau dengan perdagangan orang untuk tujuan seksual.
7. Perbudakan seksual. Situasi dimana pelaku merasa menjadi “pemilik” atas tubuh korban sehingga berhak untuk melakukan apapun, termasuk memperoleh kepuasan seksual melalui pemerkosaan, atau bentuk lain kekerasan seksual. Perbudakan ini mencakup situasi dimana perempuan dewasa atau anak-anak dipaksa menikah, melayani rumah tangga atau bentuk kerja paksa lainnya, serta berhubungan seksual dengan penyekapnya.
8. Pemaksaan perkawinan, termasuk cerai gantung. Pemaksaan perkawinan dimasukkan sebagai jenis kekerasan seksual karena pemaksaan hubungan seksual menjadi bagian tidak terpisahkan dari perkawinan yang tidak diinginkan perempuan.

9. Pemaksaan kehamilan. Pemaksaan kehamilan ini berbeda dimensi dengan kehamilan paksa, dalam konteks kejahatan terhadap kemanusiaan dalam Statuta Roma, yaitu situasi pembatasan secara melawan hukum terhadap seorang perempuan untuk hamil secara paksa, dengan maksud untuk membuat komposisi etnis dari suatu populasi, atau untuk melakukan pelanggaran hukum internasional lainnya.
10. Pemaksaan aborsi. Pengguguran kandungan yang dilakukan karena adanya tekanan, ancaman, maupun paksaan dari pihak lain. Situasi ketika perempuan dipaksa, dengan kekerasan maupun ancaman kekerasan, untuk melanjutkan kehamilan yang tidak dia kehendaki. Kondisi ini misalnya dialami oleh perempuan korban perkosaan yang tidak diberikan pilihan lain kecuali melanjutkan kehamilannya.
11. Pemaksaan kontrasepsi dan sterilisasi. Disebut pemaksaan ketika pemasangan alat kontrasepsi atau pelaksanaan sterilisasi tanpa persetujuan utuh dari perempuan, karena ia tidak mendapat informasi yang lengkap ataupun dianggap tidak cakap hukum untuk dapat memberikan persetujuan. Pada masa Orde Baru, tindakan ini dilakukan untuk menekan laju pertumbuhan penduduk, sebagai salah satu indikator keberhasilan pembangunan. Sekarang, kasus pemaksaan pemaksaan kontrasepsi/sterilisasi biasa terjadi pada perempuan dengan HIV/AIDS dengan alasan mencegah kelahiran anak dengan HIV/AIDS. Pemaksaan ini juga dialami perempuan penyandang disabilitas, utamanya tuna grahita, yang dianggap tidak mampu membuat keputusan bagi dirinya sendiri, rentan perkosaan, dan karenanya mengurangi beban keluarga untuk mengurus kehamilannya.
12. Penyiksaan seksual tindakan khusus menyerang organ dan seksualitas perempuan, yang dilakukan dengan sengaja, sehingga menimbulkan rasa sakit atau penderitaan hebat, baik jasmani, rohani maupun seksual. Ini dilakukan untuk memperoleh pengakuan atau keterangan darinya, atau dari orang ketiga, atau untuk menghukumnya atas suatu perbuatan yang telah atau diduga telah dilakukan olehnya ataupun oleh orang ketiga. Penyiksaan seksual juga bisa dilakukan untuk mengancam atau memaksanya, atau orang ketiga, berdasarkan pada diskriminasi atas alasan apapun.
13. Cara menghukum yang menyebabkan penderitaan, kesakitan, ketakutan, atau rasa malu yang luar biasa yang tidak bisa tidak termasuk dalam penyiksaan. Ia termasuk hukuman cambuk dan hukuman-hukuman yang mempermalukan atau untuk merendahkan martabat manusia (perempuan) karena dituduh melanggar norma-

norma kesusilaan. Penghukuman tidak manusiawi dan bernuansa seksual.

14. Praktik tradisi bernuansa seksual yang membahayakan atau mendiskriminasi perempuan. Kebiasaan masyarakat, kadang ditopang dengan alasan agama dan/atau budaya, yang bernuansa seksual dan dapat menimbulkan cedera secara fisik, psikologis maupun seksual pada perempuan. Kebiasaan ini dapat pula dilakukan untuk mengontrol seksualitas perempuan dalam perspektif yang merendahkan perempuan (https://www.komnasperempuan.go.id/file/pdf_file/Modul%20dan%20Pedoman/Kekerasan%20Seksual/15%20BTK%20KEKERASAN%20SEKSUAL.pdf).

Selain itu Suyanto (2013:281) menjelaskan bentuk-bentuk kekerasan seksual pada anak di antaranya :

1. Pelecehan Seksual (*sexual harassment*), yaitu pemberian perhatian seksual, baik secara lisan, tulisan, maupun fisik terhadap diri perempuan, dimana hal itu di luar keinginan perempuan yang bersangkutan, namun harus diterima sebagai suatu kewajaran.
2. Perkosaan adalah pemaksaan terjadinya hubungan seks terhadap anak tanpa persetujuan ataupun tanpa kehendak yang disadari oleh anak tadi.
3. Perkosaan sadis (*sadistic rape*), yaitu memadukan seksualitas dan agresi dalam bentuk kekerasan destruktif. Pelaku menikmati kesenangan erotis bukan melalui hubungan seksualnya, melainkan melalui serangan yang mengerikan atas kelamin dan tubuh korban.
4. Perkosaan dominasi (*domination rape*), yaitu perkosaan karena dorongan keinginan pelaku menunjukkan kekuasaan atau superioritasnya sebagai lelaki terhadap anak, dengan tujuan utama penaklukan seksual.
5. *Anger rape*, yaitu perkosaan yang dilakukan sebagai pelampiasan kemarahan, atau sebagai sarana menyatakan dan melepaskan perasaan geram dan amarah.

2.10. Faktor-Faktor Terjadinya Kekerasan Seksual

Dilihat dari sudut pandang pelaku kejahatan seksual, menurut Hari (dalam Nainggolan, 2008:75-78) secara umum dapat disebutkan bahwa faktor-faktor penyebab terjadinya kejahatan seksual pada anak dibagi menjadi 2 faktor, yaitu faktor interen dan faktor eksteren.

1. Faktor Interen

Faktor interen adalah faktor-faktor yang terdapat dalam diri individu para pelaku kekerasan seksual. Faktor ini khusus dilihat pada diri individu

dan hal-hal yang mempunyai hubungan dengan kejahatan seksual. Di dalam faktor interen ini, ada tiga faktor yang mempengaruhinya, yaitu:

- a. Faktor kejiwaan atau keadaan diri yang tidak normal dari seseorang, yang dapat mendorong seseorang melakukan kejahatan seksual. Misalnya, nafsu seks yang abnormal, dapat menyebabkan pelaku melakukan pemerkosaan terhadap korban anak-anak, dengan tidak menyadari keadaan diri sendirinya. Faktor kejiwaan juga disebabkan karena pelaku kejahatan seksual pernah menjadi korban pemerkosaan sebelumnya.
- b. Faktor biologis. Pada realitanya kehidupan manusia mempunyai berbagai macam kebutuhan yang harus dipenuhi. Kebutuhan biologis itu terdiri atas tiga jenis, yakni kebutuhan makanan, kebutuhan seksual dan kebutuhan proteksi. Kebutuhan akan seksual sama dengan kebutuhan-kebutuhan lainnya yang menuntut pemenuhan. Namun dalam memenuhi kebutuhan biologis ini seringkali salah dalam penempatan dan peruntukannya.
- c. Faktor moral. Moral merupakan faktor penting untuk menentukan timbulnya kejahatan seksual. Moral sering disebut sebagai filter terhadap munculnya perilaku menyimpang. Pemerkosaan, disebabkan moral pelakunya yang sangat rendah atau rusak sama sekali. Hilangnya rasa malu sehingga memenuhi kebutuhan biologis yang menyalahi aturan atau melawan moral sama sekali.

2. Faktor Eksternal

Faktor eksternal adalah faktor-faktor yang berada diluar diri si pelaku kejahatan seksual. Faktor-faktor ini tidak lahir dari dalam diri tetapi ada stimulus atau ajakan, atau pendidikan dari luar pelaku, di antaranya:

- a. Faktor sosial budaya. Meningkatnya kasus-kasus kejahatan asusila atau perkosaan terkait erat dengan aspek sosial budaya. Akibat modernisasi berkembanglah budaya yang semakin terbuka dari pergaulan yang semakin bebas.
- b. Faktor ekonomi. Keadaan ekonomi yang sulit menyebabkan seseorang mendapatkan pendidikan yang rendah, dan selanjutnya akan membawa dampak kepada baik atau tidak baiknya pekerjaan yang diperoleh. Secara umum seseorang yang memiliki tingkat pendidikan rendah, cenderung mendapatkan pekerjaan yang tidak layak. Keadaan perekonomian merupakan faktor yang secara langsung maupun tidak langsung akan mempengaruhi pokok-pokok kehidupan masyarakat, akibatnya terjadi peningkatan kriminalitas termasuk pemerkosaan. Karena tidak memiliki modal untuk sekolah lebih lanjut, maka dia akan menjadi penganggur dan banyak bergaul dengan lingkungan pergaulan yang bebas. Atau karena keterbatasan

ekonomi tinggal dalam satu rumah yang tidak layak, dan seringkali melihat hubungan intim orang tua, atau melihat adik atau kakak yang tidur dengan posisi yang mengundang birahi.

- c. Faktor Media Massa. Media massa merupakan sarana informasi di dalam kehidupan seksual. Pemberitaan tentang kejahatan pemerkosaan yang sering diberitahukan secara terbuka dan didramatisasi umumnya di gambarkan tentang kepuasan pelaku. Hal ini dapat merangsang para pembaca khususnya orang yang bermental jahat memperoleh ide untuk melakukan pemerkosaan. Saat ini berbagai informasi apa pun bisa dengan mudah didapat di media massa, termasuk media sosial, kebebasan akses yang kurang didukung dengan mental dan moral yang kuat bisa mengundang aksi kejahatan seksual yang melampiaskannya pada anak-anak atau perempuan yang bukan pasangan sahnya.
- d. Lingkungan. Orang dibentuk oleh keturunan dan lingkungannya. Kalau tinggal di dalam lingkungan yang bagus maka kemungkinan dia akan menjadi orang yang bagus akhlak dan moralnya. Tetapi kalau seringkali tinggal dan berinteraksi dengan orang di dalam lingkungan yang banyak tindakan asusilanya, maka besar kemungkinan akan menjadi orang yang sesuai dengan lingkungan yang menciptakannya. Termasuk lingkungan bebas seks, kejahatan seksual pun tidak akan bisa lepas dalam kehidupannya.

2.11. Dampak Kekerasan Seksual

Menurut Hawari (2013:95) dampak yang terjadi akibat kekerasan seksual yang terjadi pada anak adalah :

1. Stres Pascatrauma. Pelecehan seksual, penyerangan seksual, kekerasan hingga perkosaan yang dialami oleh seorang perempuan atau anak sebagai korban merupakan pengalaman yang tragis dan bisa menyisakan traumatic yang mendalam. Kekerasan seksual tersebut lebih merupakan trauma psikis daripada trauma fisik, karena dapat menimbulkan gangguan jiwa yang disebut sebagai stres pascatrauma. Adapun gejala-gejala stress pascatrauma itu adalah sebagai berikut :
 - a. Terdapat stresor yang berat dan jelas (kekerasan perkosaan), yang akan menimbulkan gejala penderitaan yang berarti yang berarti bagi hampir setiap orang.
 - b. Penghayatan yang berulang-ulang dari trauma itu yang dibuktikan oleh terdapatnya paling sedikit atau dari hal ingatan berulang dan menonjol tentang peristiwa itu, mimpi-mimpi berulang dari peristiwa itu, dan timbulnya secara tiba-tiba perilaku atau perasaan seolah-olah

peristiwa traumatik itu sedang timbul kembali, karena berkaitan dengan stimulus atau rangsangan lingkungan.

- c. Penumpalan respons terhadap atau berkurangnya hubungan dengan dunia luar (*psychic numbing* atau anestesia emosional) yang mulai beberapa waktu sesudah trauma, dan dinyatakan paling sedikit satu dari hal berikut :
 1. Berkurangnya secara jelas minat terhadap satu atau lebih aktivitas.
 2. Perasaan terlepas atau terasing dari orang lain.
 3. Afek (alam perasaan) yang menyempit (*constricted affect*) atau afek depresif (murung, sedih, putus asa).
- d. Paling sedikit ada dua dari gejala-gejala berikut ini yang tidak ada sebelum trauma terjadi, yaitu :
 1. Kewaspadaan atau reaksi terkejut berlebihan.
 2. Gangguan tidur (disertai mimpi-mimpi yang menggelisahkan).
 3. Perasaan bersalah karena lolos dari bahaya maut, sedangkan orang lain tidak, atau merasa bersalah tentang perbuatan yang dilakukannya.
 4. Hendaya (*impairment*) daya ingat atau kesukaran konsentrasi.
 5. Penghindaran diri dari aktivitas yang membangkitkan ingatan tentang peristiwa traumatik itu.
 6. Peningkatan gejala-gejala apabila dihadapkan pada peristiwa yang mensymbolisasikan atau menyerupai peristiwa traumatik itu.
2. Gangguan jiwa lainnya
 - a. Stres, yaitu reaksi tubuh yang sifatnya nonspesifik terhadap setiap tuntutan atasnya, misalnya, mengalami trauma kejahatan atau kekerasan seksual.
 - b. Kecemasan, yaitu gangguan alam perasaan (cemas, takut) sebagai dampak beban kehidupan atasnya, yaitu mengalami kejahatan atau kekerasan seksual.
 - c. Depresi, yaitu gangguan alam perasaan (sedih, murung, putus asa, ingin bunuh diri) sebagai akibat beban kehidupan atasnya, yaitu mengalami kejahatan atau kekerasan seksual.
 - d. Gangguan jiwa skizofrenia akibat beban kehidupan yang dirasakan terlampaui berat dan memalukan, yaitu mengalami kejahatan atau kekerasan seksual, jiwanya tidak kuat mengatasinya sehingga kepribadiannya retak (*splitting personality*). Maksudnya yang bersangkutan mengalami kepribadian ganda, menunjukkan perilaku, perasaan dan pikiran yang tidak wajar.
3. Penyakit kelamin penyakit kelamin (*veneral diseases*) disebut pula dengan istilah penyakit menular seksual (*sexually transmitted diseases*), artinya jenis penyakit ini ditularkan melalui hubungan

seksual di luar nikah (perzinaan) misalnya, pelacuran, seks bebas, perselingkuhan, homoseksual, perkosaan pada anak dan lain sejenisnya. Jenis penyakit ini tidak saja merusak alat kelamin dan organ reproduksi tetapi juga menimbulkan komplikasi di bidang medis, misalnya kemandulan, kecacatan, gangguan kehamilan, gangguan pertumbuhan, kanker bahkan juga kematian.

BAB III

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

Berdasarkan uraian mengenai beberapa fenomena yang berkaitan dengan kekerasan seksual yang dialami perempuan dan anak pada pembahasan sebelumnya, maka penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi yang menyeluruh, mendalam, dan mendetil mengenai bagaimana bentuk komunikasi terapeutik, proses komunikasi terapeutik, dan faktor-faktor yang menghambat praktik komunikasi terapeutik pada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat. Tentunya praktik komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh tim P2TP2A Provinsi Jawa Barat dalam melakukan pendampingan, advokasi, edukasi, dan belajar berkomunikasi di dalam keluarga.

Untuk lebih detilnya, tujuan dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Untuk mengetahui bentuk komunikasi terapeutik yang digunakan pada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat;
2. Untuk mengetahui proses komunikasi terapeutik pada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat;
3. Untuk mengetahui faktor-faktor yang menghambat dalam praktik komunikasi terapeutik dengan korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat.

Hasil dari penelitian ini diharapkan bisa meraih dua manfaat, yaitu secara akademis dan praktis, di antaranya:

1. Akademis

Secara akademis hasil penelitian tentang komunikasi terapeutik bisa menambah kekayaan ilmu komunikasi terapeutik, khususnya yang berkaitan dengan cara atau strategi komunikasi terapeutik dengan korban kekerasan seksual, baik perempuan maupun anak-anak. Juga bagaimana semakin efektifnya komunikasi terapeutik, mulai dari bentuk, proses dan faktor yang menghambat komunikasi terapeutik.

Mengingat jumlah korban yang terus bertambah di berbagai daerah, membutuhkan pengembangan-pengembangan strategi dan bentuk komunikasi terapeutik yang diharapkan bisa membantu korban pulih dari trauma, dan berani melawan atau mengkomunikasikan penderitaan yang didapatkannya, ketika ada upaya dari pihak-pihak yang mau melakukan kekerasan seksual.

2. Praktik

Secara praktik, diharapkan hasil penelitian ini bisa bermanfaat dalam mengatasi persoalan-persoalan yang dirasakan para korban kekerasan seksual di kalangan perempuan atau anak-anak, dan bisa membantu dalam mencegah terjadinya kembali kekerasan seksual di tempat lain. Khususnya kepada para pihak terkait, seperti dinas sosial baik di tingkat provinsi maupun kabupaten atau kota, kecamatan, desa, dan lingkungan tempat tinggal. Tidak terkecuali dengan sekolah yang bisa dilakukan pelatihan-pelatihan komunikasi terapeutik untuk mengobati korban dan mencegah terjadinya kekerasan seksual. Adanya peningkatan kesadaran dan kepedulian terhadap kasus kekerasan seksual yang terjadi di daerah masing-masing.

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1. Metode Penelitian

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus. Menurut Mulyana studi kasus adalah uraian dan penjelasan komprehensif mengenai berbagai aspek, seorang individu, suatu kelompok, suatu organisasi (komunitas), suatu program atau suatu gejala sosial (Mulyana, 2010: 201).

Pada penelitian ini uraian dan penjelasan komprehensif mengenai kelompok masyarakat Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Provinsi Jawa Barat, dan organisasi atau komunitasnya adalah P2TP2A Provinsi Jawa Barat yang senantiasa melakukan terapi penyembuhan kepada korban kekerasan seksual, advokasi dan pendampingan kepada korban ketika kasusnya lanjut pada pengadilan.

Sementara Yin mengatakan bahwa studi kasus dapat dibagi ke dalam *single-case* dan *multiple-case*. *Single-case* digunakan jika kasus yang diteliti merupakan kasus ekstrim atau unik, memenuhi untuk menguji teori-teori yang ada, memiliki kesempatan untuk mengobservasi dan menganalisis fenomena yang sebelumnya tidak diselidiki secara ilmiah. Sedangkan *multiple-case* memungkinkan dilakukannya perbandingan di antara beberapa kasus (Yin, 2009: 46-48). Untuk kasus dalam penelitian ini adalah satu kasus, yaitu kasus mengenai kekerasan seksual yang sudah terjadi di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat.

Tipe studi kasus yang dipilih dalam penelitian ini ialah *single-case study*, terutama pada kasus kekerasan seksual yang dialami perempuan dan anak-anak. Selain itu, melihat pada tujuan dari penelitian ini, adalah untuk memperoleh informasi menyeluruh, mendalam, dan mendetil mengenai pola komunikasi pada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat.

4.2. Lokasi Penelitian

Sebagaimana disinggung di atas, penelitian ini dilakukan di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat Provinsi Jawa Barat. Pemilihan lokasi penelitian di sini, didasarkan pada tiga alasan, yaitu: *pertama*, lokasi penelitian ini merupakan daerah yang menjadi desa binaan Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) Jawa Barat, khususnya binaan setelah terjadinya kasus kekerasan seksual yang dialami anak-anak dan perempuan sampai benar-benar korban pulih dari trauma dan bisa melanjutkan kegiatan atau aktivitas seperti biasa.

Kedua, kasus kekerasan seksual yang terjadi di sini merupakan kasus yang unik, karena pelaku dan korbannya adalah tinggal satu kampung dengan pelaku yang dianggap sebagai orang beragama dan terhormat, dengan jumlah korban yang cukup banyak, yaitu sekitar 28 orang.

Ketiga, kasus kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat tergolong kasus yang lama tereksposnya. Di antara kendala lambat atau lamanya kasus itu diungkap, karena ketidakberanian masyarakat dalam mengungkap kasus yang diterima warganya. Termasuk para korban, seperti yang tidak berani mengatakan yang sesungguhnya.

4.3. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara mendalam (*depth interview*)

Untuk mendapatkan data yang mendalam dan detil, maka teknik pengumpulan data yang pertama adalah wawancara mendalam. Dengan menggunakan pedoman wawancara yang disusun sesuai dengan pertanyaan yang ingin diketahui, harapannya agar ketika wawancara tidak melebar dan menjauhi tema atau persoalan penelitian yang ingin dicari jawabannya. Dan pertanyaan-pertanyaan ketika wawancara dilakukan secara bebas, natural dan tidak mengikat. Wawancara dilakukan pada tim P2TP2A yang menjadi fasilitator, pendamping dan yang mempraktikkan komunikasi terapeutik. Dilakukan juga wawancara terhadap informan lain yang dianggap kompeten dan bisa memberikan data dan informasi seputar kekerasan seksual dari petugas RT, RW, dan aparatur Desa Cijambu. Wawancara dilakukan untuk mendapatkan data tambahan seputar kebijakan pemerintah setempat menyangkut cara pengendalian, pengobatan para korban kekerasan seksual.

2. Observasi Partisipatif

Langkah kedua dalam melakukan pengumpulan data ialah dengan observasi partisipatif, yaitu kegiatan pengamatan terhadap informan. Ketika proses pengamatan itulah peneliti akan mencoba mencermati dan memperhatikan secara akurat, mencatat fenomena yang muncul dan memperhatikan. Observasi ini dilakukan untuk menemukan data yang dianggap tidak bisa didapatkan, atau luput ketika proses wawancara (Purwandari, 2001).

Observasi yang akan dilakukan peneliti ialah dengan observasi partisipatif, yaitu peneliti berusaha terlibat langsung dengan aktivitas informan. Di sini peneliti terlibat dengan kegiatan sehari-hari orang yang sedang diamati atau digunakan sebagai sumber data penelitian. Dengan teknik seperti ini, data yang diperoleh lebih lengkap dan pada tingkat makna dari setiap perilaku (Sugiyono, 2009: 227).

3. Studi Dokumentasi

Tahap ketiga dalam pengumpulan data ialah studi dokumentasi. Ini untuk mendapatkan data-data sekunder sebagai pelengkap dari tahap wawancara dan observasi partisipatif. Studi dokumentasi ini pada buku-buku, catatan-catatan, arsip, foto, dan beberapa dokumen penting yang cocok dengan tema penelitian ini.

4.4. Analisis Data

Proses analisis data dimulai dengan menelaah seluruh data yang didapatkan dari tiga langkah pengumpulan data, yaitu: wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Dan analisis data dilakukan secara bertahap. Setidaknya ada beberapa tahapan dalam menganalisis data, di antaranya:

1. Reduksi Data

Sebelum reduksi data dilakukan, data hasil wawancara ditranskripsikan terlebih dahulu, dan data hasil observasi dan studi dokumentasi dideskripsikan, hal ini dalam rangka memudahkan dalam kategorisasi data, sehingga dapat menggambarkan berbagai tema dan pola yang relevan dengan penelitian.

2. Display Data

Setelah reduksi data, langkah analisis data berikutnya ialah display data. Dalam proses display atau penyajian data, dilakukan pengkategorisasian data yang sudah dipelajari sesuai dengan rumusan masalah penelitian.

3. Penafsiran Data

Langkah terakhir dalam analisis data ialah penafsiran data dari data-data yang sudah dikategorisasi dan didisplay. Penafsiran data ini dilakukan dengan tujuan untuk menyusun generalisasi data yang sesuai dengan kategori-kategori rumusan penelitian. Penafsiran atau interpretasi menggambarkan perspektif atau pandangan peneliti.

BAB V

HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

5.1. Kondisi Objektif Lokasi Penelitian

5.1.1 Kondisi Objektif Desa Cijambu

Kampung Ciseureuh Desa Cijambu terletak di Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat. Kantor Desa Cijambu beralamat di Jalan Cikaracak nomor 88, dengan kepala desa H.M. Burdah Suhendar,S.Pd.I, dan Nida Inayah,S.Pd.I sebagai sekretaris desa.

Desa Cijambu bisa diakses dengan mudah melalui dua jalur, yaitu jalur Soreang-Cililin dan Rajamandala. Bisa menggunakan kendaraan roda dua ataupun roda empat. Jalan yang bagus dan petunjuk jalan yang memudahkan siapa pun untuk berkunjung ke Desa Cijambu.

Berdasarkan Peraturan desa Nomor 147.1/05/Perdes/2016 dan Peraturan daerah Nomor 22 Tahun 2009, bahwa Desa Cijambu memiliki luas wilayah menurut penggunaan sekitar 527,45 Ha yang terdiri dari luas tanah sawah sekitar 170,27 Ha, luas tanah kering sekitar 193,46 Ha, luas tanah perkebunan sekitar 38,20 Ha, luas fasilitas umum sekitar 31,56 Ha, dan luas tanah hutan sekitar 93,96 Ha. Tanah sawah yang seluas 170,27 Ha, yang terdiri dari sawah irigasi sekitar 25,00 Ha, sawah tadah hujan 145,27 Ha. Tanah yang digunakan untuk pemukiman 71,10 Ha, tanah untuk pekarangan 28,40 Ha, tanah perkebunan negara 28,20 Ha, tanah perkebunan swasta sekitar 10,00 Ha. Tanah yang dijadikan hutan lindung dan hutan produksi sekitar 93,96 Ha.

Desa Cijambu memiliki curah hujan 700,00 mm. Jumlah bulan hujan 6,00 bulan. Kelembapan di Desa Cijambu 10,00. Suhu rata-rata harian 35 derajat celcius. Tinggi tempat dari permukaan laut 650,00 mdl. Warna tanah sebagian besar hitam, meskipun ada juga cadas. Tekstur tanah lempung. Tingkat kemiringan tanah 15 derajat. Luas tanah erosi ringan 3,00 Ha. Luas tanah erosi sedang 1,5 Ha.

Jarak ke Kecamatan Cipongkor 7 Km. Lama jarak tempuh ke Kecamatan Cipongkor dengan kendaraan bermotor 30 menit. Lama jarak tempuh ke Kecamatan Cipongkor kalau berjalan kaki, atau kendaraan non bermotor 1,5 Jam. Kendaraan umum kalau menuju ke Kecamatan Cipongkor sebanyak 2 unit.

Jarak dari Desa Cijambu ke Kabupaten Bandung Barat 52 Km. Lama jarak tempuh dari Desa Cijambu ke Kabupaten Bandung Barat dengan kendaraan bermotor 2,5 Jam. Lama jarak tempuh ke ibu kota kabupaten dengan berjalan kaki atau kendaraan non bermotor 9 jam. Kendaraan umum ke ibu kota kabupaten 2 unit.

Jarak dari Desa Cijamub ke Kota Bandung dan Provinsi Jawa Barat sekitar 67 Km. Lama jarak tempuh ke ibu kota provinsi dengan kendaraan

bermotor 3 jam. Lama jarak tempuh ke ibu kota provinsi dengan berjalan kaki atau kendaraan non bermotor 15,00 Jam. Kendaraan umum ke ibu kota provinsi 5 unit.

Jumlah keluarga memiliki tanah pertanian 1.575 keluarga. Jumlah total keluarga petani 1.892 keluarga. Jumlah keluarga memiliki tanah perkebunan 976 keluarga, dan keluarga yang tidak memiliki tanah pertanian 873 keluarga.

Bidang peternakan yang beternak bebek 43 orang sebanyak 287 ekor, beternak domba 420 orang sebanyak 1.172 ekor, yang beternak angsa sekitar 3 orang sebanyak 13 ekor, dan yang beternak kelinci sekitar 15 orang sebanyak 47 ekor.

Keluarga di Desa Cijambu masih menggunakan sumur gali sebanyak 1488, yang dimanfaatkan oleh sejumlah 1488 keluarga dengan kondisi baik. Sementara sungai ada 2 yang dimanfaatkan oleh 169 keluarga. Belum semuanya keluarga bisa menggunakan atau memiliki sumur gali, mereka masih ada yang menggunakan air sungai untuk memenuhi kebutuhan air keluarga.

Desa Cijambu memiliki 5 SD yang semuanya sudah terakreditasi, dengan jumlah guru 54 dan jumlah murid 979. Di Desa Cijambu juga terdapat 1 Tsanawiyah dengan jumlah guru 30 dan siswa 317, dan sudah ada 1 Madarasah Aliyah dengan jumlah guru 34 dengan siswa 282.

Desa Cijambu juga mementingkan kesehatan, terbukti sudah ada Poliklinik/balai pengobatan 1 unit. Rumah Bersalin 1 unit. Jumlah dokter umum 1 orang, Bidan 2 orang. Meskipun jumlah tersebut masih kurang dari kebutuhan yang ideal. Dan di Desa Cijambu semuanya sudah menggunakan listrik, dengan 1434 unit. Di samping itu ada juga genset pribadi 4 unit.

Jumlah penduduk tahun 2018 di Desa Cijambu mengalami peningkatan dari tahun sebelumnya, untuk jumlah penduduk laki-laki 3.557 orang dan perempuan 3.494 orang. Jumlah penduduk tahun lalu laki-laki 3.576 orang dan perempuan 3.398 orang.

Jumlah angkatan kerja (penduduk usia 18-56 tahun) 2.409 orang; Jumlah penduduk usia 18-56 tahun yang masih sekolah dan tidak bekerja 316 orang; Jumlah penduduk usia 18-56 tahun yang menjadi ibu rumah tangga 1603 orang; Jumlah penduduk usia 18-56 tahun yang bekerja penuh 2.197 orang; Jumlah penduduk usia 18-56 tahun yang bekerja tidak tentu 1.067 orang; Jumlah penduduk usia 18-56 tahun yang cacat dan tidak bekerja 4 orang; Jumlah penduduk usia 18-56 tahun yang cacat dan bekerja 2 orang.

Jumlah keluarga prasejahtera 1.250 keluarga; Jumlah keluarga sejahtera 1.495 keluarga; Jumlah keluarga sejahtera 2.147 keluarga; Jumlah keluarga sejahtera 30 keluarga; Jumlah keluarga sejahtera 3 plus 0 keluarga; Jumlah rumah tangga 43 Keluarga; Jumlah total anggota rumah tangga 171 orang; Jumlah rumah tangga buruh tani 44 Keluarga; Jumlah anggota rumah

tangga buruh 113 orang; Jumlah pendapatan perkapita dari sektor tersebut untuk setiap rumah tangga Rp 1.500.000,00.

Jumlah pendapatan Kepala Keluarga rata-rata di Desa Cijambu Rp 2.750.000,00. Jumlah pendapatan dari anggota keluarga yang bekerja Rp 1.500.000,00. Jumlah pendapatan tersebut terbagi ke dalam beberapa sektor mata pencaharian. Struktur mata pencaharian sektor pertanian petani 23 orang, buruh tani 15 orang, pemilik usaha tani 23 orang. Sektor perkebunan karyawan perusahaan perkebunan 3 orang, buruh perkebunan 9 orang, pemilik usaha perkebunan 11 orang. Sektor peternakan buruh usaha peternakan 8 orang, pemilik usaha peternakan 48 orang.

Perumahan di Desa Cijambu yang rumahnya sudah ditembok 1.022 rumah, masih menggunakan bilik bambu 759 rumah. Rumah yang sudah menggunakan keramik 1.022 rumah, dan rumah yang masih menggunakan kayu 756 rumah. Rumah menurut atap genteng 1.626 rumah.

Tingkat pendidikan penduduk Desa Cijambu cukup beragam. Jumlah penduduk buta aksara dan huruf latin 7 orang. Jumlah penduduk usia 3-6 tahun yang masuk TK dan Kelompok Bermain Anak 295 orang. Jumlah anak dan penduduk cacat fisik dan mental 11 orang. Jumlah penduduk sedang SD/ sederajat 955 orang. Jumlah penduduk tamat SD/ sederajat 159 orang. Jumlah penduduk tidak tamat SD/ sederajat 132 orang. Jumlah penduduk sedang SLTP/ sederajat 435 orang. Jumlah penduduk tamat SLTP/ sederajat 89 orang. Jumlah penduduk sedang SLTA/ sederajat 350 orang. Jumlah penduduk tidak tamat SLTP/ Sederajat 112 orang. Jumlah penduduk tamat SLTA/ Sederajat 61 orang. Jumlah penduduk sedang D-1 0 orang. Jumlah penduduk tamat D-1 10 orang. Jumlah penduduk sedang D-2 0 orang. Jumlah penduduk tamat D-2 0 orang. Jumlah penduduk sedang D-3 4 orang. Jumlah penduduk tamat D-3 7 orang. Jumlah penduduk sedang S-1 29 orang. Jumlah penduduk tamat S-1 132 orang. Jumlah penduduk sedang S-2 0 orang. Jumlah penduduk tamat S-2 2 orang. Jumlah penduduk tamat S-3 0 orang. Jumlah penduduk sedang SLB A 0 orang. Jumlah penduduk tamat SLB A 0 orang. Jumlah penduduk sedang SLB B 0 orang. Jumlah penduduk cacat fisik dan mental 11 orang.

Perkembangan pasangan usia subur dan KB. Pasangan Usia Subur Jumlah remaja putri usia 12 – 17 tahun 638 orang. Jumlah perempuan usia subur 15 – 49 tahun 1.431 orang. Jumlah wanita kawin muda usia kurang dari 16 tahun 0 orang. Jumlah pasangan usia subur 1.293 pasangan.

Jumlah akseptor KB 724 orang. Jumlah pengguna alat kontrasepsi suntik 432 orang. Jumlah pengguna metode kontrasepsi spiral 13 orang. Jumlah pengguna alat kontrasepsi kondom 7 orang. Jumlah pengguna metode kontrasepsi pil 220 orang. Jumlah pengguna metode vasektomi 8 orang. Jumlah pengguna metode kontrasepsi tubektomi 2 orang. Jumlah pengguna metode KB Kelender/KB Alamiah 0 orang. Jumlah pengguna metode KB

obat tradisional 0 orang. Jumlah pengguna alat kontrasepsi metode xxx 42 orang. Jumlah PUS yang tidak menggunakan metode KB 569 orang. Angka harapan hidup penduduk Desa/Kelurahan 60,00 tahun. Angka harapan hidup penduduk Kabupaten/Kota 60,00 tahun. Angka harapan hidup provinsi 60,00 tahun. Angka harapan hidup nasional 60,00 tahun.

Jumlah anggaran belanja dan penerimaan Desa Cijambu tahun 2018 Rp 1.211.445.786,00. Sumber Anggaran APBD Kabupaten/Kota Rp 99.395.070,00. Bantuan Pemerintah Kabupaten/Kota Rp 7.750.000,00. Bantuan Pemerintah Provinsi Rp 115.000.000,00. Bantuan Pemerintah Pusat Rp 319.112.000,00. Pendapatan Asli Desa Rp 2.800.000,00. Swadaya Masyarakat Desa dan Kelurahan Rp 2.000.000,00. Alokasi Dana Desa Rp 665.388.716,00. Sumber pendapatan dari perusahaan yang ada di desa/kelurahan Rp 0,00. Sumber pendapatan lain yang sah dan tidak mengikat Rp 0,00. Jumlah belanja publik/belanja pembangunan Rp 917.833.964,00. Jumlah belanja aparatur/pegawai Rp 273.514.793,00.

5.1.2 Kondisi Objektif P2TP2A

Dalam rangka memberikan perlindungan bagi perempuan dan anak dari bahaya kekerasan, yang beberapa tahun terakhir jumlah korbannya terus meningkat di wilayah Jawa Barat dan sekitarnya, maka dibentuklah sebuah pelayanan terpadu yang diselenggarakan oleh sebuah lembaga khusus dan fokus pada bidang tersebut.

Oleh karena itu, pemerintah pusat dan daerah, wajib menyelenggarakan kebijakan pembentukan Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak, yang merupakan upaya konkrit dalam konsep besar tersebut, yaitu adanya keberanian warga melapor ketika ada kekerasan pada perempuan dan anak, dan mencegah tidak lagi ada korban kekerasan yang dialami perempuan dan anak.

Langkah awal Pemerintah Provinsi Jawa Barat menugaskan Badan Pemberdayaan Perempuan dan Anak Keluarga Berencana (BBPKB), untuk membentuk Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak yang populer dengan singkatan P2TP2A.

Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) Jawa Barat merupakan jawaban yang diharapkan dapat memberi jalan keluar bagi pemberdayaan perempuan dan anak, khususnya di Jawa Barat. Karena seiring waktu perkembangan zaman dan kebebasan informasi, banyak pelaku yang berkeliaran mencari korban. Kehadiran P2TP2A diharapkan perempuan dan anak-anak tidak lagi menjadi subordinat para penguasa rumah tangga atau keluarga.

Pendirian lembaga P2TP2A ini diperkuat oleh Peraturan Gubernur Jawa Barat Nomor 15 tahun 2010 tentang kesetaraan gender dan

perlindungan anak, sebagai bagian dari upaya perlindungan Hak Azasi Manusia (HAM), khususnya perempuan dan anak.

P2TP2A sebagai pusat kegiatan terpadu menyediakan pelayanan bagi perempuan dan anak korban kekerasan yang meliputi : pelayanan informasi, konsultasi psikologis, hukum, pendampingan advokasi, serta pelayanan medis dan rumah aman (*shelter*) melalui rujukan secara gratis.

P2TP2A Provinsi Jawa Barat memiliki visi, misi, tujuan khusus dan umum sebagai berikut:

Visi:

“Optimalisasi kualitas SDM melalui perlindungan dan pemberdayaan perempuan dan anak dari tindak kekerasan sesuai dengan prinsip Hak Asasi Manusia berlandaskan Keimanan dan Ketakwaan”

Misi:

1. Menjadikan P2TP2A sebagai basis pemberdayaan perempuan dan anak secara preventif, kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu
2. Membangun kualitas fisik, spiritual, mental dan intelektual yang optimal untuk perempuan dan anak.
3. Memberikan pelayanan yang meliputi pendampingan psikologis, advokasi serta informasi terhadap perempuan dan anak yang mengalami tindakan kekerasan.
4. Membangun gerakan bersama untuk mencegah dan menghapus tindakan kekerasan terhadap perempuan dan anak.
5. Membangun jejaring dan menggali potensi masyarakat dalam upaya mencegah dan menghapus kekerasan terhadap perempuan dan anak.

Tujuan Umum:

Membebaskan perempuan dan anak Jawa Barat dari segala bentuk diskriminasi menuju manusia yang mandiri dan bermartabat.

Tujuan Khusus:

1. Meningkatkan tanggung jawab semua pihak untuk mencegah, menghentikan dan tidak mentolelir segala bentuk kekerasan terhadap perempuan dan anak.
2. Menyediakan sarana informasi dan pelayanan bagi penyelesaian masalah yang dihadapi perempuan dan anak korban tindak kekerasan.
3. Meningkatkan kepedulian berbagai lembaga atau organisasi masyarakat dan pemerintah untuk memberikan pelayanan yang bersahabat bagi perempuan dan anak.
4. Memberikan penguatan mental, spiritual dan intelektual perempuan dan anak.

5. Meningkatkan derajat kesehatan perempuan dan anak melalui upaya promotif dan preventif.

Moto P2TP2A :

“WADAH BINEKAS” yang mempunyai arti “Perempuan dan Anak Berdaya karena Berilmu, Kreatif, dan Cerdas”.

P2TP2A dengan demikian merupakan wadah pemberdayaan dan perlindungan perempuan dan anak yang berbasis masyarakat. Wahana P2TP2A memiliki berbagai fungsi, seperti penyediaan data dan informasi, pusat rujukan dan pelayanan, baik medis maupun konseling.

Di samping itu, sebagai pusat pemberdayaan dan perlindungan perempuan dan anak, P2TP2A juga memberikan pelayanan di seluruh bidang kehidupan, terutama di sektor pendidikan dan pelatihan, kesehatan, ekonomi dan hukum.

Saat ini P2TP2A Provinsi Jawa Barat beralamat di Jalan L.L.R.E Martadinata Nomor 2 Bandung Telp : (022)4230609 Fax : (022)4230609 Hotline : 0-800-1000-400 Phone: +622242306 09 Fax: 622-4230609 Hotline : 0-800-1000-400 Email: p2tp2a_jabar@yahoo.com Website : www.p2tp2ajabar.org.

Dengan tanggung jawab yang begitu luas untuk mengoperasikan lembaga, P2TP2A dibutuhkan sinergi yang sangat baik dengan berbagai pemangku kepentingan (stakeholders), baik dengan pihak pemerintah maupun dengan pihak swasta, LSM dan masyarakat lainnya.

Pemerintah Provinsi Jawa Barat memfasilitasi pembentukan P2TP2A yang ada di kota dan kabupaten di seluruh Jawa Barat. Sedangkan proses selanjutnya diserahkan sepenuhnya kepada Pemerintah Daerah kabupaten dan kota, bersama masyarakat setempat, untuk pengelolaan dan pemberian layanan kepada masyarakat dengan pengertian bahwa kedudukan dan peran P2TP2A adalah dari, untuk dan oleh masyarakat.

Sudah banyak kasus perempuan dan anak yang menjadi korban kekerasan seksual di tangani oleh P2TP2A ini. berkat bantuan dan kontribusi P2TP2A, para korban pun sudah bisa kembali melakukan aktivitas sehari-hari dan hidup kembali normal seperti biasa. Mereka bisa melanjutkan kehidupannya dengan aman, nyaman, dan memiliki percaya diri tinggi yang berbeda sebelum di tangani oleh P2TP2A.

5.1.3. Profil Informan

Informan dalam penelitian ini ada 4 orang yang terdiri dari Resty Widyasari perwakilan dari Psikolog karena beliau merupakan lulusan psikologi UPI, dan dalam tim P2TP2A sebagai pendamping korban dalam tim *in service*. Tugas Ibu Resty Widyasari dalam pendampingan ke korban

ialah melakukan komunikasi *vis to vis* dengan korban, melakukan pendekatan psikologis kepada korban. Ibu Resty Widyasari membantu memulihkan psikis para korban, agar para korban mau kembali membuka diri untuk berinteraksi dengan orang lain, dan pulih rasa percaya dirinya. Ibu Resty inilah yang memulihkan rasa malu, rasa bersalah, rasa berdosa korban sampai mereka kembali normal. Data-data seputar komunikasi dalam proses pendampingan terhadap korban dan keluarga korban dibutuhkan dari Ibu Resty Widyasari.

Informan berikutnya ialah Bapak Endang selaku Ketua Rukun Tetangga Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat. Bapak Endang merupakan aparat desa yang dekat dengan para keluarga dan korban. Karena para korban adalah warga Bapak Endang dan sudah dekat dengannya. Tugas Bapak Endang adalah memediasi antara keluarga dan korban dengan aparat desa, pihak berwajib, dan tim P2TP2A. Membantu korban dan keluarga korban untuk bangkit dari keterpurukan masalah yang menimpanya. Bapak Endang juga berperan dalam memberi ketenangan, kenyamanan, dan keamanan keluarga dan korban selama proses penyelidikan sampai pengadilan. Bahkan sampai benar-benar tuntas masalah kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat. Data-data berkaitan dengan peran dan tugasnya sebagai Ketua Rukun Tetangga dibutuhkan dari Bapak Endang.

Informan yang ketiga adalah Ibu Hannah, seorang dosen di Fakultas Ushuludin Universitas Islam Negeri Sunan Gunung Djati Bandung. Ibu Hannah ini di dalam tim P2TP2A sebagai ahli bidang agama, dan tugasnya adalah terapi keagamaan kepada para korban kekerasan seksual. Tidak hanya diterapi dalam pendampingan mental, tetapi para korban juga dibangkitkan dari sisi spiritualitasnya. Dikuatkan lagi keimanan dan keyakinannya agar semakin mantap dalam menjalankan ibadah dan kehidupannya sehari-hari.

5.1.4. Kronologis Kejadian Kejahatan Seksual

Kasus kekerasan seksual terhadap anak di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kabupaten Bandung Barat mulai terungkap ketika salah seorang korban terakhir, dari 28 korban yang teridentifikasi, tidak mau untuk menghadiri pengajian yang rutin diikutinya pada setiap sore. Melihat ada yang ganjil dan aneh pada diri anak, pihak keluarganya mempertanyakan kenapa anak mereka tidak mau mengikuti pengajian rutin tersebut.

Berbagai upaya dilakukan agar si anak mau mengaji dan mau menceritakan alasan kenapa tidak mau mengaji. Akhirnya si korban pun memberikan penjelasan pada orang tuanya bahwa guru ngajinya memanggil dia ke kamar si guru ngaji. Di dalam kamar guru ngaji, organ tubuh korban diraba-raba, namun karena korban termasuk orang yang berani, dia berani

menolak ajakan guru ngajinya sehingga tidak terjadi pelecehan lebih jauh pada dirinya.

Setelah mendengar dan mengetahui secara detil laporan anaknya yang telah menjadi korban guru ngaji, akhirnya orang tua melaporkan kejadian tersebut kepada ketua Rukun Tetangga. Berdasarkan laporan orang tua inilah terungkap kasus-kasus dan korban-korban lainnya mulai berani bicara. Dan ternyata tidak hanya satu dan dua yang telah menerima perlakuan pelecehan guru ngaji di kamarnya, tetapi lebih dari satu orang.

Berdasarkan pengaduan masyarakat dan keluarga korban kepada ketua RT. Ketua RT inilah yang aktif melakukan koordinasi dengan kepala Desa Cijambu, dan pihak kepolisian untuk mengungkap kasus-kasus dan menelusuri para korban. Setelah mendapatkan bukti dan saksi yang kuat, akhirnya ditangkap dan dilakukan penyelidikan pada si pelaku kejahatan seksual.

Kerja keras ketua RT dan kepolisian akhirnya mampu mengungkap dan menangkap si pelaku, dan mendapatkan jumlah korban yang ternyata banyak, yaitu sekitar 28 korban. Meskipun korban yang bersedia untuk dilakukan Berita Acara Pemeriksaan hanya 12 orang 28 korban.

Hasil penyelidikan aparat kepolisian kepada pelaku kejahatan seksual. Didapatkan informasi bahwa modus pelaku dalam melakukan pelecehan seksual pada anak-anak adalah dengan menakuti-nakuti anak-anak yang menjadi santrinya, dengan menunjukkan boneka jenglot dan mengancam akan terjadi apa-apa jika tidak menuruti kehendak atau nafsu bejatnya. Semakin anak merasa ketakutan terhadap ancamannya, maka semakin bebas dan leluaslah pelaku melakukan aksi bejatnya.

Selang beberapa bulan setelah kejadian, informasi mengenai kekerasan seksual di Desa Cijambu akhirnya sampai ke P2TP2A. Di samping juga P2TP2A Provinsi Jawa Barat mendapatkan laporan dari BP3AKB Kabupaten Bandung Barat bahwa terdapat kasus anak-anak yang menjadi korban pencabulan oleh guru ngaji mereka di Kampung Ciseureuh Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat pada bulan Maret 2013. Laporan tersebut kemudian ditindaklanjuti oleh Kepala Badan BP3AKKB dan Wakil Ketua P2TP2A Provinsi Jawa Barat dengan mengunjungi beberapa korban di tempat tinggalnya, yaitu di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kabupaten Bandung Barat.

Tim P2TP2A pun langsung menganalisis kasus tersebut secara langsung. Hasil analisis didapatkan beberapa catatan pada kondisi korban yang ternyata masih berusia anak-anak, masih sekolah. Jumlah korban sekitar 28 orang (laporan awal). Di analisis juga mengenai kesiapan sarana dan prasarana P2TP2A Kabupaten Bandung Barat, dan melihat kemungkinan-kemungkinan peran serta fungsi P2TP2A Provinsi Jawa Barat dalam kasus

yang dialami korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kabupaten Bandung Barat.

Berdasarkan temuan fakta dan data-data di lapangan, kemudian P2TP2A Provinsi Jawa Barat berinisiatif untuk merancang dan melakukan program terpadu bagi pemulihan korban kekerasan seksual. Kondisi tersebut menjadi dasar perancangan program 'in service' oleh P2TP2A di Kampung Ciseureuh.

Program '*in Service*' diusulkan dan disetujui dalam '*case conference*' pada tanggal 11 April 2013 di kantor P2TP2A Provinsi Jawa Barat yang dihadiri oleh BP3AKB Kabupaten Bandung Barat, Dinas Pendidikan, Kementerian Agama dan P2TP2A Provinsi Jawa Barat.

Sesuai dengan *Standard Operating Procedure* (SOP) P2TP2A dalam penanganan korban kekerasan seksual maupun trafiking, maka program bagi korban Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor juga mengikuti prosedur standar, yaitu penanganan psikologi dan keagamaan, yang dilanjutkan dengan pemberdayaan.

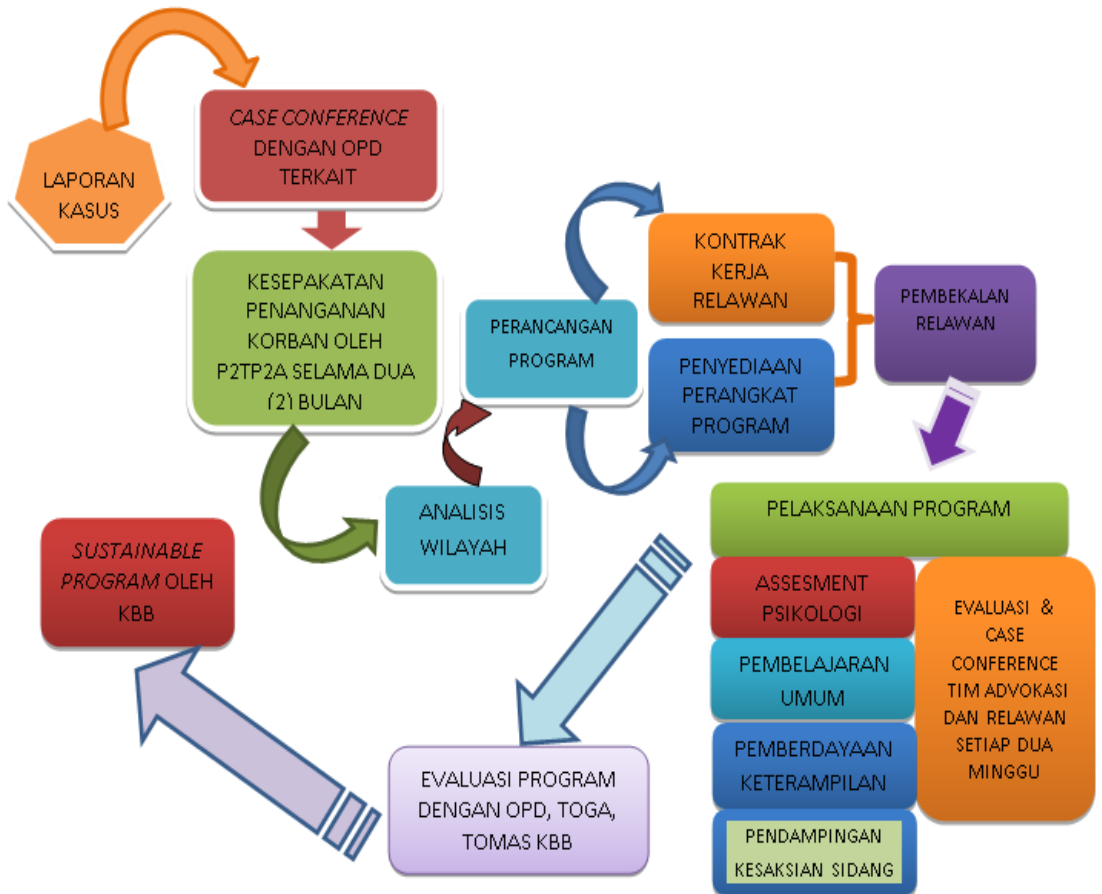
P2TP2A Provinsi Jawa Barat tidak melakukan penanganan medis pada korban kekerasan seksual, karena tim dari Kabupaten Bandung Barat sudah melakukannya terlebih dahulu, dan dianggap sudah representative dan korban secara fisik sudah sehat.

Perbedaan penanganan kasus terletak pada lokasi pelaksanaan program yang dilaksanakan di wilayah domisili korban, dan durasi waktu yang jauh lebih lama dari SOP yang biasa dilakukan. Waktu untuk program *trauma healing* ini dilakukan selama dua (2) bulan; dimulai dari tanggal 20 April – 20 Juni 2013.

Selama dua bulan korban didampingi secara intensif oleh lima (5) orang relawan yang terdiri dari dua (2) orang sarjana Psikologi dan dua (2) orang Sarjana Agama, dibantu oleh satu orang tenaga administrasi. Program yang dilaksanakan adalah:

1. Penanganan psikologi
2. Pembelajaran bidang agama dan pengetahuan umum
3. Pemberdayaan keterampilan, dan
4. Pendampingan hukum

Mengenai alur penanganan korban di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat yang dilakukan P2TP2A Provinsi Jawa Barat bisa dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 4.1. Alur penanganan Korban Ciseureuh
 Sumber : Hasil Kajian P2TP2A

Dalam kasus kekerasan seksual di Kabupaten Bandung Barat ini, keterlibatan warga terutama ketua Rukun Tetangga (RT) untuk melaporkan peristiwa yang terjadi di lingkungannya. Laporan kepada pihak kepolisian Polres Cimahi ditanggapi dengan sigap oleh aparat penegak hukum dengan melakukan penangkapan, penahanan tersangka, dan melakukan pemeriksaan pada korban.

Penanganan korban yang menjadi tupoksi P2TP2A Kabupaten Bandung Barat diupayakan sesuai dengan kapasitas P2TP2A pada saat itu, yang belum memiliki sarana dan prasarana yang memadai. Namun berusaha optimal dalam melaksanakan tugas dan perannya dalam membantu para korban.

Hasil pengamatan, wawancara mendalam dan test psikologi yang dilakukan tim P2TP2A, kemudian dengan visitasi pada keluarga korban, ada

beberapa catatan mengenai dampak dari kekerasan seksual, adalah sebagai berikut:

1. Secara umum korban memiliki taraf kecerdasan tergolong di bawah rata-rata kelompok usianya. Hambatan dalam optimalisasi kemampuan atau fungsi kognitif bisa dimungkinkan karena faktor minimnya stimulasi. Daerah yang cukup terpencil tampak menghambat proses transformasi informasi yang pada akhirnya berpengaruh pada terbatasnya wawasan dan pengetahuan korban. Dengan taraf kecerdasan yang tergolong di bawah rata-rata kelompok usianya, umumnya korban memiliki kesulitan dalam penyelesaian masalah secara efektif. Hal ini tampak pada saat korban menghadapi tindakan maupun ancaman pelaku kekerasan seksual, para korban tidak mampu keluar dari permasalahan tersebut sehingga masalah/kasus kekerasan seksual terjadi secara berulang. "Kelemahan" yang dimiliki anak-anak yang menjadi korban, dimanipulasi pelaku atas nama otoritas sebagai guru.
2. Terkait dengan kasus kekerasan seksual yang dialami dua belas anak yang menjadi korban, tampak munculnya emosi negatif pada korban seperti rasa marah, rasa takut, rendahnya rasa keberhargaan diri maupun konsep diri.
3. Dalam usia yang masih tergolong kanak-kanak akhir, para korban tampak kesulitan dalam mengelola emosi dan mengekspresikan emosi pada lingkungannya. Kesulitan dalam mengekspresikan emosi khususnya pada saat menghadapi tekanan kekerasan seksual yang dialaminya tanpa sadar hanya disimpan dalam dirinya sendiri. Akibatnya tekanan yang berlebihan, emosi negatif yang disimpan dalam diri akhirnya mendorong keluar dalam bentuk mimpi-mimpi buruk sebagaimana dialami pada beberapa pelaku.
4. Perasaan kecewa, takut dan kemarahan terkait kekerasan seksual yang menimpa korban, seyogyanya memiliki tempat untuk dapat disalurkan secara efektif dalam upaya menjaga stabilitas perkembangan emosi para korban sehingga para korban yang masih tergolong kanak-kanak akhir, dan remaja awal, dapat melanjutkan proses tumbuh kembangnya secara sehat.
5. Sehubungan kekerasan seksual yang dialami, umumnya korban mengalami ketidakpercayaan diri terutama pada saat korban menjalin relasi sosial. Selain itu anak-anak yang menjadi korban kekerasan seksual ini umumnya mengalami kesulitan dalam penempatan diri di lingkungan sosialnya, kurang inisiatif dan cenderung pasif terutama dalam membina relasi dengan lingkungan yang baru. Kondisi ini diperburuk dengan penilaian negatif dan kurangnya penerimaan dari lingkungan sosial sehingga berpengaruh pada penyesuaian diri para korban dalam lingkungan sosialnya.

Ada beberapa upaya dan cara yang dilakukan tim P2TP2A dalam membantu para korban akan kembali normal dan sehat seperti sedia kala. Di antaranya ialah tim P2TP2A memberikan stimulus keterampilan sebagai kegiatan tambahan para korban agar bisa melupakan masa-masa kelamnya. Selain itu, juga diberikan pembelajaran bidang keagamaan dan pengetahuan umum. Materi-materi ini diberikan kepada korban di bulan kedua pemulihan. Tepatnya setelah hasil penanganan psikologi selesai dilakukan.

Ada jenis keterampilan yang dilatihkan kepada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh, di antaranya:

- 1) Tata boga (memasak sederhana seperti pembuatan bola-bola coklat, fried chicken, popcorn, puding dan lain-lain)
- 2) Kesenian (tari merak)
- 3) Tata Rias (cara berpakaian sesuai syariat Islam dan riasan untuk tampil dalam ekspos Binaan)
- 4) Olahraga (taekwondo dan Aerobik)
- 5) Pembuatan Asesoris (bros, pemasangan payet)
- 6) *Public Speaking* (Pidato, Puisi dan MC)

Hasil dari pemberian keterampilan ini ditunjukkan oleh kemampuan mereka dalam mementaskan hasil latihan pada program Paturay Tineung pada tanggal 18 Juni 2013. Bisa dilihat dari kepercayaan diri para korban kekerasan seksual ketika tampil di depan penonton terlihat baik, dan menunjukkan antusiasme sebagai anak-anak yang memiliki potensi untuk berkembang.

Para korban kekerasan kembali bisa berbaur dan berinteraksi dengan masyarakat sekitar tempat tinggalnya, atau bermain kembali dengan teman-teman sebayanya nampak sudah cukup baik. Para korban mulai bisa membuka komunikasi dan memiliki percaya diri untuk bergaul dengan sesamanya. Tidak lagi minder dan menutup diri seperti sebelum-sebelumnya.

Akhir program '*in service*' adalah dengan pendampingan para korban dan keluarga mereka untuk menjadi saksi persidangan pada tanggal 19 Juni 2013 di Pengadilan Negeri Bale Endah Kabupaten Bandung. Proses pendampingan dilakukan oleh Tenaga Ahli Hukum P2TP2A Provinsi Jawa Barat dan relawan. Para korban mampu menghadapi proses persidangan dengan baik dan tidak nampak gugup ataupun takut.

5.2. Hasil Penelitian

Kasus kekerasan seksual yang terjadi di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat merupakan salah satu kasus kekerasan seksual yang fenomenal. Karena kasus kekerasan seksual yang dilakukan pelakunya dengan bentuk kekerasan seksual yang kompleks. Kalau melihat pada bentuk-bentuk kekerasan seksual yang dijelaskan Suyanto (2013:281), bahwa kekerasan seksual yang terjadi di

Kampung Ciseureuh bisa jadi mengalami semua bentuk kekerasan seksual, di antaranya :

1. Pelecehan Seksual (*sexual harassment*), yaitu pemberian perhatian seksual, baik secara lisan, tulisan, maupun fisik terhadap diri perempuan, dimana hal itu di luar keinginan perempuan yang bersangkutan, namun harus diterima sebagai suatu kewajiban. Ada korban di Kampung Ciseureuh yang mengalami bentuk kekerasan ini, di mana korban seringkali dipandangi bagian-bagian tubuhnya ketika mengaji di tempat pelaku;
2. Perkosaan adalah pemaksaan terjadinya hubungan seks terhadap anak tanpa persetujuan ataupun tanpa kehendak yang disadari oleh anak tadi. Ini paling banyak dilakukan, tentunya dengan adanya ancaman dan takut nakuti pelaku pada korban;
3. Perkosaan sadis (*sadistic rape*), yaitu memadukan seksualitas dan agresi dalam bentuk kekerasan destruktif. Pelaku menikmati kesenangan erotis bukan melalui hubungan seksualnya, melainkan melalui serangan yang mengerikan atas kelamin dan tubuh korban. Ada beberapa korban yang diperlakukan seperti ini oleh pelaku kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh;
4. Perkosaan dominasi (*domination rape*), yaitu perkosaan karena dorongan keinginan pelaku menunjukkan kekuasaan atau superioritasnya sebagai lelaki terhadap anak, dengan tujuan utama penaklukan seksual. Ini modus pelaku di Kampung Ciseureuh;
5. *Anger rape*, yaitu perkosaan yang dilakukan sebagai pelampiasan kemarahan, atau sebagai sarana menyatakan dan melepaskan perasaan geram dan amarah.

5.2.1. Bentuk Komunikasi Terapeutik yang Digunakan Pada Korban Kekerasan Seksual

Berdasarkan informasi yang didapatkan di lapangan bahwa pada umumnya tim P2TP2A yang melakukan komunikasi terapeutik dengan para korban melakukan komunikasinya di rumah korban, ketika sudah bertemu dengan korban di rumahnya masing-masing, kemudian tim pendamping P2TP2A ini melakukan komunikasi dengan bentuk komunikasi verbal dan non verbal.

Namun dalam pengamatan di lapangan dan berdasarkan pada beberapa bukti, bahwa komunikasi antara tim P2TP2A tergolong lambat karena informasi mengenai korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh tidak begitu cepat didapatkan oleh tim. Lambatnya kabar ini mengakibatkan penanganan terbelang telat. Namun berkat kesigapan dan keuletan tim dalam melakukan komunikasi untuk assessment, data-data yang dibutuhkan tim di lapangan bisa dikatakan sesuai dengan harapan. Sebagaimana yang diakui

salah satu informan yang terlibat dalam tim pendampingan pada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat:

“Kejadian adanya korban kekerasan seksual sekitar awal Maret 2013, dan baru diketahui sekitar 5 tahun dari kejadian. Setelah itu baru komunikasi dengan korban untuk *assessment*, yang hasilnya didapatkan data bahwa tidak ada tenaga ahli yang sudah melakukan pembelaan dan bantuan kepada para korban. Didapatkan jumlah korban kurang lebih 28 orang yang terbagi ke dalam beberapa usia, dan putuskan untuk *in service* trauma healing selama 2 bulan dan dibentuk tim yang menetap di lokasi kejadian” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Selain karena telat dalam pelaporan kasus kekerasan seksual terhadap aparat, juga karena adanya keterbukaan dan keberanian dalam menyampaikan sesuatu. Komunikasi antara masyarakat dengan aparat desa atau orang lain relatif tertutup. Termasuk komunikasi antara orang tua dengan anak. Berdasarkan observasi di lokasi penelitian, masyarakat masih belum berani untuk mengatakan apa yang tidak disukainya, masyarakat cenderung mengomel sendiri di belakang, masyarakat tidak terbiasa saling mengkritik dan mengevaluasi. Tidak terkecuali dengan kebiasaan-kebiasaan komunikasi yang terjadi di dalam keluarga. Ada korban yang tidak berani bicara mengenai keluhan-keluhan, dan pengalaman buruknya yang mendapat perlakuan tidak senonoh oleh guru ngaji kepada orangtuanya. Sampai-sampai dia harus pindah ke rumah pamannya, dan ke pamannya dia mau menceritakan pengalaman kelamnya. Bahkan inilah titik mulai terbongkarnya kasus kekerasan seksual yang terjadi di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat. Hal ini seperti yang diakui dan dirasakan Bapak Endang selama memimpin warganya di Kampung Ciseureuh:

“Sejak ada korban yang mengadu ke pamannya. Karena waktu itu ada anak yang mendadak tidak mau mengaji dan ingin tinggal di pamannya yang berbeda daerah. Dan ketika tinggal di pamannya itulah anak tersebut cerita pengalamannya yang dipegang dan dipaksa untuk menuruti hawa nafsu guru ngajinya.” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Secara umum, tim P2TP2A menggunakan komunikasi verbal dan non verbal ketika berkomunikasi dengan para korban. “Komunikasi kepada korban menggunakan komunikasi verbal dan non verbal, dua-duanya dipakai” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018). Hal yang sama juga dikatakannya informan lainnya:

“Kita lebih banyak menggunakan komunikasi non-verbal, seperti memegang tangan ketika bertemu pertama kali untuk salaman,

menyentuh bahu/punggung korban agar dia merasa dekat dan nyaman dengan keberadaan kita, mengajak tersenyum agar dia merasa kita orang yang ramah dan akan membantunya.” (Hasil wawancara dengan Hannah, 2 Juli 2018).

Tim selain bicara langsung *vis to vis*, juga mengekspresikan bentuk empati dan rasa ingin menolong para korban tidak setengah-setengah. Dengan memeluk, gerakan-gerakan atau *gesture* yang membuatnya tertarik dan yakin kalau tim akan membantu meringankan atau keluar dari masalahnya. Misalnya ketika bercerita atau mendongeng dengan memakai alat peraga, atau tim sambil memeragakan hal-hal yang membuat mereka tertarik untuk melihat, sampai mau berkomunikasi.

Berbeda dengan Bapak Endang yang ketika berkomunikasi dengan para korban langsung atau *to the point*. “Bicara langsung dengan korban”. (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018). Bapak Endang melakukannya karena dia orang yang sudah dikenal terlebih dahulu. Berbeda situasi dan kondisi dengan tim P2TP2A yang benar-benar baru bertemu dan kenal pun tidak.

Meskipun dengan menggunakan bentuk komunikasi verbal dan non verbal secara berbarengan. Tetapi hasilnya tetap saja tidak bisa langsung berkomunikasi antara tim dengan korban. Membutuhkan waktu, dan intensitas komunikasi yang tidak sedikit. Perlakuan komunikasi antara satu korban dengan korban lainnya pun bervariasi. Ada yang langsung terbuka dan bisa berkomunikasi, namun ada juga korban yang membutuhkan komunikasi secara intensif dengan berbagai cerita, dongeng dan pendekatan-pendekatan yang membuatnya nyaman dan terbuka:

“Beragam respon, ada yang langsung merespon positif, negatif, bahkan cenderung mengasingkan diri, dan butuh beberapa kali pendekatan komunikasi agar mereka merasa aman nyaman. Melihat respon komunikasi dari kita bisa dilihat dari pesan non verbalnya seperti awalnya menutup wajah dengan pakaiannya, mulai melirik dari apa yang kita perlihatkan, kita obrolkan. Setelah melirik mereka mulai melihat sebentar-sebentar, sampai lama kelamaan ketika kita sedang bicara dengan teman-temannya mereka mulai melihat lebih lama sampai akhirnya bicara dan mau menceritakan kejadian dan pengalamannya ketika mengalami kekerasan seksual” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Tidak jauh berbeda dengan pengalaman tim pendamping lainnya yang jadi informan dalam penelitian ini mengatakan:

“Untuk melakukan komunikasi verbal pada awalnya sangatlah sulit. Karena korban masih menutup diri, bahkan menutup muka dengan kerudungnya. Tapi ketika didekati, diajak tersenyum, disentuh

tangganya, korban mulai santai, tidak curiga atau takut pada kita” (Hasil wawancara dengan Hannah, 2 Juli 2018).

Sementara pengakuan dan pengalaman Bapak Endang berbeda dengan Resty Widyasari dan Hannah. Bapak Endang memandang lancar tidaknya komunikasi tergantung pengalaman trauma yang dirasakan para korbannya, seperti yang dikatakannya:

“Tergantung korbannya, ada yang langsung menjawab pertanyaan saya, ada yang diam saja, bahkan ada anak yang tertinggal secara fisik dan psikis, karena dia tidak hanya mengalami kekerasan seksual tetapi juga kekerasan fisik. Ketika tidak mau diajak untuk berhubungan dan anak melawan, anak tersebut ditendang perutnya sampai terpentol dan membentur dinding. Sampai sekarang anak tersebut fisiknya tidak berkembang cepat fisiknya.” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Berdasarkan paparan di atas, dapatlah ditarik kesimpulan sementara bahwa bentuk komunikasi yang dilakukan oleh tim pendamping P2TP2A kepada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat melakukan bentuk komunikasi verbal yaitu dengan menanyakan secara lisan kabar, nama, dan tempat tinggal kepada korban, dan non verbal yaitu dengan *gesture*, isyarat, pelukan, pegangan tangan, senyuman kepada korban. Kedua bentuk ini bisa digunakan secara bersamaan, atau hanya salah satu saja, tergantung pada situasi dan kondisi korban. Dan penggunaan bentuk komunikasi ini di antara korban berbeda-beda, tergantung pada psikis dan kesiapan korban. Ada yang ketika pertama kali bertemu bisa langsung berkomunikasi secara verbal, ada juga yang ketika berkomunikasi tidak bisa langsung berkomunikasi secara verbal, tetapi harus dengan sentuhan, pelukan, dan menggunakan alat-alat bantu lainnya agar para korban menerima, dekat, terbuka dan akhirnya bisa berkomunikasi dengan tim pendamping.

5.2.2. Proses Komunikasi Terapeutik Pada Korban Kekerasan Seksual

Berdasarkan data dan fakta-fakta yang didapatkan di lapangan, dari hasil wawancara dengan beberapa informan, observasi lapangan dan studi dokumentasi, bahwasannya proses komunikasi terapeutik yang dilakukan tim P2TP2A dengan para korban kekerasan seksual berlangsung sepihak. Artinya tim pendamping yang proaktif menghampiri dan terus aktif mengajak korban kekerasan seksual untuk berkomunikasi.

Tentu saja tidak mudah untuk berkomunikasi dengan korban, oleh karena itu dibutuhkan usaha ekstra dan kerja intensif. Dengan kegigihan dan keuletan tim, mereka akhirnya mampu diterima oleh para korban dan keluarga korban, dekat dengan korban dan keluarga korban, bahkan sempat

ditolak oleh warga akan kehadiran dan peran fungsinya yang tujuannya membantu para korban.

Akhirnya lama kelamaan tim pun mendapat tempat di hati masyarakat dan keluarga korban, sampai para korban dan keluarga korban tidak bisa menerima perpisahan di akhir setelah tim memutuskan menyudahi kegiatan advokasi dan pendampingannya di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kabupaten Bandung Barat.

Jauh sebelum benar-benar diterima dan melekat di hati para korban dan keluarga korban, terlebih dahulu tim melakukan persiapan komunikasi. Ada beberapa langkah dan tahapan yang dilakukan tim dalam menyusun proses komunikasi. Seperti yang dikatakan informan berikut:

“Setelah kita melakukan assessment, kita undang pihak-pihak luar untuk terlibat dalam kegiatan ini. Mulai dari MUI Kabupaten Bandung Barat, Dinas Pendidikan Kabupaten Bandung Barat, Dinas Sosial Kabupaten Bandung Barat. Namun kebanyakan di antara mereka gamang dan tidak tahu apa yang harus dilakukan dengan para korban kekerasan seksual.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Informan lain menambahkan bahwa dalam melakukan proses komunikasi, tim melakukan pendekatan tetapi tidak memperlihatkan kalau tim ingin membantu masalah kekerasan seksual, tetapi hanya tinggal dan ingin berinteraksi dengan masyarakat dan korban kekerasan seksual:

Kita usahakan untuk menjalin kedekatan terlebih dahulu dengan korban, ketika sudah dekat korban akan merasa nyaman dan percaya pada kita. Para korban diajak melakukan kegiatan seperti bermain, menggambar, bikin rujak, bikin donat, dan sebagainya, setelah itu mereka akan dekat dan akhirnya terbuka pada kita” (Hasil wawancara dengan Hannah, 2 Juli 2018).

Tim P2TP2A tidak langsung berkomunikasi dengan para korban dan keluarga korban, tetapi berupaya membekali diri dengan berbagai bahan, informasi, data dan hal-hal yang akurat berkaitan dengan kondisi korban, situasi dan suasana lingkungan tempat tinggal korban.

Tim melakukan penggalan informasi, sehingga benar-benar mengetahui kondisi terakhir setiap korban. Langkah awal ini semacam identifikasi korban. Berangkat dari sinilah tim memiliki peta dan situasi korban, dan hal-hal apa saja yang bisa dilakukan komunikasi dengan setiap korban.

Berbeda dengan informan lainnya, yaitu Bapak Endang yang bisa langsung melakukan komunikasi dengan para korban, tanpa harus melakukan komunikasi dengan pihak-pihak lain. “Saya selaku ketua RT bisa langsung berkomunikasi dengan korban, orang tua korban, dan kerabat korban.” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Bapak Endang bisa langsung berkomunikasi dan diterima oleh korban dan para keluarga korban, karena Bapak Endang sudah tahu identitas korban, klasifikasi korban sehingga bisa menempatkan pembicaraan yang pas dan pantas antara satu korban dengan korban lain. Namun menurut pengakuan Bapak Endang, pihak yang dianggap sulit untuk berkomunikasi tentang kasus kekerasan seksual ialah aparat desa. Siapa pun, apalagi orang luar, yang sengaja atau tidak sengaja membahas kekerasan seksual yang terjadi di Kampung Ciseureuh dengan pihak pegawai desa, maka rata-rata pegawai desa akan mengalihkan pembicaraannya. “Seperti kurang support dari aparat desa” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Selain berkomunikasi dengan pihak-pihak terkait yang oleh tim dianggap representatif dan kompeten dalam melakukan pendampingan terhadap korban kekerasan seksual. Tim juga melakukan beberapa langkah sebagai bagian dari persiapan dalam melakukan proses komunikasi dengan korban dan keluarga korban.

“Ada beberapa persiapan yang kami lakukan, di antaranya analisis wilayah, penelusuran wilayah, mencari tempat tinggal untuk tim, perancangan program, rekrutmen tim, dan kontrak kerja relawan, penyediaan perangkat program, membentuk tim pendamping korban yang terdiri dari tenaga ahli psikologi sesuai dengan kasus korban, agar korban tetap bisa tinggal di tempat dan agar mereka tidak meninggalkan sekolah, tetap bekerja, dan melayani suami atau keluarga. Persiapan ini memakan waktu kurang lebih 2 bulan. Sampai kami benar-benar bisa menentukan klasifikasi korban, tingkat trauma dan pelayanan kepada korban berbeda-beda.” (Hasil wawancara dengan Resty Widayarsi, 2 Juli 2018).

Informan lain menambahkan bahwa “Awal mula kita melakukan FGD antara tenaga ahli, relawan dan pengurus untuk membuat desain dan tahapan-tahapan terapi pengobatan” (Hasil wawancara dengan Hannah, 2 Juli 2018). Setelah itu, tim melakukan analisis wilayah mulai dari geografi, demografi, lingkungan, habit masyarakat, budaya dan berbagai hal yang berkaitan dengan situasi dan kondisi masyarakat setempat. Kemudian mencari tempat tinggal sementara sebagai pusat kegiatan, di samping mengunjungi ke rumah-rumah korban. Tempat ini yang mudah diakses, strategis dekat dengan rumah korban, dan memiliki beberapa fasilitas yang memenuhi standar sebuah rumah untuk basecamp pendampingan terhadap korban. Dan tim pun membentuk tim yang bisa fokus dan *stand by* di lokasi dengan kompetensi yang sesuai dengan standar dalam penanganan kasus kekerasan seksual. Setelah ada tempat yang dianggap representative, dan tim mulai terbentuk, barulah dibuat program-program pendampingan dan lain sebagainya. Di sinilah tim mulai melaksanakan kegiatannya.

Ada beberapa manfaat dan tujuan adanya penggalan data, kemudian klasifikasi korban yang masuk kategori depresi berat dan stress ringan. Dengan harapan tepat dan sesuai dalam melakukan terapinya. Termasuk ketika melakukan kapan terapi kelompok dan kapan terapi individunya. Ada perlakuan yang beda antara korban satu dengan korban yang lain. Komunikasinya pun berbeda dengan korban yang berat atau korban yang dianggap ringan. Termasuk penyesuaian materi-materi pelatihan dalam rangka membangkitkan spirit dan motivasi para korban.

“Ada terapi yang dilakukan individu dan kelompok, terapi kelompok berbeda dengan individu. Ada pelatihan dan pelaksanaan, dan materi pendampingan materi *public speaking* kepada para pendamping dan korban agar mereka berani bicara dan lantang bicara. Duluan cerita agar mereka mau memperhatikan kita dan mulai ngobrol kasusnya” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Kemudian informan Resty Widyasari juga menambahkan bahwa tahapan-tahapan sebagai bagian dari proses komunikasi:

“Ada beberapa tahapan dalam komunikasi dengan para korban, yaitu tahapan intervensi psikologis, dan lain-lain. Secara teori ada panduan dan menjadi rujukan. Namun pelaksanaannya tidak sesuai dengan pedoman. Ada yang semua dilakukan tetapi hanya beberapa saja tergantung korban, lingkungan, dan situasi kondisi.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Setelah melakukan intervensi dengan para korban, tim melakukan komunikasi dengan korban menggunakan cara *role play* dan psikodrama. Para korban diajak bermain game-game yang ringan, dan membuat para korban semangat, tertarik, antusias, dan mau mengikuti terus kegiatan yang dilakukan tim pendamping.

“Caranya agar mereka terbuka atau menceritakan pengalaman pribadinya ketika berkomunikasi, dengan menggunakan metode *role play* dan psikodrama semacam scenario memancing emosi korban cara korban mengungkapkan emosi.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Adapun komunikasi yang dilakukan tim P2TP2A dimulai di rumah korban. Karena pada awalnya korban tidak bisa keluar dari rumahnya karena merasa diri kotor dan menutup diri dengan orang lain. “Di rumah para korban, dengan tim yang mengunjungi ke masing-masing rumah korban, dengan tanya-tanya langsung ke korban” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018). Hal yang sama juga dilakukan oleh Bapak Endang kalau komunikasi dengan korban di mulai di tempat tinggal korban, “Dimulai di rumah korban” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Namun ketika berkomunikasi antara tim dengan para korban atau keluarga korban, proses komunikasi tidak berjalan lancar atau sebagaimana

mestinya. Meskipun komunikasi sudah dilakukan di rumah atau tempat tinggalnya sendiri. Pihak korban tetap tidak bisa terbuka dalam komunikasi. Para korban tutup mulut, tidak berani menemui orang-orang baru. Dan ini tentu saja menghambat tim dalam melakukan assessment dan penggalian data-data yang dibutuhkan dalam membuat *planning* kegiatan berikutnya dalam pendampingan pada korban. Dan untuk menghadapi para korban, tim memiliki cara dan tehnik yang efektif, yaitu dengan mendekati korban dengan dongeng-dongeng atau cerita-cerita yang menarik perhatian korban. Seperti yang dilakukan salah satu tim P2TP2A, bahwa materi yang dibicarakan di awal-awal komunikasi terapeutik dengan dongeng dan cerita-cerita menarik lainnya. “Dongeng, cerita-cerita mengenai hal-hal menarik yang membuat mereka tertarik untuk mendengarkan, berbagi pengalaman antara tim psikolog dengan para korban, dan membuat pihak korban percaya.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Berbeda dengan tim P2TP2A, yang dilakukan Bapak Endang langsung saja berkomunikasi dengan para korban dan keluarganya tanpa basa basi terlebih dahulu. Hal ini dikarenakan Bapak Endang merupakan tokoh masyarakat tersebut, dan merupakan orang yang sudah dikenal baik di kalangan masyarakat Ciseureuh. Jadi untuk komunikasi dengan korban, Bapak Endang ini langsung saja tanpa ada strategi dan cara khusus dengan korban. Para korban pun sudah tidak canggung-canggung lagi.

Namun ada keanehan dalam diri korban. Para korban kalau diajak komunikasi di tempat tinggalnya, atau dirumahnya, mereka cenderung diam seribu bahasa. Tetapi ketika di luar daerah atau desa, mereka tidak hanya berani menceritakan pengalaman pahit dalam hidupnya, lebih dari itu, mereka sangat emosional dan amarah yang tidak tertahankan. Seperti yang dirasakan Bapak Endang ketika berkomunikasi dengan para korban kekerasan seksual.

“Awalnya kita sudah tahu titik permasalahannya, sehingga kita langsung bicara pada persoalan pokoknya dengan korban. Namun anehnya ketika berbicara dengan korban, para korban tidak mau cerita detil dan banyak, bahkan cenderung menutup-nutupi. Anehnya lagi ketika korban berada di luar daerah Ciseureuh korban begitu berapi-api, berani dan sangat emosional menceritakan pengalaman kekerasan seksualnya.” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Setelah melakukan pendekatan dengan dongeng atau cerita-cerita yang membuatnya mereka tertarik untuk berkomunikasi, sampai akhirnya mereka terbuka kepada tim P2TP2A untuk menceritakan pengalaman-pengalaman buruknya yang menerima kejahatan seksual. di samping dengan kekuatan dongeng dan cerita, ada kelebihan yang dimiliki tim P2TP2A, yaitu tim kebanyakan perempuan yang merupakan modal untuk mendekati para korban. Karena para korban lebih terbuka kepada perempuan dibanding laki-

laki. Dan ketika sudah terbuka tim dengan mudah dan leluasa melakukan role play dan FGD anak-anak dalam mengeksplorasi kisah-kisah pengalaman pahitnya dalam kekerasan seksual.

“Pada prinsipnya para korban anak-anak meskipun trauma, tetapi mereka senang dengan orang baru. Terlebih orang atau tim semuanya perempuan, karena perempuan terbuka dan pendekatan kepada keluarganya. Setelah dekat dengan tim mulai masuk program melakukan psikotes, interview dan FGD lebih detil agar mereka terbuka cerita dan mengakui menjadi korban, *role play* tahap terakhir dan mereka mau cerita detil pengalaman oleh para pelaku.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Hasil dari penggalian data dan informasi yang dilakukan tim P2TP2A cukup mencengangkan, dengan strategi *role play* dan FGD bahwa wawasan dan pengetahuan para korban mengenai seks masih minim. Mereka belum memahami anatomi tubuh dan bagian-bagian mana saja yang tidak boleh disentuh oleh orang lain, termasuk laki-laki. Para korban benar-benar masih polos dan tidak tahu menahu perihal seksualitas. “Kebanyakan anak belum memahami tentang anatomi tubuh. Dan mereka begitu lugu dan mudah dibujuk rayu. Mereka tidak menyadari kalau sedang ditindak kekerasan seksual oleh pelaku.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Bisa jadi keluguan dan kepolosan para korban itu karena para korban masih remaja, bahkan ada korban yang masih tergolong anak-anak. “Korban rata-rata 11-15 tahun” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018). Rata-rata korban yang masih anak-anak ini dikarenakan mudah diintimidasi sampai diancam oleh pelaku untuk menuruti kehendak dan memenuhi hawa nafsu bejatnya.

Korban yang masih anak-anak dan latar belakang budaya dan pendidikan keluarga dan korban yang masih rendah, tidak serta merta memudahkan dalam berkomunikasi antara tim dengan para korban dan keluarga korban. Berbagai cara dan teknik komunikasi pun dilakukan dalam memuluskan cara berinteraksi, sehingga para korban ini bersedia berkomunikasi sampai menceritakan kejadian dan mau mengungkapkan hal yang sesungguhnya.

Sementara Bapak Endang cara memancing para korban agar mau menceritakan pengalaman kekerasan seksual ialah dengan meyakinkan korban kalau mereka aman, tidak akan ada lagi orang yang melakukannya. Dan cara ini relatif berhasil untuk Bapak Endang, “Saya coba pastikan mereka akan aman dan tidak akan terjadi apa-apa pada mereka. Dan percayakan pada saya akan kasus dan masa depannya aman.” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Oleh karena itu, dengan statusnya sebagai Ketua Rukun Tetangga Bapak Endang bisa langsung berkomunikasi dengan korban, tanpa ada tahapan-tahapan terlebih dahulu. “Langsung saja ditanya kebenaran kalau pernah menjadi korban, di tanya di mana dilakukan kekerasan seksual dan berapa kali dan lain sebagainya.” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Proses komunikasi terapeutik dengan para korban pun bisa dibilang lama dan sebentar. Tergantung korban dan tingkat kekerasan seksual yang dialami korban. Kalau korban yang mengalami kekerasan seksual yang masih tergolong biasa, maka relatif mudah dan cepat sembuh. Berbeda dengan korban yang tergolong menjadi korban kekerasan seksual yang paling parah, maka akan membutuhkan waktu yang tidak sebentar. Namun di sini, setelah tim melakukan pendampingan dengan beberapa batasan dan standar pencapaian atau target dianggap sudah tercapai, maka tim akan melakukan evaluasi dan memutuskan untuk mengakhiri kegiatan pendampingan terhadap korban kekerasan seksual, yang selanjutnya korban diserahkan ke keluarga dan masyarakat.

“Komunikasi tidak pernah berakhir, bahkan sampai sekarang pun ada yang intensif berkomunikasi. Namun pada prinsipnya ketika para korban sudah berani bicara di depan umum, mengutarakan pandangan dan isi hatinya, dan tidak ada lagi rasa malu atau minder dengan orang lain hal itu dianggap sudah berhasil dan pendampingan dengan komunikasi terapeutik mulai dikurangi. Namun di luar itu, komunikasi tetap jalan dalam rangka menjaga komunikasi.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Informan lain memperkuat dari informan sebelumnya, bahwa setelah dianggap cukup melakukan pendampingan, tim akhirnya pamitan kepada korban dan keluarga korban. Namun ketika pamitan tim berjanji akan kembali untuk melihat perkembangan dan tetap menjaga komunikasi dengan keluarga dan korban kekerasan seksual. “Kita pamitan dengan korban, kemudian membuat janji bahwa kita akan bertemu lagi, dan bertanya pada korban mau pesan apa dari kota kalau nanti kita akan kembali dari kota” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Hal yang sama pun dilakukan dan dirasakan Bapak Endang, yang tidak pernah berhenti berkomunikasi dengan para korban. Tujuannya agar tidak lagi terjadi kekerasan seksual dan menambah korban baru. Termasuk proses komunikasi terus dilakukan agar masyarakat terbiasa mengkomunikasikan apa saja yang dialami yang berkaitan dengan kekerasan seksual. “Tidak pernah berakhir karena proses komunikasi terus berlanjut sampai sekarang. Untuk menjaga keamanan dan kenyamanan korban. Termasuk agar tidak terjadi lagi korban lainnya.” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Berdasarkan paparan-paparan tadi dapat disimpulkan sementara bahwa proses komunikasi terapeutik yang dilakukan tim pendamping P2TP2A terhadap para korban kekerasan di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat, proses komunikasinya yang panjang dan procedural. Tidak sembarang dan langsung berkomunikasi dengan para korban. Tim pendamping melakukan pemetaan terlebih dahulu, pemetaan situasi dan kondisi, geografis dan demografis, klasifikasi korban dan memilih korban sehingga bisa diidentifikasi perlakuan dan komunikasi dengan para korban.

Proses komunikasi dengan para korban pun berbeda-beda antara satu korban dengan korban lainnya. Untuk korban yang tidak terlalu trauma bisa langsung dilakukan komunikasi secara tatap muka. Berbeda dengan korban yang sangat traumatic atau depresi berat karena beban yang didapatkan ketika menjadi korban kekerasan seksual, proses komunikasinya tidak langsung, tetapi ada beberapa tahapan komunikasi terapeutiknya. Ada prosedur yang harus ditempuh dan tidak langsung berkomunikasi.

5.2.3. Faktor-Faktor yang Menghambat dalam Praktik Komunikasi Terapeutik

Berdasarkan pengamatan dan wawancara kepada para informan, bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh tim dan aparat desa tidaklah selamanya lancar dan sukses. Meskipun sudah dilakukan beberapa kali dilakukan persiapan, dan melalui berbagai tahapan. Di lapangan dalam praktiknya ada kendala dan hambatan yang mengganggu dalam proses pendampingan kepada korban kekerasan seksual.

Ada beberapa faktor yang bisa menghambat komunikasi terapeutik seperti yang diakui informan dalam penelitian ini, di antaranya karena malu merasa diri orang kampung dan tidak berani berbicara dengan orang kota. Selain itu anak-anak cenderung sungkan kalau bicara dengan orang dewasa, dan ada budaya pamali kalau bicara lantang dengan orang dewasa karena tidak memiliki adab atau dianggap tidak sopan.

“Minder merasa diri orang dari kampung sehingga sulit bertemu. Ketika diminta datang ke rumah tim, korban tidak ada yang datang karena malu. Korban bungkam. Karakteristik anak-anak pedesaan yang pemalu dan memegang unsur pamali, sehingga tim susah untuk mendapatkan informasi.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Selain itu, faktor bahasa dan faktor pakaian yang digunakan tim bisa menghambat. Kemampuan berbahasa para korban yang rata-rata masih anak-anak dan remaja belum bisa menerima pesan yang disampaikan para terapis atau tim pendamping. Kemudian faktor pakaian yang digunakan tim yang seringkali menjadi tontonan masyarakat setempat, karena pakaian mereka

relatif lebih santri dan sedikit aneh pandangannya kalau perempuan ada yang mengguakan pakaian levis dan casual seperti masyarakat perkotaan pada umumnya, karena berbeda dengan pakaian yang digunakan masyarakat pada umumnya. Seperti yang dikatakan informan berikut ini:

“Faktor bahasa. Bahasa yang digunakan terapis mesti bahasa yang sesuai dengan tingkat pendidikan dan usia korban namun cukup sulit dipahami para korban. Pakaian yang digunakan terapis mesti pakaian casual, kalau nggak, pakaian terapis jadi tontonan. Sikap *low profile* terapis diperlukan. Kalau perlu berbagi makanan” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Faktor lain yang didapatkan dari Bapak Endang karena rasa takut kalau bicara atau melaporkan apa adanya mengenai korban, anak, dan keluarga korban kepada orang lain. Takut diintimidasi, dimintai biaya dalam proses pemeriksaan, dan diancam lain-lain oleh pihak pelaku. Karena pelaku dipandang dari keluarga yang mampu secara ekonomi, dan memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dibanding korban dan keluarga korban. “Tidak ada keberanian korban untuk berani bicara mengenai apa yang dialaminya. Termasuk pengetahuan dan wawasan orang tua dan korban yang lemah sehingga relatif memilih diam saja.” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Termasuk mereka takut dengan kehadiran tim pendamping dari P2TP2A, dan dianggap akan menambah masalah mereka. “Awalnya kurang mendukung, tetapi lama kelamaan mereka juga membantu dan akhirnya kompak.” (Hasil wawancara dengan Endang, 11 Juli 2018).

Faktor lainnya yang juga menghambat praktik komunikasi terapeutik adalah tingkat kepedulian orang sekitar pada korban dan keluarga korban. Orang-orang sekitar tidak mau terlibat dalam kasus kekerasan seksual yang didapatkan tetangganya, mereka cenderung memilih sikap diam karena takut terbawa-bawa.

Ada anggapan juga bahwa korban yang mendapatkan kekerasan seksual karena sudah titik tulis atau sudah ditakdirkan atau dinasibkan menjadi korban kekerasan seksual. Di tambah lagi tidak adanya peran keluarga yang maksimal dalam melindungi anak-anak atau anggota keluarga. Masyarakat relatif menerima dengan keadaan atau kondisi anaknya yang menjadi korban. Tidak ada usaha dan upaya untuk melawan, melaporkan, atau mengadu meminta keadilan kepada pihak berwajib agar pelaku bertanggungjawab terhadap korban, dan pelaku diberi hukuman yang setimpal.

“Ketika tim melakukan berbagai upaya membantu masyarakat, namun pihak keluarga kebanyakan masa bodoh. Padahal ada peluang dalam membangun kesadaran dan kepedulian masyarakat, yaitu ketika pengajian rutin. Termasuk fungsi orang tua dalam keluarga, ternyata

fungsi keluarga parah komunikasi orang tua tidak terbangun bagus. Karena orang tua kebanyakan bekerja ke kebun, dan anak cukup dikasih makan dan jajan. Dan untuk orang tua yang anaknya menjadi korban, mereka relatif tidak mau repot dan menerima keadaan apa adanya. Apalagi untuk ibu-ibu yang sangat susah dilibatkan.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Tingkat pendidikan orang tua yang relatif rendah, pengetahuan dan wawasan orang tua yang kurang mengenai pola asuh, pola didik, dan hal-hal apa saja yang boleh dan tidak boleh dikomunikasikan dalam keluarga. Dan pola komunikasi keluarga yang cenderung paternalistik, sehingga terbangun kultur komunikasi di dalam keluarga yang top down, semi otoriter, dan anak-anak tidak bisa berbuat apa yang penting mendengar apa yang dikatakan orang tua. Kalau anak banyak bicara, maka anak akan ditegur dan dikatakan sebagai anak yang rewel atau cerewet. Termasuk para orangtua memandang anak-anak tidak memiliki pandangan yang bagus dan layak, karena dianggap anak-anak yang tidak tahu apa-apa dibanding orangtua.

Kondisi seperti itu dikarenakan juga kesibukan orangtua yang fokus pada pekerjaan bertani, berkebun, dan lain sebagainya. Tidak menyadari dengan perkembangan anak yang setiap tahun terus berubah, baik fisik maupun psikis. Orang tua tidak memahami kebutuhan anak-anak akan mental, spiritual, dan psikis lainnya. Bahkan sungguh miris sebagian ibu-ibu yang anak-anaknya menjadi korban kekerasan seksual, sudah tidak lagi bercanda dan saling menyayangi sebagaimana ibu dan anak.

“Ibu-ibu tidak terbiasa menyentuh anak dan mengelus. Terakhir ibu-ibu melakukannya ketika acara perpisahan antara tim dengan korban dan keluarga korban, ada ibu-ibu yang memeluk anaknya sampai menangis terharu. Kebanyakan keluarga pedesaan, termasuk keluarga korban apatis terhadap anaknya. Tingkat pendidikan ibu-ibu terhadap seks bebas pun rendah.” (Hasil wawancara dengan Resty Widyasari, 2 Juli 2018).

Berdasarkan paparan-paparan di atas, dapat dikatakan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh tim pendamping P2TP2A, di antara faktor tersebut adalah *Pertama*, budaya komunikasi di lingkungan masyarakat setempat yang tabu dan pamali kalau bicara hal-hal yang sifatnya privasi dan porno atau seks, *Kedua*, pendidikan yang rendah sehingga tidak tahu harus berbuat apa ketika anaknya menjadi korban kekerasan seksual. Akhirnya para keluarga korban kekerasan seksual hanya pasrah. Seringkali mereka mengatakan nasib, takdir, dan tidak berani melawan pelaku yang dianggap orang terhormat dan lebih berpendidikan. *Ketiga*, miskinnya informasi mengenai cara melapor korban, dan tingkat pengetahuan dan wawasan

korban dan keluarga korban yang rendah. Sehingga mereka tidak memahami harus berbuat atau bertindak apa ketika menjadi korban kekerasan seksual.

5.3. Pembahasan

Pendampingan kepada korban yang dilakukan oleh P2TP2A di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat secara tanpa disadari oleh tim sudah mempraktikkan komunikasi, khususnya komunikasi terapeutik. Tim sudah memakai komunikasi sebagai alat pendekatan, pengobatan, dan memotivasi korban agar bisa bangkit dari keterpurukannya di masa lalu, sehingga korban kekerasan seksual bisa bangkit dan meneruskan perjalanan hidupnya.

Paul A. Schewe mengatakan bahwa pencegahan dan pengobatan yang paling efektif terhadap kekerasan seksual adalah dengan menggunakan teknik-teknik komunikasi (Schewe, 2007: 223-240). Bahkan dengan meningkatkan keahlian-keahlian komunikasi kepada korban kekerasan seksual, bisa mencegah kekerasan seksual di kemudian hari.

Diperkuat dengan hasil penelitian Pablo A. Fernandez yang meneliti dari sisi konseling dalam upaya penyembuhan korban kekerasan seksual. Menurut hasil penelitiannya bahwa konseling bisa membantu menghilangkan trauma, mengontrol emosi, mengurangi rasa bersalah dari para korban kekerasan seksual. Hasil penelitian ini memperkuat bahwa penelitian yang membentuk komunikasi interpersonal penting dilakukan. Konseling menggunakan bentuk komunikasi interpersonal, dan berkaitan dengan komunikasi terapeutik yang juga sama-sama menggunakan komunikasi interpersonal (2011: 596–602).

Selain itu, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pentingnya melakukan pendekatan persuasif dan intensif kepada para korban. Konseling dan terapeutik merupakan dua langkah yang mengutamakan pendekatan persuasif dan intensif kepada para korban kekerasan (2011: 596–602).

Ada beberapa manfaat sekaligus tujuan dari komunikasi terapeutik yang membuktikan kalau komunikasi terapeutik bisa dinilai efektif dalam membantu korban kekerasan seksual (Purwanto, 1994), bahwa:

Tujuan dari komunikasi terapeutik adalah 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, mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya, memengaruhi orang lain, lingkungan fisik, dan dirinya sendiri.

Suryani menambahkan bahwa komunikasi terapeutik bertujuan untuk mengembangkan pribadi korban kekerasan seksual ke arah yang lebih positif

atau adaptif dengan kondisi diri, lingkungan, dan pertumbuhan korban kekerasan seksual yang meliputi (2006: 13-14):

1. Realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri;
2. Kemampuan membina hubungan interpersonal;
3. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan realistis;
4. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri.

Para korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh sudah mampu membina hubungan interpersonal kembali dengan teman sepermainan, teman di sekolah, lingkungan tempat tinggal dan tentu saja dengan anggota keluarga lainnya. Termasuk para korban juga dengan bantuan tim dan komunikasi terapeutik sudah bisa mengekspresikan identitas personal dengan tampil pada ajang-ajang di daerah Kampung Ciseureuh, seperti acara agustusan, samenan atau perpisahan sekolah dan lain sebagainya, yang sebelumnya tentu saja mereka diam dan mengurung diri di rumah.

Komunikasi terapeutik yang dilakukan tim pendamping yang dibentuk P2TP2A dalam menjalankan tugasnya membantu para korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat, juga bisa dilihat pada tiga sisi, *pertama*, bentuk komunikasi terapeutik yang dipakai oleh tim pendamping P2TP2A ketika berkomunikasi dengan para korban kekerasan seksual, *kedua*, proses komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh tim pendamping P2TP2A selama berkomunikasi dengan para korban, dan *ketiga*, faktor-faktor yang menghambat tim pendamping P2TP2A selama berkomunikasi dengan para korban kekerasan seksual.

5.3.1. Bentuk Komunikasi Terapeutik yang Digunakan Pada Korban Kekerasan Seksual

Bentuk komunikasi yang dipraktikkan oleh tim pendamping P2TP2A kepada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat yaitu bentuk komunikasi verbal dan bentuk komunikasi non verbal. Adapun maksud dari komunikasi verbal dan non verbal bisa melihat pada penjelasan dari Potter dan Perry (2005) bahwa:

Komunikasi verbal merupakan komunikasi yang banyak menggunakan kata-kata, baik kata-kata yang diucapkan maupun yang dituliskan. Kata-kata sendiri merupakan media atau simbol yang digunakan untuk mengekspresikan ide atau perasaan kepada orang lain, sehingga dari pesan dalam bentuk kata-kata itulah menimbulkan berbagai respons, baik positif maupun negatif, memancing emosional dari orang yang menerima pesannya. Sedangkan komunikasi non verbal adalah penyampaian pesan kepada orang lain tanpa

menggunakan kata-kata. Komunikasi nonverbal merupakan salah satu cara yang terkuat bagi seseorang untuk mengirimkan pesan kepada orang lain. Komunikasi nonverbal ini juga seringkali dimaknai sebagai komunikasi yang menggunakan bahasa tubuh, yaitu dengan *gesture* bahasa tubuh, isyarat, dalam membuat dan menyampaikan pesan-pesannya.

Stewart dan D'Angelo (dalam Tubbs dan Moss, 1996: 112-113) mengatakan bahwa bila kita membedakan verbal dari nonverbal dan vocal dari nonvokal, kita mempunyai empat kategori atau jenis komunikasi. Komunikasi verbal atau vokal merujuk pada komunikasi melalui kata yang diucapkan. Dalam komunikasi verbal atau non vokal kata-kata digunakan tapi tidak diucapkan. Gerutuan, atau vokalisasi, terdiri dari suatu bentuk komunikasi nonverbal atau vokal. Jenis komunikasi yang terakhir, komunikasi nonverbal atau non vocal hanya mencakup sikap dan penampilan. Dilihat dari istilah ini, komunikasi non verbal membawa pesan-pesan nonlinguistik.

Kedua bentuk komunikasi terapeutik yang dilakukan para petugas kesehatan ketika berkomunikasi dengan para korban kekerasan seksual dilakukan bersamaan, meskipun secara teoritis komunikasi nonverbal dan verbal dapat pisahkan. Ketika berkomunikasi para tim pendamping dan relawan menggunakan bahasa lisan dengan menanyakan kondisi kesehatan, nama korban, sekolah di mana kelas berapa. Semuanya di awal-awal pertanyaan sederhana dan ringan. Di samping itu tim dan relawan juga sering mengekspresikan pesannya pada gerak tubuh, ekspresi wajah yang merepresentasikan orang yang kooperatif dan membela para korban.

Seperti yang dikatakan Scheidel bahwa dalam kehidupan sehari-hari, kedua jenis komunikasi nonverbal dan verbal, itu jalin menjalin dalam komunikasi tatap muka sehari-hari. Dalam komunikasi ujaran, rangsangan verbal dan rangsangan nonverbal itu hampir selalu berlangsung bersama-sama. Dan seringkali juga kedua jenis pesan dari nonverbal dan verbal itu diinterpretasi bersama-sama oleh penerima pesannya (1976: 121).

Tim dan relawan pun melakukan komunikasi dengan para korban di awal-awal dengan spontanitas. Bahasa yang digunakan pun bebas tidak ada struktur dan aturan yang baku. Bahasa sehari-hari yang mudah dimengerti para korban kekerasan seksual. Sama seperti yang dijelaskan Condon dan Yousef bahwa dalam praktik komunikasi verbal dan non verbal, tidak ada struktur yang pasti dan dapat diramalkan. Komunikasi verbal dan nonverbal, keduanya dapat berlangsung spontan dan berbarengan atau serentak (1985: 127).

Tim dan relawan pun ketika berkomunikasi dengan para korban ketika berkomunikasi verbal langsung tanpa ada media perantara, berbeda dengan komunikasi verbal, tim dan relawan ada yang menggunakan alat

peraga, anggota tubuh yang dijadikannya sebagai media penyampai pesan. Kondisi dan situasi ini Condon dan Yousef dijelaskan bahwa ketika kita berkomunikasi secara verbal, cenderung menggunakan saluran tunggal, sementara orang yang sedang berkomunikasi nonverbal akan menggunakan berbagai atau multialuran (1985: 127).

Praktik komunikasi verbal dan non verbal yang dilakukan tim dan relawan adalah ketika memberikan pesan kepada para korban kekerasan seksual secara bersamaan. Inilah yang menjadi ciri lain komunikasi verbal dan non verbal. Ciri lainnya yang menonjol di dalam bentuk komunikasi verbal dan non verbal ialah pada pesannya. Antara pesan komunikasi verbal dan pesan komunikasi nonverbal adalah sinambung (Mulyana, 2001: 313). Tim dan relawan ketika berkomunikasi dengan korban kekerasan seksual dapat mengawali dan mengakhiri pesan verbalnya kapan pun ia menghendaknya. Sedangkan dalam pesan komunikasi nonverbalnya tetap mengalir sepanjang ada korban kekerasan yang ada di sekitar tim relawan.

Dalam praktiknya, di lapangan lebih banyak yang digunakan komunikasi non verbal ketika pertama kali berkomunikasi dengan para korban kekerasan seksual. Para korban ketika diajak bicara untuk pertama kali cenderung diam tidak menjawab apa pun yang tim tanyakan, apatis apa yang tim lakukan. Namun berbeda ketika tim melakukan komunikasi dengan korban diawali dengan komunikasi nonverbal terlebih dahulu, dengan senyuman, tatapan yang penuh kasih sayang, tatapan yang penuh kepedulian, memegang tangan para korban, membelai rambut para korban, memeluk, dan memberikan senyuman yang tulus. Para korban kebanyakan merespon dari pesan komunikasi nonverbal para sukarelawan dan tim P2TP2A.

Alasan lain kenapa pesan non verbal berpengaruh lebih besar adalah kepercayaan umum bahwa gearkan tubuh, ekspresi wajah, kualitas vocal, dan isyarat nonverbal lainnya, tidak dapat dibuat-buat supaya tampak otentik oleh orang yang bukan ahlinya. Bahkan anak kecil juga dengan cepat merasakan sikap dan ekspresi yang tidak spontan (Tubbs dan Moss, 1996: 115).

Ekman menambahkan bahwa komunikasi nonverbal lebih mengutamakan pesan relasional—pesan—pesan mengenai tingkat perasaan atau emosi dalam komunikasi kita daripada pikiran-pikiran (yang paling baik disampaikan lewat komunikasi verbal); selain itu, sebagian besar pesan nonverbal tidak jelas, kecuali mungkin beberapa sikap tertentu (dalam Tubbs dan Moss, 1996: 115).

Tim relawan dalam komunikasi nonverbal lebih banyak menggunakan bahasa tubuh. Bahasa tubuh kalau dilihat dalam bidang yang menelaah bahasa tubuh atau kinesika (*kinesics*), suatu istilah yang diciptakan seorang perintis studi bahasa nonverbal, Ray L. Birdwhistell. Dia menyatakan bahwa:

Setiap anggota tubuh seperti wajah (termasuk senyuman dan pandangan mata), tangan, kepala, kaki dan tangan, dan seluruh tubuh secara keseluruhan dapat digunakan sebagai isyarat simbolik. Namanya juga makhluk hidup, semua anggota badannya senantiasa bergerak (dalam Samovar dan Porter, 1991: 189).

Dalam konteks tertentu, komunikasi nonverbal akan lebih efektif dibanding dengan komunikasi verbal, seperti yang dikatakan Deddy Mulyana (2001: 245-254), ada beberapa kelemahan atau keterbatasan dari komunikasi verbal, yaitu: *Pertama*, keterbatasan jumlah kata yang tersedia mewakili objek. Tidak sedikit pesan-pesan yang diberikan tim kesulitan dipahami para korban karena tingkat pendidikan yang rendah, wawasan dan pengetahuan yang tertinggal sehingga banyak istilah dan hal-hal yang tidak dimengertinya; *Kedua*, kata-kata bersifat ambigu dan kontekstual; *Ketiga*, kata-kata mengandung bias budaya, banyak istilah yang berbeda makna di Kampung Ciseureuh dibanding dengan daerah lain yang melatarbelakangi tim relawan; *Keempat*, percampuradukan fakta, penafsiran dan penilaian yang berbeda-beda dari pesan yang disampaikan tim relawan oleh para korban kekerasan.

Sementara untuk membuka kran komunikasi antara tim relawan dengan korban kekerasan yang diawali dengan komunikasi non verbal dinilai tepat dan efektif. Karena komunikasi nonverbal mempunyai fungsi-fungsi sebagai berikut:

1. Komunikasi non verbal dapat mengulangi komunikasi verbal jika nilai pesan verbal tidak mampu dipahami korban kekerasan. Misalnya tim menganggukkan kepala ketika tim mengatakan ya, atau menggelengkan kepala ketika mengatakan tidak. Atau tim relawan mengacungkan jempol tanda setuju sambil tim relawan juga mengatakan oke kepada korban kekerasan seksual.
2. Komunikasi non verbal akan dan bisa memperteguh, menekankan atau melengkapi komunikasi verbal ketika tim relawan melakukan komunikasi dengan para korban. Misalnya tim relawan melambaikan tangan seraya mengucapkan selamat jalan, sampai juga lagi, atau tim relawan menggunakan gerakan tangan, nada suara yang meninggi, atau suara yang lambat ketika tim relawan berbicara di hadapan para korban kekerasan seksual.
3. Komunikasi non verbal dapat menggantikan komunikasi verbal. Misalnya tim relawan menggoyangkan tangannya dengan telapak tangan mengarah ke depan sebagai pengganti kata tidak, atau tim relawan menunjukkan arah atau lokasi hanya dengan menunjukkan jari telunjuk pada arah yang ditunjukkan, tanpa mengucapkan sepatah kata pun, atau tim relawan mengepalkan tangan sambil mengangkatnya ke atas tanpa berkata sepatah kata pun sebagai tanda tim relawan marah, menantang atau kesal.

4. Komunikasi non verbal dapat meregulasi komunikasi verbal. Misalnya tim relawan sebagai membereskan peralatan di tempat homebase yang sebelumnya berantakan sebagai tanda sudah selesai mengerjakan pekerjaan, dan segera meninggalkan Kampung Ciseureuh, tim terus-terusan melihat jam tangan ketika mengantar korban kekerasan seksual ke dokter sebagai tanda tim ingin segera selesai mengantar korban, atau tim relawan mondar mandir di depan kantor kepala desa karena kendaraannya terhalang oleh kendaraan lain sehingga kendaraannya tidak bisa keluar, dan lain sebagainya.
5. Komunikasi nonverbal dapat membantah atau bertentangan dengan komunikasi verbal. Misalnya tim relawan mengatakan bagus kepada korban kekerasan seksual, ketika diminta komentar olehnya mengenai busana muslimah isteri yang sedang dicobanya untuk tampil pada acara Peringatan Hari Besar Agama Islam, karena baru dikasihnya, namun tim relawan seraya terus memainkan gadget atau menonton televisi tanpa melihat ke arah korban yang sedang mencoba pakaiannya, atau seorang ibu korban melihat jam berkali-kali di depan tim relawan ketika tim relawan berkunjung ke rumah korban, padahal ibu korban di awal pertemuan mengatakan bahwa ia mempunyai waktu luang untuk ngobrol dengan tim di rumahnya (Book, 1980: 384).

Penggunaan komunikasi non verbal di awal dalam berinteraksi dengan para korban oleh tim relawan, juga dikatakan pilihan penggunaan komunikasi yang tepat. Karena dalam situasi dan kondisi tertentu, biasanya orang lebih mempercayai pesan nonverbal di banding pesan verbal. Karena pesan nonverbal menunjukkan pesan yang sebenarnya atau pesan yang jujur di banding pesan verbal. Karena pesan nonverbal itu lebih sulit dikontrol atau dikendalikan oleh pembuat pesan daripada pesan verbal yang mudah sekali berkata bohong atau tidak sebenarnya. Memang untuk konteks tertentu, kita dapat mengendalikan komunikasi nonverbal, namun kebanyakan komunikasi nonverbal di luar kesadaran kita (Mulyana, 2001: 315). Para korban meskipun anak-anak, mereka memiliki perasaan dan pandangan yang bisa melihat kejujuran, ketulusan, dan niat baik atau jelek dari tim kepadanya. Hanya dengan komunikasi nonverbal yang dilakukan tim relawan pada para keluarga dan korbanlah, sehingga para korban bisa mengetahui dan yakin kalau tim relawan memiliki niat baik padanya sampai akhirnya mereka percaya dan terbuka pada tim relawan dalam menjalankan tugasnya.

Meskipun komunikasi nonverbal lebih efektif dalam mendekati diri dengan para korban kekerasan seksual, bukan berarti komunikasi verbal itu tidak bisa digunakan. Bahkan kedua bentuk ini, komunikasi verbal dan non verbal bisa dipraktikkan secara bersamaan. Tergantung pada situasi dan

kondisi korban kekerasan seksual. Kalau bisa bersamaan akan lebih efektif juga jika dibanding dipilah-pilah penggunaan bentuk komunikasi ini.

Karena penggunaan bentuk komunikasi ini dipengaruhi juga oleh faktor psikologis korban. Ada korban yang ketika pertama kali bertemu bisa langsung berkomunikasi secara verbal, karena dia termasuk korban yang tidak terlalu parah mengalami kekerasan seksualnya. Selain karena tidak terlalu parah menjadi korban kekerasan, para korban yang bisa langsung membuka komunikasi adalah korban yang sudah kenal dengan orang yang mengajaknya berkomunikasi. Karena di sini ada kredibilitas komunikator yang tidak diragukan lagi oleh komunikan yaitu korban kekerasan seksual. misalnya komunikasi verbal yang dilakukan ketua RT di kampung Ciseureuh Desa Cijambu kepada para korban. Di mata para korban, ketua RT ini adalah orang yang jujur, dipercaya, membela rakyat, dan bertanggungjawab atas warganya. Oleh karenanya ketika ketua RT ini berkomunikasi dengan para korban, para korban tidak ragu dan malu lagi untuk berkomunikasi. Berbeda dengan orang asing yang baru pertama kali bertemu. Di tambah lagi orang asing seperti tim relawan yang menggunakan pakaian yang menurut pandangan masyarakat setempat merupakan hal baru, menambah keraguan untuk membuka berkomunikasi dengan tim relawan.

Dalam mendekati para korban dan berusaha meyakinkan para korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh, tim relawan selain bicara langsung vis to vis, juga mengekspresikan bentuk empati dan rasa ingin menolong para korban yang tidak setengah-setengah, menyentuh, memeluk, gerakan-gerakan atau *gesture* yang membuatnya tertarik dan yakin kalau tim akan membantu meringankan atau keluar dari masalahnya. Tim relawan juga memancing para korban agar dekat dan akrab dengan mendongeng, memakai alat peraga.

Tim yang menggunakan sentuhan dalam komunikasi nonverbalnya dinilai sebagai upaya yang bagus. Karena banyak studi yang menunjukkan efektivitas dalam sentuh menyentuh ini. Studi sentuh menyentuh disebut haptika (*haptics*), adalah suatu perilaku nonverbal yang multimakna, dapat menggantikan lebih dari seribu kata (Mulyana, 2001: 335).

Berdasarkan hasil penelitian Jones dan Yarbrough pada tahun 1985 (dalam Tubbs dan Moss, 1996: 140) bahwa sentuhan penting bagi perkembangan psikologis dan fisik anak, dan baik bagi kondisi emosi orang dewasa. Kemampuan untuk menyentuh manusia lainnya tampaknya berkaitan dengan penghargaan diri yang tinggi dan kemampuan bersosialisasi. Sentuhan juga bisa dilakukan dalam rangka mempengaruhi orang lain. Sentuhan juga bisa meningkatkan penyingkapan diri dan kerelaan. Misalnya, korban kekerasan seksual yang disentuh tangannya perlahan, akan lebih mengabdikan permohonan dibandingkan dengan korban yang tidak sentuh.

Adapun tim menggunakan alat peraga sebagai bagian dari upaya menarik para korban. Di antara strategi yang dilakukan tim relawan ini

merupakan bagian dari komunikasi nonverbal, seperti penampilan fisik yang terdiri dari busana, karakteristik fisik. Kemudian bau-bauan yang digunakan para tim relawan yang membuat para korban senang untuk dekat. Ada juga orientasi ruang dan jarak pribadi yang dilakukan tim relawan yang membedakan antara ruang privasi dan ruang publik, posisi duduk dan pengarun ruangan ketika tim bertemu dengan para korban kekerasan, penggunaan warna, waktu dalam berkunjung juga menjadi perhatian (Mulyana, 2001).

5.3.2. Proses Komunikasi Terapeutik Pada Korban Kekerasan Seksual

Proses komunikasi terapeutik yang dilakukan tim pendamping P2TP2A terhadap para korban kekerasan di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat, panjang dan menempuh tahapan serta prosedural yang kompleks.

Tim dan relawan tidak sembarang dan langsung berkomunikasi dengan para korban. Tim pendamping melakukan pemetaan terlebih dahulu, pemetaan situasi dan kondisi, geografis dan demografis, klasifikasi korban dan memilih korban sehingga bisa diidentifikasi perlakuan dan komunikasi dengan para korban.

Proses komunikasi dengan para korban pun berbeda-beda antara satu korban dengan korban lainnya. Untuk korban yang tidak terlalu trauma bisa langsung dilakukan komunikasi secara tatap muka. Berbeda dengan korban yang sangat traumatic atau depresi berat karena beban yang didapatkan ketika menjadi korban kekerasan seksual, proses komunikasinya tidak langsung, tetapi ada beberapa tahapan komunikasi terapeutiknya. Ada prosedur yang harus ditempuh dan tidak langsung berkomunikasi.

Proses komunikasi terapeutik yang dilakukan tim P2TP2A dengan para korban kekerasan seksual berlangsung sepihak, atau dalam komunikasi disebut dengan satu arah (*one way communication*). Artinya tim pendamping yang proaktif menghampiri, dan terus aktif mengajak korban kekerasan seksual untuk berkomunikasi.

Berbeda dengan proses komunikasi terapeutik yang idealnya, yaitu harus berlangsung dalam kondisi dua arah, dan pesannya tidak tertunda. Menurut Mulyana (2000), komunikasi terapeutik termasuk dalam konteks komunikasi interpersonal. Oleh karena itu, dalam proses komunikasinya, antara satu orang dengan orang lain, harus secara tatap muka, yang setiap orang ketika berkomunikasi bisa langsung menangkap reaksi orang yang sedang diajak bicara secara langsung, baik secara verbal maupun non verbal.

Kalau dalam konteks terapeutik, seorang pendamping harus hadir secara utuh (fisik dan psikologis) pada waktu berkomunikasi dengan korban kekerasan seksual untuk berkomunikasi secara tatap muka (Damaiyanti, 2008: 34).

Perawat dan pasien yang sedang berkomunikasi akan saling melihat atau menatap, melihat penampilan reaksi satu sama lain dari pesan yang diberikannya. Proses di atas lebih mengedepankan fisik atau keterlibatan fisik begitu penting dalam komunikasi terapeutik. Namun selain kehadiran fisik, keterampilan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh perawat tidak akan terlepas dari respons dan tindakan.

Tentu saja tidak mudah untuk berkomunikasi dengan korban, oleh karena itu dibutuhkan usaha ekstra dan kerja intensif dari tim pendamping. Karena harus berhasil melakukan komunikasi secara tatap muka. Namun berkat kegigihan dan keuletan tim, tim pendamping akhirnya mampu diterima oleh para korban dan keluarga korban, sampai akhirnya mereka dekat dengan korban dan keluarga korban, meskipun di awal-awal sempat ditolak oleh warga akan kehadirannya membantu para korban.

Akhirnya lama kelamaan tim pun mendapat tempat di hati masyarakat dan keluarga korban, sampai para korban dan keluarga korban tidak mau berpisah dengan tim ketika tim dan relawan mau mengakhiri kegiatan pendampingan di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kabupaten Bandung Barat karena dianggap sudah berhasil dan menuntaskan target yang dibuat sebelumnya.

Jauh sebelum benar-benar diterima dan melekat di hati para korban dan keluarga korban, terlebih dahulu tim melakukan persiapan komunikasi. Ada beberapa langkah dan tahapan yang dilakukan tim dalam menyusun proses komunikasi. Di antaranya melakukan assessment dengan mengundang pihak-pihak luar untuk terlibat dalam kegiatan ini. Mulai dari MUI Kabupaten Bandung Barat, Dinas Pendidikan Kabupaten Bandung Barat, Dinas Sosial Kabupaten Bandung Barat.

Tahapan ini merupakan tahapan dalam pengumpulan kondisi objektif korban, lingkungan korban dan lain sebagainya. Kemudian tim P2TP2A tidak langsung berkomunikasi dengan para korban dan keluarga korban, tetapi berupaya membekali diri dengan berbagai bahan, informasi, data dan hal-hal yang akurat berkaitan dengan kondisi korban, situasi dan suasana lingkungan tempat tinggal korban.

Tim melakukan penggalian informasi, sehingga benar-benar mengetahui kondisi terakhir setiap korban. Langkah awal ini semacam identifikasi korban. Berangkat dari sinilah tim memiliki peta dan situasi korban, dan hal-hal apa saja yang bisa dilakukan komunikasi dengan setiap korban.

Selain berkomunikasi dengan pihak-pihak terkait yang oleh tim dianggap representatif dan kompeten dalam melakukan pendampingan terhadap korban kekerasan seksual. Tim juga melakukan beberapa langkah sebagai bagian dari persiapan dalam melakukan proses komunikasi dengan korban dan keluarga korban. Di antaranya analisis wilayah, penelusuran

wilayah, mencari tempat tinggal untuk tim, perancangan program, rekrutmen tim, dan kontrak kerja relawan, penyediaan perangkat program, membentuk tim pendamping korban yang terdiri dari tenaga ahli psikologi sesuai dengan kasus korban.

Tim melakukan analisis wilayah mulai dari geografi, demografi, lingkungan, habit masyarakat, budaya dan berbagai hal yang berkaitan dengan situasi dan kondisi masyarakat setempat. Kemudian mencari tempat tinggal sementara sebagai pusat kegiatan, di samping mengunjungi ke rumah-rumah korban. Tempat ini yang mudah diakses, strategis dekat dengan rumah korban, dan memiliki beberapa fasilitas yang memenuhi standar sebuah rumah untuk basecamp pendampingan terhadap korban. Dan tim pun membentuk tim yang bisa fokus dan *stand by* di lokasi dengan kompetensi yang sesuai dengan standar dalam penanganan kasus kekerasan seksual. Setelah ada tempat yang dianggap representatif, dan tim mulai terbentuk, barulah dibuat program-program pendampingan dan lain sebagainya. Di sinilah tim mulai melaksanakan kegiatannya.

Ada beberapa manfaat dan tujuan adanya penggalan data, kemudian klasifikasi korban yang masuk kategori depresi berat dan stress ringan. Dengan harapan tepat dan sesuai dalam melakukan terapinya. Termasuk ketika melakukan kapan terapi kelompok dan kapan terapi individunya. Ada perlakuan yang beda antara korban satu dengan korban yang lain. Komunikasinya pun berbeda dengan korban yang berat atau korban yang dianggap ringan. Termasuk penyesuaian materi-materi pelatihan dalam rangka membangkitkan spirit dan motivasi para korban. Seperti melakukan terapi yang dilakukan individu dan kelompok, terapi kelompok berbeda dengan individu. Ada pelatihan dan pelaksanaan, dan materi pendampingan materi *public speaking* kepada para pendamping dan korban agar mereka berani bicara dan lantang bicara.

Ada beberapa tahapan dalam komunikasi dengan para korban, yaitu tahapan intervensi psikologis, dan lain-lain. Secara teori ada panduan dan menjadi rujukan. Namun pelaksanaannya tidak sesuai dengan pedoman. Ada yang semua dilakukan tetapi hanya beberapa saja tergantung korban, lingkungan, dan situasi kondisi.

Setelah melakukan intervensi dengan para korban, tim melakukan komunikasi dengan korban menggunakan cara *role play* dan psikodrama. Para korban diajak bermain *game-game* yang ringan, dan membuat para korban semangat, tertarik, antusias, dan mau mengikuti terus kegiatan yang dilakukan tim pendamping. Tim pun menyisipkan humor-humor biar tidak kaku komunikasinya dengan para korban. Karena dengan humor, menurut Dugan (1989), humor sebagai hal yang penting dalam komunikasi verbal dikarenakan tertawa mengurangi ketegangan dan rasa sakit akibat stress, dan meningkatkan keberhasilan asuhan keperawatan. Sementara Sullivan-

Deane (1988) menyatakan bahwa humor merangsang produksi katekolamin sehingga seorang merasa sehat, dan hal ini akan meningkatkan toleransi nyeri, mengurangi kecemasan serta memfasilitasi relaksasi dan meningkatkan metabolisme.

Adapun komunikasi yang dilakukan tim P2TP2A dimulai di rumah korban. Karena pada awalnya korban tidak bisa keluar dari rumahnya karena merasa diri kotor dan menutup diri dengan orang lain. Namun ketika berkomunikasi antara tim dengan para korban atau keluarga korban, proses komunikasi tidak berjalan lancar atau sebagaimana mestinya.

Meskipun komunikasi sudah dilakukan di rumah atau tempat tinggalnya sendiri. Pihak korban tetap tidak bisa terbuka dalam komunikasi. Para korban tutup mulut, tidak berani menemui orang-orang baru. Dan ini tentu saja menghambat tim dalam melakukan assessment dan penggalian data-data yang dibutuhkan dalam membuat *planning* kegiatan berikutnya dalam pendampingan pada korban. Dan untuk menghadapi para korban, tim memiliki cara dan tehnik yang efektif, yaitu dengan mendekati korban dengan dongeng-dongeng atau cerita-cerita yang menarik perhatian korban.

Setelah melakukan pendekatan dengan dongeng atau cerita-cerita yang membuatnya mereka tertarik untuk berkomunikasi, sampai akhirnya mereka terbuka kepada tim P2TP2A untuk menceritakan pengalaman-pengalaman buruknya yang menerima kejahatan seksual. di samping dengan kekuatan dongeng dan cerita, ada kelebihan yang dimiliki tim P2TP2A, yaitu tim kebanyakan perempuan yang merupakan modal untuk mendekati para korban. Karena para korban lebih terbuka kepada perempuan dibanding laki-laki. Dan ketika sudah terbuka tim dengan mudah dan leluasa melakukan role play dan FGD anak-anak dalam mengeksplorasi kisah-kisah pengalaman pahitnya dalam kekerasan seksual.

Hasil dari penggalian data dan informasi yang dilakukan tim P2TP2A cukup mencengangkan, dengan strategi *role play* dan FGD bahwa wawasan dan pengetahuan para korban mengenai seks masih minim. Mereka belum memahami anatomi tubuh dan bagian-bagian mana saja yang tidak boleh disentuh oleh orang lain, termasuk laki-laki. Para korban benar-benar masih polos dan tidak tahu menahu perihal seksualitas.

Bisa jadi keluguan dan kepolosan para korban itu karena para korban masih remaja, bahkan ada korban yang masih tergolong anak-anak. Korban rata-rata 11-15 tahun. Rata-rata korban yang masih anak-anak ini dikarenakan mudah diintimidasi sampai diancam oleh pelaku untuk menuruti kehendak dan memenuhi hawa nafsu bejatnya.

Korban yang masih anak-anak dan latar belakang budaya dan pendidikan keluarga dan korban yang masih rendah, tidak serta merta memudahkan dalam berkomunikasi antara tim dengan para korban dan keluarga korban. Berbagai cara dan tehnik komunikasi pun dilakukan dalam

memuluskan cara berinteraksi, sehingga para korban ini bersedia berkomunikasi sampai menceritakan kejadian dan mau mengungkapkan hal yang sesungguhnya.

Lambat atau lamanya tim relawan diterima oleh warga Kampung Ciseureuh dan para korban kekerasan seksual, karena dipengaruhi oleh beberapa faktor psikologis dan psikis. Potter & Perry (1993) menyebutkan sekitar 9 faktor yang mempengaruhi lamanya proses komunikasi tim dengan para korban kekerasan, di antaranya:

1. Perkembangan. Perkembangan para korban secara psikis dan fisik akan terganggu. Oleh karenanya seringkali menghambat ketika berkomunikasi dengan orang lain. Seorang pendamping dan tim harus mengerti perkembangan usia para korban, baik dari sisi bahasanya, maupun proses berpikir dari para korban kekerasan. Karena perkembangan mental, usia, jiwa, setiap korban kekerasan akan berbeda antara satu korban dengan korban lainnya. Korban kekerasan yang masih anak akan berbeda dengan korban kekerasan yang sudah beranjak remaja, begitu pun korban kekerasan remaja akan berbeda dengan korban kekerasan yang sudah beranjak dewasa;
2. Persepsi, yaitu pandangan seorang korban kekerasan terhadap sesuatu atau peristiwa yang dialaminya. Persepsi para korban kekerasan ini dibentuk oleh pengetahuan, wawasan, lingkungan dan pengalaman-pengalaman sebelumnya. Kalau pengalaman dan masa lalu korban kekerasan baik, maka akan membentuk persepsinya tentang segala sesuatu pun yang baik-baik. Sebaliknya kalau pengalaman dan masa lalu korban negatif, maka persepsinya pun akan negatif. Diakui bahwa persepsi interpersonal sangat sulit karena kita tidak akan mampu menangkap seluruh sifat orang lain dari berbagai dimensi perilakunya. Perbedaan persepsi dapat mengakibatkan terhambatnya komunikasi. Misalnya kata-kata bunga mempunyai perbedaan persepsi pada seorang ahli bunga dengan seorang bankir.
3. Latar belakang sosial budaya. Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya. Budaya juga akan membatasi cara bertindak dan berkomunikasi. Jadi faktor sosial budaya sangat mempengaruhi komunikasi antara tim dan relawan, walaupun seorang relawan telah melakukan komunikasi sesuai dengan spirit komunikasi terapeutik, sehingga perlu penjelasan yang cermat kepada pasien dan klien.

Khusus mengenai latar belakang sosial budaya ini, Stewart L. Tubss dan Sylvia Moss mengatakan bahwa perubahan adat istiadat juga menuntut banyak perubahan dalam cara penggunaan bahasa (1996: 73). Masyarakat dan korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh mengalami pergeseran budaya yang diakibatkan dari

bebasnya media sosial yang banyak menyebarkan berbagai informasi. Oleh karenanya, banyak bahasa-bahasa yang berkembang di masyarakat Kampung Ciseureuh yang sebelumnya tidak ada.

4. Emosi. Emosi merupakan perasaan subyektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih dan senang akan mempengaruhi para korban kekerasan dalam berkomunikasi dengan tim relawan. Tim relawan perlu mempelajari emosi korban kekerasan dan keluarganya, sehingga tim relawan mampu memberikan pelayanan dan tugasnya dengan tepat. Selain itu, tim relawan juga perlu mengevaluasi emosi yang ada pada dirinya agar dalam melakukan pelayanan atau pendampingan kepada korban kekerasan agar tidak terpengaruh oleh emosi bawah sadarnya. Karena hal ini sangat mempengaruhi persepsi korban terhadap komunikasi dengan tim relawan. Bisa saja terjadi persepsi korban bias tentang komunikasi tim relawan karena emosi atau sedih.
5. Jenis kelamin. Setiap jenis kelamin mempunyai gaya komunikasi yang berbeda. Baik wanita maupun laki-laki memiliki gaya komunikasi yang berbeda. Dari usia tiga tahun, wanita bermain dengan teman baiknya atau dalam group kecilnya, kemudian menggunakan bahasa seusianya untuk mencari kejelasan, meminimalkan perbedaan, serta membangun dan mendukung keintimannya. Sementara laki-laki menggunakan bahasa untuk mendapatkan kemandirian dari aktifitas dalam group yang lebih besar, di mana jika laki-laki ingin berteman, mereka akan melakukannya dengan bermain bersama-sama. Kemudian dalam mengekspresikan perasaan, pikiran, dan emosinya antara laki-laki dengan perempuan pun berbeda. Pada umumnya laki-laki akan lebih berani atau ekspresif dibanding perempuan yang lebih malu-malu dan tertutup.

Tubs dan Moss menambahkan, bahwa berdasarkan pada percobaan yang dilakukan Piaget kalau anak yang berusia kurang dari 7 atau 8 tahun, bahasa memiliki dua fungsi yang berlainan, sehingga cara berbicara juga dua macam pula, yaitu pembicaraan egosentrik artinya pembicaraan yang fokus pada diri sendiri atau untuk diri sendiri, dan pembicaraan sosialisasi atau pembicaraan yang bertujuan berinteraksi dengan orang lain untuk sosialisasi diri (1996: 81).

6. Pengetahuan. Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi komunikasi yang dilakukan antara petugas medis dan pasien. Tingkat pengetahuan berkaitan erat dengan tingkat pendidikan seseorang. Pengetahuan akan semakin baik dengan makin tinggi tingkat pendidikan dan lebih mudah menerima dan mengelola pesan atau komunikasi dengan baik. Oleh karena itu, seorang petugas medis

harus mengetahui tingkat pengetahuan dan pendidikan pasien atau klien, sehingga petugas medis dapat berinteraksi dengan baik dan akhirnya dapat memberikan pelayanan yang tepat kepada pasien dan klien.

7. Peran dan hubungan. Gaya komunikasi terapeutik pun akan berbeda, hal ini kalau dilihat pada peran dan hubungan antara korban dengan tim relawan. Misalnya cara komunikasi seorang ibu dan ayah akan berbeda dengan cara berkomunikasi anak yang menjadi korban kekerasan.
8. Lingkungan. Lingkungan tempat komunikasi terapeutik akan mempengaruhi komunikasi yang efektif. Suasana yang bising, tidak ada *privacy* yang tepat akan menimbulkan kerancuan, ketegangan dan ketidaknyamanan. Misalnya berkomunikasi dengan korban kekerasan yang dilakukan di rumahnya yang dekat dengan rumah pelaku tentunya tidak akan membuatnya nyaman. Untuk itulah tim relawan perlu menyiapkan lingkungan atau tempat yang tepat dan nyaman sebelum memulai interaksi dengan para korban dan keluarga korban. Tempat yang tidak hanya cocok untuk istirahat, tetapi juga tempat yang bisa melakukan komunikasi tanpa ada *noise* (gangguan), membuat para korban merasa nyaman dan merasakan kedamaian di ketika berada di dalamnya.
9. Jarak. Jarak di sini maksudnya jarak ketika tim relawan berkomunikasi dengan korban kekerasan. Jarak yang terlalu jauh bisa membuat pesan yang diterima susah dipahami, karena namanya juga orang sakit secara fisik dan psikis, maka akan susah berbicara seperti orang sehat pada umumnya. Namun sebaliknya ketika jarak terlalu dekat, akan sulit juga berkomunikasi karena bisa jadi korban terlalu malu atau tidak nyaman. Carilah jarak yang tepat dan nyaman untuk berkomunikasi dengan para korban. Jarak tertentu dapat menyediakan rasa aman dan kontrol. Hal itu juga yang dialami korban saat pertama kali berinteraksi dengan tim relawan. Untuk itu tim relawan perlu memperhitungkan jarak yang tepat pada saat melakukan hubungan dengan para korban kekerasan.

Mengenai jarak komunikasi antara tim relawan dengan para korban kekerasan seksual, Hall membagi beberapa jenis jarak dalam berkomunikasi, di antaranya (dalam Tubbs dan Moss, 1996: 119-121): *Pertama*, jarak intim yang jaraknya dealpan belas inci atau kurang. Dalam jarak ini kehadiran orang lain tampak begitu jelas dan hal ini kadang-kadang tampak berlebihan karena masukan pengindera yang meningkat pesat; *Kedua*, jarak pribadi. Hall membandingkan jarak pribadi dari satu setengah sampai empat kaki. Topik yang dibahas masih pribadi. Bentuk dekatnya satu setengah sapaai dua

setengah kaki. Masih merupakan jarak untuk hubungan yang amat erat; *Ketiga*, jarak sosial, berkisar dari empat hingga dua belas kaki. Digambarkan sebagai jarak psikologis. Cocok untuk diskusi dan percakapan dalam pertemuan sosial; *Keempat*, jarak publik, merupakan ruang sepanjang dua belas kaki atau lebih, dan hanya muncul dalam hubungan manusia. Pembicara publik yang berpengalaman memperbanyak gerakan tubuh, sikap, ucapan, dan mengeraskan suara, sedangkan kecepatan berbicara dikurangi.

Di samping ada proses komunikasi terapeutik dengan para korban yang lama, ada juga proses komunikasi terapeutik dengan korban yang relatif cepat dan mudah untuk berkomunikasi. Hal ini tergantung korban dan tingkat kekerasan seksual yang dialami korban.

Kalau korban yang mengalami kekerasan seksual yang masih tergolong biasa, maka relatif mudah dan cepat sembuh. Berbeda dengan korban yang tergolong menjadi korban kekerasan seksual yang paling parah, maka akan membutuhkan waktu yang tidak sebentar.

Namun di sini, setelah tim melakukan pendampingan dengan beberapa batasan dan standar pencapaian atau target dianggap sudah tercapai, maka tim akan melakukan evaluasi dan memutuskan untuk mengakhiri kegiatan pendampingan terhadap korban kekerasan seksual, yang selanjutnya korban diserahkan ke keluarga dan masyarakat. Tidak berhenti di sini, tim pun terus memantau dan membuka komunikasi dengan para korban, sehingga para korban terpantau perkembangan psikologis dan aktivitasnya.

Kalau melihat dari awal sampai akhir mengenai proses komunikasi yang dilakukan tim relawan kepada para korban, merupakan perjuangan yang luar biasa. Dari yang tadinya korban tidak mau menerima orang baru sampai korban bisa berbicara lagi, terbuka lagi, tumbuh percaya dirinya dan memiliki kemampuan atau skill yang bisa menambah nilai kepercayaan dirinya. Ada beberapa catatan yang sekiranya dalam proses komunikasi ini, tim relawan telah melakukan beberapa langkah yang luar biasa, di antaranya tim relawan memiliki spirit yang tinggi, ulet dan sabar dalam menghadapi korban, mau mendengarkan, memperlihatkan sikap yang empati dan support pada korban, teliti dan terus bertanya pada korban agar korban mau cerita atau curhat pada tim relawan, memberikan apresiasi dan penghargaan pada korban ketika para korban ini berhasil mencapai standar yang dibuatkan oleh tim relawan.

Melihat tahapan dalam proses komunikasi terapeutik yang dilakukan tim relawan, sesuai dengan strategi komunikasi terapeutik yang dipaparkan Wilson dan Kneist (1992) dan ditambah dari Stuart dan Sundeen (1998), di antaranya:

1. Mendengarkan dengan penuh perhatian. Dalam hal ini tim relawan berusaha memahami penderitaan dan penyakit yang diderita korban kekerasan, dengan cara mendengarkan apa yang disampaikannya.

Tim relawan memposisikan korban orang yang penting, dan setiap ucapannya didengar dan diingat.

Menurut Floyd (dalam Tubbs dan Moss, 1996: 159) bahwa ada tiga hal yang memerlukan mendengarkan yaitu dalam meraih keberhasilan dalam menjalankan tugas, dalam melakukan perlindungan diri, dan penegasan-penegasan lainnya sebagai bentuk tindakan mendengarkan seseorang merupakan penegasan yang kuat.

Dalam praktik komunikasi terapeutik, mendengarkan yang baik dilakukan para tim relawan ialah mendengarkan dengan empati. Karena mendengarkan dengan empati seringkali merupakan bagian yang penting dalam semua hubungan pasien dan klien. Hubungan semacam ini juga terjadi antara seorang pasien dengan ahli psikoterapi (Tubbs dan Moss, 1996: 173);

2. Menunjukkan penerimaan. Tim relawan memperlihatkan para korban setiap saat. Tim relawan juga bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikirannya, untuk mendengarkan keluh kesah yang dirasakan para korban. Ketika menerima keluh kesah dari para korban, tim relawan bukan berarti menyetujui dan menganggap benar apa yang dirasakannya itu sesuai dengan anggapan korban;
3. Menanyakan pernyataan yang berkaitan. Tujuan tim relawan bertanya adalah untuk mendapatkan informasi yang spesifik mengenai apa yang disampaikan oleh para korban. Oleh karena itu, pertanyaan sebaiknya dikaitkan dengan topik yang dibicarakan dan gunakan kata-kata yang sesuai dengan konteks sosial budaya korban kekerasan;
4. Mengulang apa yang diucapkan korban dengan menggunakan kata-kata tim relawan. Ini dilakukan dengan tujuan untuk melakukan konfirmasi oleh tim relawan kepada korban, atau memastikan bahwa informasi yang didapatkan tim relawan adalah benar atau sesuai dengan yang dirasakan korban. Melalui pengulangan kembali kata-kata korban, berarti tim relawan telah memberikan umpan balik pada korban, sekaligus menunjukkan bahwa tim relawan mengerti pesan yang diberikan korban, sehingga langkah selanjutnya yang akan diambil tim relawan tidak salah.

Karena bisa jadi maksud dan tujuan korban belum tentu dipahami benar oleh para tim dan relawan. Dalam istilah Tubbs dan Moss bahwa setiap orang berpotensi menafsirkan sesuatu sesuai dengan makna pribadi dan makna bersama (1996: 78);

11. Diam dan membiarkan korban bicara. Ada saatnya tim relawan diam untuk memberikan kebebasan korban untuk memutuskan sendiri. Diam akan memberikan kesempatan kepada korban untuk mengorganisir pikirannya. Jangan sampai tim relawan juga ikut bicara

sehingga memotong ucapan korban, tentu saja kalau ini terjadi korban akan merasa tersinggung, bahkan akan menghentikan pembicaraannya;

12. Memberikan penghargaan. Penghargaan layak diberikan kepada korban yang telah berhasil melaksanakan saran atau petunjuk dari tim relawan. Atau juga petugas medis bisa memberikan penghargaan ketika setiap hari ada progress dari korban yang lebih baik dari hari sebelumnya. Hal ini dilakukan untuk memulihkan dan memberikan motivasi pada pasien. Penghargaan juga layak diberikan ketika ada lomba-lomba yang memacu korban untuk berkompetisi. Atau penghargaan diberikan ketika ada korban yang mampu berprestasi di sekolah atau tempatnya belajar. Ini dilakukan dalam rangka meningkatkan kepercayaan diri para korban;
16. Memberikan kesempatan kepada korban untuk mengungkapkan pandangannya. Biarkan korban berpendapat sehingga tim relawan hanya bisa melihat posisi dan pandangan korban. Dengan seperti ini, korban akan merasa bebas untuk menguraikan pandangannya kepada tim relawan. Selain itu, dengan cara membebaskan atau meminta korban berpandangan atau berargumentasi, itu sama dengan kita memberikan keberanian korban dalam mengungkapkan isi hatinya, selanjutnya akan memunculkan keberanian dalam dirinya;
17. Refleksi. Refleksi ini memberikan kesempatan kepada korban untuk merenungi apa yang terjadi dan dialami oleh dirinya. Dengan cara ini bisa membantu korban dalam introspeksi sehingga ke depannya bisa memperbaiki kekurangan-kekurangan diri yang ditemukan setelah refleksi. Ini merupakan tahap akhir, setelah korban dinilai telah memiliki kepercayaan diri yang sebelumnya hilang atau tidak memiliki sama sekali. Langkah ini sama dengan mengajarkan para korban untuk memikirkan masa depannya harus diciptakan dan diraihnyanya. Merenungkan hal-hal negatif yang pernah dialami, untuk kemudian merenungkan hal-hal positif yang akan dilakukan sebagai cara menghilangkan masa-masa sulit atau kelam.

5.3.3. Faktor-Faktor yang Menghambat dalam Praktik Komunikasi Terapeutik

Korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat yang berjumlah sekitar 28 orang memiliki beragam dampak sebagai akibat dari kekerasan seksual yang diterimanya.

Karena dari 28 korban kekerasan seksual tersebut tidak sama mendapat perlakuan seksualnya dari pelaku kekerasan seksual. Ada yang masuk pada kategori korban kekerasan seksual yang ringan, sedang dan

berat. Ada yang hanya sekali mendapat kekerasan seksualnya, ada yang dua kali, bahkan ada juga yang mendapat beberapa kali kekerasan seksualnya. Trauma pasca mengalami kekerasan seksual pun beragam, ada yang bisa berkomunikasi, ada juga yang menutup diri dari kehidupan dan diam diri di dalam kamar tidak mau bertemu dengan orang lain, dan lain-lain.

Menurut Hawari (2013:95) dampak kekerasan seksual pada anak adalah stres pascatrauma. Kekerasan seksual yang dialami seorang perempuan atau anak, bisa menyisakan traumatik yang mendalam. Dampak kekerasan seksual tersebut lebih merupakan trauma psikis daripada trauma fisik, dampak negatif terhadap korban adalah dapat menimbulkan gangguan jiwa yang disebut stres pascatrauma.

Adapun gejala-gejala stress pascatrauma itu adalah:

- a. Munculnya stress berat, yang menimbulkan gejala penderitaan yang berarti.
- b. Ingatan berulang tentang peristiwa itu, mimpi-mimpi berulang dari peristiwa itu, dan timbulnya secara tiba-tiba perilaku atau perasaan seolah-olah peristiwa traumatik itu sedang timbul kembali.
- c. Berkurangnya hubungan dengan dunia luar (*psychic numbing* atau *anesthesia emosional*) yang mulai beberapa waktu sesudah trauma, dan dinyatakan paling sedikit satu dari tanda seperti berkurangnya minat terhadap satu atau lebih aktivitas, perasaan terlepas atau terasing dari orang lain, afek (alam perasaan) yang menyempit (*constricted affect*) atau afek depresif (murung, sedih, putus asa).
- d. Sebelum terjadinya depresi atau pasca trauma, ada dua dari gejala-gejala berikut ini yang tidak ada sebelum trauma terjadi, yaitu kewaspadaan atau reaksi terkejut yang berlebihan, gangguan tidur disertai mimpi-mimpi yang menggelisahkan, perasaan bersalah karena lolos dari bahaya maut, merasa bersalah tentang perbuatan yang dilakukannya, daya ingat atau susah untuk berkonsentrasi, penghindaran diri dari aktivitas yang membangkitkan ingatan tentang peristiwa traumatik itu, peningkatan gejala-gejala apabila dihadapkan pada peristiwa yang mensymbolisasikan atau menyerupai peristiwa traumatik itu.

Selain penyakit psikis yang didapatkan para korban sebagai efek dari tindak kekerasan seksual, para korban juga ada yang diidentifikasi memiliki penyakit fisik. Di antara beberapa penyakit yang bisa didapatkan para korban kekerasan seksual seperti penyakit kelamin (*veneral diseases*) disebut pula dengan istilah penyakit menular seksual (*sexually transmitted diseases*), artinya jenis penyakit ini ditularkan melalui hubungan seksual di luar nikah (perzinaan), pelacuran, seks bebas, perselingkuhan, homoseksual, perkosaan pada anak dan lain sejenisnya. Jenis penyakit ini tidak saja merusak alat kelamin dan organ reproduksi tetapi juga menimbulkan komplikasi, misalnya

kemandulan, kecacatan, gangguan kehamilan, gangguan pertumbuhan, kanker bahkan juga bisa menimbulkan kematian pada diri korban kekerasan seksual.

Efek negatif yang diterima para korban kekerasan seksual seharusnya bisa diatasi dengan cepat dan akurat, kalau saja tidak ada kendala dari korban, lingkungan, dan aparat yang sigap dan cepat mengatasinya. Setidaknya ada beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan penanganan yang dilakukan tim dan relawan terhadap korban kekerasan seksual. Termasuk faktor-faktor yang menghambat dalam komunikasi terapeutik, yang dilakukan oleh tim pendamping P2TP2A, di antara faktor tersebut adalah *Pertama*, budaya komunikasi di lingkungan masyarakat setempat yang tabu dan pamali kalau bicara hal-hal yang sifatnya privasi dan porno atau seks, *Kedua*, pendidikan yang rendah sehingga tidak tahu harus berbuat apa ketika anaknya menjadi korban kekerasan seksual. Akhirnya para keluarga korban kekerasan seksual hanya pasrah. Seringkali mereka mengatakan nasib, takdir, dan tidak berani melawan pelaku yang dianggap orang terhormat dan lebih berpendidikan. *Ketiga*, miskinnya informasi mengenai cara melapor korban, dan tingkat pengetahuan dan wawasan korban dan keluarga korban yang rendah. Sehingga mereka tidak memahami harus berbuat atau bertindak apa ketika menjadi korban kekerasan seksual. *Keempat*, kemampuan bahasa masyarakat Ciseureuh kurang sehingga mereka cenderung tertutup dengan orang asing.

Pertama, budaya komunikasi di lingkungan masyarakat setempat yang tabu dan pamali kalau bicara hal-hal yang sifatnya privasi dan porno atau seks.

Kedua, pendidikan yang rendah sehingga tidak tahu harus berbuat apa ketika anaknya menjadi korban kekerasan seksual. Akhirnya para keluarga korban kekerasan seksual hanya pasrah. Seringkali mereka mengatakan nasib, takdir, dan tidak berani melawan pelaku yang dianggap orang terhormat dan lebih berpendidikan.

Ketiga, miskinnya informasi mengenai cara melapor korban, dan tingkat pengetahuan dan wawasan korban dan keluarga korban yang rendah. Sehingga mereka tidak memahami harus berbuat atau bertindak apa ketika menjadi korban kekerasan seksual.

Keempat, kemampuan bahasa masyarakat Ciseureuh kurang sehingga mereka cenderung tertutup dengan orang asing. Padahal bahasa menurut Stewart L. Tubbs dan Sylvia Moss bisa melakukan dua hal penting, yaitu berlaku sebagai alat bantu memori. Bahasa membuat memori lebih efisien bila kita menyandi peristiwa sebagai kategori verbal. Terutama peristiwa-peristiwa kelam yang tidak bisa dihilangkan dalam pengalaman hidup para korban. Dan bahasa memungkinkan kita untuk mengabstraksikan apa saja yang berasal dari pengalaman kita. Hal ini terutama penting dalam

mengungkapkan suatu hubungan abstrak pengalamannya diperkosa oleh pelaku. Idealnya bahasa merupakan instrument pikiran yang berharga; kini diketahui bahwa kadang-kadang bahasa mengganggu kemampuan berpikir kritis (1996: 88). Bisa jadi kemampuan bahasa yang kurang dari para korban kekerasan seksual, mengakibatkan dirinya tidak berani mengungkapkan pengalaman pribadinya yang diperkosa sehingga begitu lama kasus kekerasan seksual di Cipongkor terungkapnya.

Kelima, kurangnya support dari aparat desa. Aparat desa cenderung menutup-nutupi kasus ini. Karena aparat desa merasa ini aib daerah atau wilayah. Di samping itu adanya perlakuan yang berbeda dari aparat kepada para korban. Aparat lebih membela pelaku karena pelaku berangkat dari orang berada dan terpendang secara status sosial maupun pengetahuan agamanya.

Faktor lain yang didapatkan ialah takut diintimidasi, dimintai biaya dalam proses pemeriksaan, dan diancam lain-lain oleh pihak pelaku. Karena pelaku dipandang dari keluarga yang mampu secara ekonomi, dan memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi dibanding korban dan keluarga korban. Adanya persepsi negatif kepada tim relawan sehingga korban dan keluarga korban takut dengan kehadiran tim pendamping dari P2TP2A, dan dianggap akan menambah masalah. Bukannya meringankan beban, kehadiran P2TP2A dikhawatirkan menambah beban penderitaannya.

Faktor lainnya yang juga menghambat praktik komunikasi terapeutik adalah tingkat kepedulian orang sekitar pada korban dan keluarga korban. Orang-orang sekitar tidak mau terlibat dalam kasus kekerasan seksual yang didapatkan tetangganya, mereka cenderung memilih sikap diam karena takut terbawa-bawa.

Ada anggapan juga bahwa korban yang mendapatkan kekerasan seksual karena sudah titik tulis atau sudah ditakdirkan atau dinasibkan menjadi korban kekerasan seksual. Di tambah lagi tidak adanya peran keluarga yang maksimal dalam melindungi anak-anak atau anggota keluarga. Masyarakat relatif menerima dengan keadaan atau kondisi anaknya yang menjadi korban. Tidak ada usaha dan upaya untuk melawan, melaporkan, atau mengadu meminta keadilan kepada pihak berwajib agar pelaku bertanggungjawab terhadap korban, dan pelaku diberi hukuman yang setimpal.

Tingkat pendidikan orang tua yang relatif rendah, pengetahuan dan wawasan orang tua yang kurang mengenai pola asuh, pola didik, dan hal-hal apa saja yang boleh dan tidak boleh dikomunikasikan dalam keluarga. Dan pola komunikasi keluarga yang cenderung paternalistik, sehingga terbangun kultur komunikasi di dalam keluarga yang top down, semi otoriter, dan anak-anak tidak bisa berbuat apa yang penting mendengar apa yang dikatakan orang tua. Kalau anak banyak bicara, maka anak akan ditegur dan dikatakan

sebagai anak yang rewel atau cerewet. Termasuk para orangtua memandang anak-anak tidak memiliki pandangan yang bagus dan layak, karena dianggap anak-anak yang tidak tahu apa-apa dibanding orangtua.

Kondisi seperti itu dikarenakan juga kesibukan orangtua yang fokus pada pekerjaan bertani, berkebun, dan lain sebagainya. Tidak menyadari dengan perkembangan anak yang setiap tahun terus berubah, baik fisik maupun psikis. Orang tua tidak memahami kebutuhan anak-anak akan mental, spiritual, dan psikis lainnya. Bahkan sungguh miris sebagian ibu-ibu yang anak-anaknya menjadi korban kekerasan seksual, sudah tidak lagi bercanda dan saling menyayangi sebagaimana ibu dan anak.

Faktor-faktor yang menghambat melakukan komunikasi terapeutik juga dibenarkan oleh Sable dan kawan-kawan, bahwa ada beberapa faktor yang mengakibatkan susahny mengungkap kekerasan seksual terhadap anak dan perempuan, di antaranya karena ada perasaan malu dari korban ketika tahu dirinya adalah korban kekerasan seksual, rasa bersalah, takut mendapat perlakuan tidak wajar dari orang lain, tidak ingin diketahui teman dan keluarga kalau menjadi korban kekerasan seksual, tidak percaya diri dan takut tidak dipercaya orang lain ketika dirinya mengungkapkan apa yang pernah dialaminya (2006: 157).

Sementara itu menurut Potter dan Perry (1993) bahwa ada beberapa faktor yang menghambat dalam pelaksanaan komunikasi terapeutik, di antaranya:

1. Perkembangan. Perkembangan fisik dan psikis dari para korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh yang relatif masih anak-anak sehingga emosinya labil.
2. Persepsi, yaitu persepsi korban dan keluarga korban terhadap tim relawan yang cenderung negative dan menganggap tim relawan akan menambah beban penderitaannya.
3. Latar belakang sosial budaya. Bahasa dan gaya komunikasi akan sangat dipengaruhi oleh faktor budaya.
4. Emosi. Merupakan perasaan subyektif terhadap suatu kejadian. Emosi seperti marah, sedih dan senang akan mempengaruhi pegawai medis dalam berkomunikasi dengan pasien.
5. Jenis kelamin. Setiap jenis kelamin mempunyai gaya komunikasi yang berbeda.
6. Pengetahuan. Tingkat pengetahuan akan mempengaruhi komunikasi yang dilakukan antara petugas medis dan pasien. Tingkat pengetahuan berkaitan erat dengan tingkat pendidikan seseorang. Pengetahuan akan semakin baik dengan makin tinggi tingkat pendidikan dan lebih mudah menerima dan mengelola pesan atau komunikasi dengan baik.

7. Peran dan hubungan. Gaya komunikasi terapeutik pun akan berbeda, hal ini kalau dilihat pada peran dan hubungan para pelakunya.
8. Lingkungan. Lingkungan tempat komunikasi terapeutik akan mempengaruhi komunikasi yang efektif.
9. Jarak. Jarak di sini maksudnya jarak ketika petugas medis berkomunikasi dengan pasien.

Selain faktor-faktor tersebut, faktor yang menghambat komunikasi terapeutik yang terjadi di Ciseureuh disebutkan juga oleh Purwanto (1994) yaitu kemampuan pemahaman yang berbeda di antara tim relawan dan korban, pengamatan atau penafsiran yang berbeda karena pengalaman masa lalu mulai dari pengalaman hidup sampai latar belakang pendidikan, gaya komunikasi yang berbeda karena memiliki latar belakang budaya yang berbeda, dan mengalihkan topik pembicaraan mungkin karena malu atau tidak siap untuk mengatakan yang sebenarnya yang dialami pasien.

Sementara itu Dewit (2001) menambahkan faktor-faktor yang dapat menghambat proses komunikasi terapeutik di antaranya:

a. Mengubah subjek atau topik (*changing the subject*)

Ketika terjadi komunikasi antara tim relawan dengan korban, tiba-tiba di tengah pembicaraan tim relawan atau korban mengalihkan pembicaraan ke hal lain. Kalau pengalihan pembicaraan dilakukan oleh tim relawan, tentu saja akan memunculkan empati yang kurang dari korban kepada tim relawan. Hal ini akan menjadikan korban merasa tidak nyaman, tidak tertarik dan cemas, sehingga semangat untuk bicaranya menjadi hilang. Sebaliknya, kalau pengalihan dilakukan oleh korban akan menambah lamanya observasi atau petugas tim relawan dalam mengidentifikasi korban. Dengan demikian informasi yang ingin didapatkan dari korban tidak tercukupi.

b. Mengungkapkan keyakinan palsu (*offering false reassurance*)

Jangan berharap komunikasi akan berjalan dengan baik dengan mengungkapkan keyakinan palsu tim relawan, sebaliknya dengan memberikan keyakinan yang tidak sesuai dengan kenyataan, sangat berbahaya karena dapat mengakibatkan rasa tidak percaya korban terhadap tim relawan.

c. Memberi nasihat (*giving advice*)

Demi keselamatan, kemudahan dalam pengobatan, dan mempermudah perawatan, maka seringkali tim relawan akan memberikan beberapa nasihat kepada korban. Namun ketika memberi nasihat yang tidak pas dan pantas, bisa menjadi penghambat dalam proses komunikasi. Misalnya tim relawan memberikan nasihat yang sesungguhnya korban lebih tahu yang terbaik untuk dirinya sendiri. Tentu saja saran-saran tim relawan ini akan ditolak korban, karena korban merasa lebih berhak untuk

menentukan masalah mereka sendiri. Tidak hanya itu, kredibilitas tim relawan menjadi turun dan tidak akan didengar lagi kata-katanya.

d. Komentar yang bertahan (*defensive comments*)

Maksud dari komentar yang bertahan ialah tim relawan ketika berkomunikasi dengan korban tidak mau mendengarkan terlebih dahulu korban. Malah berkomunikasi sebaliknya, terus menyalahkan dan tidak mau menerima perkataan-perkataan korban yang sesungguhnya sedang mengeluarkan perasaan dan bebannya. Dengan komentar yang bertahan bisa menyebabkan korban tidak mempunyai hak untuk berpendapat, sehingga korban menjadi kecewa dan tidak mau lagi berkomunikasi dengan tim relawan. Oleh karenanya, agar tidak defensif tim relawan perlu mendengarkan perkataan korban, walaupun mendengarkan belum tentu setuju.

e. Pertanyaan penyelidikan (*probing question*)

Bertanya kepada korban mengenai apa yang dirasakan dan dideritanya itu penting, tetapi jangan sampai tim relawan bertanya seperti polisi yang menginterogasi ketika sedang melakukan penyelidikan sebuah kasus. Pertanyaan ingin tahu dengan penyelidikan berbeda. Pertanyaan penyelidikan ditujukan untuk mendapatkan informasi atas masalah yang terjadi, sementara pertanyaan kepada korban ingin mendapatkan informasi dari apa yang dirasakannya. Dengan menggunakan pertanyaan penyelidikan, korban susah untuk diajak berkomunikasi lagi. Karena korban merasa disudutkan dan diposisikan orang yang bersalah. Banyak juga korban yang marah karena mendapat pertanyaan-pertanyaan membuatnya kaku, malu, dan tidak bisa menjawab.

f. Menggunakan kata klise (*using cliches*)

Meskipun dalam situasi dan kondisi yang sakit, bukan berarti korban bisa diberikan kata-kata apa saja. Termasuk kata-kata klise yang tidak disukai oleh korban. Mereka bisa berhenti dan tidak bersemangat dalam berkomunikasi. Kata-kata klise menunjukkan kurangnya penilaian pada hubungan tim relawan dengan korban. Korban akan merasa bahwa perawat tidak peduli dengan situasinya.

g. Mendengarkan dengan tidak memperhatikan (*in attentive listening*)

Tim relawan ketika berbicara dengan korban namun perhatiannya ke hal lain, tidak memandang korban meakipun mendengarkannya. Tim relawan atau perawat menunjukkan sikap yang tidak tertarik, tidak memperlihatkan perhatian penuh ketika korban sedang mencoba mengeksplorasi perasaannya, maka korban akan merasa bahwa dirinya tidak penting dan

perawat sudah bosan dengannya. Situasi ini akan membuat komunikasi menjadi membosankan dan tidak berjalan seperti biasanya.

Berbeda dengan faktor-faktor yang menghambat komunikasi terapeutik di atas, Onong Uchjana Effendy (2000: 11-16) menjelaskan faktor yang menghambat komunikasi pada umumnya. Di antara faktor komunikasi ini, juga bisa dijadikan alat untuk mendeteksi faktor-faktor penghambat di dalam komunikasi terapeutik, di antaranya:

1. Faktor sosio antrop psikologis

Proses komunikasi berlangsung dalam konteks situasional. Ini berarti bahwa tim relawan harus memperhatikan situasi ketika komunikasi dilangsungkan dengan korban. Sebab situasi amat berpengaruh terhadap kelancaran komunikasi, terutama situasi yang berhubungan dengan faktor-faktor sosiologis antropologis dan psikologis korban kekerasan seksual.

Dalam pandangan sosiologi, bahwa masyarakat dan korban kekerasan seksual terdiri dari berbagai golongan dan lapisan, yang menimbulkan perbedaan dalam status sosial, ideologi, tingkat pendidikan, tingkat kekayaan, dan sebagainya, yang kesemuanya dapat menjadi hambatan bagi kelancaran komunikasi. Korban yang secara ekonomi kurang akan susah berkomunikasi dengan tim relawan, karena selain minder tidak memiliki kekayaan yang wajar, juga merasa diri rendah sebagai korban kekerasan seksual.

Manusia meskipun satu sama lain sama dalam jenisnya sebagai makhluk *homo sapiens*, tetapi ditakdirkan berbeda dalam banyak hal. Berbeda dalam postur tubuh, warna kulit, jenis kelamin dan kebudayaan, yang pada kelanjutannya berbeda dalam gaya hidup (*way of life*), norma, kebiasaan, dan bahasa.

Dalam melancarkan komunikasinya seorang relawan atau tim pendamping, tidak akan berhasil apabila relawan tidak mengenal siapa korban yang dijadikan sasarannya. Maksud siapa di sini bukan nama yang disandangnya, melainkan ras, bangsa dan suku korban. Dengan mengenal latar belakang korban, akan mengenal pula kebudayaannya, gaya hidup dan norma kehidupan, kebiasaan dan bahasanya sehingga memudahkan dalam berkomunikasi terapeutik.

Faktor psikologis seringkali menjadi hambatan dalam komunikasi terapeutik. Hal ini umumnya disebabkan tim relawan sebelum melancarkan komunikasinya tidak mengkaji diri korban. Komunikasi sulit untuk berhasil apabila korban kekerasan sedang sedih, bingung, marah, merasa kecewa, merasa iri hati dan kondisi psikologis lainnya; juga jika korban menaruh prasangka (*prejudice*) jelek kepada tim relawan.

Prasangka merupakan salah satu hambatan berat bagi kegiatan komunikasi terapeutik, karena korban yang sudah berprasangka jelek belum apa-apa sudah bersikap menentang tim relawan. Pada korban yang bersikap

prasangka, emosinya labil, dan menyebabkan dia menarik kesimpulan tanpa menggunakan pikiran secara rasional.

Emosi sering kali membutakan pikiran dan perasaan terhadap suatu fakta yang bagaimana pun jelas dan tegasnya. Apalagi kalau prasangka itu sudah berakar di dalam diri korban, maka korban tidak dapat lagi berpikir objektif, sehat, dan jernih, sehingga apa saja yang dilihat atau didengar korban selalu akan dinilai negatif.

Prasangka sebagai faktor psikologis dapat disebabkan oleh aspek antropologis dan sosiologis; dapat terjadi terhadap ras, bangsa, suku bangsa, agama, partai politik, kelompok, dan apa saja yang bagi seseorang merupakan suatu perangsang disebabkan dalam pengalamannya pernah diberi kesan yang tidak enak. Cara mengatasinya adalah mengenal diri korban, dengan mengkaji kondisi psikologinya sebelum komunikasi dilancarkan, dan bersikap empati pada penderitaan dan beban hidup korban. Empati adalah kemampuan memproyeksikan diri kepada diri orang lain, dengan perkataan lain, kemampuan menghayati perasaan orang lain atau merasakan apa yang dirasakan orang lain.

2. Faktor semantis

Kalau hambatan sosiologis antropologis dan psikologis terdapat pada pihak korban, maka hambatan semantis terdapat pada diri tim relawan atau pendamping. Faktor semantis menyangkut bahasa yang dipergunakan tim relawan sebagai alat untuk menyalurkan pikiran dan perasaannya kepada korban. Demi kelancaran komunikasinya tim relawan pendamping harus benar-benar memperhatikan gangguan semantis ini, sebab salah ucap atau salah tulis dapat menimbulkan salah pengertian atau salah tafsir yang pada gilirannya bisa menimbulkan salah komunikasi.

Gangguan semantis kadang-kadang disebabkan pula oleh aspek antropologis, yakni kata-kata yang sama bunyinya dan tulisannya, tetapi memiliki makna yang berbeda. Salah komunikasi ada kalanya disebabkan oleh pemilihan kata yang tidak tepat, kata-kata yang sifatnya konotatif. Dalam komunikasi bahasa yang sebaiknya dipergunakan adalah kata-kata yang denotatif.

Jadi untuk menghilangkan hambatan semantis dalam komunikasi, tim relawan dan pendamping harus mengucapkan pernyataannya dengan jelas dan tegas, memilih kata-kata yang tidak menimbulkan persepsi yang salah dan disusun dalam kalimat-kalimat yang logis.

3. Hambatan mekanis

Hambatan mekanis dijumpai pada media yang dipergunakan dalam melancarkan komunikasi. Banyak contoh yang kita alami dalam kehidupan sehari-hari. Hambatan pada beberapa media tidak mungkin diatasi oleh tim

relawan dan pendamping, misalnya hambatan yang dijumpai pada surat kabar, radio, dan televisi. Tetapi pada beberapa media yang digunakan tim relawan dan pendamping dapat saja mengatasinya dengan mengambil sikap tertentu. Penting diperhatikan dalam komunikasi ialah sebelum suatu pesan dapat diterima secara psikis, terlebih dahulu harus dipastikan dapat diterima secara inderawi, dalam arti bebas dari hambatan mekanis.

4. Hambatan Ekologis

Hambatan ekologis terjadi disebabkan oleh gangguan lingkungan terhadap proses berlangsungnya komunikasi, jadi datangnya dari lingkungan. Contoh hambatan ekologis adalah suara riuh orang-orang atau kebisingan lalu lintas, suara hujan atau petir dan lain-lain. Situasi komunikasi yang tidak menyenangkan seperti itu dapat diatasi komunikator dengan menghindarkannya jauh sebelum atau dengan mengatasinya pada saat ia sedang berkomunikasi. Untuk menghindarkannya tim relawan harus mengusahakan tempat komunikasi yang bebas dari gangguan (*noise*).

BAB VI

RENCANA TAHAPAN BERIKUTNYA

Berdasarkan hasil dan luaran yang dicapai pada bab sebelumnya, ada beberapa rencana sebagai tahapan kegiatan berikutnya sebagai bentuk tindak lanjut, di antaranya:

1. Pembuatan pedoman dan panduan dalam melakukan komunikasi terapeutik untuk tim relawan baik bentuk digital maupun hardcopy, sehingga bisa dipergunakan dengan praktis dan kapan pun. Pembuatan ini dinilai penting karena masih terbatasnya rujukan yang bisa dijadikan pedoman yang kerja dari tim relawan dalam melakukan tugasnya menjadi pendamping para korban kekerasan seksual, sehingga praktik komunikasi terapeutik sering kali menjadi tidak lancar dan mendapat berbagai kendala teknik dan non teknis;
2. Melakukan pelatihan komunikasi terapeutik untuk tim relawan yang menjadi pendamping. Baik tim relawan tingkat provinsi maupun tim relawan tingkat kabupaten dan kota di wilayah Jawa Barat. Karena komunikasi bisa dilakukan oleh siapa pun kepada siapa pun dan kapan pun, tetapi tidak untuk komunikasi dengan para korban kekerasan seksual. Dibutuhkan penguasaan dan *skill* komunikasi terapeutik para tim relawan dalam melakukan pendampingan kepada korban kekerasan seksual, sehingga tim relawan dalam memulihkan trauma korban bisa dengan cepat dan tepat;
3. Melakukan penyuluhan, pendampingan kepada masyarakat dalam meningkatkan komunikasi keluarga. Budaya komunikasi di masyarakat Indonesia masih didominasi dengan budaya komunikasi *top down* dan ketakutan dalam melakukan komunikasi. Di dalam keluarga sudah mengakar kuat bahwa anak adalah posisi yang paling bawah, dan tidak bisa mengungkapkan isi hatinya pada orang tua. Dan orang tua posisinya paling tinggi meskipun terkadang salah dalam hal-hal tertentu. Kondisi dan situasi seperti ini menjadi penghambat dalam arus komunikasi di dalam keluarga, sehingga ketika ada hal-hal penting yang harusnya orang tua mengetahui menjadi susah, dan penanganan pun menjadi lambat. Adanya kekerasan seksual di antara faktornya adalah rendah atau jeleknya budaya komunikasi keluarga yang membuat anggota keluarga, anak salah satunya, tertutup pada orang tua;
4. Bekerjasama dengan dinas sosial dan lembaga-lembaga terkait, dalam pembentukan tim relawan, tenaga ahli dalam terapi healing untuk para korban kekerasan. Karena tidak menutup kemungkinan kasus yang sama terjadi di daerah lain, oleh karenanya dibutuhkan kesiapan dan kesigapan aparat dan dinas-dinas terkait. Dengan demikian ketika

muncul kasus yang sama, aparat tidak lagi gamang, bingung, dan dilema dalam mengambil tindakan;

5. Pembuatan Standard Operational Procedure (SOP) untuk menindaklanjuti ketika terjadi kasus kekerasan seksual yang SOP ini ada di setiap daerah. SOP ini ditargetkan ada di setiap desa dan kecamatan di wilayah Jawa Barat. Banyak kasus yang lambat penanganannya karena tidak meleknya masyarakat dan aparat daerah terhadap langkah dan tindakan-tindakan apa saja yang bisa diambil dalam menangani kasus kekerasan seksual;
6. Meningkatkan kewaspadaan dan kesadaran aparatur desa dan masyarakat agar melek dengan masalah kekerasan sosial. Karena banyak kasus kekerasan seksual di mana pelakunya bisa datang dari kalangan dekat dengan keluarga, dan akrab dengan kehidupan sehari-hari di masyarakat. Adanya kesadaran masyarakat ini tentang bahaya kekerasan seksual bisa mengurangi kejadian-kejadian sama di daerah lain. Minimal bisa memutus mata rantai kekerasan seksual pada generasi berikutnya;

BAB VII PENUTUP

7.1. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan pada bab-bab sebelumnya, dapat ditarik kesimpulan dalam penelitian ini, di antaranya:

1. Bentuk komunikasi yang digunakan tim relawan dan pendamping dalam melakukan terapi healing kepada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung ialah dengan bentuk komunikasi verbal dan bentuk komunikasi nonverbal. Penggunaannya situasional, ada yang secara beriringan bahkan ada juga hanya menggunakan bentuk komunikasi nonverbal, tergantung situasi dan kondisi korban;
2. Proses komunikasi yang dilakukan tim relawan dan pendamping dalam melakukan terapi healing kepada korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung panjang dan bertahap. Mulai dari proses awal yang terdiri dari pengumpulan data dan informasi yang berkaitan dengan kondisi korban kepada keluarga dan pihak yang dianggap representatif, pemilihan dan klasifikasi korban yang selanjutnya dilakukan jenis treatment pada korban, barulah komunikasi dengan korban dengan pendekatan persuasif dan strategi komunikasi empati;
3. Ada beberapa faktor yang menghambat komunikasi terapeutik terhadap korban kekerasan seksual di Kampung Ciseureuh Desa Cijambu Kecamatan Cipongkor Kabupaten Bandung Barat, yaitu: faktor sosiologis (jenjang sosial dan ekonomi, status sosial, para korban yang rendah), antropologis (kebiasaan masyarakat yang tabu dan pamali ketika mengungkapkan kejelekan guru kepada orang tua), psikologis (rendah diri, merasa diri kotor, tidak mau bertemu orang, menutup diri), linguistik (kemampuan dalam mengkomunikasikan, dan susahnyamemahami bahasa yang digunakan tim relawan).

7.2. Saran

Berdasarkan pada kesimpulan dalam penelitian ini, ada beberapa saran, di antaranya:

1. Kepada tim relawan atau pendamping dalam berkomunikasi lisan sebaiknya disesuaikan dengan sosiologis, antropologis, dan psikologis korban kekerasan seksual dan pergungan bahasa daerah korban berdomisili. Dan ketika tim relawan atau pendamping berkomunikasi non verbal sebaiknya perbanyak ekspresi dan sentuhan kepada korban kekerasan seksual;

2. Dalam penggalian identitas korban kekerasan, jangan abaikan untuk mengidentifikasi dari sisi sosiologis antropologis dan psikologis. Tidak hanya menggali geografis dan demografis;
3. Adanya pelatihan *story telling* dan menguasai alat peraga yang *attractive* untuk para tim relawan ketika melakukan terapi healing para korban kekerasan seksual. Terutama ketika melakukan treatment pada korban kekerasan seksual yang masih anak-anak.

Daftar Pustaka

- Alam, Fanny S. "Darurat Kekerasan Seksual", *Pikiran Rakyat*, Sabtu 23 September 2017.
- Ancok, D. (1997). *Teknik Penyusunan Skala Pengukur*, Yogyakarta: Gadjah mada University Press
- Arifin, H.M. (1993). *Psikologi Dakwah: Suatu Pengantar Studi*. Jakarta: Bina Aksara.
- Condon, J. C. & Yousef, F. (1985). *An Introduction to Intercultural Communication*. New York: Macmillan.
- Muhtadi, A. S. & Huriani, Y. & Dulwahab, E. (2018). *Komunikasi Terapeutik Pasca Kekerasan Seksual*. Bandung: LP2M UIN Sunan Gunung Djati.
- Mulyana, D. (2001). *Ilmu Komunikasi: Suatu Pengantar*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Mulyana, D. 2010. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Munawir, A. W. (1984). *Al-Munawwir Kamus Besar Arab-Indonesia*, Yogyakarta: Ponpes Al-Munawir.
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Vol. 1. Jakarta: EGC.
- Sable, M.R. & Danis, F. & Mauzy, D. L. & Gallagher, S. K. (2006). "Barriers to Reporting Sexual Assault for Women and Men: Perspective of College Students". *Journal of American College Health*. volume 55, number 3. hlm. 157.
- Sadiyah, D. (2014). *Guidance and Counseling dalam Membentuk Kepribadian Sehat*. Dalam Kajian Dakwah Multiperspektif. Bandung: Remaja Rosdakarya. Hal. 279-280.
- Samovar, L. A. & Porter, R.E. (1991). *Communication Between Cultures*. Belmont, California: Wardsworth.
- Scheidel, T. M. (1976). *Speech Communication and Human Interaction*. Edisi ke-2. Glenview: Scott, Foresman & Co.
- Siddiq, S. (1983). *Dakwah dan Teknik Berkhutbah*. Bandung: Al-Ma'arif.
- Sugiyono, 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Suyanto, B. (2013). *Masalah Sosial Anak*. Jakarta: Kencana.
- Tubbs, S. L. & Moss, S. (1996). *Human Communication: Prinsip-Prinsip Dasar*. Bandung: Remaja Rosdakarya.