

**KOMUNIKASI KESEHATAN DALAM PENANGANAN PASIEN
PADA INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT UMUM
DR. H. YULIDIN AWAY KABUPATEN ACEH SELATAN**

SKRIPSI

Diajukan Oleh:

ANIS SEROJA

Nim: 411206553

Jurusan Komunikasi Penyiaran Islam



**FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI AR-RANIRY
DARUSSALAM - BANDA ACEH
2017 M / 1438 H**

SKRIPSI

**Diajukan kepada Fakultas Dakwah dan Komunikasi
UIN Ar-Raniry Darussalam Banda Aceh
sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh
Gelar Sarjana S-1 dalam Ilmu Dakwah
Jurusan Komunikasi dan Penyiaran Islam**

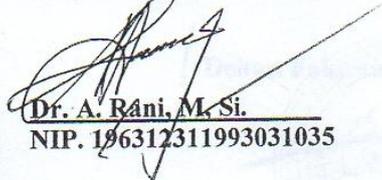
**ANIS SEROJA
NIM. 411206553**

Oleh

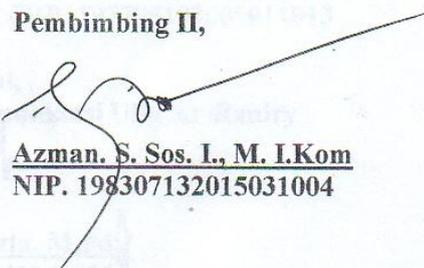
**ANIS SEROJA
NIM. 411206553**

Disetujui Oleh:

Pembimbing I,


**Dr. A. Rani, M. Si.
NIP. 196312311993031035**

Pembimbing II,


**Azman. S. Sos. I., M. I.Kom
NIP. 198307132015031004**

SKRIPSI

**Telah Dinilai oleh Panitia Sidang Munaqasyah Skripsi
Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Ar-Raniry
dan Dinyatakan Lulus serta Disahkan sebagai
Tugas Akhir untuk Memperoleh Gelar
Sarjana S-1 Ilmu Dakwah
Jurusan Komunikasi dan Penyiaran Islam**

Diajukan Oleh

**ANIS SEROJA
NIM. 411206553**

Pada Hari/Tanggal

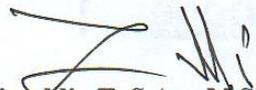
**Kamis, 27 Juli 2017 M
3 Zulqa'idah 1438 H**

di

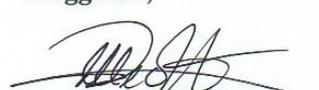
Darussalam-Banda Aceh

Panitia Sidang Munaqasyah

Ketua,


**Zainuddin T. S. Ag., M.Si
NIP. 197011042000031002**

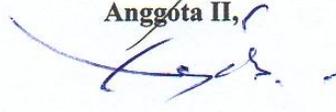
Anggota I,


**Rusnawati, S. Pd., M.Si
NIP. 197703092009122003**

Sekretaris,

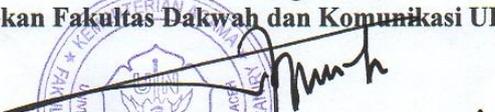

**Azman. S. Sos. I., M. I.Kom
NIP. 198307132015031004**

Anggota II,


**Taufik, SE.AK., M.Ed
NIP. 197705102009011013**

Mengetahui,

Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Ar-Raniry


**Dr. Kusmawati Hatta, M.Pd
NIP. 19641220 198412 2 001**



PERNYATAAN KEASLIAN

Dengan ini saya:

Nama : Anis Seroja

NIM : 411206553

Jenjang : Strata Satu (S-1)

Jurusan/Prodi : Komunikasi dan Penyiaran Islam.

Menyatakan bahwa dalam Skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dirujuk dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Jika di kemudian hari ada tuntutan dari pihak lain atas karya saya, dan ternyata memang ditemukan bukti bahwa saya telah melanggar pernyataan ini, maka saya siap menerima sanksi berdasarkan aturan yang berlaku di Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Ar-Raniry.

Banda Aceh, 17 Januari 2017

Yang Menyatakan,



NIM. 411206553

KATA PENGANTAR



Segala puja dan puji bagi Allah SWT sebagai pagar penjaga nikmatNya, Zat Yang Maha mengenggam segala sesuatu yang ada dan tersembunyi di balik jagad semesta alam, Zat Yang Maha meliputi segala sesuatu yang terpikir maupun yang tidak terpikir. Shalawat serta salam semoga senantiasa tercurah atas sang Nabi Muhammad SAW, keluarganya, sahabatnya, dan seluruh Umat Islam yang terlena maupun terjaga atas sunnahnya.

Alhamdulillahirrabil'alamin, penulis mengucapkan rasa syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan pertolonganNya, sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Karena tanpa rahmat pertolonganNya tidaklah mungkin penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

Dengan penuh kesadaran dan kerendahan hati, penulisan skripsi ini tidak akan terselesaikan bila tanpa bantuan serta dukungan dari berbagai pihak, baik moril dan materil. Sudah sepatutnya penulis mengucapkan terima kasih semua pihak yang telah memberikan bantuan serta dukungannya, sehingga penulisan skripsi ini dapat diselesaikan.

Penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besar kepada:

1. Keluarga tercinta, terutama Ayahanda Muhammad Nasir dan Ibunda Rusna yang telah memberikan motivasi, mencurahkan cinta dan kasih sayangnya serta lantunan doa yang begitu kuat untuk penulis, sehingga

skripsi ini selesai. Dan adik-adikku tercinta Adea Natasya dan Nurul Aini yang selalu menciptakan ketenangan dalam rumah yang menjadi surga bagi keluarga. Serta terima kasih kepada keluarga besar yang sudah memberikan motivasi, dukungan dan doa kepada penulis.

2. Bapak Dr. A. Rani, M. Si sebagai pembimbing satu, penulis mengucapkan terima kasih atas saran dan idenya, ucapan terima kasih kepada Bapak Azman.S.Sos.I.,M.I.Kom, selaku pembimbing dua yang telah membimbing, mencurahkan ide, memberi semangat dan arahan dalam penulisan skripsi ini.
3. Ibu Dra. Muhsinah. M.Ag, selaku Penasehat Akademik (PA) yang selalu memberikan dukungan kepada penulis. Ibu Dr. Kusmawati Hatta, M. Pd selaku Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi, Bapak Dr. Hendra Syahputra, ST., MM, selaku ketua Jurusan Komunikasi dan Penyiaran islam (KPI), serta seluruh dosen Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Ar-Raniry yang telah membekali penulis dengan berbagai ilmu pengetahuan.
4. Bapak Faisal, Sp. An, selaku direktur RSUD dr. H. Yulidin Away, Ibu dr. Cut Dewi Kartika, selaku Kabid pelayanan, penulis mengucapkan terima kasih yang telah memberikan izin untuk penelitian dan Bapak Syaibatul Hamdi, A. Md. Kep, selaku kepala ruangan IGD, dokter-dokter jaga dan perawat IGD. Terima kasih sudah meluangkan waktu untuk membantu penulis dalam penelitian.

5. Kepada teman-teman jurusan Komunikasi dan Penyiaran Islam khususnya teman-teman unit 1 angkatan 2012 yang telah banyak membantu penulis dari masa kuliah, penelitian, hingga selesainya skripsi ini.

Penulis belum bisa memberikan apapun untuk membalas kebaikan dan ketulusan yang kalian berikan. Hanya untaian doa setelah sujud yang bisa penulis kirimkan semoga Allah membalas kebaikan kalian semua. Penulis juga menyadari bahwa dalam penelitian dan penulisan skripsi ini masih terdapat kekurangan. Untuk itu penulis mengharapkan masukan dan saran untuk perbaikan dimasa yang akan datang. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi penulis dan seluruh pembaca umumnya. Hanya kepada Allah penulis memohon RidhaNya. Amin ya Rabbal'alam

Banda Aceh, 17 Januari 2017

Penulis

Anis Seroja

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR SKEMA	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
ABSTRAK	ix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Definisi Operasional.....	7
BAB II LANDASAN TEORITIS	9
A. Komunikasi Kesehatan.....	9
1. Pengertian Komunikasi Kesehatan	9
2. Jenis-Jenis Komunikasi Kesehatan	14
3. Model-Model Komunikasi Kesehatan	16
B. Rumah Sakit.....	17
1. Pengertian Rumah Sakit.....	17
2. Fungsi Rumah Sakit.....	20
3. Kewajiban Rumah Sakit.....	20
4. Klasifikasi Rumah Sakit.....	21
C. Instalasi Gawat Darurat.....	22
1. Landasan Etik Medik	24
2. Tingkat Pasien Gawat Darurat	27
D. Interaksi dan Efektivitas Komunikasi dalam Penanganan Pasien Gawat Darurat.....	27

BAB III METODE PENELITIAN	34
A. Metode Penelitian.....	34
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	35
C. Objek dan Subjek Penelitian	36
D. Teknik Pengumpulan Data.....	37
E. Teknik Analisis Data.....	39
F. Teknik Keabsahan Data	40
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	42
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	42
1. Profil Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away.....	42
2. Visi dan Misi Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away	44
3. Sarana dan Prasarana.....	44
4. Ketenagaan.....	47
5. Tugas Pokok dan Fungsi	50
6. Fasilitas dan Jenis Pelayanan	51
7. Jumlah Pasien di Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away.....	52
B. Informan.....	53
C. Proses Penanganan Pasien di Instalasi Gawat Darurat	53
D. Model Komunikasi Tenaga Medis dengan Pasien dan keluarga dalam Menangani Kondisi Gawat Darurat	57
BAB V PENUTUP	73
A. Kesimpulan	73
B. Saran.....	73
DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN-LAMPIRAN	
RIWAYAT HIDUP PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	: Klasifikasi Rumah Sakit.....	21
Tabel 4.1	: Jenis dan Luas Bangunan di Areal BLUD dr. H. Yulidin Away	45
Tabel 4.2	: Jumlah pegawai PNS dan non PNS BLUD RSUD dr. H. Yulidin Away.....	48
Tabel 4.3	: Kunjungan Pasien Rawat Jalan	52
Tabel 4.4	: Kunjungan Pasien Rawat Inap	53

DAFTAR SKEMA

Skema 4.1	: Proses Penanganan pasien di Unit Gawat Darurat	57
------------------	--	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Pedoman Wawancara
- Lampiran 2 : Surat Keputusan Pembimbing / SK
- Lampiran 3 : Surat Penelitian Ilmiah Mahasiswa
- Lampiran 4 : Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian
- Lampiran 5 : Daftar Riwayat Hidup

ABSTRAK

Komunikasi adalah proses penyampaian pesan dari komunikator kepada komunikan baik itu verbal maupun nonverbal. Komunikasi kesehatan merupakan penyampaian pesan mengenai kesehatan individu. Komunikasi kesehatan pada rumah sakit merupakan hal sangat penting dan titik kritis dalam keselamatan pasien. Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit merupakan gerbang utama masuk pelayanan dengan intensitas pelayanan yang tinggi, sehingga mempunyai potensi insiden yang tinggi pula. Penelitian ini dilakukan untuk melihat komunikasi kesehatan dalam penanggulangan pasien pada unit gawat darurat, di mana komunikasi kesehatan itu sangat penting dalam memberi tindakan kepada pasien gawat darurat. Karena jika terjadi kesalahan dalam komunikasi, akan menyebabkan fatal kepada pasien. Penelitian ini dilakukan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away. Metode dalam penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan teknik pengumpulan data melalui observasi, wawancara, dan observasi. Subjek dari penelitian ini sebanyak 18 orang, di mana 3 orang dokter, 5 orang perawat, 4 orang pasien dan 6 orang keluarga pasien. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa komunikasi dalam penanggulangan pasien antar tenaga medis dengan pasien dan keluarga pasien sudah efektif dalam memberikan informasi. Jenis komunikasi yang digunakan ada dua yaitu komunikasi verbal yang digunakan seperti komunikasi lisan yang mudah dipahami oleh pasien dan keluarga pasien, sedangkan komunikasi nonverbal seperti senyum, dengan menggunakan intonasi suara yang lembut, dan ekspresi wajah yang senang saat mendatangi pasien sehingga membuat pasien merasa nyaman terhadap pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis. Selain itu di Instalasi Gawat Darurat komunikasi digunakan kepada pasien dan keluarga pasien bisa mengurangi bahkan menghilangkan kepanikan pasien yang masuk ke IGD dalam keadaan kritis dan panik, tenaga medis cenderung mengkomunikasikan agar pasien dan keluarga pasien lebih tenang.

Kata Kunci: Komunikasi Kesehatan, Penanganan Pasien.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah sakit adalah suatu sarana yang mengutamakan upaya penyembuhan, dan pemulihan kepada masyarakat. Masyarakat datang ke rumah sakit untuk berobat dan untuk mendapatkan penyembuhan medis. Suasana rumah sakit dengan pasien rawat inap, rawat jalan, dan juga pasien yang dapat rujukan membuat keadaan rumah sakit menjadi ramai, banyak juga pasien rujukan yang belum mendapatkan ruang dan belum bisa untuk diambil tindakan medis.

Rumah sakit memiliki bentuk pelayanan medis yang merupakan pelayanan perawatan dan pelayanan pengobatan. Sering kali masyarakat mengatakan pelayanan di rumah sakit tidak memuaskan, maka pelayanan di rumah sakit harus di tingkatkan. Pada suatu bentuk pelayanan medis diperlukan adanya komunikasi, terutama tenaga medis. Oleh karena itu, tenaga medis harus mempunyai kemampuan komunikasi yang efektif, baik itu dengan tenaga medis, pasien, dan keluarga pasien.

Menurut UU No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan “kesehatan

paripurna” adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.¹

Rumah sakit sebagai wadah sosial yang hidup dalam bentuk organisasi merupakan wadah masyarakat, tempat hidup, dan berkembang dengan hubungannya yang bersifat timbal balik. Artinya, bahwa rumah sakit dengan masyarakat terdapat hubungan yang tak terpisahkan. Keduanya terdapat hubungan saling memberi dan saling menerima. Dalam proses hubungan timbal balik tersebut muncul sebuah komunikasi yang biasa terjadi antara dokter dan paramedis dengan pasien.²

Komunikasi di lingkungan rumah sakit menjadi modal utama untuk meningkatkan mutu pelayanan baik itu antar tenaga kesehatan maupun kepada pasien. Sering kali hubungan buruk terjadi antara pasien dan dokter di rumah sakit disebabkan karena buruknya sistem komunikasi, terjadi kesalahpahaman dalam penyampaian pesan atau disebut juga sebagai komunikasi yang tidak efektif. Komunikasi yang tidak efektif di rumah sakit akan berpotensi terjadi dampak, resiko, atau mengakibatkan fatal terhadap pasien, serta akan memberi dampak yang tidak baik dalam rumah sakit tersebut.

Sebagai contoh *misscommunication* adalah kasus Prita Mulyasari, berawal saat Prita meminta Rumah Sakit Omni Internasional Tangerang untuk memberikan hasil laboratorium mengenai penyakitnya. Namun pihak rumah sakit tidak memenuhinya. Kemudian Prita mengirim email atau blog kepada beberapa

¹ Soekidjo Notoatmodjo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2010), hal. 154.

² Erik P. Ekholm, *Masalah Kesehatan; Lingkungan Sebagai Sumber Penyakit*, (Jakarta: Gramedia, 1981), hal. 2.

temannya. Email/blog tersebut berisi ketidakpuasan Prita terhadap pelayanan rumah sakit dan buruknya pelayanan kedua dokter yang merawatnya. Pihak rumah sakit menilai tindakan Prita telah mencemarkan nama baik dokter dan rumah sakit Omni. Setelah melalui proses di Pengadilan, akhirnya Prita dinovis bebas oleh Majelis Hakim di Pengadilan Tangerang pada tanggal 21 Desember 2009. Kasus ini menunjukkan buruknya komunikasi kesehatan yang dilakukan pihak rumah sakit dan kedua dokter yang merawat Prita.

Dari kasus di atas, kita menyadari pentingnya bagi professional medis untuk meningkatkan pelayanan dengan meningkatkan keterampilan komunikasi mereka. Michael Balint dalam Deddy Mulyana, menyatakan bahwa obat yang paling efektif adalah dokter itu sendiri.³ Artinya dokter harus bersikap ramah terhadap pasien, agar pasien merasa senang dan terdorong untuk segera sembuh dan keramahan itu harus diekspresikan melalui komunikasi.

Pada tanggal 2 Mei 2007, WHO *Collaborating Center for Patient Safety* resmi menerbitkan “*Nine Life Saving Patient Safety Solution*” sebagai upaya untuk mengoptimalkan *Program World Alliance for Patient Safety* yang mendorong rumah sakit di Indonesia melalui Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) untuk menerapkan Sembilan Solusi “*Life Saving*” Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Sembilan solusi tersebut antara lain:⁴

1. Memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike, and medication names*).
2. Memastikan identifikasi pasien.

³ Deddy Mulyana, *Komunikasi Efektif*, (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2004), hal. 22.

⁴ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*, (Jakarta: TIM, 2013), hal. 178.

3. Berkomunikasi benar saat serah terima atau pengoperan pasien.
4. Memastikan tindakan yang benar dan letak anggota tubuh yang benar saat dilakukan terapi.
5. Mengendalikan cairan elektronik pekat (*concentrated*).
6. Memastikan kebenaran pemberian obat pada pengalihan pelayanan.
7. Menghindari salah kateter dan salah sambung selang.
8. Menggunakan alat injeksi sekali pakai.
9. Meningkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi *nosocomial*.

Berdasarkan sembilan unsur solusi keselamatan pasien, komunikasi efektif merupakan salah satu peran penting yang menduduki posisi ketiga setelah keamanan obat dan identifikasi pasien. Komunikasi yang tidak efektif akan berdampak buruk bagi pasien, hampir 70% kejadian sentinel di rumah sakit disebabkan karena kegagalan komunikasi dan 75%nya mengakibatkan kematian. Selain itu standar akreditasi RS 2012 SKP.2/ JCI IPSG.2 mensyaratkan agar rumah sakit menyusun cara komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap dan jelas yang bertujuan untuk mengurangi kesalahan informasi. Menurut WHO tahun 2007 menyatakan bahwa kesalahan dalam komunikasi saat serah terima adalah penyebab utama peristiwa yang dilaporkan ke Komisi Bersama Amerika Serikat antara 1995 dan 2006 yaitu dari 25.000-30.000 kejadian buruk yang dapat dicegah menyebabkan cacat permanen, 11% kejadian buruk ini adalah karena masalah komunikasi yang berbeda 6% dan juga karena tidak memadai tingkat keterampilannya.⁵

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan unit pada rumah sakit dengan intensitas yang tinggi dan memberikan pelayanan selama 24 jam dalam tiga periode (*shift*). Unit gawat darurat adalah salah satu bagian dari rumah sakit yang

⁵ Irawan, dkk, *Hubungan Antara Komunikasi Perawat Dengan kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan keperawatan di IRNA Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang 2015*, Seminar Nasional Forum Dosen 2015.

menyediakan penanganan bagi pasien yang mengancam kelangsungan hidupnya. Instalasi Gawat Darurat juga merupakan gerbang utama masuknya pasien untuk segera diambil tindakan oleh tenaga kesehatan. Kondisi gawat darurat ini berlanjut hingga petugas kesehatan yang professional menetapkan bahwa keselamatan penderita atau kesehatannya tidak terancam. Oleh sebab itu pelayanan harus ditingkatkan karena pasien gawat darurat membutuhkan pelayanan cepat, tepat dan akurat, sehingga pasien dapat tertolong dan tanpa mengalami kecacatan.

Komunikasi pada Instalasi Gawat Darurat dapat mempermudah, mempercepat penyampaian dan penerimaan informasi dalam menangani pasien dengan keadaan gawat darurat secara tepat. Sehingga resiko, ancaman atau akibat fatal tidak terjadi dalam mengambil tindakan medis. Tenaga medis yang memiliki kemampuan komunikasi dengan pasien dan keluarga pasien untuk menjelaskan kondisi yang sedang terjadi dengan tidak menambahkan kecemasan dan memberikan *support* verbal maupun nonverbal. Komunikasi juga berperan untuk mempermudah dalam mengurus administrasi pasien.

Dari uraian di atas, dapat ditarik kesimpulan bahwa pentingnya komunikasi kesehatan dalam penanganan pasien gawat darurat. Jadi komunikasi tersebut akan berlangsung dengan baik jika orang-orang yang terlibat terdapat kesamaan makna mengenai suatu hal yang dikomunikasikan. Oleh sebab itu penulis tertarik untuk meneliti bagaimana "*Komunikasi Kesehatan Dalam Penanganan Pasien Pada Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away Kabupaten Aceh Selatan*".

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan pemaparan latar belakang di atas, maka penulis merumuskan beberapa permasalahannya adalah:

1. Bagaimana proses penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away Kabupaten Aceh Selatan?
2. Bagaimana model komunikasi tenaga medis dengan pasien dan keluarga pasien dalam menangani kondisi gawat darurat di Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dikaji dalam penelitian ini yaitu:

1. Untuk mengetahui proses penanganan pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away Kabupaten Aceh Selatan.
2. Untuk mengetahui model komunikasi tenaga medis dengan pasien dan keluarga pasien dalam menangani kondisi gawat darurat di Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away.

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Secara Teoritis

Dengan adanya penelitian ini dapat menjadi wawasan baru bagi penulis dan diharapkan penelitian ini dapat menjadi khazanah ilmu komunikasi dan menjadi rujukan atau referensi karya ilmiah bagi seluruh Fakultas khususnya Fakultas Dakwah dan Komunikasi.

2. Secara Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan bagi pihak Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away Kabupaten Aceh Selatan khususnya dalam berkomunikasi. Dan dengan adanya penelitian ini diharapkan masyarakat dapat mengetahui komunikasi kesehatan yang dijalankan oleh para medis di Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away, Kabupaten Aceh Selatan dalam menangani pasien yang sakit. Sehingga masyarakat dapat melihat komunikasi yang dijalankan oleh para medis dalam menangani pasien sudah baik.

E. Definisi Operasional

Untuk menghindari kesalahpahaman dalam mengartikan judul skripsi, maka perlu untuk dijelaskan beberapa definisi operasionalnya dalam penelitian ini. Adapun memerlukan pembahasan adalah:

1. Komunikasi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia menyebutkan bahwa komunikasi adalah penyampaian atau pengiriman dan penerimaan pesan antar dua pihak atau lebih sehingga pesan tersebut dapat dipahami.⁶

2. Kesehatan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia menyebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat. Sedangkan dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009, kesehatan adalah keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, serta produktif secara ekonomi dan sosial.

⁶ Team Pustaka Phoenix, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Cet 2. (Jakarta Barat: Pustaka Phoenix, 2007), hal. 473

3. Pasien

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia Pasien adalah orang sakit yang dibawah perawatan dokter.⁷ Jadi pasien adalah orang yang butuh pada perawatan atau pertolongan untuk menangani penyakitnya pada para medis seperti dokter dan perawat.

4. Rumah sakit

Rumah sakit adalah gedung tempat merawat orang sakit atau gedung tempat menyediakan dan memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi berbagai masalah kesehatan.⁸

5. Gawat darurat

Menurut UU No. 44 Tahun 2009, gawat darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan lebih lanjut.

⁷ *Ibid...*, hal. 299.

⁸ *Ibid...*, hal 967.

BAB II

LANDASAN TEORITIS

A. Komunikasi Kesehatan

1. Pengertian Komunikasi Kesehatan

Dalam bahasa Inggris kata “*health*” mempunyai dua pengertian dalam bahasa Indonesia, yaitu “sehat” atau “kesehatan”. Sehat menjelaskan kondisi atau keadaan dari subjek, misalnya anak sehat, orang sehat, ibu sehat, dan sebagainya. Sedangkan kesehatan menjelaskan tentang sifat dari subjek, misalnya kesehatan manusia, kesehatan masyarakat, kesehatan individu, dan sebagainya. Sehat dalam pengertian kondisi mempunyai batasan yang berbeda. Secara awam sehat diartikan keadaan seseorang yang dalam kondisi tidak sakit, tidak ada keluhan, dapat menjalankan kegiatan sehari-hari, dan sebagainya. Menurut batasan ilmiah sehat atau kesehatan telah dirumuskan dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 sebagai berikut: “Keadaan sempurna baik fisik, mental dan sosial dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat, serta produktif secara ekonomi dan sosial”.¹

Komunikasi kesehatan secara umum didefinisikan sebagai segala aspek dari komunikasi antarmanusia yang berhubungan dengan kesehatan. Komunikasi kesehatan secara khusus didefinisikan sebagai semua jenis komunikasi manusia

¹ Soekidjo Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*, (Jakarta: Rineka Cipta, 2010), hal. 2.

yang isinya pesannya berkaitan dengan kesehatan.² Definisi ini menjelaskan bahwa komunikasi kesehatan dibatasi pada pesan yang dikirim atau diterima, yaitu ragam pesan berkaitan dengan dunia kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi. Sebagaimana dikutip dalam Roger, mengatakan bahwa komunikasi kesehatan adalah :

“Health communication has been defined as referring to ‘any type of human communication whose content is concerned with health’”.

Komunikasi kesehatan merupakan proses komunikasi yang melibatkan pesan kesehatan, unsur-unsur atau peserta komunikasi. Dalam komunikasi kesehatan berbagai peserta yang terlibat dalam proses kesehatan antara dokter, pasien, perawat, profesional kesehatan, atau orang lain. Pesan khusus dikirim dalam komunikasi kesehatan atau jumlah peserta yang terbatas dengan menggunakan konteks komunikasi antarpribadi sebaliknya menggunakan konteks komunikasi massa dalam rangka mempromosikan kesehatan kepada masyarakat luas yang lebih baik, dan cara yang berbeda adalah upaya meningkatkan keterampilan kemampuan komunikasi kesehatan.

Komunikasi kesehatan yang berlangsung positif memberikan dampak penting bagi pasien, dokter, dan orang lain. Seorang dokter lebih cenderung untuk membuat diagnosis yang lebih akurat dan komprehensif guna mendeteksi tekanan emosional pada pasien, pasien memiliki rasa puas dengan perawatan dan kurang cemas, dan setuju dengan mengikuti saran yang diberikan (Lloyd dan Bor, 1996). Selain itu pasien yang ditangani oleh dokter dengan keterampilan

² Rogers, E.M. (1996). The Field Of Health Communication Today: An Up-To-Date Report, Journal of Health Communication, 1.

komunikasi yang baik telah terbukti meningkatkan Indeks Kesehatan dan Tingkat Pemulihan.

Namun, demikian hasil positif tersebut tidak selalu diperoleh. Komunikasi yang positif telah terbukti memiliki dampak menguntungkan, sebaliknya komunikasi yang negatif sebaliknya justru dapat menyebabkan keseluruhan dampak yang negatif dokter maupun pasiennya. Misalnya, komunikasi yang buruk menyebabkan pasien tidak terlibat dengan layanan kesehatan selanjutnya menolak untuk mengikuti perilaku kesehatan dianjurkan dan menjalani perawatan yang diperlukan, dan gagal untuk mematuhi resep pengobatan, atau gagal untuk menyembuhkan penyakit.

Dalam kasus ekstrim, komunikasi yang buruk dapat menyebabkan gangguan psikologis, gangguan fisik, litigasi atau, paling buruk, kematian. Singkatnya, seperti dicatat oleh Pettigrew dan Logan, komunikasi kesehatan mempromosikan kesehatan dan penyakit dalam masyarakat, dan membuat sistem dijalankan pada efektivitas secara optimal.

Kemampuan komunikasi yang baik atau keterampilan sosial memberikan keuntungan lebih dalam kehidupan antarmanusia manusia. Mereka yang memiliki tingkat kemampuan dan keterampilan tinggi berguna untuk mengatasi stres atau kegelisahan lebih mudah dan untuk beradaptasi dan menyesuaikan hidup lebih baik dan menjadi lebih kecil kemungkinannya untuk menderita depresi, kesepian atau kecemasan. Dalam konteks komunikasi, penting bagi seorang profesional kesehatan untuk memiliki keterampilan komunikasi yang baik.

Komunikasi kesehatan yang positif tidak hanya relevan dengan interaksi yang berhubungan dengan pasien dalam pengaturan kesehatan, seperti dokter umum praktik, General Practitioner (GP) rumah sakit, puskesmas dan klinik, tetapi juga mendasar pada tingkat kesehatan yang lebih luas masyarakat. Penentu paling penting dari kesehatan adalah keadaan sosial, ekonomi, dan paling tidak penting adalah perilaku kesehatan individu.

Komunikasi kesehatan melekat pada hubungan konseptual antara “komunikasi” dengan “kesehatan” sehingga konsep komunikasi memberikan peranan pada kata yang mengikutinya (bandingkan dengan komunikasi bisnis, komunikasi kultural, komunikasi gender, dll).³

Perlu diketahui bahwa selama ini ada beberapa faktor mengapa “ilmu komunikasi” menjadi sangat substansial dan krusial dalam konteks kesehatan yaitu:⁴

- a. Maraknya terjadi kasus malpraktek karena masalah komunikasi atau informasi yang tidak efektif.
- b. Terjadi peningkatan kecenderungan masyarakat dari rumah sakit pemerintah ke rumah sakit swasta atau bahkan berobat hingga ke luar negeri.
- c. Adanya perubahan paradigm medis dari modern (lebih banyak disebabkan karena faktor biaya) ke tradisional (karena banyaknya pengobatan alternative yang terbukti efektif).

³ Alo Liliweri, *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*, (Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2007), hal.45-46.

⁴ Firdaus J.Kunoli dan Achmad Herman, *Pengantar Komunikasi Kesehatan Untuk Mahasiswa Institusi Kesehatan*, (Jakarta: IN Media, 2013), hal. 44.

- d. Adanya anggapan atau pemikiran bahwa “ilmu komunikasi” tidak penting dalam dunia medis atau kesehatan. Padahal dalam mendiagnosa penyakit pasien, maka dokter atau perawat terlebih dahulu menggunakan pesan verbal atau nonverbal.

Oleh karena itu, pada tahun 1991 di Toronto Kanada dilakukan Konferensi Komunikasi Kesehatan Pertama yang menghasilkan delapan hal tentang praktek komunikasi dalam dunia kesehatan antara lain:⁵

- a. Permasalahan komunikasi dalam praktek medis adalah persoalan krusial yang sering terjadi.
- b. Rasa cemas dan ketidakpuasan pasien disebabkan oleh ketidakpastian dan minimnya informasi, penjelasan maupu feedback.
- c. Dokter sering salah mempersepsi tentang informasi seperti apa yang dibutuhkan dan diinginkan oleh pasien.
- d. Peningkatan kualitas komunikasi berkaitan dengan kondisi kesehatan pasien.
- e. Semakin besar partisipasi pasien dalam setiap pertemuan dengan dokter dapat meningkatkan derajat kepuasan dan pada akhirnya membantu proses penyembuhan pasien.
- f. Level stress psikologi pada pasien penderita penyakit kronis berkurang ketika mereka percaya bahwa informasi yang mereka dapatkan memadai.

⁵ Firdaus J.Kunoli dan Achmad Herman, *Pengantar Komunikasi ...*, hal. 44-45.

- g. Manfaat komunikasi kesehatan dapat dirasakan dalam pertemuan klinis dokter dengan pasien tanpa perlu dilakukannya sesi khusus, asalkan dokter belajar teknik yang relevan.

2. Jenis-Jenis Komunikasi Kesehatan

a. Komunikasi Verbal

Komunikasi verbal dilakukan dengan kata-kata, bicara atau tertulis. Komunikasi ini memerlukan fungsi fisiologis dan mekanisme kognitif yang akan menghasilkan bicara. Kata merupakan alat yang sangat penting dalam komunikasi.⁶

Beberapa hal yang penting dalam berkomunikasi verbal yaitu:

a). Penggunaan bahasa

Penggunaan bahasa perlu mempertimbangkan pendidikan klien, tingkat pengalaman dan kemahiran dalam berbahasa. Penggunaan bahasa juga memerlukan kejelasan, keringkasan dan kesederhanaan.

b). Kecepatan

Kecepatan akan mempengaruhi komunikasi verbal. Seseorang yang dalam keadaan cemas akan lupa untuk berhenti berbicara dan berbicara dilakukan sangat cepat sehingga hal menyebabkan pendengar tidak dapat memproses pesan dan menyusun respon yang akan diberikan. Komunikasi verbal dengan kecepatan yang sesuai akan memberikan kesempatan bagi pembaca sendiri untuk berfikir jernih tentang apa yang diucapkan dan juga akan menyebabkan seseorang dapat menjadi pendengar yang efektif.

⁶ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan keperawatan di Rumah Sakit*, (Jakarta: Trans Info Media, 2013), hal. 121.

c). Voice Tone

Menunjukkan gaya dari ekspresi yang digunakan dalam bicara dan dapat merubah arti dari kata. Pengaruh dari bicara keras akan berbeda dengan suara yang lembut/ lemah.

b. Komunikasi Non Verbal

Komunikasi non verbal yaitu semua isyarat yang bukan kata-kata. Sebagaimana yang dijelaskan dalam buku komunikasi organisasi karya Arni Muhammad, bahwa komunikasi nonverbal ialah penciptaan dan pertukaran pesan dengan tidak menggunakan kata-kata.⁷ Seperti komunikasi yang menggunakan gerak tubuh, sikap tubuh, vocal yang bukan kata-kata, kontak mata, ekspresi muka, kedekatan jarak, dan sentuhan.

Adapun tujuan dari komunikasi non verbal menurut Stuart dan Sundeen adalah:⁸

- a). Mengekspresikan emosi.
- b). Mengekspresikan tingkah laku interpersonal.
- c). Membangun dan mengembangkan dan memelihara interaksi sosial.
- d). Menunjukkan diri.
- e). Terlibat dalam ritual.
- f). Mendukung komunikasi verbal.

⁷ Arni Muhammad, *Komunikasi Organisasi*, (Jakarta: Bumi Aksara, 2009), hal. 130.

⁸ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan...*, hal. 122.

3. Model-Model Komunikasi Kesehatan

Menurut Charles et al, 2004, ada tiga model komunikasi kesehatan (dokter dan pasien) yaitu:⁹

- a. *Paternalistik Model*. Dalam model komunikasi ini, dokter mengendalikan aliran informasi kepada pasien dan memutuskan pengobatan.
- b. *Informed Model*. Model komunikasi ini menggambarkan dokter menyampaikan semua informasi yang diperlukan kepada pasien. Informasi itu berisi manfaat dan resiko berbagai pengobatan berdasarkan bukti yang sah. Setelah itu pasien sendiri yang mempertimbangkan dan memutuskan apa yang terbaik baginya.
- c. *Shared Model*. Model ini mengasumsikan bahwa dokter dan pasien membuat keputusan bersama, terutama mengenai pengobatan medis. Model komunikasi dokter-pasien terbaru ini ditandai dengan partisipasi pasien yang lebih aktif. Arus informasi dikendalikan baik oleh dokter ataupun oleh pasien.

Meskipun belum ada penelitian yang ekstensif mengenai dokter berkomunikasi dan model komunikasi yang mereka lakukan dengan pasien, model paternalistik paling dominan terjadi dalam dunia kesehatan di Indonesia. Menurut Deddy Mulyana, model komunikasi paling berguna untuk penyembuhan pasien adalah Shared Model.¹⁰

⁹ Firdaus J.Kunoli dan Achmad Herman, *Pengantar Komunikasi...*, hal. 49.

¹⁰ Firdaus J.Kunoli dan Achmad Herman, *Pengantar Komunikasi...*, hal. 49-50.

Shared model juga memungkinkan terjadinya dialog, dimana peran dokter bukanlah membujuk pasien untuk menerima pendapatnya. Namun untuk menemukan perbedaan diantara mereka dan kesimpulan bersama mengenai realitas klinis yang dialami pasien. Dalam konteks ini hubungan dokter dan pasien sebagai mitra medis yang saling membutuhkan dalam memerangi keadaan sakitnya pasien. Ini membuat pasien lebih kooperatif untuk mengikuti rencana pengobatan seperti yang disarankan dokter. Pada saat yang sama, pasien pun bertanggung jawab untuk memutuskan nasibnya sendiri.

B. Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Rumah sakit adalah tempat berkumpul sebagian besar tenaga kesehatan dalam menjalankan profesinya seperti: dokter, dokter gigi, Apoteker, perawat, bidan, nutrisionis, fisioterapis, ahli rekam medik dan lain-lain.¹¹

Rumah sakit juga merupakan bagian dari integral dari keseluruhan sistem kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan. Sehingga pembangunan kesehatan, yakni harus sesuai dengan garis-garis besar haluan Negara, Sistem Kesehatan Nasional dan repelita dibidang kesehatan serta peraturan perundang-undangan.¹²

Rumah sakit menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor: 159b/Men.Kes/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit adalah “sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk

¹¹ Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, (Jakarta: EGC, 1999), hal. 160.

¹² Dedi Alamsyah, *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, (Yogyakarta: Nuha Medika, 2011), hal. 99.

pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian”. Rumah sakit menurut Anggaran Dasar Perhimpunan Rumah Sakit seluruh Indonesia (PERSI) Bab 1 Pasal 1 adalah suatu lembaga dalam mata rantai Sistem Kesehatan Nasional yang mengembang tugas pelayanan kesehatan untuk seluruh masyarakat.

Menurut *American Hospital Association* dalam Cecep Triwibowo, rumah sakit adalah suatu institusi yang berfungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien. Pelayanan tersebut merupakan diagnostik dan terapeutik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan baik yang bersifat bedah maupun non bedah.¹³

Sedangkan yang dimaksud dengan rumah sakit menurut WHO adalah suatu badan usaha yang menyediakan permondokan yang memberikan jasa pelayanan medik jangka pendek dan jangka panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, terluka, dan untuk mereka yang mau melahirkan. Bisa juga di samping itu menyediakan atau tidak pelayanan atas dasar perobatan jalan kepada pasien-pasien yang bisa langsung pulang.¹⁴

Dalam buku Aliah B. Purwakania Hasan berjudul Pengantar psikologi Kesehatan Islami, rumah sakit merupakan prestasi besar peradaban umat Islam. Rumah sakit, seperti yang terkenal saat ini dapat dikatakan belum ada sebelum Islam mengembangkannya. Gagasan untuk memiliki tempat beristirahat bagi yang

¹³ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan keperawatan di Rumah Sakit*, (Jakarta: Trans Info Media, 2013), hal. 7.

¹⁴ Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran...*, hal. 162.

menderita penyakit telah ada sejak namun Islam mengembangkan lebih lanjut menjasi rumah sakit yang tidak jauh berbeda dari rumah sakit yang saat ini.¹⁵

Peradaban Islam merupakan pendorong dibangunnya rumah sakit dengan manajemen yang cukup modern. Rumah sakit islam, dalam asal katanya disebut bimaristan, atau sering juga disebut maristan, yang diambil dari kata Persia bimar (orang sakit) dan stan (tempat). Rancangan dan pengembangan rumah sakit islam tidak terlepas dari keterbukaan umat Islam dengan pihak lain. Dalam ajaran Islam, terdapat kewajiban moral untuk merawat semua orang-orang yang sakit, tanpa memandang status keuangan. Rumah sakit merupakan lembaga tersendiri yang terbuka bagi semua orang, baik perempuan maupun laki-laki, sipil maupun militer, dewasa maupun anak-anak, kaya maupun miskin, muslim dan nonmuslim.

Rumah sakit Islam memiliki berbagai tujuan. Rumah sakit Islam merupakan pusat pengobatan medis, rumah pemulihan bagi mereka yang sakit atau mengalami kecelakaan, tempat peristirahatan bagi mereka yang mendapatkan gangguan mental, dan rumah peristirahatan bagi mereka yang memberikan kebutuhan dasar bagi manula yang tidak memiliki orang lain yang merawat mereka. Dari segi pengobatan, rumah sakit dibagi atas departemen yang merawat pasien rawat jalan dan pasien rawat inap.¹⁶

¹⁵ Aliah B. Purwakanian Hasan, *Pengantar Psikologi Kesehatan Islami*, (Jakarta: Rajawali Pers, 2008). Hal. 330.

¹⁶ Aliah B. Purwakanian Hasan, *Pengantar Psikologi...*, Hal. 331.

2. Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Pasal 4 UU No.44 Tahun 2009, rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pasal 5 UU No.44 Tahun 2009 disebutkan bahwa untuk menjalankan tugas, rumah sakit mempunyai fungsi antar lain:¹⁷

- a. Penyelenggarakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Kewajiban Rumah Sakit

Rumah sakit berkewajiban untuk:¹⁸

- a. Merawat pasien sebaik-baiknya.
- b. Menjaga mutu perawatan.
- c. Memberikan pertolongan pengobatan di Unit *Emergensi*.

¹⁷ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan...*, hal. 8.

¹⁸ M. Jusuf Hafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran...*, hal. 163.

- d. Menyediakan sarana dan peralatan medic yang dibutuhkan sesuai dengan tingkat rumah sakit dan urgensinya.
- e. Menjaga agar semua sarana dan peralatan senantiasa dalam keadaan siap pakai.
- f. Merujuk pasien kepada rumah sakit lain apabila tidak mempunyai peratan medis khusus atau tenaga dokter khusus yang diperlukan.
- g. Menyediakan daya penangkal kecelakaan (alat pemadam api, sarana dan alat pertolongan penyelamatan pasien dalam keadaan darurat).

4. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut UU No.44 Tahun 2009 Pasal 19, rumah sakit dapat dibagi berdasarkan jenis pelayanan dan pengelolaannya. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Rumah sakit umum yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua jenis bidang dan jenis penyakit. Sedangkan rumah sakit khusus yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit, atau kekhususan lainnya.¹⁹

Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit adalah sebagai berikut:²⁰

¹⁹ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan...*, hal. 8.

²⁰ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan...*, hal. 10-16.

Tabel 2.1. Klasifikasi Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum	Type A	Type B	Type C	Type D
	<p>Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit:</p> <p>a. 4 pelayanan medik spesialis dasar</p> <p>b. 5 pelayanan spesialis penunjang medik</p> <p>c. 12 pelayanan medik spesialis lain</p> <p>d. 13 pelayanan medik subspesialis</p>	<p>Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit:</p> <p>a. 4 pelayanan medik spesialis dasar</p> <p>b. 4 pelayanan spesialis penunjang medik</p> <p>c. 8 pelayanan medik spesialis lain</p> <p>d. 2 pelayanan medik subspesialis</p>	<p>Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit:</p> <p>a. 4 pelayanan medik spesialis medik dasar</p> <p>b. 4 pelayanan spesialis penunjang medik.</p>	<p>Mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit:</p> <p>a. 2 pelayanan medik spesialis dasar</p>

C. Instalasi Gawat Darurat

Suatu unit gawat darurat (IGD) harus mampu memberikan pelayanan dengan kualitas tinggi pada masyarakat dengan problem akut, harus mampu mencegah kematian, melakukan rujukan, menanggulangi korban bencana. Gawat darurat adalah suatu kondisi klinik yang memerlukan pelayanan medis. Gawat darurat medis adalah suatu kondisi yang dalam pandangan penderita, keluarga atau siapapun yang bertanggung jawab dalam membawa penderita ke rumah sakit,

memerlukan pelayanan medis segera. Penderita gawat darurat memerlukan pelayanan yang cepat, tepat, bermutu, terjangkau.²¹

Gawat darurat medik adalah suatu kondisi yang dalam pandangan penderita keluarga atau siapapun yang bertanggung jawab dalam membawa penderita, keluarga atau siapapun yang bertanggungjawab dalam membawa penderita ke rumah sakit, memerlukan pelayanan medis segera. Kondisi ini berlanjut hingga petugas kesehatan yang professional menetapkan bahwa keselamatan penderita atau kesehatannya tidak terancam. Namun keadaan gawat darurat yang sebenarnya adalah suatu kondisi klinik yang memerlukan pelayanan medik.²²

Menurut The American Hospital Association (AHA) pengertian gawat darurat adalah An emergency is any condition that in the opinion of the patient, his family, or whoever assumes the responsibility of bringing the patient to the hospital-requires immediate medical attention. This condition continues until a determination has been made by a health care professional that the patient's life or well-being is not threatened.

Gawat darurat medik dapat timbul pada siapa saja, kapan saja dan dimana saja. Gawat darurat dapat menimpa seseorang karena penyakit mendadak (akut) atau kecelakaan dan dapat menimpa sekelompok orang seperti pada kecelakaan masal, bencana alam atau karena peperangan. Penderita gawat darurat ini memerlukan pelayanan medis yang cepat, tepat, bermutu dan terjangkau. Dalam pelayanan medis itulah para petugas kesehatan dituntut untuk benar-benar

²¹ Soekidjo Notoatmodjo, *Etika dan Hukum kesehatan*, (Jakarta: PT Rineka Cipta, 2010) hal. 164.

²² Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran...*, hal. 166.

menghayati dan mengamalkan etik profesinya, karena dalam kondisi gawat darurat aspek psiko-emosional memegang peranan penting, baik bagi pelayanan medik maupun bagi petugas kesehatan.²³

Rumah sakit merupakan terminal terakhir dalam menanggulangi penderita gawat darurat. Instalasi gawat darurat merupakan salah satu unit di rumah sakit yang memberikan pelayanan kepada pasien gawat darurat dan merupakan bagian dari rangkaian upaya penanganan penderita gawat darurat yang perlu diorganisir.

1. Landasan Etik Medik

Etik medik terutama berlandaskan pada Pancasila dengan silanya perkemusiaan yang adil dan beradab, LSDI dan KODEKI. Disamping itu, perlu dipahami, diamati, diamalkan hak penderita dan kewajiban-kewajiban lainnya dari dokter. Hampir semua butir lafal sumpah dokter berkaitan erat dengan pelayanan medik penderita gawat darurat, yaitu bahwa setiap dokter akan membaktikan hidupnya guna kepentingan perikemusiaan, mengutamakan kesehatan penderita, mengutamakan kepentingan masyarakat, menghormati hidup insani dan dalam menunaikan kewajibannya seseorang dokter tidak akan terpengaruh oleh pertimbangan keagamaan, kesukuan, perbedaan kelamin, politik kepartaian atau kedudukan sosial.²⁴

Dalam KODEKI terdapat butir-butir yang berkaitan dengan kasus-kasus gawat darurat yang kalau ditempatkan menurut urutan yang relevan lebih dahulu, susunannya menjadi sebagai berikut:²⁵

²³ M. Jusuf Hafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran...*, hal. 166.

²⁴ Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran...*, hal. 166.

²⁵ *Ibid...*, hal.167.

- a. Seorang dokter wajib melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas kemanusiaan, kecuali bila yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya (pasal 14).
- b. Seorang dokter harus senantiasa melakukan profesinya menurut ukuran tertinggi (pasal 2).
- c. Setiap dokter harus senantiasa mengingat akan kewajibannya melindungi hidup insani (pasal 10).
- d. Setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan memergunakan ilmu keterampilannya untuk kepentingan penderita. Dalam hal ini ia tidak mampu melakukan sesuatu pemeriksaan atau pengobatan, maka ia wajib merujuk penderita kepada dokter lain yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut (pasal 11).
- e. Dalam melakukan pekerjaan kedokterannya, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh pertimbangan keuntungan pribadi (pasal 3).
- f. Seorang dokter dalam bekerjasama dengan pjabat dibidang kesehatan dan bidang lainnya serta masyarakat harus memelihara saling pengertian sebaik-baiknya (pasal 9).
- g. Setiap dokter harus memberikan kesempatan kepada penderita agar senantiasa dapat berhubungan dengan keluarga penasehatnya dalam beribadat dan atau dalam masalah lainnya (pasal 12).
- h. Setiap dokter wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang penderita, bahkan juga setelah penderita itu meninggal (pasal 13).

- i. Setiap dokter harus memelihara kesehatannya supaya dapat bekerja dengan baik (pasal 17).

Dari butir-butir KODEKI tersebut di atas jelas bagaimana seharusnya seorang dokter berperilaku pada saat menghadapi kasus-kasus gawat darurat, yang tidak jarang berakhir dengan kematian penderita. Upaya dokter dengan penuh perhatian membantu penderita disertai sikap manusiawi dan simpati pada saat penderita mengalami saat-saat kritis, walaupun akhirnya penderita meninggal dunia, kiranya keluarga dapat menerima musibah itu dengan ikhlas. Bahkan berterima kasih kepada dokter yang telah berikhtiar dengan sungguh-sungguh untuk menyelamatkan jiwa penderita.

Pelayanan medik penderita gawat darurat mempunyai aspek khusus, karena ini menyangkut kelangsungan hidup seseorang. Disini penderita secara tiba-tiba atau tak terduga sebelumnya, menghadapi ancaman bahaya maut, sehingga memerlukan tindakan segera untuk menyelamatkan jiwanya, mencegah bertambahnya penderitaan atau bertambah parahnya penyakit ataupun mencegah timbulnya cacat permanen anggota tubuhnya. Oleh karena itu ada hal-hal yang pada penderita biasa tidak dapat dibenarkan, pada kasus-kasus gawat darurat diperbolehkan pengecualian.

Contoh kasus gawat darurat yang berkaitan dengan etik pidana adalah: Seorang dokter spesialis yang tugas jaga, yang tidak bersedia datang untuk memeriksa penderita gawat darurat yang dikonsul kepadanya dan kemudian penderita meninggal dunia, maka dokter bukan saja dianggap telah melakukan malpraktek etik, tetapi juga malpraktek pidana, karena kelalaiannya menyebabkan

seseorang meninggal dunia. Instruksi dokter mengenai pemeriksaan dan pengobatan per telepon juga dianggap pelanggaran, karena pelayanannya dibawah standar pelayanan medik.²⁶

2. Tingkat Pasien Gawat Darurat

Penderita atau pasien yang dalam kondisi gawat darurat dapat dikelompokkan menjadi beberapa tingkat gawat darurat, yakni:²⁷

- a. Kelompok dengan cedera ringan yang tanpa pelayanan medis tidak akan mengancam jiwanya.
- b. Kelompok dengan cedera sedang atau berat, yang jika diberi pertolongan akan dapat menyelamatkan dirinya.
- c. Kelompok dengan cedera sangat berat atau parah, yang walaupun diberi pertolongan tidak akan dapat menyelamatkannya.

D. Interaksi dan Efektivitas Komunikasi dalam Penanganan Pasien Gawat Darurat

Keterampilan komunikasi yang buruk antara dokter dan pasien dapat menyebabkan masalah dalam hubungan mereka. Namun, seorang dokter terkadang memberikan pasien sedikit kesempatan untuk berbicara, baik karena dokter tidak memiliki keterampilan komunikasi maupun karena dokter merasa partisipasi pasien tidak penting dalam menyelesaikan masalah.

Komunikasi memberikan hasil subjektif dan objektif. Komunikasi dapat membuka hal-hal tersembunyi untuk mendapatkan keajaiban baru dalam

²⁶ Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran ...*, hal. 168.

²⁷ Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran ...*, hal. 164.

penyembuhan. Namun, sudut pandang atau filosofi yang berbeda dapat mempengaruhi efektivitas komunikasi. Dengan demikian, komunikasi harus dipelihara dengan memerhatikan berbagai pihak yang terlibat dalam komunikasi.²⁸

Islam mengajarkan bahwa profesional kesehatan harus memiliki tata krama yang sesuai dalam berkomunikasi seperti yang diingatkan dalam Al-qur'an Surat Luqman ayat 18-19.

وَلَا تُصَعِّرْ خَدَّكَ لِلنَّاسِ وَلَا تَمْشِ فِي الْأَرْضِ مَرَحًا ۚ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ
فَخُورٍ ﴿١٨﴾ وَأَقْصِدْ فِي مَشْيِكَ وَأَغْضُضْ مِنْ صَوْتِكَ ۚ إِنَّ أَنْكَرَ الْأَصْوَاتِ لَصَوْتُ
الْحَمِيرِ ﴿١٩﴾

Artinya: “Dan janganlah kamu memalingkan mukamu dari manusia (karena sombong) dan janganlah kamu berjalan di muka bumi dengan angkuh. Sesungguhnya Allah tidak menyukai orang-orang yang sombong lagi membanggakan diri. Dan sederhanalah kamu dalam berjalan dan lunakkanlah suaramu. Sesungguhnya seburuk-buruk suara ialah suara keledai”

Berdasarkan hal di atas, dokter muslim harus beriman kepada Allah dan ajaran serta praktik islam, baik dalam kehidupan pribadi maupun kehidupan bermasyarakat.

a. Hubungan Dokter Dengan Pasien

Pada hakikatnya hubungan antara dokter dengan pasien tidak dapat terjadi tanpa melalui komunikasi, termasuk dalam pelayanan medis, komunikasi merupakan proses timbal balik yang berkesinambungan yang menyangkut dua

²⁸ Aliah B. Purwakanania Hasan, *Pengantar Psikologi...*, hal. 417.

pihak.²⁹ Menurut Person yang dikutip oleh Solita Sarwono dalam buku Sosiologi Kesehatan, bahwa antara dokter dengan pasien berada dalam sistem emosional: sakit, bingung, takut, depresif atau bahkan pasien sudah tidak sadar.³⁰ Berdasarkan keterangan tersebut, jelas terlihat bahwa hubungan dokter dan pasien dapat berbeda-beda sifatnya, dan untuk setiap model diperlukan teknik komunikasi yang berbeda pula. Jika dokter dan paramedis tidak memperhitungkan hal ini, maka komunikasi dengan pasien tidak akan efektif dan optimal.

First International Conference Of Islam Medicine di Kuwait pada tanggal 12-16 januari 1981 (6-10 Rabiul Awal 1401) mengatur kode etik kedokteran islam tentang hubungan dokter dengan pasien berikut:³¹

Demi kepentingan pasienlah dokter ada dan bukan sebaliknya. Kesehatan merupakan tujuan dan perawatan kedokteran mengandung arti pasien adalah tuan dan dokter adalah pelayanannya. Sebagaimana hadis Nabi “yang paling kuat harus mengikuti yang paling lemah karena dialah yang perlu dipertimbangkan dalam kecepatan perjalanan”. Kesehatan merupakan kebutuhan manusia dan bukan merupakan kemewahan. Hal ini mengiringi bahwa profesi kedokteran adalah unik, bahwa klien tidak ditolak untuk dilayani meskipun ia tidak mampu membayar.

Berbagai masalah penting terjadi dalam interaksi pasien-dokter di antaranya keterbatasan waktu dan masalah komunikasi perbedaan perspektif

²⁹ Veronica Komalawati, *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik; Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien; Suatu Tinjauan Yuridis*, (Bandung: Citra Aditya Bakti, 1999), hal. 47

³⁰ Solita Sarwono, *Sosiologi Kesehatan; Konsep Beserta Aplikasinya*, (Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997), hal. 46.

³¹ Aliah B. Purwakanian Hasan, *Pengantar Psikologi...*, hal. 419.

antara dokter dan pasien terhadap penyakit. Untuk menghasilkan hal itu, maka komunikasi antara pasien harus dibuat lebih efektif dan efisien.

Untuk menghindarkan komunikasi yang tidak diinginkan, dokter dapat melakukan komunikasi yang disebut dengan metakomunikasi. Metakomunikasi dapat merupakan pertukaran informasi yang banyak antara dokter dan pasiennya. Metakomunikasi dapat muncul dalam berbagai bentuk, dari syarat nonverbal seperti tersenyum.³²

Tanggung jawab seorang sebagai dokter terhadap pasien harus menghindari untuk memprediksikan apakah seorang pasien akan hidup atau meninggal, hanya Tuhan (Allah) yang tahu. Hal ini sesuai dengan sabda Nabi Muhammad saw yaitu : *“Setiap penyakit ada obatnya, dan ketika pengobatan diberikan, penyakit akan sembuh sesuai dengan kehendak Allah”*.³³ Ia tidak boleh kehilangan kesabaran ketika pasien terus memberikan pertanyaan, namun harus menjawab dengan lembut dan sabar. Ia harus memperlakukan dengan cara yang sama antara orang kaya dan orang miskin. Tuhan akan memberikan pahala jika ia memberikan pertolongan pada yang membutuhkan. Dokter tidak boleh bertengkar mengenai pembayaran, jika pasien sakit parah atau dalam keadaan darurat, ia harus bersikap berterima kasih tidak peduli berapa ia dibayar.³⁴ Seperti dalam Al-Qur’an Surat Al-Maidah ayat 2 yang menegaskan bahwa:³⁵

وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ﴿٢﴾

³² Aliah B. Purwakanian Hasan, *Pengantar Psikologi...*, hal. 423-424.

³³ HR. Ahmad dan Muslim.

³⁴ Aliah B. Purwakanian Hasan, *Pengantar Psikologi...*, hal. 372,

³⁵ QS. Al-Maidah [5]: 2.

Artinya: “Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. dan bertakwalah kamu kepada Allah, Sesungguhnya Allah Amat berat siksa-Nya.

b. Hubungan Dokter Dengan Rekan Sejawat

First International Conference Of Islam Medicine di Kuwait pada tanggal 12-16 januari 1981 (6-10 Rabiul Awal 1401) mengatur kode etik kedokteran islam tentang hubungan dokter dengan rekan sejawat sebagai berikut:³⁶

Para dokter, secara bersama-sama bertanggung jawab terhadap pelayanan kesehatan bangsa dan saling melengkapi melalui berbagai spesialisasi kedokteran mereka, baik preventif maupun terapeutik, baik sector swasta maupun pemerintah... semua diikat oleh etika dan peraturan-peraturan profesi mereka.

Hubungan antara sesama dokter adalah saling menguatkan dan tidak bersaing, serta bekerja sama dengan jujur demi kepentingan pasien:

- *Jika lebih dari seorang dokter yang menangani pasien, maka data kedokterannya tidak boleh ditahan oleh dokter yang mengobatinya.*
- *Data ini harus diteruskan dengan kata-kata yang terang dan jelas atau tulisan yang terbaca.*
- *Data ini harus dirahasiakan dalam lingkungan kedokteran dan tidak boleh bocor.*

Jika ragu-ragu, adalah menjadi kewajiban dokter (dan hak pasien) agar berkonsultasi atau merujuknya kepada dokter spesialis. Ini juga diilhami oleh firman Allah dalam Al-qur'an:

³⁶ Aliah B. Purwakania Hasan, *Pengantar Psikologi...*, hal. 426-428.

﴿٧﴾ فَسْأَلُواوَمَا أَهْلَ الذِّكْرِ إِنْ كُنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ

Artinya: “Maka Tanyakanlah olehmu kepada orang-orang yang berilmu, jika kamu tiada mengetahui”. (QS Al-Anbiya [21] : 7).³⁷

Komunikasi efektif adalah unsur utama dari sasaran keselamatan pasien karena komunikasi adalah penyebab pertama masalah keselamatan pasien (*patient safety*). Komunikasi yang efektif yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh penerima mengurangi kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

Keselamatan pasien merupakan suatu variabel untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berdampak terhadap pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien merupakan prioritas, isu penting dan global dalam pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan.³⁸

Komunikasi yang tidak efektif akan menimbulkan resiko kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Menurut AMA dalam Cecep Triwibowo, upaya pencegahan yang menimbulkan resiko bagi pasien adalah: (1) kesalahan dalam pemberian informasi yang akan diberikan untuk shift berikutnya; (2) penggunaan nomor bad harus dihindari untuk mencegah kesalahan identifikasi; (3) pemberian identitas yang benar, dapat mencegah kebingungan pada pasien dengan nama yang sama; (4) sistem rumah sakit harus memastikan bahwa data administrasi tentang pasien *up to date* 24 jam per hari. Jika lokasi dan konsultan yang

³⁷ QS Al-Anbiya [21] : 7.

³⁸ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan...*, hal.175.

bertanggung jawab tidak akurat maka akan timbul resiko bagi pasien dan rumah sakit.³⁹

Kondisi yang memudahkan terjadinya kesalahan dalam penanggulangan pasien adalah: (1) tekanan mental dan fisik. Suasana dan tuntutan kerja dalam pelayanan medis menuntut kecepatan, ketetapan, dan kehati-hatian; (2) keterbatasan fisik, hasil perawatan medis (sembuh atau tidak sembuh) ditentukan oleh pengetahuan, sikap, keterampilan (kompetensi) dan kondisi fisik dokter atau tenaga kesehatan tersebut; (3) gangguan lingkungan yang tidak nyaman seperti berisik, gerah, pencahayaan yang terlalu terang atau redup, suasana kerja yang tidak harmonis, paparan radiasi, gangguan telepon, kelebihan kerja, dll; (4) supervise memiliki peran dan tanggung jawab terhadap anak buahnya dalam rangka meraih tujuan bersama yang telah disepakati; (5) teamwork sebagai suatu kelompok kecil orang dengan keterampilan-keterampilan yang saling melengkapi yang berkomitmen pada tujuan bersama, sasaran-sasaran kinerja, dan pendekatan yang mereka jadikan tanggung jawab bersama.⁴⁰

Oleh karena itu, untuk keberlangsungan penanggulan pasien gawat darurat perlu komunikasi yang efektif. Hal ini mencakup mengetahui kapan harus berbicara, apa yang harus dikatakan dan bagaimana mengatakannya serta memiliki kepercayaan diri dan kemampuan untuk memeriksa bahwa pesan telah diterima dengan benar.

³⁹ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan...*, hal.162.

⁴⁰ Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan...*, hal.188-189.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Metode Penelitian

Untuk memperoleh hasil yang diperlukan dalam penulisan karya ilmiah, metode penelitian sangatlah menentukan untuk efektif dan sistematisnya sebuah penelitian. Metode adalah suatu prosedur atau cara untuk mengetahui sesuatu yang mempunyai langkah-langkah sistematis.¹

Adapun yang menjadi metode dalam penelitian ini, penulis menggunakan metode kualitatif. Di mana penulis turun langsung ke lapangan mencari data dan informasi yang berhubungan dengan masalah yang dibahas yaitu “Komunikasi Kesehatan dalam Penanganan Pasien pada Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away Kabupaten Aceh Selatan”

Penelitian kualitatif adalah penelitian yang bermaksud untuk memahami fenomena tentang apa yang dialami oleh subjek penelitian misalnya perilaku, persepsi, motivasi, tindakan dan lain-lain. Secara holistik dan dengan cara deskripsi dalam bentuk kata-kata dan bahasa, pada suatu konteks khusus yang alamiah dan dengan memanfaatkan berbagai metode ilmiah.²

Sugiono menyatakan bahwa metode penelitian kualitatif merupakan penelitian yang digunakan untuk meneliti pada kondisi subjek yang alamiah, dimana peneliti adalah sebagai instrumen kunci, teknik pengumpulan data

¹ Husaini Usman, *Metodelogi Penelitian Sosial*, (Jakarta: Bumi Aksara, 2009), hal.41.

² Lexy J. Meoleong, *Metodelogi Penelitian Kualitatif*, (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2010), hal. 6.

dilakukan secara gabungan, analisis data bersifat induktif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari pada generalisasi.³

Metode kualitatif digunakan karena beberapa pertimbangan. Pertama, menyesuaikan metode kualitatif lebih mudah apabila berhadapan dengan kenyataan ganda; kedua, metode ini menyajikan secara langsung hakikat hubungan antara penelitian dengan responden; dan ketiga, metode ini lebih peka dan lebih dapat menyesuaikan diri dengan banyak penajaman pengaruh bersama dan terhadap pola-pola nilai yang dihadapi.⁴

Peneliti memilih penelitian dengan menggunakan metode kualitatif karena peneliti ingin menguraikan, memaparkan, memperoleh gambaran nyata dan menggali informasi yang jelas mengenai Komunikasi Kesehatan dalam Penanganan Pasien pada Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit dr. H. Yulidin Away.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away, Jalan T. Ben Mahmud No. 86-A Tapaktuan Kabupaten Aceh Selatan. Pada penelitian ini peneliti akan melihat bagaimana komunikasi kesehatan yang dilakukan oleh para tenaga medis untuk secepatnya mengambil tindakan terhadap pasien dalam keadaan gawat darurat. Peneliti memilih rumah sakit ini sebagai tempat penelitian karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit umum di Kabupaten dan banyak masyarakat yang berobat di rumah sakit tersebut.

³ Sugiono, *Memahami Penelitian Kualitatif*, (Bandung: Alfabeta, 2007), hal. 1.

⁴ Lexy J. Meoleong, *Metodologi Penelitian Kualitatif...*, hal. 3.

Penelitian dilakukan mulai tanggal 4 Oktober sampai dengan 17 Oktober 2016, kurang lebih dua minggu lamanya melakukan penelitian. Peneliti lebih banyak melakukan pengamatan di Instalasi Gawat Darurat.

C. Objek dan Subjek Penelitian

Objek penelitian adalah sifat keadaan (attributes) dari suatu benda, orang, atau keadaan, yang menjadi pusat perhatian atau sasaran penelitian. Sifat keadaan dimaksud bias berupa sifat, kuantitas, dan kualitas (benda, orang, dan lembaga), biasa berupa perilaku, kegiatan, pendapat, pandangan penilaian, sikap pro-kontra atau simpati-antipati, keadaan batin (orang), bias pula berupa proses (lembaga). Objek penelitian adalah variabel penelitian yaitu sesuatu yang merupakan inti dari problematika penelitian. Sedangkan benda, hal atau orang tempat data untuk variable penelitian melekat dan dipermasalahkan disebut objek.⁵ Maka objek dalam penelitian ini adalah *Komunikasi Kesehatan dalam Penanganan Pasien pada Instalasi Gawat Darurat*.

Menurut Arikunto, subjek penelitian merupakan sesuatu yang sangat penting kedudukannya di dalam penelitian. Subjek penelitian dapat berupa benda, hal, atau orang.⁶ Dalam penelitian ini yang menjadi subjek penelitian adalah dokter, perawat, pasien dan keluarga pasien.

⁵Arikunto, *Manajemen Penelitian*, (Jakarta, Rineka Cipta, 2007), hal. 152.

⁶Arikunto, *Manajemen Penelitian...*, hal. 152.

D. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Wawancara (interview)

Wawancara adalah proses tanya jawab dalam penelitian yang berlangsung secara lisan dalam mana dua orang atau lebih bertatap muka mendengarkan secara langsung informasi-informasi atau keterangan-keterangan.⁷

Wawancara merupakan suatu proses interaksi dan komunikasi verbal dengan tujuan untuk mendapatkan informasi penting yang diinginkan. Dalam kegiatan wawancara terjadi hubungan antara dua orang atau lebih, dimana keduanya berperilaku sesuai dengan status dan peranan mereka masing-masing.⁸ Wawancara mendalam secara umum adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab sambil bertatap muka antara pewawancara dan informan atau orang yang diwawancarai, atau tanpa menggunakan pedoman (guide) wawancara, dimana pewawancara dan informan terlibat dalam kehidupan sosial yang relatif lama.⁹

Peneliti melakukan wawancara untuk memperoleh data yang diperlukan berhubungan dengan tema yang diajukan. Dalam penelitian ini peneliti melakukan wawancara dengan berbagai sumber seperti dokter, perawat, pasien dan keluarga

⁷ Drs, Cholid Narbuko dan Drs, H. Abu Achmadi. 2009. *Metodologi Penelitian*. (Jakarta: Bumi Aksara). hal. 83.

⁸ Nurul Zuriah, *Metodelogi Penelitian Sosial dan Pendidikan*, (Jakarta: Bumi Aksara, 2009), hal. 176.

⁹ Burhan Bungin, *Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya*, (Jakarta: Prenada Media Group, 2011), hal. 111.

pasien. Sebelum dilakukan wawancara dengan berbagai sumber, peneliti melihat dulu kondisi dan waktu yang tepat untuk dilakukan wawancara. Setelah kondisi sudah mulai stabil, peneliti datang terlebih dahulu melakukan pendekatan kepada informan, dan menjelaskan tujuan akan dilakukannya. Dalam melakukan wawancara, peneliti mendengar secara teliti dan mencatat apa yang dikemukakan oleh informan. Wawancara ini dilakukan secara terbuka dan menggunakan bantuan pertanyaan yang telah disiapkan sebelumnya. Selain itu dalam melakukan wawancara, peneliti mengalami kesulitan untuk mendatangi pasien, karena pada Instalasi Gawat Darurat kondisi pasien belum begitu stabil dan pasien tidak lama berada di ruang tersebut.

2. Observasi

Observasi atau pengamatan adalah kegiatan keseharian manusia dengan menggunakan pancaindra mata sebagai alat bantu utamanya, selain pancaindra lainnya seperti telinga, penciuman, mulut, dan kulit.¹⁰ S. Margono mendefinisikan observasi diartikan sebagai pengamat dan pencatatan secara sistematis terhadap gejala yang tampak pada objek penelitian.¹¹

Observasi dalam riset kualitatif kerap dirujuk sebagai observasi berperanserta (*participant observation*) ini berarti penelitian turut ambil bagian dalam aktifitas orang-orang yang diamati sampai pada taraf tertentu. Tujuan adalah mengambil pendekatan yang tidak terstruktur dalam riset, tidak mengamati

¹⁰ Burhan Bungin, *Metodologi Penelitian Sosial : Format-Format Kualitatif dan Kuantitatif*, (Surabaya: Airlangga University Press, 2001), hal. 142.

¹¹ Nurul Zuriah, *Metodologi Penelitian...*, hal. 172.

pengamatan dalam proses-proses dan sosok-sosok tertentu, melainkan membiarkan focus riset mengkristal sejalan dengan berlangsungnya proses riset.¹²

Metode observasi dilakukan peneliti dengan cara menyaksikan secara langsung bagaimana komunikasi tenaga medis dan proses penanganan pasien di IGD. Observasi dilakukan peneliti dilapangan setiap jam kerja, dalam melakukan observasi peneliti mengamati dan mencatat apa yang diamati, untuk pengambilan sebuah data.

E. Teknik Analisis Data

Setelah dilakukan proses pengolahan data, maka tahap selanjutnya dilakukan analisis data. Menurut A. Rani Usman, analisis data merupakan proses penyusunan data agar dapat ditafsirkan. Menyusun data berarti menggolongkannya dalam pola, tema atau kategori.¹³ Analisis data mengarah sasaran penelitian pada usaha menemukan teori dasar, bersifat deskriptif sesuai dengan hasil wawancara atau memasukan data hasil wawancara dengan semua narasumber dan observasi langsung dalam gambaran tentang persoalan yang sedang diteliti.

Sedangkan menurut Burhan Bungin dalam bukunya Analisis Data Penelitian kualitatif mengemukakan analisis data merupakan bagian yang sangat

¹² Christine Daymon, *Metode-Metode Riset Kualitatif dalam Public Relations dan Marketing communication*, (Bandung: Bentang, 2008), hal. 487-488.

¹³ A. Rani Usman, *Etnis Cina Perantauan di Aceh*, (Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 2009), hal. 124.

penting dalam metode ilmiah, karena dalam analisis data tersebut dapat diberi arti dan makna yang berguna memecahkan masalah penelitian.¹⁴

Dalam penelitian kualitatif, data diperoleh dari berbagai sumber dengan menggunakan teknik pengumpulan data yang bermacam-macam, dan dilakukan secara terus menerus sampai datanya jenuh. Dengan pengamatan yang terus menerus tersebut mengakibatkan variasi data tinggi sekali.¹⁵ Analisis data dalam penelitian kualitatif dilakukan sejak sebelum memasuki lapangan, selama di lapangan, dan setelah selesai di lapangan.¹⁶ Setelah semua data dapat, kemudian dikumpulkan dan dianalisis sebaik mungkin.

Dalam proses analisis data penulis menelaah semua sumber data yang tersedia, yang bersumber dari hasil wawancara dengan pihak pegawai rumah sakit (dokter dan perawat), pasien dan keluarga pasien. Setelah melakukan analisis data, penulis mengecek keabsahan data yang ada agar menghasilkan data-data yang kongkret tentang Komunikasi Kesehatan dalam Penanganan Pasien pada Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away.

F. Teknik Keabsahan Data

Untuk memeriksa keabsahan data penulis menggunakan teknik triangulasi. Teknik triangulasi merupakan teknik pemeriksaan keabsahan data yang

¹⁴ Burhan Bungin, *Analisis Data Penelitian Kualitatif*, (Jakarta: Grafindo Persada, 2003), hal. 131.

¹⁵ Sugiyono, *Metode Penelitian...*, hal. 243.

¹⁶ Sugiyono, *Metode Penelitian...*, hal. 245.

memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data untuk keperluan pengecekan atau perbandingan terhadap pemeriksaan terhadap sumber lain.¹⁷

Teknik triangulasi meliputi : (a) menggunakan sumber lebih dari satu/ganda; (b) menggunakan metode lebih dari satu/ganda; (c) menggunakan peneliti lebih dari satu/ganda; dan (d) menggunakan teori yang berbeda-beda. Secara sederhana untuk menengernya dalam penelitian kualitatif dikenal istilah data jenuh. Data jenuh artinya kapan dan di manapun ditanyakan pada informan (triangulasi data), dan pada siapapun pertanyaan sama diajukan (triangulasi subjek), hasil jawaban tetap konsisten sama. Pada saat itulah cukup alasan bagi peneliti untuk menghentikan proses pengumpulan data.¹⁸

Dalam teknik ini peneliti menggunakan berbagai sumber yang berbeda yang tersedia, artinya data yang sama akan lebih mantap kebenarannya bila digali dari sumber data yang berbeda. Dengan demikian penulis menggunakan pasien dan keluarga pasien yang ada di IGD Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away sebagai sumber pengecekan keabsahan data yang penulis terima dari pegawai rumah sakit mengenai Komunikasi Kesehatan dalam Penanganan Pasien pada Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away.

¹⁷ Lexy. J. Moloeng, M. A. *Metodologi Penelitian Kualitatif*, (Bandung: Remaja Rosdakarya, 2007), hal. 330.

¹⁸ Muhammad Idrus, *Metode Penelitian Ilmu sosial*, (Jakarta: Erlangga, 2009), hal. 145.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Profil Rumah Sakit Umum Dr. H. Yulidin Away

Rumah Sakit Umum Tapa Toen (Tapaktuan) pertama sekali didirikan pada tanggal 23 Januari 1938 yang berlokasi di tempat pendidikan Akademi Perawat Kesehatan (AKPER) Tapaktuan dan diresmikan pada tanggal 23 Januari 1939 oleh **Yan Fiter V. Khorfec Kihler** (Wakil Gubernur Jenderal Belanda Kuta Raja), disaksikan oleh raja-raja di Aceh Selatan dan para pejabat tinggi Belanda lainnya di Aceh Selatan.¹

Pada tahun 1957 RSUD Tapaktuan dipindahkan di lokasi depan Taman Putri Naga, terletak di Pesisir Laut Selatan, merupakan satu-satunya rumah sakit yang ada di Kabupaten Aceh Selatan. Sebelum rumah sakit ini dibangun, kota Tapaktuan telah memiliki rumah sakit peninggalan Belanda yang sekarang tidak berfungsi lagi dan bangunannya dimanfaatkan sebagai tempat sekolah sebagai tempat sekolah Akademi Perawat Kesehatan (AKPER) Pemda.²

Akibat terus meningkatnya tuntutan masyarakat yang semakin membutuhkan pelayanan kesehatan yang baik dan bermutu, maka Proyek Kesehatan Pedesaan dan Kependudukan (Proyek ADB III Loan No. 1299-INO) merekomendasikan pembangunan rumah sakit baru di Tapaktuan.

¹ Dokumen RSU Yulidin Away, (Profil 2015), dari Diklat Rekam Medis. hal. 5.

² Dokumen RSU Yulidin Away, (Profil 2015), dari Diklat Rekam Medis. hal. 5.

Pada tanggal 26 Januari 1997 oleh Gubernur Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Prof. Dr. Syamsuddin Mahmud telah melakukan peletakan batu pertama Pembangunan Rumah Sakit Tapaktuan di desa Gunung Kerambil, dan pada tanggal 13 Mei 1999 telah di resmikan oleh Gubernur Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam Prof. Dr. Syamsuddin Mahmud untuk digunakan sebagai tempat pelayanan kesehatan di Kabupaten Aceh Selatan.

Sebelum diresmikan oleh Gubernur Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, RSU Tapaktuan terhitung 10 Mei 1999 dengan Keputusan Bupati Kepala Daerah Tingkat II Aceh Selatan Nomor 3 Tahun 1999, diubah menjadi RSUD dr. H Yulidin Away. Pemberian nama ini untuk mengenang nama seorang putra Aceh Selatan yang sangat berjasa dalam memajukan serta mensosialisasikan pengobatan tradisional ke pengobatan medis. Pada tanggal 20 Mei 1997 berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 470/MENKES/SK/V/1997 Rumah Sakit Tapaktuan ditingkatkan kelasnya menjadi kelas Tipe C.³

Gambaran Umum Geografis

- Timur berbatasan dengan Kota Subulussalam
- Barat berbatasan dengan Kabupaten Aceh Barat Daya
- Selatan berbatasan dengan Samudra Hindia
- Utara berbatasan dengan Aceh Tenggara.

³ Dokumen RSU Yulidin Away, (Profil 2015), dari Diklat Rekam Medis, hal. 6.

2. Visi dan Misi Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away⁴

a. Visi

Untuk menyelaraskan arah dan tujuan RSUD dr. H. Yulidin Away Tapaktuan dengan kebijakan Pemda Aceh Selatan maka diterapkan visi sebagai berikut :

“Menjadi Rumah Sakit yang Prima dan Mandiri”

Ya Rabbi merupakan motto dari RSUD dr. H. Yulidin Away Tapaktuan. Adapun kepanjangan dari Ya Rabbi yaitu: **LaYani, Ramah, Berkualitas** dan **Bernuansa Islami**

b. Misi

- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu dilandasi pelayanan kesehatan islami.
- Menyelenggarakan pelayanan rujukan bagi masyarakat di wilayah Barat Selatan.
- Profesionalisme tenaga medis dan non medis dalam memberikan pelayanan.
- Berperan serta aktif membantu pemerintah Kabupaten Aceh Selatan dalam bidang kesehatan.

3. Sarana dan Prasarana

a. Sarana Fisik

RSUD dr. H. Yulidin Away Tapaktuan mempunyai sarana fisik yang relatif lengkap untuk rumah sakit tipe C. Jenis dan luas bangunan yang terdapat di RSUD dr. H. Yulidin Away Tapaktuan terlihat pada tabel berikut ini:

⁴ Dokumen RSU Yulidin Away, (Profil 2015), dari Diklat Rekam Medis. hal. 36.

Tabel 4.1 Jenis dan Luas Bangunan di Areal BLUD dr. H. Yulidin Away

No.	Jenis	Luas (M2)	Keterangan
1.	Administrasi	259	ADB-III 97/98
2.	Ruang Rawat Inap Anak dan Kebidanan	422	ADB-III 97/98
3.	Ruang Rawat Inap dan Penyakit Dalam	422	ADB-III 97/98
4.	Poliklinik Umum, spesialis, Rehabilitasi Medis, Laboratorium	671	ADB-III 97/98
5.	CMU (Central Medical Unit)	1322	ADB-III 97/98
6.	Dapur dan Laundry	275	ADB-III 97/98
7.	Power House	112	ADB-III 97/98
8.	Kamar Jenazah	97	ADB-III 97/98
9.	Rumah Type 120 (1 Unit)	120	ADB-III 97/98
10.	Rumah Type 170 (4 Unit)	280	ADB-III 97/98
11.	Asrama Perawat Putri	184	ADB-III 97/98
12.	Kantor Direktur (2 lantai)	131	ADB-III 97/98
13.	Asrama Perawat Putra (2 lantai)	368	ADB-III 97/98
14.	Gudang Farmasi	159	APBN 2003
15.	Selasar	587	APBD 2003
16.	Tempat Parkir	122	APBD 2003 & 2006
17.	Rumah Type 70 (tambahan 1 unit)	70	APBN 2004
18.	Poliklinik (tambahan)	88	APBN 2004
19.	MCK	24	APBN 2004
20.	Gedung Rawat Inap VIP	250	BRR 2006
21.	Gedung Rawat Inap Bedah	425	BRR 2006
22.	Rumah type 70 (5 unit)	350	BRR 2006
23.	Unit Transfusi Darah (UTDRS)	100	APBN 2008
24.	Tempat Parkir	122	APBN 2008

25.	Gedung Rawat Inap VIP	359	OTSUS 2010
26.	Gedung Farmasi	448	OTSUS 2010
27.	Ruang tunggu pasien Rawat Inap	195	OTSUS 2010
28.	Gedung Rawat Inap Kelas III	190	OTSUS 2011
29.	Ruang ICU	728	OTSUS 2011
30.	Ruang NICU dan PICU	110	DAK+APBK 2012
31.	Gedung Upip (psikiatri)	552	DAK 2013
32.	Mushola	36	APBK 2013
33.	Ruang BPJS	49,5	BPJS 2014
34.	Kamar Supir	12	APBK 2014
35.	Kamar Mandi NICU dan PICU	10	JASA LAYANAN 2014
36.	Gedung Poliklinik dan Administrasi dua lantai	933	OTSUS 2015
37.	Ruang OR	18	APBK 2015
	TOTAL	10.551	

b. Prasarana

Prasarana yang sesuai dengan kebutuhan baik prasarana medis maupun non medis merupakan salah satu hal pokok dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Pertimbangan lain perlunya peningkatan prasarana medis dan non medis adalah sebagai berikut:

1. untuk mengatasi kasus-kasus yang kompleks dan sering di rujuk ke RSUD dr. H. Yulidin Away.
2. Pasien kritis mempunyai resiko tinggi dalam perjalanan rujukan ke Rumah Sakit lain berhubungan jarak sangat jauh seperti ke Rumah Sakit Provinsi NAD dengan jarak tempuh \pm 500 km membutuhkan waktu 10 jam perjalanan dan ke Medan - Sumatra Utara dengan jarak tempuh \pm 450 km membutuhkan waktu tempuh 9 jam perjalanan.

RSUD dr. H. Yuliddin Away Tapaktuan telah memiliki sarana alat – alat kesehatan yang cukup memadai untuk rumah sakit kelas/type C. Dana yang bersumber dari APBN Tahun Anggaran 2015 digunakan untuk pengadaan peralatan kesehatan. Tahun Anggaran 2011 RSUD dr. H. Yuliddin Away Tapaktuan mendapat bantuan yang bersumber dari dana Otsus untuk membangun gedung ruang Rawat Inap kelas III, ruang ICU, dan Pembangunan lanjutan limbah serta pengadaan Autoclave. Tahun 2012, dari Anggaran DAK / APBK Membangun Gedung NICU/PICU, untuk Tahun 2013 dari dana DAK / APBK membangun gedung Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP). Sedangkan pada tahun 2014 RSUD dr. H. Yuliddin Away Tapaktuan mendapatkan bantuan dana kembali yang bersumber dari dana Otsus untuk pembangunan gedung dua lantai ruang Poliklinik dan ruang Adminitrasi dan di tahun 2015 RSUD dr. H. Yuliddin Away kembali mendapatkan dana dari Silpa Otsus sehingga pembangunan gedung dua lantai ruang Poliklinik dan ruang Adminitrasi hingga selesai. Dengan demikian diharapkan dapat menambah kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat Kabupaten Aceh Selatan dan sekitarnya.

4. Ketenagaan

Dalam upaya peningkatan pelayanan di rumah sakit, unsur tenaga mempunyai peranan yang sangat penting. Tenaga manusia merupakan faktor sentral dalam pembangunan karena merupakan unsur perencana, pelaksana, maupun pengawas. Untuk itu peningkatan kualitas kuantitas sumber daya manusia di RSUD dr. H. Yulidin Away Tapaktuan perlu mendapat perhatian yang serius.

Jumlah tenaga pada RSUD dr. H. Yulidin Away Tapaktuan masih kurang baik tenaga medis, para medis atau non medis. Jumlah ketenagaan per Desember terlihat pada tabel berikut:⁵

Tabel.4.2. Jumlah pegawai PNS dan non PNS BLUD RSUD dr. H. Yulidin Away menurut tingkat kedudukan dalam organisasi unit kerja BLUD dr. H. Yulidin Away per 31 Desember 2015.

URAIAN	URAIAN	JUMLAH PEGAWAI
JUMLAH PEGAWAI	- IIIa - IIIb - IV	1 4 9
	Jumlah	14
GOLONGAN	- Pembina Tk. I (IV/b) - Pembina (IV/a) - Penata Tk. I (III/d) - Penata (III/c) - Penata Muda Tk. I (III/b) - Penata Muda (III/a) - Pengatur Tk. I (II/d) - Pengatur (II/c) - Pengatur Muda Tk. I (II/b) - Pengatur Muda (II/a) - Juru Tk. I (I/d) - Juru Muda (1/a)	5 11 26 44 38 63 20 17 18 1 2 5
	Jumlah	250
PENDIDIKAN (PNS)	- Dr. Spesialis Peny. Dalam - Dr. Spesialis Kandungan - Dr. Spesialis Kes. Anak - Dr. Spesial Bedah - Dr. Spesialis Anestesi - Dr. Spelialis Patologi klinik - S2 Kedokteran - S2 Administrasi Rumah Sakit - S2 Magister Manajemen - S2 Magister Kesehatan - S1 Kedokteran Umum - S1 kedokteran Gigi - S1 Keperawatan = Ns	2 2 3 2 1 1 1 1 1 2 14 3 9

⁵Dokumen RSU Yulidin Away, (Profil 2015), dari Diklat Rekam Medis. hal. 10.

	<ul style="list-style-type: none"> - S1 Keperawatan - S1 Kesehatan Masyarakat - S1 Ekonomi - S1 Farmasi + Apoteker - S1 Farmasi - S1 Kesehatan gigi - DIV Keperawatan - DIV Fisioterapi - DIV Kesehatan Gigi - DIII Keperawatan - DIII Kebidanan - DIII Radiologi - DIII Analisis Kesehatan - DIII Gizi - DIII Elektromedik - DIII Kesehatan Gigi - DIII Fisioterapi - DIII Refrosionik (Mata) - DIII Farmasi - DIII Kesehatan Lingkungan - DIII Manajemen - DIII Rekam Medik - DIII ATRO - DIII Kesekretariatan - DI Kebidanan - DI Komputer - DI Perawat Gigi (SPRG) - SMF - SMAK - SPK - SLTA - SMEA - MAN - SMP - SD - MIN 	<ul style="list-style-type: none"> 1 6 1 5 1 1 1 2 1 0 71 16 8 6 5 2 5 2 8 4 1 5 1 1 1 1 2 2 11 22 2 1 2 3 2
	Jumlah	251
PENDIDIKAN (Non PNS)	<ul style="list-style-type: none"> - Dr. Spesialis Syaraf - Dr. Spesialis Mata - Dr. Spesialis Kejiwaan - Dr. Spesialis Radiologi - Dr. Spesialis Kandungan - S1 Kedokteran - S1 Keperawatan + Ns - S1 Ekonomi Akutansi - S1 Manajemen Informatika - DIII Keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> 1 1 1 1 1 1 3 10 1 1

	- DIII Kebidanan	92
	- DIII Analis Kesehatan	12
	- DIII ATRO	7
	- DIII Fisioterapi	2
	- DIII AMKG	1
	- DIII Farmasi	2
	- DIII Komputer	5
	- SMA	5
	- MAN	36
	- SMK	10
	- SMP	
	Jumlah	199

5. Tugas Pokok dan Fungsi

RSUD dr. H. Yulidin Away Tapaktuan yang merupakan salah satu Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) di bawah Pemerintahan Kabupaten Aceh Selatan sesuai dengan Qanun No. 6 Tahun 2008 tentang Pembentukan Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah dr. H. Yulidin Away Tapaktuan yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan rujukan serta mempunyai fungsi-fungsi sebagai berikut:⁶

- a. Penyelenggaraan Pelayanan Medis
- b. Penyelenggaraan Pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis
- c. Penyelenggaraan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan
- d. Penyelenggaraan Pelayanan Upaya Rujukan
- e. Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan
- f. Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan
- g. Penyelenggaraan Administrasi Umum dan Keuangan

Dalam pelaksanaan penyelenggaraan tersebut RSUD dr. H. Yuliddin Away Tapaktuan masih banyak memiliki kelemahan dan kekurangan yang

⁶ Dokumen RSU Yulidin Away, (Profil 2015), dari Diklat Rekam Medis, hal. 6.

memerlukan pembenahan agar menghasilkan Profil RSUD dr. H. Yuliddin Away Tapaktuan Tahun 2015 kinerja yang optimal. Berbagai faktor dan kendala baik dari segi internal maupun eksternal seringkali menjadi penghambat pelaksanaan pelayanan yang prima sehingga masih banyak mendapat keluhan – keluhan dan protes dari masyarakat Kabupaten Aceh Selatan.

6. Fasilitas dan Jenis Pelayanan

Jenis pelayanan yang ada di RSUD dr. H. Yuliddin Away Tapaktuan disesuaikan dengan jumlah dan jenis tenaga yang tersedia. Adapun jenis pelayanan yang tersedia saat ini adalah:⁷

1. Pelayanan Rawat Jalan, terdiri dari :
 - Poliklinik Spesialis : Bedah, Kebidanan dan Kandungan, Penyakit Dalam, Mata, Saraf, Jiwa, Jantung, Anak, Radiologi, dan Patologi Klinik.
 - Poliklinik Umum
 - Poliklinik Gigi
2. Unit Gawat Darurat 24 Jam
3. Pelayanan Rawat Inap dengan kapasitas 209 tempat tidur dan Jumlah tempat tidur keseluruhan Rumah Sakit yaitu 230:
 - RR VIP : 9 tempat tidur
 - Kelas I : 20 tempat tidur
 - Kelas II : 30 tempat tidur
 - Kelas III : 126 tempat tidur
 - PICU : 6 tempat tidur
 - NICU : 5 tempat tidur
 - ICU : 8 tempat tidur
 - IGD : 10 tempat tidur
 - IBS : 4 tempat tidur
 - Ruang Bersalin : 7 tempat tidur
 - Ruang Isolasi : 5 tempat tidur
4. Pelayanan Penunjang Medis, terdiri dari : Laboratorium Klinik, Radiologi, Fisiotherapi dan Endoscopy.

⁷ Dokumen RSU Yulidin Away, (Profil 2015), dari Diklat Rekam Medis, hal. 12.

5. Pelayanan Gizi
6. Pelayanan Immunisasi dan KB
7. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
8. Pelayanan Rujukan
9. Pelayanan Unit Transfusi Darah Rumah Sakit (UTDRS)
10. Pelayanan Rekam Medik
11. Pelayanan SIM RS

7. Jumlah Pasien Di Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away

Jumlah kunjungan pasien rawat jalan RSUD dr. H Yulidin Away Tapaktuan pada tahun 2011 sampai dengan tahun 2015 terlihat pada table di bawah ini:⁸

**Table 4.3. Kunjungan Pasien Rawat Jalan
RSUD Dr. H. Yulidin Away Tapaktuan Tahun 2011-2015**

TAHUN	JUMLAH KUNJUNGAN
2011	48.186
2012	54.023
2013	50.748
2014	46.476
2015	51.750

Sumber : Laporan tahunan RSUD dr. H. Yulidin Away

Jumlah kunjungan pasien rawat inap RSUD dr. H. Yulidin Away Tapaktuan pada tahun 2011-2015 terlihat pada table di bawah ini:⁹

⁸ Dokumen RSU Yulidin Away, (Profil 2015), dari Diklat Rekam Medis, hal. 14.

⁹ Dokumen RSU Yulidin Away, (Profil 2015), dari Diklat Rekam Medis, hal. 15.

**Table 4.4. Kunjungan Pasien Rawat Inap
RSUD Dr. H. Yulidin Away Tapaktuan Tahun 2011-2015**

TAHUN	JUMLAH KUNJUNGAN
2011	6.795
2012	7.528
2013	9.042
2014	10.895
2015	12.769

Sumber : Laporan tahunan RSUD dr. H. Yulidin Away

B. Informan

Informan yang diwawancarai oleh peneliti dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Dokter meliputi: dr. Gajah, dr. Odi, dan dr. Neysa.
- b. Perawat meliputi : Syaibatul Hamdi (kepala ruangan IGD), Syella, Oshin, Samsul, dan Arif.
- c. Pasien meliputi : Yahya, Irhami, Zulkifli, dan Surnawati.
- d. Keluarga Pasien meliputi : Buyung, Tina, Devi, Arfi, Ikron, Cardi dan satu orang tidak mau disebut namanya.

C. Proses Penanganan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat

Proses penanganan pasien, ada pasien datang diantar dengan ambulan dan ada pasien yang datang diantar keluarganya. Perawat jemput pasien untuk dimasukkan ke dalam, dilihat dulu oleh tim triase untuk dipilah-pilah pasien masuk tahap mana, kemudian dilakukan pemeriksaan kepada pasien. Setelah

dilakukan pemeriksaan, dilihat dulu apakah pasien perlu dilakukan pemeriksaan lebih lanjut, seperti pemeriksaan laboratorium, ronsen, dan berbagai pemeriksaan lainnya. Setelah mengetahui arahnya ke mana, dan apakah pasien itu perlu dirawat lebih lanjut, barulah pasien itu dipindah keruangan lain. Kalau pasien dirujuk dari PUSKESMAS atau rumah sakit, perawat yang mengantarnya mengurus administrasi pasien kepada bagian administrasi di IGD. Seperti penuturan dr. Gajah sebagai berikut:

“Proses penanganan pasien itu, yang pertama kita tanya apa masalahnya, kita periksa dulu pasien sakit apa, kalau perlu ditensi darah, akan kita tensi, kalau pemeriksaan labor, kita akan laborkan, kalau perlu dironsen, akan kita ronsen. Nanti kalau sudah lengkap dan tahu arahnya ke mana, kita terapi, baru dikomunikasikan sakitnya apa, kalau sanggup dirawat, kita rawatkan, kalau perlu tindakan lebih lanjut, kita rujuk.”¹⁰

Jadi penanganan pasien dilakukan oleh tenaga medis berdasarkan prosedur pelayanannya serta ditangani sesuai dengan hasil pemeriksaannya.

Sedangkan menurut dr. Odi proses penanganan pasien di IGD adalah “Pertama pasien itu datang diantar ambulans atau datang sendiri, jadi pertama kali pasien masuk gerbang IGD di situ nanti ada tim triase, tim triase yang menilai apakah pasien itu benar-benar *emergency* atau *non emergency*. Dari tim triase nanti, baru pasiennya dipilah-pilah dari ruang IGD, apakah pasien itu masuk ruangan observasi, ruangan biasa atau ruangan persalinan.”¹¹

Sedangkan dari penuturan dr. Odi, penanganan pasien di IGD pasien ditriase dulu kemudian dipilah-pilah menurut kondisi kegawat darurat pasien.

“Dr. Neysa menambahkan Kita melihat dulu apakah pasien itu benar-benar *emergency* dan perlu mendapat pertolongan, dia dulu yang ditangani itu kalau memang kedatangan banyak pasien. Tetapi kalau pasien itu tidak rame, kita tanya dulu apa keluhannya, diperiksa keadaannya dan kalau memang pasien itu butuh

¹⁰ Hasil Wawancara dengan dr. Gajah di IGD Tanggal 5 Oktober 2016 Pukul 11:00

¹¹ Hasil Wawancara dengan dr. Odi di IGD Tanggal 6 Oktober 2016 Pukul 09:00

obat, kita kasih obat dulu, baru ditangani dengan lainnya. Tetapi yang betul-betul *emergency* dulu yang kita utamakan untuk tidak lebih lanjut.”¹²

Dari penuturan dr. Neysa, dapat dilihat bahwa penanganan pasien gawat darurat berdasarkan tingkatan kegawat daruratnya, yang benar-benar gawat darurat yang diutamakan.

Dalam melaksanakan teknik keperawatan, tenaga medis melihat dulu acuan tindakan keperawatan yang telah ada di ruangan. Biasanya setiap ruangan mempunyai Standar Operasional Prosedur (SOP). Hal ini berdasarkan hasil wawancara dengan Syaibatul Hamdi perawat Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away selaku kepala ruangan IGD. Berikut hasil kutipan wawancara dengan beliau:

“Dalam melakukan penanganan pasien gawat darurat sesuai dengan SOP, jadi proses penanganan pasien gawat darurat yang harus digunakan sudah ada pada SOP itu, kita hanya menjalankan saja. Misalnya di IGD prosedur pelayanan penanganan pasien itu dimulai dari ruangan triase sampai kepada tindakannya sesuai dengan kasus-kasusnya kemudian akan dipisah-pisah ke ruangan lain dan sesuai dengan prosedur tindakannya”.¹³

Dalam penuturan di atas dalam penanganan pasien gawat darurat itu sesuai dengan SOPnya. Adapun SOP penanganan pasien gawat darurat adalah sebagai berikut:

1. Pasien datang, kemudian catat identitas lengkap dan jelas.
2. Melakukan triase.
3. Melakukan *anamnesa* dan pemeriksaan pada pasien serta melakukan tindakan pada pasien.
4. pengelompokan pasien dan diagnosa awal.
 - a. Gawat darurat : memerlukan tindakan segera dan mengancam jiwa
 - b. Gawat non darurat : memerlukan tindakan segera tapi tidak mengancam jiwa

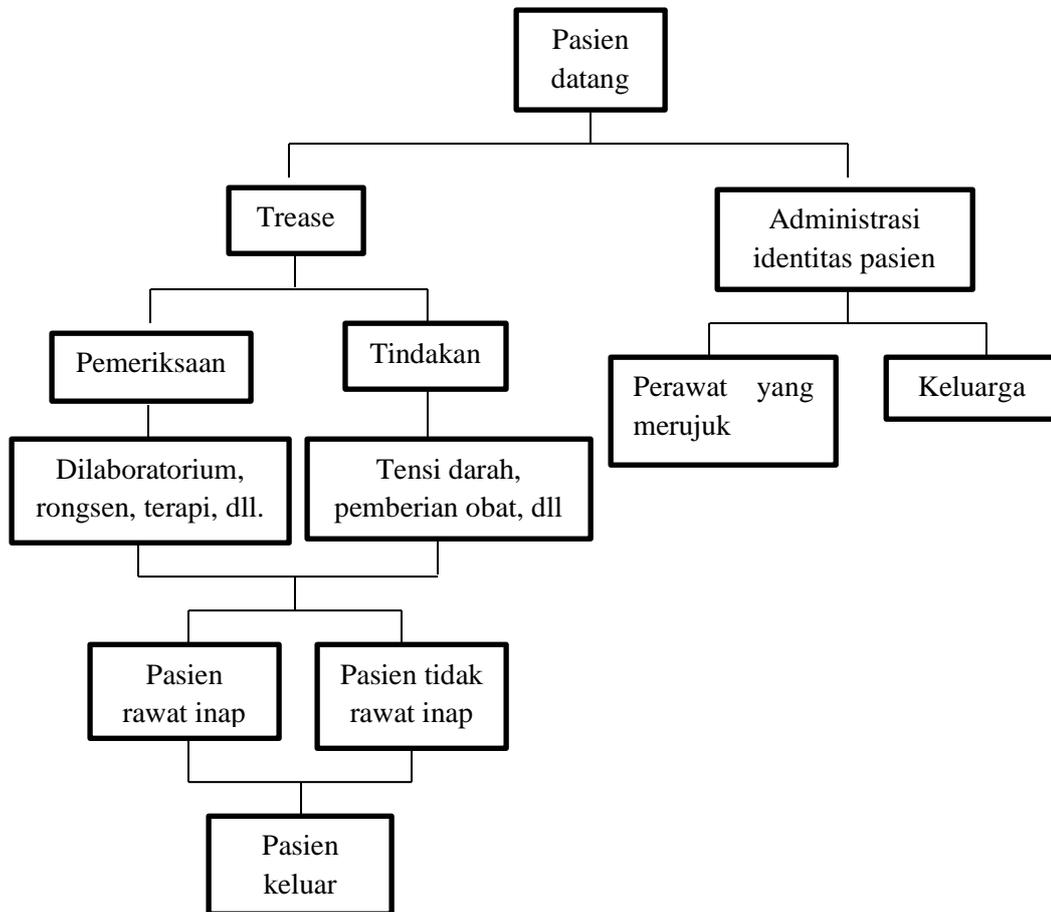
¹² Hasil Wawancara dengan dr. Neysa di IGD Tanggal 6 Oktober 2016 Pukul 10:00

¹³ Hasil Wawancara Dengan Perawat Syaibatul Hamdi (Kepala Ruangan IGD), Tanggal 14 Oktober 2016 Pukul 14:00.

- c. Non gawat darurat : tidak urgent tindakan segera dan tidak mengancam jiwa
- 5. Rekam medik pasien diisi oleh petugas IGD
- 6. Pasien atau keluarga pasien melengkapi administrasi
- 7. Dokter memberikan informasi kepada pasien meliputi, penyakit pasien, tindakan medik yang akan dilakukan, kemungkinan penyulit tindakan tersebut, dan alternatif terapi.

Jadi berdasarkan hasil observasi dan wawancara proses penanganan pasien itu dimulai dari pasien ditrease dulu untuk mengetahui apakah pasien gawat darurat atau tidak gawat darurat, kemudian dilakukan pemeriksaan oleh tenaga medis untuk tindakan lebih lanjut. Setelah melakukan pemeriksaan dan memberi tindakan kepada pasien, bagi pasien yang perlu melakukan perawatan lebih lanjut akan dipindahkan ke ruang rawat inap dan ada pasien sudah bisa pulang. Pada Instalasi Gawat Darurat, setelah melakukan pemeriksaan awal pada saat penanggulangan pasien, dokter melakukan pemeriksaan lagi apabila ada terdapat keluhan-keluhan dari pasien.

Skema 4.1. Proses Penanganan Pasien Di Instalasi Gawat Darurat



D. Model Komunikasi Tenaga Medis Dengan Pasien dan Keluarga Pasien Dalam Menangani Kondisi Gawat Darurat

1. Komunikasi Dokter dengan Pasien

Komunikasi tidak dapat dihindari, sebab komunikasi itu merupakan aktivitas yang sangat fundamental dalam bermasyarakat. Orang selalu berusaha mencari interaksi sosial. Disaat interaksi terjadi komunikasi tidak dapat dihindari dan akan menimbulkan kontak sosial.

Pertemuan dokter dengan pasien meniscayakan bila keduanya saling memberi mampu mengadakan tranformasi pesan. Bentuk komunikasi yang terjadi

ketika adanya wawancara yang dilakukan pada saat penanganan pasien. Semua perilaku dalam peristiwa komunikasi yang berlangsung memiliki potensi sebagai pesan, karena komunikasi merupakan transaksi yang efektif untuk menyampaikan tujuan dan maksud.

Sebagaimana yang dikatakan oleh tiga orang dokter yang wawancarai oleh penulis adalah dokter melakukan wawancara dan pemeriksaan kepada pasien, kemudian mereka memberikan informasi yang jelas mengenai kondisi pasien. Hal ini sesuai dengan paternalistik model yaitu dokter mengendalikan aliran informasi kepada pasien dan memutuskan pengobatan.¹⁴ Berikut ini adalah hasil wawancara penulis dengan dr. Gajah:

“Dokter mengkomunikasi informasi mengenai pasien itu sesudah melakukan wawancara dan pemeriksaan kepada pasien, baru dikomunikasikan sakitnya apa, kalau sanggup dirawat, kita rawatkan, kalau perlu tindakan lebih lanjut, kita rujuk. Jadi kita beri informasi yang jelas kepada pasien dan keluarga pasien dalam menjalani perawatan lebih lanjut”.¹⁵

Dari penuturan di atas dapat dilihat bahwa dokter melakukan wawancara dan pemeriksaan. Informasi awal yang didapatkan tersebut kemudian dijadikan sebagai bahan diagnosa dan penentuan tindakan yang diperlu dalam penanganan pasien. Komunikasi yang baik sangat diperlukan agar pasien mau menceritakan sakit atau keluhan yang dirasakan oleh pasien secara jelas dan jujur. Berikut hasil wawancara dengan dr. Odi:

“Kalau pasiennya kritis, komunikasinya nanti karena melihat kondisi gawat darurat, utamakan actionnya dulu setelah melakukan tindakan baru terjadi komunikasinya. Berusaha mencari tahu keluhan pasien dengan bertanya kepada pasien dan keluarga pasien untuk tindakan selanjutnya. Komunikasi tersebut harus terbuka supaya tau apa yang dirasakan pasien. Setelah melakukan pemeriksaan,

¹⁴ Firdaus J. Kunoli dan Achmad Herman, *Pengantar Komunikasi Kesehatan...*, hal. 49.

¹⁵ Hasil Wawancara dengan dr. Gajah di IGD Tanggal 5 Oktober 2016 Pukul 11:00

kita jelaskan semua kepada pasien dan keluarga pasien tentang apa yang akan diberikan tindakan kepada pasien, apakah pasien itu harus dioperasi. Karena yang dilakukan dokter memilih seperangkat informasi untuk dikomunikasikan, kemudian menciptakan suatu pesan dan dijelaskan baik itu menggunakan komunikasi verbal dan nonverbal seperti bahasa isyarat, ekspresi wajah, ataupun gambar-gambar.¹⁶

Selain itu dokter dapat menanggapi pasien dan keluarga pasien dalam keadaan panik. Setiap kali individu merasakan sakit/nyeri dengan penyakit yang dideritanya, hal ini akan menimbulkan kecemasan tersendiri. Dengan adanya komunikasi yang baik, mampu mempengaruhi emosi pasien dalam pengambilan keputusan untuk melakukan tindakan.

“Dr. Gajah juga menambahkan untuk memotivasi pasien, dijelaskan semua itu adalah cobaan, semua penyakit itu ada obatnya, kecuali memang sudah kehendak Allah SWT pada dasarnya cobaan ini memang berat, tetapi Insyaallah bisa sembuh, pokoknya kita beri semangat kepada pasien.”¹⁷

Komunikasi kesehatan dengan pasien atau penderita meliputi informasi yang berkaitan dengan kondisi kesehatan individu, informasi bagaimana memaksimalkan perawatan dan bagaimana pemberian terapi. Komunikasi kesehatan pada pasien/penderita lebih bersifat terapeutik yang artinya memfasilitasi proses penyembuhan.

Komunikasi kesehatan terapeutik memiliki tujuan untuk membantu pasien mengurangi beban perasaan dan pikiran serta membantu pasien mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila diperlukan oleh pasien. Dan membantu mengurangi keraguan pasien serta membantu pasien mengambil tindakan yang efektif.

¹⁶ Hasil Wawancara dengan dr. Odi di IGD Tanggal 6 Oktober 2016 Pukul 09:00

¹⁷ Hasil Wawancara dengan dr. Gajah di IGD Tanggal 5 Oktober 2016 Pukul 11:00

Selain itu, motivasi harus sering diberikan oleh tenaga medis kepada pasien gawat darurat, karena hal ini dapat menumbuhkan sikap sabar kepada pasien dalam menghadapi penyakit yang dialaminya. Berikut hasil wawancara dengan dr. Odi:

“Untuk memberi motivasi kepada pasien, kita sebagai seorang dokter hanya berusaha yang terbaik untuk pasien dan yang menentukan hanyalah Allah SWT.”¹⁸

Komunikasi antara pasien dengan tenaga medis merupakan bagian utama dalam pelayanan medis. Komunikasi yang efektif merupakan sesuatu yang sangat penting dalam memahami berbagai permasalahan yang dialami oleh pasien. Sebagaimana yang dikatakan oleh dokter Gajah adalah sebagai berikut:

“Komunikasi sangat penting dalam proses penanganan pasien karena jika komunikasi tidak ada, maka akan terjadi kesalahan dalam mendiagnosa penyakit pasien. Peran penting komunikasi itu tidak terlepas dari peran seorang tenaga medis, bagaimana peran dan fungsi tenaga medis terhadap penyampaian komunikasi agar sesuai dengan keadaan pasien, dan memahami apa yang dirasakan pasien. Jenis komunikasi yang digunakan pada saat proses penanganan pasien ada dua yaitu komunikasi verbal berupa wawancara dengan pasien sedangkan komunikasi nonverbal dengan memeriksa langsung tentang keluhan yang pasien rasakan. Untuk membangun komunikasi yang efektif itu ada pelatihannya dan tergantung pada kemauan diri sendiri mau melakukannya atau tidak, dan kalau untuk menanggapi pasien dan keluarga pasien yang sedang cemas, panik dalam keadaan gawat darurat, kita akan terangkan kepada mereka apa yang sedang terjadi, kita beri penjelasan kepada mereka bahwa kami sebagai tenaga medis akan menanganinya.”¹⁹

Memberikan penjelasan kepada pasien mengenai penyakit dan bagaimana menangani penyakit yang diderita pasien, juga perlu komunikasi yang efektif. Jika mengalami kegagalan menyampaikan informasi maka akan terjadi

¹⁸ Hasil Wawancara dengan dr. Odi di IGD Tanggal 6 Oktober 2016 Pukul 09:00

¹⁹ Hasil Wawancara dengan dr. Gajah di IGD Tanggal 5 Oktober 2016 Pukul 11:00

ketidapkahaman pada pasien atas pemeriksaan medis. Hal ini sesuai dengan ungkapan oleh dr. Neysa, berikut hasil wawancaranya:

“Dalam membangun komunikasi yang efektif ngomong langsung, kalau perlu bantuan dengan staf di sini tinggal bilang karena ini langsung tindakan kepada pasien. Seorang dokter sebagai komunikator yang baik tentunya harus mempunyai sifat menunjang jalannya komunikasi dengan pasien. Dan kalau komunikasi dengan pasien perlu wawancara langsung dengan pasien melalui unsur 5W1H supaya tau keluhan pasien. Setelah tau keluhan dari pasien, kita jelaskan semua terhadap tindakan yang diambil kepada pasien, dan informasi yang kita beritahukan itu harus efektif dan mudah dipahami oleh pasien dan keluarga pasien.”²⁰

Seorang dokter juga harus mampu meyakinkan pasien dan keluarga pasien dalam menghadapi kondisi gawat darurat, begitu pula yang dilakukan oleh dokter Neysa.

“Kita jelaskan kepada pasien dengan meyakinkan pasien dan keluarga pasien. Pasien yang *emergency* itu benar-benar butuh pertolongan, sebagai dokter hanya bisa berusaha dan membantu pasien, tapi yang memutuskannya hanyalah Allah SWT. Tugas dokter itu menolong orang, yang penting itu “tidak ada seorang dokter itu mau pasiennya tidak tertolong”. Kita sudah berusaha untuk menolong untuk kesembuhan pasien.”²¹

Dari apa yang diungkapkan oleh dokter di atas, penulis melihat bahwa dokter selalu komunikatif dengan pasien, hal ini dilakukan agar dokter dapat membuat pasien percaya kepada segala tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga medis. Keberhasilan komunikasi bila ditinjau dari keilmuan maka tidak terlepas dari unsur-unsur komunikasi yang ada di dalamnya yang telah diterapkan oleh Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away. Dokter sebagai komunikator harus mengorelasikan keinginan dan keluhan pasien kemudian mengembangkannya hingga menjadi suatu proses penanganan pasien. Komunikasi dokter dengan

²⁰ Hasil Wawancara dengan dr. Neysa di IGD Tanggal 6 Oktober 2016 Pukul 10:00

²¹ Hasil Wawancara dengan dr. Neysa di IGD Tanggal 6 Oktober 2016 Pukul 10:00

pasien dalam mendiagnosa penyakit pasien bisa ditinjau dari dua bentuk yaitu dengan komunikasi verbal dan nonverbal. Komunikasi verbal, di mana dokter menanyakan kepada pasien tentang keluhan-keluhan yang dirasakannya. Sedangkan komunikasi nonverbal dokter dengan pasien, di mana dokter menangkap gejala-gejala dari segi fisik pasien.

Berdasarkan hal tersebut, dokter bukan hanya melaksanakan pekerjaan melayani dan memberikan pertolongan semata-mata, tetapi juga melaksanakan pekerjaan profesi yang terikat pada suatu kode etik. Karena pasien sebagai komunikan memiliki tingkat ekspektasi yang tinggi terhadap hasil komunikasi dengan dokter sebagai komunikator. Baik dalam menyampaikan pesan (tentang penyakit maupun dalam hal lain seperti memberi nasehat dan semangat untuk kesembuhan pasien). Sebagaimana yang dikatakan oleh Bapak Yahya pasien IGD adalah sebagai berikut:

“Tenaga medis memberikan pelayanan yang baik pada saat menangani saya, mereka memberikan yang terbaik untuk saya. Komunikasinya baik, mereka sangat ramah dan menanyakan kondisi saya waktu melakukan pemeriksaan kepada saya, informasi yang disampaikan tenaga medis dapat dipahami, mereka menjelaskan semua mengenai penyakit yang saya derita, dan tindakan yang akan diberikan, dokternya baik, mereka memberikan semangat supaya cepat sembuh.”²²

Berdasarkan pengakuan Bapak Yahya dapat dilihat bahwa tenaga medis membangunkan komunikasi yang baik dalam menjelaskan semua penyakit yang disertai dengan tindakan yang akan dilakukan. Hal yang sama juga di ungkapkan oleh Bapak Irhami seorang pasien IGD tentang model komunikasi tenaga medis, berikut hasil wawancaranya:

²² Hasil Wawancara dengan Pasien IGD Yahya Tanggal 8 Oktober 2016 Pukul 13:30.

“Dokter memeriksa saya katanya perlu dibawa ke ruang ronsen karena saya sakit pinggang untuk diperiksa lebih jelas dan untuk cepat diambil tindakan, mereka memberitahu dulu untuk pemeriksaan dan tindakan lebih lanjut. Saya merasa nyaman karena dokternya baik, dan perawatnya juga ramah-ramah.”²³

Hal yang sama juga penulis dapatkan dari Bapak Zulkifli, berikut hasil wawancaranya:

“Tenaga medis berkomunikasi dengan baik, mereka memberitahukan segalanya baik itu saat akan diambil tindakan atau pemeriksaan. Selain itu tenaga medis juga menjelaskan informasi mengenai kondisi saya dengan bahasa yang mudah dipahami”²⁴

Berdasarkan hasil observasi, peneliti melihat bahwa komunikasi dokter dengan pasien menggunakan model partenalistik di mana dokter mengendalikan aliran informasi kepada pasien. Komunikasi dilakukan dimulai dari dokter menanyakan keluhan-keluhan yang dirasakan pasien, pasien menceritakan keluhan-keluhan yang dirasakan. Setelah mengetahui keluhan-keluhan dari pasien, dokter melakukan pemeriksaan untuk mendiagnosa penyakit pasien dan menentukan tindakan medis selanjutnya. Setelah itu dokter memberikan informasi seputar kondisi pasien, tindakan-tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, dan bahasa yang digunakan dalam berkomunikasi menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien. Dokter menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien dengan tidak menggunakan bahasa medis seperti, sakit ginjal, darah tinggi disebut hipertensi, darah manis disebut diabetes.

Komunikasi yang baik itu harus sederhana, pendek, dan langsung. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara lambat dan mengucapkannya dengan jelas, seperti:

²³ Hasil Wawancara dengan Pasien IGD Irhami Tanggal 10 Oktober 2016 Pukul 09:30.

²⁴ Hasil Wawancara dengan pasien IGD Zulkifli Tanggal 14 Oktober 2016 Pukul 10:00.

- Bahasa yang mudah dipahami, tenaga medis tidak menggunakan istilah dalam kedokteran atau keperawatan, karena pasien menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk dengan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien.
- Sopan, tenaga medis terlihat bersikap sopan kepada pasien baik itu dalam berbicara maupun dari tingkah laku. Seperti saat dokter melakukan pemeriksaan dengan bersikap sopan.
- Intonasi suara, tenaga medis berbicara dengan nada yang rendah, intonasi yang lembut dan tidak memberikan penekanan pada saat berbicara. Contohnya ketika tenaga medis menerima pasien yang sedang dalam keadaan lemas, pasien diterima dengan baik. Penerimaan dengan berbicara lemah lembut membuat pasien merasa nyaman dalam masa perawatan.
- Senyuman, tenaga medis memberikan senyuman pada saat mendatangi pasien, tenaga medis memberikan senyuman diringi dengan pemeriksaan dan tindakan yang dilakukan kepada pasien untuk menciptakan suasana yang nyaman ketika mereka sedang berinteraksi.
- Keramahan juga dapat dilihat dari tenaga medis saat menyapa pasien, dokter datang menyapa pasien seperti “Bagaimana kondisinya Pak, apa sudah merasa baikan?”. Keramahan nampak dilihat pada saat dokter mendatangi pasien pada saat melakukan pemeriksaan selanjutnya.

2. Komunikasi Perawat dengan Pasien

Dalam berkomunikasi dengan pasien, perawat di RSUD dr. H. Yulidin Away ini menggunakan model komunikasi Partenalistik, dimana tenaga medis mengendalikan aliran informasi kepada pasien, kemudian komunikasi tenaga medis juga yang mudah dipahami oleh pasien. Dalam hal ini termasuk komunikasi verbal yaitu kata yang diucapkan. Selain itu komunikasi nonverbal yang ditunjukkan melalui isyarat, ekspresi wajah, bahasa tubuh, serta nada suara. Dalam membangun komunikasi dengan pasien, perawat dengan menggunakan bahasa yang lembut, intonasi suara yang rendah, dan ekspresi wajah yang senang saat mendatangi pasien, supaya pasien merasa nyaman.

Dari beberapa orang perawat yang diwawancarai oleh peneliti, mereka mengemukakan bahwa sudah membangun komunikasi yang baik dalam menangani pasien gawat darurat dengan menjelaskan tindakan-tindakan yang akan dilakukan. Berikut ini hasil wawancara peneliti dengan Syella perawat jaga IGD.

“Komunikasi di IGD kami sudah jalan semua, setiap pasien masuk kita beritahukan dulu, ini pasien harus dirawat, diberikan obat, dipasang infus, perlu dilaboratorium karena perlu tanda tangan persetujuannya. Setuju atau tidak setuju itu memang hak keluarga, Cuma harus dijelaskan semua kepada pasien dan keluarga pasien untuk diambil tindakan, kalau terima kita lakukan tindakannya. Kemudian untuk membangun komunikasi yang efektif dengan pasien, kita harus akrab dengan pasien, semua dikomunikasikan, senyum, sapa, itu memang harus ada setiap pasien masuk karena itu paling penting dan juga menjadi obat bagi pasien.”²⁵

Agar tindakan keperawatan dapat dilaksanakan dengan benar dan tepat, perawat harus selalu berkomunikasi dengan pasien terhadap tindakan-tindakan

²⁵ Hasil Wawancara dengan Perawat IGD Syella Tanggal 11 Oktober 2016 Pukul 09:40.

yang akan diberikan. Selain itu membangun komunikasi yang efektif dengan pasien yaitu ramah kepada pasien, itu akan menjadi obat. Sebagaimana yang dikatakan oleh Deddy Mulyana bahwa komunikasi yang baik menjadi obat untuk pasien. Hal tersebut juga dilakukan oleh Samsul perawat jaga IGD, berikut hasil wawancaranya:

“Sebagai seorang perawat lebih aktif dalam berkomunikasi, kami menyapa pasien dan keluarga pasien, supaya pasien merasa nyaman untuk berkomunikasi dengan tenaga medis dan menginformasikan tindakan-tindakan agar pasien dan keluarga pasien mengerti dengan penjelasan yang diberikan.”²⁶

Dalam tahap ini, komunikasi itu sangat penting dalam pelaksanaan langkah-langkah tindakan keperawatan sesuai dengan rencana. Berikut hasil wawancara dengan Bapak Syaibatul Hamdi perawat di IGD sekaligus kepala ruangan IGD adalah:

“Komunikasi kesehatan itu sangat penting, karena jika tidak ada komunikasi, kita akan kekurangan informasi mengenai pasien, semua perlu komunikasi baik itu saat mengambil tindakan, administrasi pasien, diagnosa penyakit pasien ataupun saat serah terima pasien. Semua perlu komunikasi, bahkan pelatihan komunikasi itu ada, seperti pelatihan komunikasi Islami, bentuknya mengandung 4S yaitu senyum, sapa, salam, dan sentuh. Untuk pelayanan di ruangan diutamakan 4S tersebut sebagai bentuk komunikasi, selain itu juga ada komunikasi SBAR pada saat serah terima pasien dan komunikasi terapeutik dalam melakukan keperawatan kepada pasien.”²⁷

Dari penuturan di atas dapat dilihat bahwa komunikasi termasuk bagian penting dalam melakukan perawatan kepada pasien, komunikasi yang digunakan dalam penyembuhan pasien adalah komunikasi terapeutik disebut juga komunikasi interpersonal untuk saling memberikan pengertian antara perawat dengan pasien. Selain itu komunikasi SBAR (Situation, Background, Assesment,

²⁶ Hasil Wawancara dengan Perawat IGD Samsul Tanggal 6 Oktober 2016 Pukul 12:00.

²⁷ Hasil Wawancara Dengan Perawat Syaibatul Hamdi (Kepala Ruangan IGD), Tanggal 14 Oktober 2016 Pukul 14:00.

Recommendation) atau disebut komunikasi serah terima pasien dan komunikasi islami juga diterapkan supaya pasien merasa nyaman dalam masa perawatan.

Pendapat yang sama juga dilakukan oleh Arif perawat jaga IGD, berikut hasil wawancaranya:

“Saya mengkomunikasikan segala sesuatu mengenai kondisi pasien, ditanya dulu apa keluhannya supaya kita tau tentang penyakit pasien, kemudian baru dikomunikasikan kepada pasien dan keluarga pasien untuk diambil tindakan. dalam membangun komunikasi yang efektif dengan pasien dan keluarga pasien melalui komunikasi baik itu komunikasi verbal maupun nonverbal contohnya senyum dan menyapa pasien dan keluarga pasien saat mendatanginya supaya pasien itu nyaman dalam masa rawatannya.”²⁸

Dari penuturan di atas, dapat dilihat bahwa perawat sudah mengkomunikasikan segala sesuatu mengenai tindakan kepada pasien dan sudah membangun komunikasi yang baik. Berikut ada penuturan dari Ibu Surnawati pasien IGD adalah:

“Semalam saya demam dibawa ke rumah sakit ini sekitar jam 3:00 pagi, tetapi saya tidak bisa dirawat dulu di sini, karena perlu ambil rujukan dari PUSKESMAS, mereka melihat kondisi saya tidak apa-apa, mereka suruh pulang dulu karena belum ambil rujukan, tetapi pagi ini saya sudah bisa dirawat di rumah sakit ini. Soal semalam saya bisa maklumi, mereka tidak bisa merawat saya di sini karena tidak ada rujukan dan melihat kondisi yang tidak apa-apa. Komunikasinya baik, tetapi dengan perawat yang saya kenal saja, kalau yang lainnya belum ada yang ngomong, dokter-dokternya baik-baik saat melakukan tindakan kepada saya, informasi yang diberikan oleh mereka mudah untuk dipahami.”²⁹

Dari penuturan di atas dapat dilihat bahwa, komunikasi tenaga medis sudah baik, akan tetapi perawatnya tidak semua berkomunikasi dengan baik, ada juga yang sewajarnya saja, kemudian Ibu Surnawati tidak dapat dirawat dikarenakan tidak mengambil rujukan.

²⁸ Hasil Wawancara dengan Perawat IGD Arif Tanggal 13 Oktober 2016 Pukul 16:00.

²⁹ Hasil Wawancara dengan Pasien IGD Surnawati Tanggal 12 Oktober 2016 Pukul 10:00.

Berdasarkan observasi di lapangan, peneliti melihat komunikasi perawat dengan pasien sudah mulai terbentuk dengan baik, di mana perawat pada saat melakukan tindakan kepada pasien dengan menampilkan sikap sopan dan ramah. Hal ini terlihat pada saat perawat mendatangi pasien untuk melakukan tindakan seperti “Maaf Pak, ini mau disuntik, supaya mengurangi sakitnya”. Setiap tindakan yang akan dilakukan, tenaga medis memberitahukan terlebih dahulu tindakan yang dilakukan. Setelah itu pasien memberikan umpan balik setuju atau menolak tindakan tersebut. Kemudian perawat memberitahukan kepada pasien bahwa tindakan dan pemeriksaan sudah selesai, pasien tersebut akan dipindahkan ke ruangan lain atau sudah bisa langsung pulang. Setiap tindakan dan pemeriksaan akan dilakukan, perawat memberitahukan semua kepada pasien.

Selain itu, secara nonverbal peneliti melihat perawat dengan menampakkan wajah yang wajar saja, senyum, dan tidak cuek. Tetapi sebagian lagi ada juga yang menampakkan wajah yang tidak senang seperti cemburut. Ini dipengaruhi oleh situasi kerja tenaga medis yang sibuk.

3. Keluarga Tenaga Medis dengan Keluarga Pasien

Komunikasi tenaga medis dengan pihak keluarga pasien juga merupakan bagian penting dalam perawatan medis, karena bila pihak keluarga tidak dapat memahami informasi yang disampaikan yang berkaitan dengan pasien, maka kemungkinan pihak keluarga tidak akan memberikan dukungan pada pasien. Oleh karena itu, tenaga medis juga perlu memberikan informasi kepada keluarga

pasien. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara peneliti dengan perawat, berikut hasil wawancara dengan Oshin perawat jaga IGD:

“Cara komunikasi dengan pasien dan keluarga pasien, kita harus dekat dengan mereka membuat mereka nyaman dan senang dengan kita sehingga mereka puas terhadap pelayanan yang kita berikan. Informasi segalanya harus disampaikan kepada pasien dan keluarga pasien dengan berkomunikasi yang baik, terutama kepada keluarga pasien karena keluarga pasien dapat memberikan izin terhadap tindakan yang dilakukan.”³⁰

Dari penuturan di atas juga dapat dilihat bahwa untuk memberikan informasi mengenai kondisi pasien kepada pihak keluarga yaitu dengan komunikasi yang baik dengan tidak menggunakan bahasa medis supaya pasien dan keluarga pasien dapat memahami pesan yang disampaikan serta untuk mendapat persetujuan dari pihak keluarga terhadap tindakan yang akan dilakukan. Berikut hasil wawancara dengan beberapa keluarga pasien, sebagaimana yang dikatakan oleh Bapak Buyung sebagai keluarga pasien IGD adalah:

“Rumah sakit ini bagus pelayanannya khususnya di IGD, mereka memberikan pelayanan yang bagus saat penanganan pasien, tenaga medis menanyakan dengan baik tentang keluhan-keluhan pasien. Begitu juga dengan komunikasinya, mereka berkomunikasi dengan baik dengan pasien ataupun keluarga pasien, mereka menyarankan bapak untuk banyak istirahat, mereka juga ramah-ramah.”³¹

Berdasarkan hasil wawancara di atas, dapat dilihat bahwa tenaga medis membangun komunikasi dengan baik dalam penanggulangan pasien. Jawaban yang sama juga penulis dapatkan dari hasil wawancara dengan Ibu Tina, berikut penuturannya:

³⁰ Hasil Wawancara dengan Perawat IGD Oshin Tanggal 10 Oktober 2016 Pukul 15:00.

³¹ Hasil Wawancara dengan Bapak Buyung Keluarga Pasien IGD Tanggal 11 Oktober 2016 Pukul 9:00.

“Waktu pertama bapak masuk IGD, mereka langsung menyambutnya dan menanyakan keluhan bapak untuk diberikan tindakan lebih lanjut, komunikasinya sudah bagus mereka ramah-ramah dalam menyambut pasien. Saya mengerti informasi yang disampaikan oleh tenaga medis tentang penyakit suami saya.”³²

Tidak hanya itu, Ibu Devi juga beranggapan yang sama terhadap komunikasi tenaga medis saat menangani anaknya, berikut hasil wawancaranya:

“Pertama masuk IGD, mereka langsung menangani anak saya waktu kami datang dan bentuk komunikasi mereka bagus, mereka menanyakan langsung kepada anak saya apa-apa saja keluhannya, apa badan terasa panas, ada muntah, ada sakit perut, mereka menanyakan dengan baik kepadanya. Mereka juga baik-baik, dan ramah-ramah, apalagi dengan anak-anak. Informasi yang disampaikan oleh mereka bisa dipahami.”³³

Dari hasil wawancara dengan Ibu Devi, tampak tenaga medis dapat membedakan cara berkomunikasi saat menangani pasien anak-anak dengan pasien dewasa. Kalau dengan anak-anak, tenaga medis menggunakan bahasa yang lembut supaya dapat dilakukan pemeriksaan kepadanya. Selanjutnya, hal yang sama didapatkan dari Arfi keluarga pasien IGD adalah :

“Mereka memberikan pelayanan yang baik saat melakukan penanganan kepada pasien, komunikasi tenaga medis lancar, mereka ramah dengan pasien dan keluarga pasien, mereka memberi informasi yang jelas, saya mengerti dengan informasi yang disampaikan mengenai kondisi pasien.”³⁴

Dari penuturan di atas dapat disimpulkan bahwasanya tenaga medis sudah berkomunikasi dengan baik dan memberikan informasi mengenai pasien kepada keluarga pasien. Selanjutnya penuturan dari seorang keluarga pasien mengatakan bahwa:

³² Hasil Wawancara dengan Ibu Tina Keluarga Pasien IGD Tanggal 7 Oktober 2016 Pukul 13:00.

³³ Hasil Wawancara dengan Ibu Devi Keluarga Pasien IGD Tanggal 10 Oktober 2016 Pukul 11:00.

³⁴ Hasil Wawancara dengan Arfi Keluarga Pasien IGD Tanggal 12 Oktober 2016 Pukul 11:00.

“Penanganan pasien di IGD agak lambat mungkin karena situasinya sedang rame dan sibuk menangani pasien lain. Komunikasi mereka baik, kalau kita bertanya mereka mau menjawabnya, mereka ramah-ramah dan membuat kita lebih tenang. Contohnya waktu ditanya sudah lama ibu sakit? Sekarang apa masih sakit tangannya karena masuk infus? oh ini gak apa-apa, ini reaksi obat karena ibu baru masuk. informasi yang disampaikan mengenai kondisi ibu dapat saya pahami, mereka membuat saya lebih tenang saat memberi informasinya.”³⁵

Dari penuturan di atas dekat di lihat bahwa tenaga medis mau diajak bicara dan mau menjawab apabila ada keluarga pasien yang bertanya mengenai kondisi pasien, akan tetapi terdapat penanganan yang agak lambat pada saat pasien masuk di IGD. Selain itu ada penuturan dari keluarga pasien mengaku sudah puas dengan komunikasi yang diberikan dan rumah sakit ini sudah banyak perubahan dari sebelumnya, berikut hasil wawancara dengan Ikron:

“Penanganan di IGD saat menangani pasien sudah tampak bagus, tenaga medis pun tidak sombong, beda dengan dulu, dulu perawatnya judes-judes kalau sekarang sudah banyak perubahan. Komunikasi mereka lakukan sangat baik saat menanyakan kondisi pasien, informasi yang disampaikan oleh mereka bisa dipahami, mereka tidak menggunakan bahasa medis saat menjelaskan kondisi pasien, selaku kita orang awam pahami dengan apa yang disampaikan oleh mereka.”³⁶

Dari penuturan di atas, keluarga pasien mengaku bahwa paham akan informasi yang disampaikan oleh tenaga medis menggunakan bahasa yang mudah dipahami. Penuturan yang sama juga dikatakan oleh Bapak Cardi bahwa:

“Komunikasi mereka baik, mereka menanyakan kepada kami apa keluhan cucu saya, kenapa muntah-muntah, apa penyebabnya pertama sakit perut, mereka terus meminta keterangan tentang keluhan pasien untuk diambil tindakan lebih lanjut. setelah memberikan keterangan keluhannya, mereka memberikan informasi

³⁵ Hasil Wawancara dengan Narasumber Tidak Mau Disebut Nama Sebagai Keluarga Pasien Tanggal 06 Oktober 2016 Pukul 10:40.

³⁶ Hasil Wawancara Dengan Ikron Keluarga Pasien UGD Tanggal 10 Oktober 2016 Pukul 13:00.

mengenai cucu saya dan perlu pemeriksaan lebih lanjut untuk tau penyakit cucu saya.”³⁷

Jadi berdasarkan hasil wawancara dengan keluarga pasien di atas, dapat dilihat bahwa komunikasi dan informasi yang di sampaikan oleh tenaga medis dalam penanganan pasien di IGD sudah baik, di mana tenaga medis memberitahukan segala informasi, tindakan, atau pemeriksaan yang akan dilakukan pada pasien.

Berdasarkan hasil observasi, peneliti melihat komunikasi tenaga medis dengan keluarga pasien juga baik, di mana tenaga medis memberikan segala informasi mengenai kondisi pasien dan tindakan yang akan diberikan untuk meminta persetujuan dari pihak keluarga. Tenaga medis melakukan proses komunikasi yang baik dengan menampakkan keramahan dengan keluarga pasien, tetapi ada juga perawat yang menampakkan wajah yang cuek saat berinteraksi dengan keluarga pasien.

Selain itu peneliti melihat waktu kedatangan pasien yang kesetrum listrik kebetulan pasien itu bekerja di rumah sakit tersebut, pada saat itu keluarga berdatangan menjenguk pasien dengan keadaan panik. Tenaga medis berusaha memberitahukan agar tidak terlalu khawatir dengan kondisi pasien. Tenaga medis cenderung mengkomunikasi agar lebih tenang.

³⁷ Hasil Wawancara Dengan Bapak Cardo Keluarga Pasien IGD Tanggal 13 Oktober 2016 Pukul 15:00.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan penelitian yang penulis lakukan selama kurang lebih dua minggu terhitung sejak tanggal 4 Oktober hingga tanggal 17 Oktober 2016, mengenai Komunikasi Kesehatan dalam Penanganan Pasien pada Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away Kabupaten Aceh Selatan, dengan melihat dari hasil penelitian di lapangan yang berupa pengamatan dan wawancara, maka dapat disimpulkan antara sebagai berikut:

1. Proses penanganan pasien gawat darurat sesuai dengan SOP, di mana prosedur pelayanan penanganan pasien dimulai dari ruangan triase sampai kepada tindakannya sesuai dengan kasus-kasusnya dan pasien tersebut akan dipisah-pisah ke ruangan lain dan sesuai dengan prosedur tindakannya.
2. Model komunikasi tenaga medis dengan pasien dan keluarga pasien menggunakan model Partenalistik, di mana dokter mengendalikan informasi kepada pasien dan keluarga pasien untuk memutus pengutus pengobatan.

B. Saran

Dari kesimpulan di atas, maka penulis memberikan masukan atau saran kepada lembaga kesehatan Rumah Sakit Umum dr. H. Yulidin Away antara lain sebagai berikut:

1. Untuk tenaga medis agar lebih cepat dalam menangani pasien gawat darurat, meskipun keadaan sedang rame, sedikit perhatian diberikan kepada pasien dengan memberikan layanan medis sebisa mungkin.
2. Meskipun yang diutamakan tindakan gawat darurat, tenaga medis tetap melakukan komunikasi pada pasien maupun keluarga pasien yang ada. Keterampilan komunikasi perlu dipelajari, dipraktekkan dan disempurnakan oleh semua petugas kesehatan, sehingga petugas kesehatan dapat berkomunikasi dengan jelas, singkat dan tepat dalam lingkungan yang serba cepat dan menegangkan.

DAFTAR PUSTAKA

Al-Qur'an.

Hadist.

Abdul Rani Usman, *Etnis Cina Perantauan di Aceh*, Jakarta: Yayasan Obor Indonesia, 2009.

Aliah B. Purwakania Hasan, *Pengantar Psikologi Kesehatan Islami*, Jakarta: Rajawali Pers, 2008.

Alo Liliweri, *Dasar-Dasar Komunikasi Kesehatan*, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2007.

Arikunto Suharsimi, *Prosedur Penelitian*, Jakarta: Rineka Cipta, 2002.

_____, *Manajemen Penelitian*, Jakarta, Rineka Cipta, 2007.

Arni Muhammad, *Komunikasi Organisasi*, Jakarta: Bumi Aksara, 2009.

Burhan Bungin, *Analisis Data Penelitian Kualitatif*, Jakarta: Grafindo Persada, 2003.

_____, *Penelitian Kualitatif : Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya*, Jakarta: Prenada Media Group, 2011.

_____, *Metodologi Penelitian Sosial : Format-Format Kualitatif dan Kuantitatif*, Surabaya: Airlangga University Press, 2001.

Cecep Triwibowo, *Manajemen Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit*, Jakarta: TIM, 2013.

Christine Daymon, *Metode-Metode Riset Kualitatif dalam Public Relations dan Marketing communication*, Bandung: Bentang, 2008.

Deddy Mulyana, *Komunikasi Efektif*, Bandung: Remaja Rosdakarya, 2004.

Dedi Alamsyah, *Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Yogyakarta: Nuha Medika, 2011.

Drs, Cholid Narbuko dan Drs, H. Abu Achmadi. 2009. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Bumi Aksara.

- Erik P. Ekholm, *Masalah Kesehatan; Lingkungan Sebagai Sumber Penyakit*, Jakarta: Gramedia, 1981.
- Firdaus J. Kunoli dan Achmad herman, *Pengantar Komunikasi Kesehatan Untuk Mahasiswa Institusi Kesehatan*, Jakarta: IN Media, 2013.
- Husaini Usman, *Metodelogi Penelitian Sosial*, Jakarta: Bumi Aksara, 2009.
- Irawan, dkk, *Hubungan Antara Komunikasi Perawat Dengan kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan keperawatan di IRNA Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang 2015*, Seminar Nasional Forum Dosen 2015.
- Jusuf Hanafiah dan Amri Amir, *Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan*, Jakarta: EGC, 1999.
- Lexy J. Meoleong, *Metodelogi Peneltian Kualitatif*, Bandung: Remaja Rosdakarya, 2010.
- Muhammad Idrus, *Metode Penelitian Ilmu sosial*, Jakarta: Erlangga, 2009.
- Nurul Zuriah, *Metodelogi Penelitian Sosial dan Pendidikan*, Jakarta: Bumi Aksara, 2009.
- Rogers, E.M. (1996). The Field Of Health Communication Today: An Up-To-Date Report, *Journal of Health Communication*, 1.
- Soekidjo Notoatmodjo, *Etika dan Hukum Kesehatan*, Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
- _____, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya*, Jakarta: Rineka Cipta, 2010.
- Solita Sarwono, *Sosiologi Kesehatan; Konsep Beserta Aplikasinya*, Yogyakarta: Gadjah Mada University Press, 1997.
- Sugiono, *Memahami Penelitian Kualitatif*, Bandung: Alfabeta, 2007.
- Rogers, E.M. The Field Of Health Communication Today: An Up-To-Date Report, *Journal of Health Communication*, 1996.
- Team Pustaka Phoenix, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Cet 2, Jakarta Barat: Pustaka Phoenix, 2007.
- Veronica Komalawati, *Peranan Informed Consent dalam Transaksi Terapeutik; Persetujuan dalam Hubungan Dokter dan Pasien; Suatu Tinjauan Yuridis*, Bandung: Citra Aditya Bakti, 1999.

SURAT KEPUTUSAN DEKAN FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI
UIN AR-RANIRY BANDA ACEH
Nomor: B.2251/Un.08/FDK/KP.00.4/07/2017

Tentang
Pembimbing Skripsi Mahasiswa Fakultas Dakwah dan Komunikasi
Semester Genap Tahun Akademik 2016/2017

DEKAN FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI

- Menimbang** : a. Bahwa untuk kelancaran bimbingan Skripsi pada Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Ar-Raniry, maka dipandang perlu menunjuk Pembimbing Skripsi.
b. Bahwa yang namanya tercantum dalam Surat Keputusan ini dipandang mampu dan cakap serta memenuhi syarat untuk diangkat dalam jabatan sebagai Pembimbing Skripsi.
- Mengingat** : 1. Undang-Undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2005, tentang Guru dan Dosen;
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2012, tentang Pendidikan Tinggi;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 19 Tahun 2005, tentang Standar Pendidikan Nasional;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 37 Tahun 2009, tentang Dosen;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 2014, tentang Penyelenggara Pendidikan Tinggi dan Pengelolaan Perguruan Tinggi;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2010, tentang Disiplin Pegawai Negeri Sipil;
8. Peraturan Presiden RI Nomor 64 Tahun 2013, tentang Perubahan IAIN Ar-Raniry Banda Aceh menjadi UIN Ar-Raniry Banda Aceh;
9. Peraturan Menteri Agama RI Nomor 12 Tahun 2014, tentang organisasi dan tata kerja UIN Ar-Raniry;
10. Keputusan Menteri Agama No.89 Tahun 1963, tentang Penetapan Pendirian IAIN Ar-Raniry;
11. Keputusan Menteri Agama No. 153 Tahun 1968, tentang Penetapan Pendirian Fakultas Dakwah IAIN Ar-Raniry;
12. Keputusan Menteri Agama Nomor 21 tahun 2015 tentang Statuta UIN Ar-Raniry;
13. Surat Keputusan Rektor UIN Ar-Raniry No. 01 Tahun 2015 tentang Pendelegasian Wewenang kepada Dekan dan Direktur PPs dalam lingkungan UIN Ar-Raniry
14. DIPA UIN Ar-Raniry Nomor: 025.04.2.423925/2016, Tanggal 7 Desember 2015

MEMUTUSKAN

- Menetapkan Pertama** : Surat Keputusan Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Ar-Raniry.
: Menunjuk Sdr. 1) Dr. A. Rani, M. Si.....(Sebagai PEMBIMBING UTAMA)
2) Azman, S.Sos.I., M.I.Kom.....(Sebagai PEMBIMBING KEDUA)

Untuk membimbing KKK Skripsi:

Nama : Anis Seroja
NIM/Jurusan : 411206553/Komunikasi dan Penyiaran Islam (KPI)
Judul : *Komunikasi Kesehatan dalam Penanggulangan Pasien Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. H. Yulidin Away, Kabupaten Aceh Selatan*

- Kedua** : Kepada Pembimbing yang tercantum namanya di atas diberikan honorarium sesuai dengan peraturan yang berlaku;
Ketiga : Pembiayaan akibat keputusan ini dibebankan pada dana DIPA UIN Ar-Raniry Tahun 2016;
Keempat : Segala sesuatu akan diubah dan ditetapkan kembali apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan di dalam Surat Keputusan ini.
Kutipan : Surat Keputusan ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Banda Aceh
Pada Tanggal : 13 Juli 2017 M
19 Syawal 1438 H

a.n. Rektor UIN Ar-Raniry,
Dekan Fakultas Dakwah dan Komunikasi,



Kusmahwati Hatta

- Tembusan:**
1. Rektor UIN Ar-Raniry.
2. Kabag. Keuangan dan Akuntansi UIN Ar-Raniry.
3. Pembimbing Skripsi.
4. Mahasiswa yang bersangkutan.
5. Arsip.

Keterangan:
SK berlaku sampai dengan tanggal: 12 Juli 2018



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI AR-RANIRY
FAKULTAS DAKWAH DAN KOMUNIKASI

Jl. Syekh Abdur Rauf Kopelma Darussalam Banda Aceh
Telepon : 0651- 7552548, www.dakwah arraniry.ac.id

Nomor : Un.08/FDKI/PP.00.9/3670/2016

Banda Aceh, 26 September 2016

Lamp : -

Hal : *Penelitian Ilmiah Mahasiswa*

Kepada
Yth, Direktur Rumah Sakit Umum Dr.H.Yulidin Away Kab. Aceh Selatan

Assalamu'alaikum Wr.Wb.

Pimpinan Fakultas Dakwah dan Komunikasi UIN Ar-Raniry dengan ini menerangkan bahwa:

Nama /Nim : **Anis Seroja/411206553**
Semester/Jurusan : **IX/Komunikasi dan Penyiaran Islam**
Alamat sekarang : **Cadek**

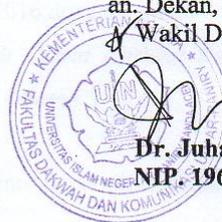
Saudara yang tersebut namanya diatas benar mahasiswa Fakultas Dakwah dan Komunikasi bermaksud melakukan penelitian ilmiah di lembaga yang Bapak pimpin dalam rangka penulisan Skripsi dengan judul **Komunikasi Kesehatan dalam Penanggulangan Pasien pada Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Dr. H. Yulidin Away,Kabupaten Aceh Selatan.**

Demikian surat ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasama yang baik, kami mengucapkan terimakasih.

Wassalam

an. Dekan,

Wakil Dekan Bidang Akademik.



Dr. Juhari, M. Si

NIP. 196612311994021006



PEMERINTAH KABUPATEN ACEH SELATAN
BADAN LAYANAN UMUM DAERAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. H. YULIDDIN AWAY
JALAN T. BEN MAHMUD NO. 86-A TELP. (0656) 21818
E-mail : rsudya_ftun@yahoo.com
TAPAKTUAN 23713 – ACEH SELATAN



Tapaktuan, 18 Oktober 2016

Nomor : 445 / 1102 / 2016
Aspek : --
Isi : Telah selesai melaksanakan Penelitian

Kepada Yth,
Dekan Universitas Islam Negeri Ar-Raniry
Fakultas Dakwah dan Komunikasi
Di –

Tempat

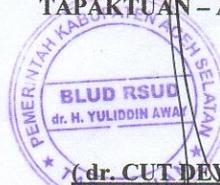
Direktur BLUD RSUD Dr. H. Yuliddin Away Tapaktuan, dengan ini kami menerangkan bahwa nama yang dibawah ini:

Nama : **Anis Seroja**
NIM : 411206553
Program Studi : Komunikasi dan Penyiaran Islam
Judul Penelitian : **“ Komunikasi Kesehatan dalam Penanggulangan Pasien pada Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr.H.Yuliddin Away Tapaktuan, Kabupaten Aceh Selatan”.**

Telah menyelesaikan **Penelitian** di RSUD Dr. H. Yuliddin Away Tapaktuan, dari tanggal 04 Oktober s/d 17 Oktober 2016, dengan judul **“Komunikasi Kesehatan dalam Penanggulangan Pasien pada Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Umum dr.H.Yuliddin Away Tapaktuan, Kabupaten Aceh Selatan”.**

Demikianlah surat ini di perbuat untuk dapat dipergunakan seperlunya, atas kerjasam yang baik kami ucapkan terima kasih.

KABID PELAYANAN
BLUD RSUD Dr. H. YULIDDIN AWAY
TAPAKTUAN – ACEH SELATAN



(**dr. CUT DEWI KARTIKA**)
Nip. 19800209 200604 2 003

DAFTAR WAWANCARA

Wawancara Untuk Dokter

1. Bagaimana proses penanganan pasien gawat darurat?
2. Bagaimana model komunikasi tenaga medis dengan pasien dalam menangani kondisi gawat darurat?
3. Apakah komunikasi kesehatan itu penting dalam menangani pasien gawat darurat?
4. Kapan komunikasi itu dirasakan sangat berperan dalam menangani pasien gawat darurat?
5. Sejauhmana peran komunikasi dalam proses penanganan pasien gawat darurat?
6. Jenis komunikasi apa saja yang digunakan dalam proses penanganan pasien gawat darurat?
7. Bagaimana membangun komunikasi yang efektif dengan tenaga medis, pasien, dan keluarga pasien?
8. Apakah dokter sudah mengkomunikasikan informasi yang jelas dan mudah dipahami oleh pasien dan keluarga pasien?
9. Bagaimana dokter memotivasi pasien untuk tidak merasa panik?

Wawancara Untuk Kepala IGD dan Untuk Perawat

1. Bagaimana prosedur saat penanganan pasien gawat darurat?
2. Bagaimana pandangan bapak tentang pentingnya komunikasi kesehatan di IGD?

3. Implementasinya sejauh mana berjalan pak?
4. Apakah ada pelatihan komunikasi atau hanya pelatihan saja?
5. Bagaimana bapak membangun komunikasi yang efektif dengan tenaga medis, pasien dan keluarga pasien?
6. Bagaimana bapak mengatasi jika kedatangan banyak pasien?
7. Apakah bapak sudah mengkomunikasikan informasi yang jelas dan mudah dipahami oleh pasien dan keluarga pasien?

Wawancara Untuk Pasien Dan Keluarga Pasien

1. Bagaimana model komunikasi tenaga medis dengan pasien dan keluarga pasien dalam menangani pasien gawat darurat?
2. Bentuk komunikasi yang dilakukan oleh tenaga medis seperti apa?
3. Pelaksanaan komunikasinya bagaimana?
4. Apakah informasi yang diberikan tenaga medis dapat dipahami?
5. Bagaimana bentuk komunikasi tenaga medis saat menenangkan kondisi gawat darurat?

Foto Rumah Sakit dan IGD



Gambar 1. Gedung Rumah Sakit Umum DR. H. Yulidin Away



Gambar 2. Instalasi Gawat Darurat

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift *Pagi*)
Jumat 10/10/2016
dr. Syarifah

(Shift *Pagi*)
B'coy, K'yul, Syella, Mko, Zikri, Wiyan, Erda, Robby

Identitas Pasien					Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien			Diagnosa	Terapi	Tingkat Kegawat daruratan	Tindak Lanjut Pelayanan			Mentoring
Nama	Kel	Umur (Thn)	Alamat	Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk	14	15				16	17	18	
Rabiah	L	66	DUPON KAWAN TUMON	✓	✓	✓			✓	✓	✓	Dupepina Phimosi	NaCl 0.9% 10ml 1/2 ora	TGD	✓	✓	✓	✓	✓
Rizki Andean	P	12	Kluet utara	✓	✓	✓			✓	✓	✓	Retensi urine	RL 0.9% 10ml TGD	TGD	✓	✓	✓	✓	✓
Ike M. Saleh	✓	71																	

3
: Bedah
: Interna
: Obgyn
: Psikiatri

Diketahui Oleh:
Kepala Unit Gawat Darurat
Stebaw Handi Amk

Gambar 5. Laporan harian dokter jaga IGD Jum'at Pagi 07 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift *Siang*)
Jumat 10/10/2016
dr. Odhie

(Shift *Siang*)
Dasri, Enti, Safrizal, Ade

Identitas Pasien					Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien			Diagnosa	Terapi	Tingkat Kegawat daruratan	Tindak Lanjut Pelayanan			Mentoring
Nama	Kel	Umur (Thn)	Alamat	Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk	14	15				16	17	18	
Agumi	L	57	Samudra	✓	✓	✓			✓	✓	✓	HT Emergency	Aaring 0.9% RL 0.9% 10ml RL 0.9% 10ml	TGD	✓	✓	✓	✓	
Martayani	✓	74	Pare Regi	✓	✓	✓			✓	✓	✓	TB paru TB paru	RL 0.9% 10ml 0.9% Aparat gigi, m.p. am 2	TGD	✓	✓	✓	✓	
Tirahmah	✓	66	Meulab	✓	✓	✓			✓	✓	✓	Stroke Hemorragic 15' km	RL 0.9% RL 0.9%	TGD	✓	✓	✓	✓	
Egi Pratiwi	✓	55	Meulab	✓	✓	✓			✓	✓	✓			TGD	✓	✓	✓	✓	
Darminah	✓	38	Sawang	✓	✓	✓			✓	✓	✓			TGD	✓	✓	✓	✓	
Lahmuddin	✓																		

Diketahui Oleh:
Kepala Unit Gawat Darurat

Gambar 6. Laporan harian dokter jaga IGD Jum'at Siang 07 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift Pagi)
AFRIADI, ROBBY, WIYEN, ZIKRI

Tanggal Jaga: Sabtu / 08.10.2016
dr. Syarifah

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan				Penerimaan Pasien			Diagnosa	Terapi	Tingkat Kegawat daruratan	Tidak Lanjut Pelayan		
	L	P	Umur (Thn)		Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Um um	Rjk	Non Rjk				16	17	18
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Marhaban	✓	✓	44	Lhok Krapum L BK	✓	✓	16040279	✓	✓	✓	✓	Dispepsia	Obat oral	TGD	✓	✓	
Farisa Sabila	✓	✓	23	Somadua	✓	✓	1640279	✓	✓	✓	✓	ISK	RL, Rani, keto,	TGD	✓	✓	
Riyza Zekena	✓	✓	25	Aspek T. Tuan	BPJS	✓	16000380	✓	✓	✓	✓	OG's febris selular	RL, Ceftri, PCT, amc, dox, Moxl.	TGD	✓	✓	
Asyraf Yahya	✓	✓	21	Balok negara	✓	✓	16000380	✓	✓	✓	✓	OG's febris selular	Obat oral	TGD	✓	✓	
Ahmad Yuryadi	✓	✓	56	Alur Dinang	✓	✓	16000380	✓	✓	✓	✓	OG's febris selular	RL, Ceftri, Ceftri, oras	TGD	✓	✓	
Azidin	✓	✓	15	Tapakchan	✓	✓	16000380	✓	✓	✓	✓	Mullis kronis	RL, moxi, Lactul, Ceftri, Moxl.	TGD	✓	✓	
USKA	✓	✓	15	Ar Endang	✓	✓	16000380	✓	✓	✓	✓	Dispepsia	oral	TGD	✓	✓	
SIFA UL GAGLI	✓	✓	2	Ar Endang	✓	✓	16000380	✓	✓	✓	✓	Demam typhoid	oral	TGD	✓	✓	
ACHOAN WAF AZZAM	✓	✓	16	Ar Endang	✓	✓	16000380	✓	✓	✓	✓	Demam typhoid	RL, Ceftri, keto, amc	TGD	✓	✓	
SOPI MANNI	✓	✓	47	Imaj purat	✓	✓	16000380	✓	✓	✓	✓	Demam typhoid	RL, ampicillin, C. oral	TGD	✓	✓	
Dansab	✓	✓	43	Lhok Bengkang	✓	✓	16000380	✓	✓	✓	✓	Stomy		TGD	✓	✓	
Salim	✓	✓	43	Lhok Bengkang	✓	✓	16000380	✓	✓	✓	✓			TGD	✓	✓	

Diketahui Oleh:
Kepala Unit Gawat Darurat
[Signature]

Gambar 7. Laporan harian dokter jaga IGD Sabtu Pagi 08 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift Siang)
ABAI, FELIZIA, DAVIC, EMIC

Tanggal Jaga: Sabtu, 08/10/2016
dr. Sulandra

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan				Penerimaan Pasien			Diagnosa	Terapi	Tingkat Kegawat daruratan	Tidak Lanjut Pelayan		
	L	P	Umur (Thn)		Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Um um	Rjk	Non Rjk				16	17	18
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
ALJANDI	✓	✓	28	Meutek	✓	✓						Chronic	O. oral	TGD	✓	✓	
M. YATIM	✓	✓	50	Meutek	✓	✓						fulup CHF	RL, Ond.	TGD	✓	✓	
Hamidin	✓	✓	77	Panjuriam	✓	✓						Remisi. Uma	Passing cukur	TGD	✓	✓	
FULIZAN	✓	✓	44	Arnono kaga	✓	✓						Blasi	RL, moxi, amc, C. oral	TGD	✓	✓	
Amman Nasir	✓	✓	61	Kivona Klak	✓	✓						fulup stratis hepatitis	RL, amc	TGD	✓	✓	

Diketahui Oleh:
Gawat Darurat
Diketahui Oleh:
Kepala Unit Gawat Darurat

Gambar 8. Laporan harian dokter jaga IGD Sabtu Siang 08 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift: Pagi)
Maibahur, Sella, Dikria, Safrija, Liza, Pasri, Enie.

Tanggal: Senin 10/10/2016
di: Gd. Gagas
dr: Nesya

Identitas Pasien					Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien		Diagnosa	Terapi
Nama	Kel		Umur (Thn)	Alamat	Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk		
	L	P											
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Amriah Suman	✓		30	AraS besar								Asma Bronchial	O. oral, antibiotik
Br. Nurwati		✓	1 hr	Kl. Urua								Feeling	RL, Ceftri, obat anti
Akha		✓	36	Sama dua								Dr. Rk 4 hipertensi.	RI, Fev, Fentofen, one
Delly Ehatunnisa		✓	21	T. Man								Obs. Febris, se. dd. DRF	KI, obat oral
Mula Putra	✓		33	Sabangs								Tuberkulosis	O. oral
Murnida		✓	31	Reutan labu								Mitral + DM + TB par	RI, ceftri, kep, obat anti
M. Yanti	✓		62	T. Man.								Obs. Febris se. DRF	RI, ceftri, antibiotik
M. Fatmahan	✓		27	EBK								Pneumonia + Cef + DM	RI, ceftri, antibiotik
Roslina	✓		64	asas dua								LRP + EOG	RI, obat anti
Zulfikar	✓		38	Mekke								Tuberkulosis	obat anti, antibiotik, ceftri, obat anti
Rudi Susanto	✓		24	Tapak Tuan								Hemiparesis	Acetazol, ceftri, obat anti
Son Ura		✓	71	Kluet Amur								Brucellosis	obat anti
Syafiqsha Wafiq	✓		13	Jepit hulu								lumbago	RI, obat anti, antibiotik
Rhawal		✓	31	Angker								Demam	RI, obat anti, antibiotik
Dan Sofiana	✓		27	Sirihant								Mutakhir	RI
Salmiah		✓	41	Panin Ura								HT	obat anti
Rustin	✓		53	Ke. Selatan								HT	obat anti
Enis Anis		✓	42	Lampio								Migran	obat anti
Bostomi		✓	56	LKP								Colic Abdomen LBP	kef, ceftri
M. Syarif	✓		46	LKB									

SAMBUNG HALAMAN SELANJUTNYA.

Diketahui Oleh:
Kepala Unit Gawat Darurat
Cep

B Bedah Rwt Dirawat GD Gawat Darurat
Iat Interna Rjk Dirujuk GTD Gawat tidak Darurat
Plg Pulang DTG Darurat tidak Gawat

Gambar 9. Laporan harian dokter jaga IGD Senin Pagi 10 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER
(Shift: Siang)
Ashin, Robby, Shafrija, Faisal

Tanggal: Senin 10-10-2016
di: dr. Jefri + dr. Rara

Identitas Pasien					Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien		Diagnosa	Terapi
Nama	Kel		Umur (Thn)	Alamat	Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk		
	L	P											
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Usra	✓		61	Buket Gadeng									HERNIA
Fades Hary Ranggga	✓		3.5	Bakongan									Bronchopn
Pethi Novita Sari		✓	14	Gunung									Obs. Fe
Ecll Musliach	✓		92	B. Itam									ABSE
HAPIZ PIQRI R.	✓		3 BL	L. Bergadung									Bronch
Awala YUMNA		✓	16 HR	KP. Hilir									Aspirasi
Syuhuddin B	✓		62	Mekke									DM TI

Gambar 10. Laporan harian dokter jaga IGD Senin Siang 10 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift: Pagi) Faisal, Coys, Ade, Evi, Ashin, Yulida

Tanggal Selasa 11-10-2016
Dokter Jaga Dr. Dahr

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien		Diagnosa	Terapi
	Kel		Umur (Thn)		Askr	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk		
	L	P											
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Dhya ul Huda	✓		1th lob	Samadua		✓					✓	Bronchopneumonia + sup. thyphoid	Asring, Ceptri
Amwar S.	✓		66	Lbk		✓					✓	CPC + COPD + HHD	Asring, Vent
Imail	✓		51	Kluet Tengah		✓					✓	GERD ad/uap	RL, DMZ, cep
Saputra Mauliza	✓		14	Passe Raja		✓					✓	Fraktur.	RL, Ceptri
Ruslami	✓		72	Ladang Rimba		✓					✓	Hernia skrotalis ben + OA Genwe	RL, Ceptri
Aliuddin Amin	✓		78	Drien Jalo	B	P	9	S			✓	GRA TANDA DEHIDRASI	RL, Ceptri
Gema Yumasum	✓		30	Meulak									

Gambar 11. Laporan harian dokter jaga IGD Selasa Pagi 11 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift: Siang) cek jal, Dek Tia, Tek Miko, Mas Arief

Tanggal Selasa 11 OKT 2016
Dokter Jaga Dr. Bagih Nauli D.
Dr. Echa

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien		Diagnosa	Terapi
	Kel		Umur (Thn)		Askr	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk		
	L	P											
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Walmawati	✓		37	L. RUKAM	K	1	5				✓	V. Laceratum	obat oral +
Mafiani	✓		36	Kp. Seesak				03	62	38	✓	V. Caesum	RL, ceptri, MS
Irwans	✓		38	Samadua	16	00	0503				✓	HIV, PNEUMONA, FAANG, HIV	RL, ceptri, MS
Iswan	✓		17	Trumon				160	502	714	✓	SUSP OSTEOSAROMA	RL, ceptri
Rehm Subma	✓		12	PASSE RAYA				161	000	526	✓	Dysphes e c TB PARY	Ag, ceptri, MS
HONDEA	✓		29	TAPAKUAN				161	000	525	✓	MALARIA, DEMAM DENGUE	obat, ceptri
HANUM A.	✓		19	TAPAKUAN	✓						✓	SUSP APPENDICITIS	RL, ceptri
Haryama	✓		33	T. PVA.	✓						✓	V. laceratu	obat

Gambar 12. Laporan harian dokter jaga IGD Selasa Siang 11 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift: Pagi)
B'coy, K'yul, Syella, Oshin, Ade, Shaprijal, B'faisal

Tanggal: Rabu / 12 Okt 2016
Dokter Jaga: dr. Jefri

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien		Diagnosa	T
	Kel		Umur (Thn)		Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk		
	L	P											
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Sarnawati		<input checked="" type="checkbox"/>	28	Samadua	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	Obs febris Pneumonia	RL, OM2, OI
Mustahar	<input checked="" type="checkbox"/>		61	Samadua		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	Hematuria	RL, kalfrop
Raisman	<input checked="" type="checkbox"/>		31	Sawang		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	Dipepsia	RL, OM2, OI
Rival Fahmi	<input checked="" type="checkbox"/>		14	Kluet utara		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	Obs febris ec.	RL, OM2, OI
Suarifah		<input checked="" type="checkbox"/>	51	Sawang							<input checked="" type="checkbox"/>	App	Asepsis
Putra Vaburma	<input checked="" type="checkbox"/>		11	Sawang	<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>	Hemigastri inferna grade II	RL, Left
ABDULLAH TR	<input checked="" type="checkbox"/>		62	Uluken		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	Hemiparesis	RL, OI
ZAIDIN	<input checked="" type="checkbox"/>		51	STADEH		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	V. LATERALUM	OB AT
IRMA SABINA		<input checked="" type="checkbox"/>	20	LBK							<input checked="" type="checkbox"/>	DEMAN HYPOID	Asym, Ca
NASYWA SNIATASYA	<input checked="" type="checkbox"/>		7	DESA HILIR							<input checked="" type="checkbox"/>		

Gambar 13. Laporan harian dokter jaga IGD Rabu Pagi 12 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift: Siang)
Anief, Utfa, C'gal, Miko

Tanggal: 12-10-2016 RABU
Dokter Jaga: dr. Sukriadi, Sr. Putri Hartah

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien		Diagnosa	T
	Kel		Umur (Thn)		Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk		
	L	P											
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Susanti		<input checked="" type="checkbox"/>	48	K. Utara							<input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensi	EL, OI
Ernalita	<input checked="" type="checkbox"/>		41	Klueng luas		<input checked="" type="checkbox"/>					<input checked="" type="checkbox"/>	HEAL INJURY ECS 10, HOMA	EL, OI
Riska Juwanda	<input checked="" type="checkbox"/>		36	Pasir Pate							<input checked="" type="checkbox"/>	Obs febris	AT S
JORA HIDAYATI		<input checked="" type="checkbox"/>	39	LBK							<input checked="" type="checkbox"/>	Vulnus punctum	RL
FEANISA		<input checked="" type="checkbox"/>	31	Pantulan							<input checked="" type="checkbox"/>	Obs. Pebris	RL
YAFIDA		<input checked="" type="checkbox"/>	40	Samadua							<input checked="" type="checkbox"/>	Vertigo	RL
Amin Lubis	<input checked="" type="checkbox"/>		55	K. Tengah							<input checked="" type="checkbox"/>	HI ECS 15	

Gambar 14. Laporan harian dokter jaga IGD Rabu Siang 12 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift: Pagi.....)
B'COY, K'yuti, Syella, Arief, Miko, utaya, s Rizal

Tanggal ter Jaga: Kamis / 13 Okt 2016
dr. Sy Fera M.
dr. RARA.

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien		Diagnosa	Terapi	
	Kel		Umur (Thn)		Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Um um	Rjk	Non Rjk			
	L	P												7
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Nursiah Is	✓		70	sawang			160	600	718			✓	Sundrom Delirium Akut HT stage II + vertigo	NACL, Gm2, Per drip, Ceftri Atering, obat oral
Komsiah	✓		80	ramadua			161	000	609			✓	Obs. febris	Atering, Ceftri, nora, ram
Imrohil Azizah	✓		2th lob	samadua			161	000	609			✓	Impetigo & uliisa	Ace, atri, ram
Syahira Ramadhani	✓		6	tepi Air			160	701	092			✓	kebing Demam Komplek	Ace, nora, ram, ceftri
DAPIA APIPA	✓		41	meulab			160	660	601			✓	Abdominal Pain Post-SC	RL, Dka, kaku, d'ant
SAR MAM	✓		89	T. Tu			160	000	601			✓	Hematuria	Atering, atri, d'ant
Tak Antin	✓		66ln	Kluet utara			160	300	661			✓	Diare acute + dehidrasi s/p	Ace, gaba, amp, d'ant
Aalla Arza Multia	✓		5.6ln	Pase Raja			160	000	601			✓	BRONCHOPNEUMONIA	Ace, ram, nora
M. ABSTIKAF-A	✓		5	T. Tuan			160	000	601			✓	DBS - FEBELIS	RI, Ceftri, TB
M. RAMADAN	✓		49	Sawang								✓	VISUM	
MISBAH RUDDIN	✓		28	Kp. Hilir								✓	TB. Paru	

Gambar 15. Laporan harian dokter jaga IGD Kamis Pagi 13 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD
(Shift: Pagi.....)
Zikri, Wiyen, Robby, B'AD

Tanggal ter Jaga: Jum'at / 14-10-2016
dr. Sy Fera
dr. RARA

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan					Penerimaan Pasien		Diagnosa	Terapi	
	Kel		Umur (Thn)		Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Um um	Rjk	Non Rjk			
	L	P												7
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Munirwan	✓		30	Gn. Kerakubul								✓	Combuto 4r. Gonical	RL, Gfo, keto.
SCARIAN	✓		45	L BIK								✓	Vertigo + IT	Atering
BUTAMI AZIZA	✓		15	Bakongan								✓	CFR Gos 15 + 1/2 vaka	RL, kaku, oral, test
Saimi	✓		35	Sawang								✓	susptbraru	Obat Oral
Three Triadela bna	✓		13	Gunker			16	08	00381			✓	Stomatitis.	Obat oral, atri
Syamsi ak	✓		23	Kota bahae			09	27	42			✓	Demam thyfoid	Atering, ram, atri
IRI ALIFA	✓		3	meukek			100	401	127			✓	Demam thyfoid	Obat oral
ARBY	✓		4	Batai nggal								✓	GFA	
Rifan Rizky A	✓		5	Ladang tula								✓		

Gambar 16. Laporan harian dokter jaga IGD Jum'at Pagi 14 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD

(Shift: PAGI)
Cek Cox's, K/Julia, Stella, Arief, Utza, Miko, Cek Jal

Tanggal: Jumat, 14 OKT 2016
 dr. Sukriadi
 dr. Kesya

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan						Penerimaan Pasien		Diagnosa	Terapi
	Kel		Umur (Thn)		Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk			
	L	P												
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Zulfly Yusman	✓		51	Tapakwan	✓		160	00	07	36	✓	Vertigo Susp. TB Paru Bronko pneumonia Fau dexra	RI, Amlo, Aluno, Edar RI, Cefin, amox, d RI, Ceftri, amox, ket RI, Cefo, Antibiotik	
M. Ali Darmi Eka Yuliantik	✓		46	Meulek Pasiraja	✓		161	00	00	60	✓			
	✓		28	T. ruan	✓									

Gambar 17. Laporan harian dokter jaga IGD Jum'at Siang 14 Oktober 2016

LAPORAN HARIAN DOKTER JAGA IGD

(Shift: Pagi)
B'coy, K'yul, Syella, Elliza, Safrizal, Oshin, Emi

Tanggal: Senin / 17 okt 2016
 dr. Jetri

Nama	Identitas Pasien			Alamat	Kartu Jaminan						Penerimaan Pasien		Diagnosa	Terapi
	Kel		Umur (Thn)		Ask	JKA	Jam kes mas	Jam sos tek	Umum	Rjk	Non Rjk			
	L	P												
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
Nur Bandeng Anwar	✓		71 68	Tapakwan Mutek	✓		161	00	22		✓	Pneumonia + HT stage II (DPT)	RI Ventolin, nebul, obat Recl. obat oral	
Fauziah Rizki Armi Ami Cinta Dias Rizki Gumpin	✓		12 21 7 6	Bakongan Pasar Timur Lek Candera	✓		161	00	256	✓	✓	Obs febris f. h v. talnaku v. leucorin	RI, amox, met, mg RI, amox O. oral O. oral	

Gambar 18. Laporan harian dokter jaga IGD Senin Pagi 14 Oktober 2016

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Identitas Diri

1. Nama Lengkap : Anis Seroja
2. Tempat/ Tgl. Lahir : Desa Teungah Iboh / 06 Oktober 1994
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Nim : 411206553
6. Kebangsaan : Indonesia
7. Alamat : Cadek
 - a. Kecamatan : Baitussalam
 - b. Kabupaten / Kota : Aceh Besar
 - c. Provinsi : Aceh
8. No. Telp/ Hp : 082273211464

Riwayat Pendidikan

9. SD : SDN 1 Blang Keujeren Tahun Lulus 2006
10. SMP : SMPN 2 Labuhanhaji Barat Tahun Lulus 2009
11. SMA : SMAN 1 Labuhanhaji Tahun Lulus 2012

Orang Tua/ Wali

12. Nama Ayah : Muhammad Nasir
13. Nama Ibu : Rusna
14. Pekerjaan Orang Tua
 - a. Ayah : Buruh Harian Lepas
 - b. Ibu : Ibu Rumah Tangga
15. Alamat Orang Tua
 - a. Desa : Teungah Iboh
 - b. Kecamatan : Labuhanhaji Barat
 - c. Kabupaten/ Kota : Aceh Selatan
 - d. Provinsi : Aceh

Banda Aceh, 17 Januari 2017
Penulis,

ANIS SEROJA
411206553