

**KOMUNIKASI TERAPEUTIK DOKTER DAN PARAMEDIS DALAM
PELAYANAN KESEHATAN DI RSUP H ADAM MALIK MEDAN**

TESIS

*Diajukan Guna Memenuhi Salah Satu Syarat Untuk
Memperoleh Gelar Magister Ilmu Komunikasi (M.I.Kom)
Dalam Bidang Ilmu Komunikasi*

Oleh:

YULI MOTINDA SZORAYA

NPM: 1720040014



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KOMUNIKASI
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SUMATERA UTARA
MEDAN
2019**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Nama : Yuli Motinda Szoraya
Nomor Pokok Mahasiswa : 1720040014
Program Studi/Konsentrasi : Magister Ilmu Komunikasi
Judul Tesis : KOMUNIKASI TERAPEUTIK DOKTER DAN
PARAMEDIS DALAM PELAYANAN
KESEHATAN DI RSUP H ADAM MALIK
MEDAN

Disetujui untuk disampaikan kepada
Panitia Ujian Tesis
Program Studi Magister Ilmu Komunikasi

Medan, 03 Oktober 2019

Komisi Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II


Dr. Rudianto, S.Sos., M.Si


Hj. Rahmanita Ginting, M.Sc., Ph.D

PENGESAHAN

**KOMUNIKASI TERAPEUTIK DOKTER DAN PARAMEDIS DALAM
PELAYANAN KESEHATAN DI RSUP H ADAM MALIK MEDAN**

YULI MOTINDA SZORAYA

1720040014

Program Studi Magister Ilmu Komunikasi

“ Tesis ini telah dipertahankan di Hadapan Panitia Penguji yang dibentuk oleh Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Sumatra Utara. Dinyatakan Lulus dalam Ujian Tesis Dan Berhak Menyandang Gelar Magister Ilmu Komunikasi (M.I.Kom) Pada Hari Kamis Tanggal 03 Oktober 2019 ”

Panitia Penguji

1. Dr. Rudianto, S.So., M.Si. 1.....
Ketua
2. Hj. Rahmanita Ginting, M.Sc., Ph.D. 2.....
Sekretaris
3. Dr. Ribut Priadi, S.Sos., M.I.Kom. 3.....
Anggota
4. Dr. Drs. Iskandar Zulkarnain, M.Si. 4.....
Anggota
5. Dr. Yan Hendra, M.Si. 5.....
Anggota

SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS

Komunikasi Terapeutik Dokter dan Paramedis Dalam Pelayanan Kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan

Dengan ini peneliti menyatakan bahwa:

1. Tesis ini disusun sebagai syarat untuk memperoleh gelar Magister pada Program Magister Ilmu Komunikasi Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara benar merupakan hasil karya peneliti sendiri.
2. Tesis ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (sarjana, magister, dan/doktor), baik di Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara maupun di perguruan tinggi lain.
3. Tesis ini adalah murni gagasan, rumusan, dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain, kecuali arahan Komisi Pembimbing dan masukan Tim Penguji.
4. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
5. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya. Apabila di kemudian hari ternyata ditemukan seluruh atau sebagian tesis ini bukan hasil karya sendiri atau adanya plagiat dalam bagian-bagian tertentu, penulis bersedia menerima sanksi pencabutan gelar akademik yang penulis sandang dan sanksi-sanksi lainnya sesuai dengan dengan peraturan perundangan yang berlaku.

Medan, 03 Oktober 2019



YULI MOTINDA SZORAYA
1720040014

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : YULI MOTINDA SZORAYA
NPM : 1720040014
Program Studi : Magister Ilmu Komunikasi Program Pascasarjana
Universitas : Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (Non Exclusive Royalty Free Rights) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Komunikasi Terapeutik Dokter dan Paramedis Dalam Pelayanan Kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non Eksklusif ini, Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Medan
Pada Tanggal : 03 Oktober 2019

Yang Menyatakan,


(YULI MOTINDA SZORAYA)

KOMUNIKASI TERAPEUTIK DOKTER DAN PARAMEDIS DALAM PELAYANAN KESEHATAN DI RSUP H ADAM MALIK MEDAN

ABSTRAK

Peran komunikasi terapeutik sangat penting sebagai salah satu bentuk pelayanan kesehatan sehingga terwujudnya komunikasi terapeutik yang baik pada setiap fase atau tahapan yang akan menghasilkan hubungan baik juga menumbuhkan rasa percaya dan kepuasan terhadap pasien bahwa dirinya akan dirawat sebaik-baiknya serta mendapat kesembuhan. Penulis tertarik untuk meneliti dan menganalisis mengenai pentingnya komunikasi terapeutik dokter dan paramedis dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter dan paramedis atau perawat dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan. Teori yang digunakan dalam penelitian ini ialah teori komunikasi terapeutik. Jenis penelitian ini adalah penelitian dengan pendekatan kualitatif, yang menggunakan metode penelitian deskriptif kualitatif. Informan dalam penelitian ini adalah dokter, perawat, dan pasien. Hasil penelitian diketahui bahwa pemahaman prinsip komunikasi terapeutik pada proses tahapan komunikasi terapeutik, yaitu; tahapan pra interaksi, tahapan orientasi, tahapan kerja, tahapan terminasi yang dilakukan dokter dan paramedis atau perawat terhadap kepuasan pasien secara konseptual telah dipahami oleh dokter, perawat dan pasien, namun secara faktual lingkup pelaksanaannya belum optimal dan merata diterapkan dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan.

Kata Kunci: Komunikasi Terapeutik, dokter dan perawat, Pelayanan Kesehatan.

THERAPEUTIC COMMUNICATION OF DOCTORS AND PARAMEDIS IN HEALTH SERVICES IN H ADAM MALIK HOSPITAL MEDAN

ABSTRACT

The role of therapeutic communication is very important as a form of health services so that the realization of good therapeutic communication at each phase or stage that will produce a good relationship also fosters a sense of trust and satisfaction with the patient that he will be treated as well as possible and get healing. The author is interested in researching and analyzing the importance of therapeutic communication of doctors and paramedics in health care at the Haji Adam Malik General Hospital, Medan. This study aims to analyze the therapeutic communication made by doctors and paramedics or nurses in health services at RSUP Adam Malik Medan. The theory used in this research is the therapeutic communication theory. This type of research is research with a qualitative approach, which uses descriptive qualitative research methods. Informants in this study were doctors, nurses, and patients. The results of the study note that understanding the principles of therapeutic communication in the process of therapeutic communication stages, namely; pre-interaction stages, orientation stages, stages of work, termination stages carried out by doctors and paramedics or nurses on patient satisfaction conceptually understood by doctors, nurses and patients, but factually the scope of implementation is not optimal and evenly applied in health services at H Adam Hospital Malik Medan.

Keywords: *Therapeutic Communication, doctors and nurses, Health Services.*

KATA PENGANTAR

Tiada kata yang paling mulia diucapkan selain puji dan syukur kehadirat Allah SWT karena berkat limpahan rahmat serta karunia-Nya yang senantiasa diberikan pada peneliti, sehingga bisa menyelesaikan penelitian tesis ini dengan judul “Komunikasi Terapeutik Dokter dan Paramedis Dalam Pelayanan Kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan ”. Shalawat serta salam atas junjungan kita nabi Muhammad SAW, keluarganya, para sahabatnya dan orang-orang yang mengikuti petunjuknya.

Adapun maksud penyusunan tesis ini guna memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Komunikasi dalam bidang Ilmu Komunikasi di Program Studi Ilmu Komunikasi Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara (UMSU).

Penelitian ini tidak akan selesai jika tidak ada restu, doa dan bimbingan kedua orang tua saya, Ngatimo (bapak) dan Sri Kunti Hasibuan (ibu) yang terus memberi dukungan dan pelajaran hidup kepada peneliti. Semoga usia bapak dan ibu berkah diberi kesehatan di masa tua.

Dalam penyusunan tesis ini, peneliti banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, dan pengarahan dari berbagai pihak, baik secara spiritual maupun moril. Maka atas bantuan yang telah diberikan kepada peneliti, pada kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Rektor Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, Dr. Agussani, M.AP.
2. Wakil Rektor III Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, Dr. Rudianto, S.Sos., M.Si, juga selaku Pembimbing I yang telah memberi

banyak ilmu, masukan dan bimbingan yang sangat bermanfaat dalam upaya penyelesaian tesis ini.

3. Direktur Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, Dr.Syaiful Bahri, M.AP
4. Ketua Program Studi Magister Ilmu Komunikasi Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara, Hj. Rahmanita Ginting, M.Sc., Ph.D, juga selaku Pembimbing II yang selalu memberi masukan dan bimbingan bermanfaat dan tak pernah bosan mengingatkan peneliti untuk segera menyelesaikan tesis ini.
5. Bapak Dr. Ribut Priadi, S.Sos., M.I.Kom, selaku pembanding yang telah memberikan koreksi dan saran agar hasil penelitian menjadi terarah dan berkualitas.
6. Bapak Dr. Drs. Iskandar Zulkarnain, M.Si, selaku pembanding yang telah memberi ilmu bermanfaat kepada peneliti.
7. Bapak Dr. Yan Hendra, M.Si, selaku pembanding yang telah memberi masukan dan semangat kepada peneliti.
8. Bapak/Ibu Dosen yang telah memberikan bimbingan, nasehat, petunjuk dan motivasi kepada peneliti dalam perkuliahan sehingga dapat menyelesaikan tesis ini.
9. Bapak Dr. dr. Fajrinur, M.Ked., SpP, selaku direktur SDM dan Pendidikan RSUP H Adam Malik Medan yang telah meluangkan waktu untuk membantu peneliti untuk melakukan penelitian.

10. Huzaifah Rahayu, S.T, adik saya yang selama ini mendukung dengan penuh cinta dan kasih sayang.
11. Daniel Pekuwali, S.I.Kom., M.I.Kom., Imanda Kurnia S.I.Kom., M.I.Kom., Listiyana Syafitri Daulay, S.I.Kom., M.I.Kom, Hermansyah, S.T., M.I.Kom., Rainal Tantawi Siregar, S.I.Kom., M.I.Kom, Toyib Prasetyo, S.Sos., M.I.Kom sahabat yang telah membantu peneliti baik langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian tesis ini.
12. Segenap civitas akademik yang telah memfasilitasi pelaksanaan penelitian sampai dengan pelaksanaan sidang tesis.

Semoga tesis ini memberi manfaat dan berguna bagi masyarakat dan almamater.

Medan, 03 Oktober 2019

Peneliti

DAFTAR ISI

PERSETUJUAN PEMBIMBING	i
PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
SURAT PERNYATAAN ORISINALITAS	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR ..	Error! Bookmark not defined.
ABSTRAK	v
ABSTRACT	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah.....	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian	6
1.4. Manfaat Penelitian	7
1.5. Batasan Masalah	7
BAB II KAJIAN PUSTAKA	8
2.1. Komunikasi Interpersonal	8
2.1.1. Teori Komunikasi Interpersonal	8
2.1.2. Efektivitas Komunikasi Interpersonal.....	18
2.1.3. Kendala-kendala Komunikasi Interpersonal	20
2.2. Komunikasi Terapeutik.....	21
2.3. Bentuk-bentuk Komunikasi Terapeutik	23
2.4. Prinsip Komunikasi Terapeutik	33
2.5. Tujuan dan Manfaat Komunikasi Terapeutik	35
2.6. Proses Tahapan Komunikasi Terapeutik.....	37
2.7. Hambatan Komunikasi Terapeutik	39
2.8. Pelayanan Kesehatan.....	41
2.9. Kajian Penelitian Terdahulu.....	47
2.10. Kerangka Konsep.....	51
2.11. Kategorisasi.....	53
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	54
3.1. Metode Penelitian	54
3.2. Subjek dan Objek Penelitian	55
3.3. Informan.....	56
3.4. Teknik Pengumpulan Data.....	58
3.5. Teknik Analisis Data.....	60
3.6. Teknik Keabsahan Data	62
3.7. Lokasi dan Waktu Penelitian	65

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	66
4.1. Hasil Penelitian	66
4.1.1. Profil Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan.....	66
4.1.2. Sumber Daya Manusia.....	69
4.1.3. Prinsip Komunikasi Terapeutik	70
4.1.4. Proses Tahapan Komunikasi Terapeutik	76
4.1.5. Hambatan Komunikasi Terapeutik	93
4.2. Pembahasan.....	95
4.2.1. Prinsip Komunikasi Terapeutik	95
4.2.2. Proses Tahapan Komunikasi Terapeutik	99
4.2.3. Hambatan Komunikasi Terapeutik	106
BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	110
5.1. Simpulan	110
5.2. Saran	112
DAFTAR PUSTAKA.....	114
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Universal</i> Komunikasi Antarmanusia	9
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	51

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kategorisasi	53
Tabel 3.1 Data Informan	57
Tabel 4.1 Sumber Daya Manusia	69

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Transkrip Wawancara
Lampiran 2	Dokumentasi Wawancara dan Observasi
Lampiran 3	Surat Riset
Lampiran 4	Surat Balasan Riset
Lampiran 5	Surat Kode Etik Riset Rumah Sakit
Lampiran 6	Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang Masalah

Komunikasi terapeutik secara jelas dapat ditemukan di sebuah rumah sakit maupun tempat-tempat pelayanan kesehatan lainnya, salah satu diantaranya yakni rumah sakit umum pusat Haji Adam Malik Medan, dimana dokter dan paramedis dituntut memiliki kemampuan berkomunikasi dengan pasiennya disamping melakukan perawatan secara medis. Oleh karena itu penelitian ini akan mengambil titik fokus Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan yang telah menerapkan praktik komunikasi terapeutik kepada pasiennya. Komunikasi terapeutik merupakan alat yang penting untuk membina hubungan terapeutik dalam pelayanan kesehatan.

Tujuan paramedis berkomunikasi dengan pasien adalah untuk menolong, membantu serta meringankan beban penyakit yang diderita pasien (Kariyoso, 2000: 3). Pasien tidak hanya mengalami penderitaan secara fisik namun juga meliputi jiwa atau mental, seperti mengalami gangguan emosi yakni mudah tersinggung, patah semangat disebabkan penyakit yang dideritanya. Sering timbul perasaan sedih, takut, dan cemas dalam diri pasien jika penyakit yang diderita cukup berat bahkan bila divonis sulit untuk disembuhkan. Di sinilah peran komunikasi terapeutik yang dilakukan tenaga medis dan pasien sangat penting sebagai salah satu bentuk pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Haji (RSUP H) Adam Malik Medan.

Observasi awal yang dilakukan peneliti, khususnya pelayanan kesehatan yang dilakukan dokter dan paramedis kepada pasien mengatakan kurang puas. Paramedis kurang informatif dan kurang ramah dalam melakukan perawatan maupun tindakan medis, sedangkan salah satu hal yang mendukung kesembuhan pasien tidak hanya memberikan informasi tentang kesehatannya tapi mendengarkan keluhan pasien, empati, edukasi dari pelayanan yang ramah juga sangat mempengaruhi kesembuhan pasien. Kondisi ini dialami oleh pasien yang menggunakan fasilitas BPJS; sedangkan pasien yang tidak menggunakan fasilitas BPJS dilayani dengan baik dan memuaskan. Infrastruktur gedung dan alat-alat kesehatan RSUP H Adam Malik semakin baik, namun hal itu tidak sejalan dengan semakin membaiknya pelayanan yang diterima masyarakat. Pelayanan medis yang diberikan ke pasien tidak setali tiga uang dengan semakin bagusnya infrastruktur gedung dan askes rumah sakit pemerintah pusat ini.

Terwujudnya komunikasi terapeutik yang baik pada setiap fase atau tahapan akan menghasilkan hubungan yang baik juga menumbuhkan *trust* atau rasa percaya pasien bahwa dirinya akan dirawat sebaik-baiknya serta mendapat kesembuhan. Profesi dokter dan paramedis sangatlah mulia yang kehadirannya selalu ditunggu oleh pasien, sehingga sudah selayaknya tenaga profesional ini mampu memberikan komunikasi terapeutik yang berkualitas untuk menciptakan hubungan yang baik dan saling mendukung, baik antara sesama dokter dan paramedis juga terhadap para pasien. Komunikasi terapeutik secara jelas dapat ditemukan di sebuah rumah sakit maupun tempat-tempat pelayanan kesehatan lainnya, salah satu diantaranya yakni RUSP H Adam Malik Medan, dimana baik

dokter maupun paramedis atau perawat dituntut memiliki kemampuan berkomunikasi dengan pasiennya di samping melakukan perawatan secara medis.

Komunikasi interpersonal atau antarpribadi dianggap paling efektif dalam upaya mengubah sikap, pendapat atau perilaku seseorang karena sifatnya dialogis, berupa percakapan antara dua orang atau lebih yang terjalin dengan saling bertukar pesan dan melibatkan emosi di dalamnya (Effendy, 2000: 9). Seorang dokter dan paramedis dalam melaksanakan tugas sepatutnya menolong pasien dengan kehangatan dan ketulusan, agar pasien merasa dekat dan nyaman. Pendekatan perawatan dalam konteks komunikasi interpersonal antara lain dapat dilakukan berupa pemberian pesan yang jelas disertai tutur kata yang lemah lembut, menggunakan sikap terbuka dalam konsultasi dan terapi medis agar dapat membantu serta meringankan penderitaan pasien.

Rumah Sakit Umum Pusat Haji (RSUP H) Adam Malik Medan sebagai rumah sakit selayaknya mampu memberikan pelayanan kesehatan dengan komunikasi terapeutik yang baik sehingga dokter dan paramedis atau perawat dapat menjalin hubungan rasa percaya pada pasien, memberikan kepuasan profesional dalam pelayanan kesehatan dan meningkatkan citra profesi dokter dan perawat serta citra rumah sakit yang secara idealnya. Komunikasi interpersonal yang efektif mempengaruhi pelaksanaan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik yang sama dengan komunikasi antarmanusia atau komunikasi interpersonal dari Joseph A. DeVito yaitu adanya keterbukaan (*openess*), empati (*emphaty*), sifat mendukung (*supportiveness*), sikap positif (*positiveness*) dan kesetaraan (*equality*) yang meliputi beberapa tahapan komunikasi terapeutik pada empat

tahapan komunikasi terapeutik, yaitu: tahapan pra-interaksi, tahapan orientasi, tahapan kerja (*working*) yaitu untuk menyatukan proses komunikasi dengan tindakan perawatan dan membangun suasana yang mendukung untuk proses perubahan hingga kepada tahapan penyelesaian (*termination*) yaitu penilaian pencapaian tujuan dan perpisahan setelah penyelesaian perobatan melalui konsultasi medis dan terapis yang diberikan oleh dokter dan paramedis atau perawat dalam upaya penyembuhan penyakit.

Beberapa faktor yang dapat memberikan kepuasan kepada pasien sebagai konsumen yang dapat dilakukan oleh pihak pengelola rumah sakit atau pelaku usaha bidang kesehatan meliputi : faktor *tangible* (bukti fisik), *reliability* (keandalan), *responsiveness* (ketanggapan), *assurance* (jaminan kepastian) dan *emphaty* (memberi perhatian tulus, berempati) (Ratnasari, 2011: 20), dimana kunci yang terjalin antara dokter dan paramedis atau perawat terhadap pasien di rumah sakit.

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh RSUP H Adam Malik Medan masih belum mampu menjawab kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini dapat dilihat dari pelayanan kesehatan yang dikeluhkan oleh masyarakat yang dapat kita temui dari pembicaraan masyarakat baik secara langsung ataupun yang terekspos melalui media massa. Pada harian *online* terkait pemberitaan mengenai pelayanan yang mengecewakan yang diberikan oleh rumah sakit ini terhadap seorang pasien BPJS yang di rawat di ruang inap Rindu B yang mengalami luka cukup serius di bagian pinggangnya dengan melantarkannya dikarenakan pasien tersebut tidak mampu (<http://www.bareskrim.com>). Rumah

sakit adalah bagian penting dari suatu sistem kesehatan yang mengedepankan pelayanan prima sebagai elemen utamanya. Rumah sakit sebagai unit kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang memenuhi standar pelayanan prima. Hal tersebut sebagai akuntabilitas suatu lembaga rumah sakit agar mampu bersaing dengan rumah sakit lainnya (Stuart dan Sunden, 2008: 28).

Contoh, bila komunikasi terapeutik dilaksanakan tidak sesuai dengan spirit dalam komunikasi interpersonal yang harmonis, maka yang dihasilkan adalah respon ketidakpuasan dari pasien. Seorang pasien yang tidak puas pada gilirannya akan menghasilkan sikap atau perilaku tidak patuh terhadap seluruh prosedur keperawatan dan prosedur medis misalnya menolak pasang infus, menolak minum obat, menolak untuk dikompres panas/dingin, dan lain-lain. Akhirnya pasien akan meninggalkan rumah sakit dan mencari jasa pelayanan yang bermutu di tempat lain. Pelayanan kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan oleh suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, memulihkan kesehatan, baik perorangan, keluarga, kelompok, maupun masyarakat.

Peneliti ingin mengetahui apakah pelayanan kesehatan tersebut meliputi juga komunikasi terapeutik pada dokter dan paramedis terhadap pasien, serta bagaimanakah komunikasi terapeutik berjalan secara intensif terhadap kepuasan pasien di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan.

Latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk meneliti dan menganalisis mengenai pentingnya komunikasi terapeutik dokter dan paramedis

dalam pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan.

1.2. Rumusan Masalah

Latar belakang tersebut di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana prinsip komunikasi terapeutik dokter dan paramedis dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik?
2. Bagaimana proses tahapan komunikasi terapeutik dokter dan paramedis dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik?
3. Bagaimana hambatan komunikasi terapeutik dokter dan paramedis dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik?

1.3. Tujuan Penelitian

Guna mencapai hasil yang optimal, maka ditetapkan tujuan yang terarah dari penelitian ini. Adapun tujuan dari penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui prinsip-prinsip komunikasi terapeutik dokter dan paramedis dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan.
2. Untuk menganalisis proses tahapan komunikasi terapeutik dokter dan paramedis dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan.
3. Untuk mengetahui hambatan komunikasi terapeutik dokter dan paramedis dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Secara teoritis, hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah khasanah keilmuan dalam bidang Ilmu Komunikasi terutama studi dalam teori komunikasi terapeutik.
2. Secara akademis, hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah kajian dan rujukan tentang komunikasi terapeutik.
3. Secara praktis, penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi dokter, paramedis dan pasien di Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Selain itu, penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai titik balik untuk melaksanakan penelitian serupa secara lebih mendalam.

1.5. Batasan Masalah

Untuk lebih memfokuskan penelitian maka ruang lingkup penelitian ini dibatasi sebagai berikut:

1. Penelitian terbatas untuk mengetahui prinsip-prinsip komunikasi terapeutik dokter dan paramedis atau perawat pada ruang rawat inap terpadu RSUP H Adam Malik Medan.
2. Penelitian terbatas untuk menganalisis proses komunikasi terapeutik dokter dan perawat terhadap pasien dalam pelayanan kesehatan pada ruang rawat inap terpadu di RSUP H Adam Malik Medan.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

2.1. Komunikasi Interpersonal

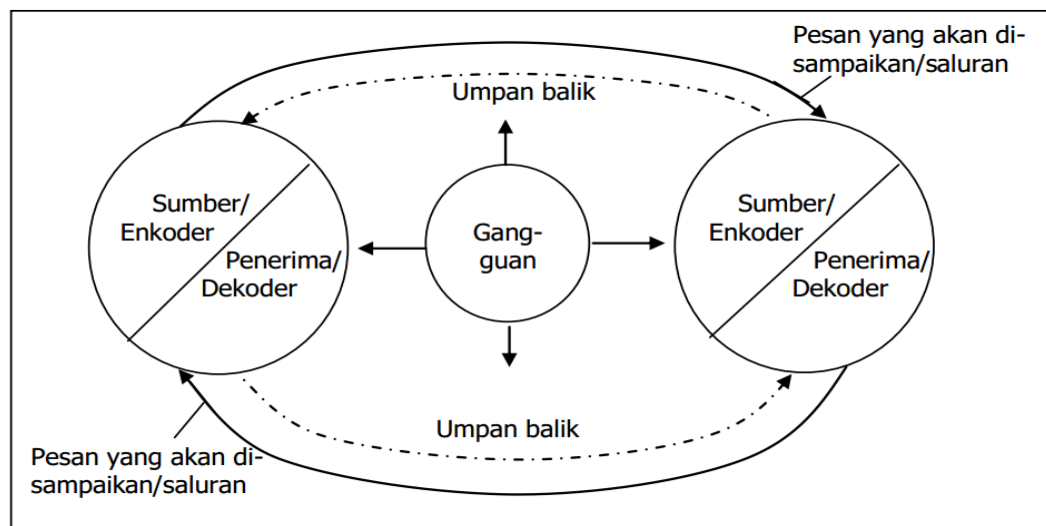
2.1.1. Teori Komunikasi Interpersonal

Komunikasi merupakan cara manusia membangun realitas mereka. Dunia manusia tidak terdiri dari objek-objek tetapi respons-respons manusia kepada objek-objek, atau kepada makna-maknanya. Makna-makna ini terdapat dalam komunikasi. Jangan mencoba berpikir mengenai komunikasi sesederhana seperti cara menyampaikan gagasan-gagasan, sebab lebih dari itu. Hal ini merupakan proses di mana manusia menggunakan untuk mendefinisikan realitas itu sendiri (Budyatna, 2015: 5-6).

Teori Komunikasi Interpersonal dari Devito menyebutnya dengan Komunikasi Antarmanusia. Devito menjelaskan komunikasi interpersonal adalah peristiwa komunikasi dan interaksi dengan orang lain, untuk mengenal orang lain dan diri sendiri dan mengungkapkan diri sendiri kepada orang lain. Apakah dengan kenalan baru, kawan lama, kekasih atau anggota keluarga, dan sebagainya dimana melalui komunikasi ini seseorang dapat membina, memelihara, kadang-kadang merusak (dan ada kalanya memperbaiki) hubungan pribadi dengan orang lain (Devito, 2011: 24).

Devito menjelaskan komunikasi mengacu pada tindakan, oleh satu orang atau lebih, yang mengirim dan menerima pesan yang terdistorsi oleh gangguan (*noise*), terjadi dalam suatu konteks tertentu, mempunyai pengaruh tertentu dan ada kesempatan untuk melakukan umpan balik. Komunikasi yang dapat terjadi di

berbagai area membuktikan bahwa komunikasi merupakan aspek penting dalam kehidupan manusia karena dapat terjadi dalam lingkup yang sangat kecil hingga lingkup yang sangat besar. Namun, dimanapun dan bagaimanapun komunikasi terjadi, pada dasarnya secara interpersonal proses komunikasi terjadi dengan pola yang sama. Pola itu disebut dengan pola komunikasi interpersonal oleh Devito seperti dijelaskan pada gambar berikut ini:



Gambar 2.1. *Universal* Komunikasi Antarmanusia (Devito, 2011: 24)

Gambar di atas menggambarkan apa yang disebut dengan komunikasi interpersonal. Komunikasi interpersonal yang disebutnya juga sebagai komunikasi antarmanusia ini berisi elemen-elemen yang ada disetiap aktivitas komunikasi interpersonal. Dari bagan tersebut dapat diidentifikasi beberapa unsur dari komunikasi interpersonal dan bagaimana suatu proses komunikasi interpersonal terjadi. Suatu proses komunikasi interpersonal terjadi ketika sumber/pengirim (*source/encoder*) mengirimkan pesan (*messages*) melalui suatu saluran (*channels*) kepada penerima (*receiver/decoder*) yang dapat memberikan umpan balik

(*feedback*), pada proses pengiriman pesan maupun umpan balik, terdapat gangguan/hambatan (*noise*) yang dapat merusak atau merubah isi pesan yang dikirimkan.

Devito dalam Mulyana menambahkan bahwa komunikasi merupakan suatu proses pernyataan antar manusia. Pernyataan yang dinyatakan oleh manusia adalah berupa pesan, pikiran, atau perasaan seseorang kepada orang lain dengan menggunakan bahasa sebagai alat penyalurnya (Mulyana, 2016: 13).

Pada Gambar 2.1. di atas juga memperlihatkan terdapat 8 (delapan) komponen dari proses komunikasi interpersonal atau yang perlu dicermati pada kegiatan komunikasi antarmanusia yaitu :

1. Konteks (lingkungan) merupakan sesuatu yang kompleks. Antara dimensi fisik, sosial-psikologis dan dimensi temporal saling mempengaruhi satu sama lain. Kita mesti memahami bahwa kenyamanan ruangan, peranan seseorang dan tafsir budaya serta hitungan waktu, merupakan contoh dari sekian banyak unsur lingkungan komunikasi. Komunikasi sering berubah-ubah, tidak pernah statis melainkan selalu dinamis.
2. Komponen Sumber (*Source*)-Penerima (*Receiver*) menunjukkan bahwa keterlibatan seseorang dalam berkomunikasi adalah sebagai sumber yang juga sekaligus sebagai penerima. Sebagai sumber dalam berkomunikasi menunjukkan bahwa Anda mengirim pesan. Anda mengirim pesan berarti Anda berbicara, menulis, memberikan isyarat tubuh atau tersenyum. Tetapi ingat, pada saat Anda mengirim pesan, Andapun menerima pesan. Anda menerima pesan berarti Anda menerima pesan Anda sendiri dengan

mendengar diri sendiri dan merasakan gerakan atau isyarat tubuh Anda sendiri. Anda menerima pesan orang lain, berarti Anda mendengarkan, melihat secara visual bahkan melalui merabanya atau menciumnya. Pada saat Anda berbicara dengan orang lain, Anda berusaha memandangnya untuk memperoleh tanggapan: dukungan, pengertian, simpati, dan sebagainya, serta pada saatnya Anda menyerap isyarat-isyarat nonverbal, maka Anda menjalankan fungsi penerima dalam berkomunikasi.

3. *Enkoding-Dekoding*. Baik sebagai sumber ataupun sebagai penerima, seseorang mengawali proses komunikasi dengan mengemas pesan (pikiran atau suatu ide) yang dituangkan ke dalam gelombang suara (lembut, berapi-api, tegas, marah dan sebagainya) atau ke dalam selembar kertas. Kode-kode yang dihasilkan ini berlangsung melalui proses pengkodean (*enkoding*). Bagaimana suatu pesan terkodifikasi, amat tergantung pada keterampilan, sikap, pengetahuan dan sistem sosial budaya yang mempengaruhi. Artinya, keyakinan dan nilai-nilai yang dianut memiliki peranan dalam menentukan tingkat efektivitas sumber komunikasi. Proses kodifikasi (pengkodean) di pihak sumber komunikasi hingga pesan itu terkode, pada dasarnya mengandung unsur penafsiran subjektif atas simbol-simbol atau artifak yang dari perspektif sosial budaya bisa menimbulkan distorsi bahkan makna yang berlainan sama sekali. Distorsi atau erat dengan istilah ini adalah istilah *noise* atau gangguan seringkali semakin sulit diatasi karena terjadi oleh perbedaan persepsi yang dilandasi motivasi kebudayaan yang berbeda.

Sebelum suatu pesan itu disampaikan atau diterima, dalam berkomunikasi kita berusaha menghasilkan pesan simbol-simbol patut diterjemahkan lebih dahulu kedalam ragam kode atau simbol tertentu oleh si-penerima melalui mendengarkan atau membaca. Inilah pengkodean kembali (*dekoding*) dari pesan yang dikirim dan tentu saja tidak akan lepas dari adanya keterbatasan penafsiran pesan. Sepertihalnya kodifikasi pesan oleh si-pengirim, pengkodean di pihak si-penerima pun dibatasi oleh keterampilan, sikap, pengetahuan dan sistem sosial budaya yang dianut. Suatu distorsi komunikasi akan terjadi di sini. Karena itu, jika si-pengirim harus terampil berbicara dan menulis, si-penerima pesan harus terampil mendengarkan dan membaca.

4. Kompetensi. Komunikasi yang mengacu pada kemampuan anda berkomunikasi secara efektif. Kompetensi ini mencakup pengetahuan tentang peran lingkungan dalam mempengaruhi isi dan bentuk pesan komunikasi. Suatu topik pembicaraan dapat dipahami bahwa hal itu layak dikomunikasikan pada orang tertentu dalam lingkungan tertentu, tetapi hal itu pula tidak layak untuk orang dan lingkungan yang lain.

Kompetensi komunikasi juga mencakup kemampuan tentang tatacara perilaku non verbal seperti kedekatan, sentuhan fisik, dan suara keras. Masalah kompetensi komunikasi dapat mengungkapkan mengapa seseorang begitu mudah menyelesaikan studi, begitu cepat membina karir, begitu menyenangkan dalam berbicara, sedangkan yang lainnya tidak. Anda di sini dituntut dapat meningkatkan kompetensi komunikasi, sehingga menjadi banyak pilihan untuk Anda berperilaku.

5. Pesan dan Saluran. Pesan sebenarnya merupakan produk fisik dari proses kodifikasi. Jika seseorang itu berbicara, maka pembicaraan itu adalah pesan. Jika seseorang itu menulis, maka tulisan itu adalah pesan. Bila kita melakukan suatu gerakan, maka gerakan tersebut adalah pesan. Pesan itu dipengaruhi oleh kode atau kelompok simbol yang digunakan untuk mentransfer makna atau isi dari pesan itu sendiri dan dipengaruhi oleh keputusan memilih dan menata kode dan isi tersebut.

Sendjaja mengutip pendapat Reardon (Mulyana, 2016: 47) bahwa kendala utama dalam berkomunikasi seringkali lambang atau simbol yang sama mempunyai makna yang berbeda. Artinya, kurang cermatan di dalam memilih kode atau mentransfer makna dan menata kode dan isi pesan dapat menjadi sumber distorsi komunikasi. Karena itu komunikasi menurut mereka seharusnya dipertimbangkan sebagai aktivitas dimana tidak ada tindakan atau ungkapan yang diberi makna secara penuh, kecuali jika diinterpretasikan oleh partisipan yang terlibat.

Saluran merupakan *medium* lewat mana suatu pesan itu berjalan. Saluran dipilih oleh sumber komunikasi. Sumber komunikasi dalam organisasi biasanya ditetapkan menurut jaringan otoritas yang berlaku bertalian dengan pelaksanaan pekerjaan secara formal dalam organisasi itu. Sedangkan saluran informal biasanya digunakan untuk meneruskan pesan-pesan pribadi atau pesan-pesan sosial yang menyertai pesan-pesan yang disampaikan secara formal. Dalam memilih saluran atau medium untuk penyampaian pesan

inipun tidak pernah luput dari kelemahan dan kekurangan yang ada yang menimbulkan suatu distorsi dalam komunikasi.

6. Umpan Balik. Suatu cara yang dapat dipertimbangkan untuk menghindari dan mengoreksi terjadinya distorsi disarankan untuk menggunakan komunikasi interpersonal, dan menghidupkan proses umpan balik secara efektif. Umpan balik merupakan pengecekan tentang sejauh mana sukses dicapai dalam mentransfer makna pesan sebagaimana dimaksudkan semula. Setelah sipenerima pesan melaksanakan pengkodean kembali, maka yang bersangkutan sesungguhnya telah berubah menjadi sumber. Maksudnya bahwa yang bersangkutan mempunyai tujuan tertentu, yakni untuk memberikan respon atas pesan yang diterima, dan ia harus melakukan pengkodean sebuah pesan dan mengirimkannya melalui saluran tertentu kepada pihak yang semula bertindak sebagai pengirim. Umpan balik menentukan apakah suatu pesan telah benar-benar dipahami atau belum dan adakah suatu perbaikan patut dilakukan, karena itu umpan balik harus dihidupkan.
7. Gangguan. Merupakan komponen yang mendistorsi pesan. Gangguan merintangi sumber dalam mengirim pesan dan merintangi penerima dalam menerima pesan. Gangguan ini dapat berupa fisik, psikologis dan semantik. Bukankah desingan suara mobil, pandangan atau pikiran yang sempit dan penggunaan istilah yang menimbulkan arti yang berbeda-beda, merupakan contoh dari masing-masing jenis gangguan yang dapat mendistorsi pesan yang dimaksudkan dalam komunikasi.

8. Efek Komunikasi. Pada setiap peristiwa komunikasi selalu mempunyai konsekuensi atau dampak atas satu atau lebih yang terlibat. Dampak itu berupa perolehan pengetahuan, sikap-sikap baru atau memperoleh cara-cara/gerakan baru sebagai refleksi psiko-motorik. Untuk mendukung terwujudnya komunikasi interpersonal yang baik dan harmonis, kelangsungan komunikasi harus memenuhi prinsip-prinsip komunikasi antarmanusia atau komunikasi interpersonal yaitu adanya keterbukaan (*openess*), empati (*emphaty*), sifat mendukung (*supportiveness*), sikap positif (*positiveness*) dan kesetaraan (*equality*) antara pemberi dan penerima pesan.

Berkaitan dengan proses penyampaian pesan dalam peristiwa komunikasi, Wilbur Schramm menampilkan apa yang ia sebut sebagai “*the condition of success in communication*”, yakni kondisi yang harus dipenuhi jika kita menginginkan agar suatu pesan membangkitkan tanggapan yang kita kehendaki (Devito, 2011: 23-28)

Pendapat Schramm, terdapat beberapa komponen yang harus diperhatikan bila ingin menyampaikan pesan yang efektif terhadap seseorang untuk suatu tujuan tertentu, kredibilitas menjadi syarat penting bagi seorang komunikator agar dapat menyampaikan pesan dengan baik. Terdapat dua komponen di dalam kredibilitas, yakni (Rakhmat, 2001: 260) :

1. Keahlian adalah kesan yang dibentuk komunikan tentang kemampuan komunikator dalam hubungannya dengan topik yang dbicarakan. Komunikator yang dinilai tinggi pada keahlian dianggap cerdas, mampu, ahli, tahu banyak, berpengalaman atau terlatih.

2. Kepercayaan adalah kesan komunikasi tentang komunikator yang berkaitan dengan wataknya, dinilai dari jujur, tulus, bermoral, adil sopan, tulus, dan etis.

Selain kredibilitas, isi pesan atau materi pesan yang disampaikan kepada komunikasi juga harus disiapkan dengan baik agar tujuan komunikasi dapat terwujud dengan baik, komponen isi pesan memuat hal-hal sebagai berikut :

1. Pesan itu harus cukup jelas (*clear*), bahasa yang mudah dipahami, tidak berbelit-belit tanpa denotasi yang menyimpang dan tuntas.
2. Pesan itu mengandung kebenaran yang sudah diuji (*correct*). Pesan berdasarkan fakta, tidak mengada-ngada, dan tidak diragukan.
3. Pesan itu ringkas (*concise*). Ringkas dan padat serta disusun dengan kalimat pendek, *to the point* tanpa mengurangi arti sesungguhnya.
4. Pesan itu mencakup keseluruhan (*comprehensive*). Ruang lingkup pesan mencakup bagian-bagian yang penting dan perlu diketahui komunikasi.
5. Pesan itu nyata (*concrete*), dapat dipertanggungjawabkan berdasarkan data dan fakta yang ada tidak sekedar isu dan kabar angin.
6. Pesan itu lengkap (*complete*) dan disusun secara sistematis.
7. Pesan itu menarik dan meyakinkan (*convincing*). Menarik karena bertautan dengan dirinya sendiri. Menarik dan meyakinkan karena logis.

Selain kredibilitas dan isi pesan, peristiwa komunikasi yang efektif juga mempertimbangkan hal-hal yang berkaitan dengan komunikasi, seperti berikut:

1. Komunikasi dapat dan benar-benar mengerti pesan komunikasi.

2. Pada saat ia mengambil keputusan, komunikasikan sadar bahwa keputusannya itu sesuai dengan tujuannya.
3. Pada saat ia mengambil keputusan, komunikasikan sadar bahwa keputusannya itu bersangkutan dengan kepentingan pribadinya.
4. Komunikasikan mampu untuk menepatinya baik secara mental maupun secara fisik (Rakhmat, 2001: 267).

Mengetahui sejauh mana hubungan interpersonal terjalin, maka DeVito menyebutkan bahwa ciri-ciri komunikasi antarpribadi terdiri dari (DeVito dalam Mulyana, 2016: 89):

- a. Keterbukaan (*Openness*). Komunikator dan komunikan saling mengungkapkan ide atau gagasan bahkan permasalahan secara bebas (tidak ditutup-tutupi) dan terbuka tanpa rasa takut atau malu. Keduanya saling mengerti dan saling memahami. Dalam hal ini perawat sebagai komunikator dan pasien sebagai komunikan, dan diharapkan antara perawat dan pasien harus saling terbuka agar tercapai komunikasi interpersonal yang baik.
- b. Empati (*Empathy*). Segala kepentingan yang dikomunikasikan ditanggapi dengan penuh perhatian oleh kedua belah pihak, terutama perawat ber-empati dengan keadaan pasien yang sedang sakit dan mengharapkan bantuan dan perhatian pasien.
- c. Dukungan (*Supportiveness*). Setiap pendapat, ide atau gagasan yang disampaikan mendapat dukungan dari pihak-pihak yang berkomunikasi. Dukungan membantu seseorang untuk lebih bersemangat dalam melaksanakan aktivitas serta meraih tujuan yang diinginkan. Begitu juga

seorang perawat memberikan dukungan dan semangat kepada pasien, meyarankan makan dan minum obat teratur, untuk meraih keinginan pasien yaitu sembuh dari sakit.

- d. Rasa positif (*Positiveness*). Tanggapan pertama yang positif, maka akan lebih mudah untuk melanjutkan percakapan selanjutnya. Rasa positif menghindarkan pihak-pihak yang berkomunikasi untuk curiga atau berprasangka buruk yang dapat mengganggu jalinan komunikasi interpersonal. Oleh karena itu perawat diharapkan untuk tidak berprasangka buruk terhadap pasien dan begitu juga sebaliknya.
- e. Kesamaan (*Equality*). Komunikasi akan menjadi lebih akrab dan jalinan pribadi akan menjadi kuat apabila memiliki kesamaan tertentu, seperti kesamaan pandangan, sikap, usia dan kesamaan ideologi, dan sebagainya.

2.1.2. Efektivitas Komunikasi Interpersonal

Efektivitas Komunikasi Interpersonal menurut (Mulyana, 2016: 59) komunikasi antar pribadi (*Interpersonal Communication*) adalah komunikasi antara dua orang atau lebih secara tatap muka, yang memungkinkan adanya reaksi orang lain secara langsung, baik secara verbal maupun non-verbal. Komunikasi antar pribadi (komunikasi interpersonal) adalah komunikasi antar dua orang, dimana terjadi kontak langsung dalam bentuk percakapan. Komunikasi jenis ini berlangsung secara tatap muka, bias melalui medium, misalnya telepon sebagai perantara. Sifatnya dua arah atau timbal balik. (Effendy, 2003: 15) juga menambahkan komunikasi antar pribadi adalah proses pengiriman dan penerimaan pesan-pesan antara dua orang, atau diantara sekelompok kecil orang

dengan beberapa efek dan beberapa umpan balik seketika, dan komunikasi antar pribadi dikatakan efektif dalam merubah perilaku orang lain, apabila terdapat kesamaan makna mengenai suatu pesan yang disampaikan komunikator diterima oleh komunikan. Steward L.Tubs dan Sylvia Moss mengatakan ciri-ciri komunikasi adalah: a. peserta komunikasi berada dalam jarak yang dekat, b. peserta komunikasi mengirim dan menerima pesan secara simultan dan spontan, baik secara verbal dan non-verbal.

Komunikasi antar pribadi sangat potensial untuk menjalankan fungsi instrumental sebagai alat untuk mempengaruhi atau membujuk orang lain, karena kita dapat menggunakan kelima alat indera untuk mempertinggi daya bujuk pesan yang kita komunikasikan kepada komunikan. Sebagai komunikasi yang paling lengkap dan paling sempurna, komunikasi antar pribadi berperan penting hingga kapan pun, selama manusia masih mempunyai emosi. Kenyataannya komunikasi tatap muka ini membuat manusia merasa lebih akrab dengan sesamanya, berbeda dengan komunikasi lewat media massa seperti surat kabar, televisi, ataupun lewat teknologi tercanggih (Mulyana, 2016: 63).

(Rakhmat, 2001: 235) meyakini bahwa komunikasi interpersonal dipengaruhi oleh persepsi dan konsep yaitu:

1. Persepsi Interpersonal adalah memberikan makna pada stimuli inderawi, atau menafsirkan informasi inderawi. Persepsi interpersonal adalah memberikan makna terhadap stimuli inderawi yang berasal dari seseorang (komunikan), yang berupa pesan verbal dan non-verbal. Kecermatan dalam persepsi interpersonal akan berpengaruh terhadap keberhasilan komunikasi, seorang

peserta komunikasi yang salah memberi makna terhadap pesan akan mengakibatkan kegagalan komunikasi.

2. Konsep diri adalah pandangan dan perasaan tentang diri kita. Konsep diri yang positif ditandai dengan lima hal, yaitu :
 - a. Yakin akan kemampuan mengatasi masalah
 - b. Merasa setara dengan orang lain
 - c. Menerima pujian tanpa rasa malu
 - d. Menyadari bahwa setiap orang mempunyai berbagai perasaan, keinginan dan perilaku yang tidak seluruhnya disetujui oleh masyarakat
 - e. Mampu memperbaiki dirinya karena ia sanggup mengungkap aspek-aspek kepribadian yang tidak disenangi dan berusaha mengubahnya.

2.1.3. Kendala-kendala Komunikasi Interpersonal

Kendala dapat diartikan sebagai halangan atau rintangan yang dialami. Dalam konteks komunikasi dikenal pula gangguan (mekanik maupun semantik), gangguan ini masih termasuk ke dalam hambatan komunikasi, efektivitas komunikasi salah satunya akan sangat tergantung kepada seberapa besar hambatan komunikasi yang terjadi (Effendy, 2003: 45).

Setiap kegiatan komunikasi, sudah dapat dipastikan akan menghadapi berbagai hambatan. Kendala dalam kegiatan komunikasi yang manapun tentu akan mempengaruhi efektivitas proses komunikasi tersebut. Karena pada komunikasi massa jenis hambatannya relatif lebih kompleks sejalan dengan kompleksitas komponen komunikasi massa. Dan perlu diketahui juga, bahwa komunikasi harus bersifat heterogen. Setiap individu memiliki cara berfikir yang

berbeda, terutama dalam menyelesaikan suatu permasalahan. Ada yang bersikap santai, ada yang bersikap cuek seperti tidak memiliki masalah, bahkan ada yang mensikapi sesuatu dengan emosi. Hal ini di pengaruhi karena masing-masing individu memiliki karakteristik yang berbeda, cara berkomunikasi yang berbeda, dan terkadang semua itu menjadi masalah dalam kehidupan sehari-hari. Hal ini sering menjadi penghambat dalam menciptakan komunikasi yang efektif, sikap emosional yang berlebihan bagi masing-masing individu saat menghadapi situasi tertentu dapat memperburuk proses komunikasi. Suatu ketika terdapat sedikit masalah yang sebenarnya sepele, dan mestinya bisa diselesaikan dengan baik. Akan tetapi jika disikapi dengan emosional, maka hal itu akan menjadi bumerang dan akan memperkuat ego dari individu tersebut yang akan berdampak pada terhambatnya proses komunikasi yang efektif (Liliweri, 2015: 88-89)

2.2. Komunikasi Terapeutik

Istilah komunikasi dalam bidang kesehatan lebih populer disebut dengan komunikasi terapeutik. Penggunaan istilah komunikasi dalam bidang kesehatan (komunikasi terapeutik) ini dijadikan sebagai pembeda dengan komunikasi jenis lainnya. Komunikasi terapeutik mengarah pada tujuan untuk penyembuhan klien atau pasien (Prabowo, 2014: 43). Sebagai tenaga kesehatan yang sering berinteraksi dengan pasien/klien, dokter dan paramedis diharapkan mampu menjadi pendamping psikologis bagi pasien. Kehadiran dan interaksi yang dilakukan paramedis hendaknya membawa kenyamanan bagi klien/pasien.

Komunikasi terapeutik, dokter dan paramedis/perawat menggunakan pendekatan yang direncanakan secara sadar, memiliki tujuan, dan kegiatannya

dipusatkan pada klien. Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi interpersonal. Dasar dari komunikasi ini adalah adanya saling membutuhkan antara dokter dan paramedis/perawat dan pasien, perawat membantu dan pasien menerima bantuan. Komunikasi terapeutik adalah proses yang digunakan oleh perawat memakai pendekatan yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan pada pasien (Prabowo, 2014: 44).

Komunikasi terapeutik sangatlah penting dalam membantu mempercepat proses penyembuhan pasien. Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien (Musliha dan Fatmawati, 2010: 111). Komunikasi terapeutik ini termasuk dalam komunikasi interpersonal dengan titik tolak saling memberikan pengertian antara tenaga kesehatan dengan pasiennya. Adapun yang menjadi persoalan yang mendasar dari komunikasi ini adalah adanya rasa saling membutuhkan antara tenaga kesehatan dengan pasien, sehingga dapat dikategorikan kedalam komunikasi antarpribadi di antara tenaga kesehatan dengan pasien, dokter membantu dan pasien menerima bantuan (Musliha dan Fatmawati, 2010: 112).

Komunikasi terapeutik adalah modalitas dasar intervensi utama yang terdiri atas teknik verbal dan nonverbal yang digunakan untuk membentuk hubungan antara terapis dan pasien dalam pemenuhan kebutuhan (Mubarak, 2012: 112). Oleh karena itu, komunikasi terapeutik merupakan hal penting dalam kelancaran pelayanan kesehatan yang dilakukan terapis untuk mengetahui apa yang dirasakan dan diinginkan pasien.

2.3. Bentuk-bentuk Komunikasi Terapeutik

Potter dan Perry, Swansburg, Szilagyi Tappen dalam Arwani (2004: 15) berpendapat, ada tiga jenis komunikasi yaitu : verbal, tertulis dan nonverbal yang dilakukan secara komunikasi terapeutik oleh dokter dan paramedis atau perawat di rumah sakit, yaitu :

1. Komunikasi Verbal

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

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan dalam melakukan komunikasi verbal yang efektif seperti :

- a. Jelas dan ringkas. Komunikasi yang efektif harus sederhana, pendek dan langsung. Makin sedikit kata-kata yang digunakan makin kecil kemungkinan terjadinya kerancuan. Kejelasan dapat dicapai dengan berbicara secara lambat dan mengucapkannya dengan jelas. Penggunaan contoh bisa membuat penjelasan lebih mudah untuk dipahami. Ulang bagian yang penting dari pesan yang disampaikan. Penerimaan pesan

perlu mengetahui apa, mengapa, bagaimana, kapan, siapa dan dimana. Ringkas, dengan menggunakan kata-kata yang mengekspresikan ide secara sederhana.

- b. Perbendaharaan Kata (Mudah dipahami). Komunikasi tidak akan berhasil, jika pengirim pesan tidak mampu menerjemahkan kata dan ucapan. Banyak istilah teknis yang digunakan dalam keperawatan dan kedokteran, dan jika ini digunakan oleh perawat, klien dapat menjadi bingung dan tidak mampu mengikuti petunjuk atau mempelajari informasi penting. Ucapkan pesan dengan istilah yang dimengerti klien. Daripada mengatakan “Duduk, sementara saya akan mengauskultasi paru paru anda” akan lebih baik jika dikatakan “Duduklah sementara saya mendengarkan paru-paru anda”.
- c. Arti denotatif dan konotatif. Arti denotatif memberikan pengertian yang sama terhadap kata yang digunakan, sedangkan arti konotatif merupakan pikiran, perasaan atau ide yang terdapat dalam suatu kata. Kata serius dipahami klien sebagai suatu kondisi mendekati kematian, tetapi perawat akan menggunakan kata kritis untuk menjelaskan keadaan yang mendekati kematian. Ketika berkomunikasi dengan keperawat harus hati-hati memilih kata-kata sehingga tidak mudah untuk disalah tafsirkan, terutama sangat penting ketika menjelaskan tujuan terapi, terapi dan kondisi klien.
- d. Jeda (Selaan) dan kesempatan berbicara. Kecepatan dan tempo bicara yang tepat turut menentukan keberhasilan komunikasi verbal. Selaan

yang lama dan pengalihan yang cepat pada pokok pembicaraan lain mungkin akan menimbulkan kesan bahwa perawat sedang menyembunyikan sesuatu terhadap klien. Perawat sebaiknya tidak berbicara dengan cepat sehingga kata-kata tidak jelas. Selaan perlu digunakan untuk menekankan pada hal tertentu, memberi waktu kepada pendengar untuk mendengarkan dan memahami arti kata. Selaan yang tepat dapat dilakukan dengan memikirkan apa yang akan dikatakan sebelum mengucapkannya, menyimak isyarat non verbal dari pendengar yang mungkin menunjukkan. Perawat juga bisa menanyakan kepada pendengar apakah ia berbicara terlalu lambat atau terlalu cepat dan perlu untuk diulang.

- e. Waktu dan Relevansi. Waktu yang tepat sangat penting untuk menangkap pesan. Bila klien sedang menangis kesakitan, tidak tepat waktunya untuk menjelaskan resiko operasi. Kendatipun pesan diucapkan secara jelas dan singkat, tetapi waktu tidak tepat dapat menghalangi penerimaan pesan secara akurat. Oleh karena itu, perawat harus peka terhadap ketepatan waktu untuk berkomunikasi. Begitu pula komunikasi verbal akan lebih bermakna jika pesan yang disampaikan berkaitan dengan minat dan kebutuhan klien.
- f. Humor. Dugan dalam Rakhmat mengatakan bahwa tertawa membantu mengurangi ketegangan dan rasa sakit yang disebabkan oleh ormone, dan meningkatkan keberhasilan perawat dalam memberikan dukungan emosional terhadap klien. Sullivan dan Deane melaporkan bahwa humor

merangsang produksi *catecholamines* dan hormone yang menimbulkan perasaan sehat, meningkatkan toleransi terhadap rasa sakit, mengurangi ansietas, memfasilitasi relaksasi pernapasan dan menggunakan humor untuk menutupi rasa takut dan tidak enak atau menutupi ketidakmampuannya untuk berkomunikasi dengan klien.

2. Komunikasi Tertulis

Komunikasi tertulis merupakan salah satu bentuk komunikasi yang sering digunakan tidak saja dalam kegiatan bisnis, namun juga layanan komunikasi terapeutik dokter dan paramedis atau perawat terhadap pasien misalnya seperti penulisan nama obat, memo atau penulisan surat, keterangan tentang penyakit, keterangan harga obat, dan lain-lain. Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan pada kegiatan komunikasi lewat tulisan antara lain bahwa pesan yang ditulis memenuhi persyaratan seperti; lengkap, ringkas, konkrit, jelas, sopan, dan benar.

Adapun fungsi komunikasi tertulis dalam komunikasi terapeutik di rumah sakit antara lain sebagai berikut :

- a. Sebagai tanda bukti tertulis yang otentik, misalnya persetujuan operasi.
- b. Alat pengingat/berpikir bilamana diperlukan, misalnya surat yang telah diarsipkan.
- c. Dokumentasi historis, misalnya surat dalam arsip lama yang digali kembali untuk mengetahui perkembangan masa lampau.
- d. Jaminan keamanan, umpamanya surat keterangan jalan.

- e. Pedoman atau dasar bertindak, misalnya surat keputusan, surat perintah, surat pengangkatan.

3. Komunikasi Non verbal

Komunikasi Non verbal adalah komunikasi yang pesannya dikemas dalam bentuk non verbal tanpa kata-kata. Dalam kehidupan sehari-hari komunikasi non verbal lebih sering digunakan ketika berkomunikasi dibanding dengan komunikasi verbal. Banyak ahli komunikasi berpendapat bahwa komunikasi non verbal akan digunakan serta merta ketika komunikasi verbal dilakukan. Oleh karena itu komunikasi non verbal bersifat tetap dan akan selalu ada pada setiap kegiatan komunikasi atau interaksi sosial. Pemindahan pesan tanpa menggunakan kata-kata menurut para ahli komunikasi merupakan cara yang paling meyakinkan dalam menyampaikan pesan dan mempengaruhi orang lain. Di dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit seorang dokter dan paramedis atau perawat perlu menyadari bahwa pesan verbal dan non verbal yang disampaikan kepada pasien mulai dari tahap awal, saat pengkajian maupun sampai pada tahap evaluasi akan berpengaruh kepada kepuasan dan perilaku pasien. Pedoman dokter dan paramedis dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan bagi pasien tidak terlepas dari proses komunikasi terapeutik yang melingkupi pesan verbal dan non verbal didalamnya. Berkaitan dengan proses penyampaian pesan, dan komunikasi yang dilakukan, (Morrison, 2013: 295) membagi pesan non verbal sebagai berikut :

- a. Kinesik

Kinesik adalah pesan non verbal yang diimplementasikan dalam bentuk bahasa isyarat tubuh atau anggota tubuh. Perhatikan bahwa dalam pengalihan informasi mengenai kesehatan, para penyuluh tidak saja menggunakan kata-kata secara verbal tetapi juga memperkuat pesan-pesan itu dengan bahasa isyarat untuk mengatakan suatu penyakit yang berbahaya, obat yang mujarab, cara memakai obat, cara mengaduk obat, dan lain-lain.

b. Proksemik

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

c. Haptik

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

d. Paralinguistik

Paralinguistik meliputi setiap penggunaan suara sehingga dia bermanfaat kalau kita hendak menginterpretasikan simbol verbal. Sebagai contoh, orang-orang Muangthai merupakan orang yang rendah hati, mirip dengan orang Jawa yang tidak mengungkapkan kemarahan dengan suara yang

keras. Mengkritik orang lain biasanya tidak diungkapkan secara langsung tetapi dengan anekdot. Ini berbeda dengan orang Batak dan Timor yang mengungkapkan segala sesuatu dengan suara keras.

e. Artefak

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

f. Logo dan Warna

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

g. Tampilan Fisik Tubuh

Acapkali anda mempunyai kesan tertentu terhadap tampilan fisik tubuh dari lawan bicara anda. Kita sering menilai seseorang mulai dari warna kulitnya, tipe tubuh (atletis, kurus, ceking, bungkuk, gemuk, gendut, dan lain-lain). Tipe tubuh itu merupakan cap atau warna yang kita berikan kepada orang itu. Salah satu keutamaan pesan atau informasi kesehatan adalah persuasif, artinya bagaimana kita merancang pesan sedemikian rupa sehingga mampu mempengaruhi orang lain agar mereka dapat mengetahui informasi, menikmati informasi, memutuskan untuk membeli atau menolak produk bisnis yang disebarluaskan oleh sumber informasi. Di dalam memberi pelayanan kesehatan melalui komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter dan paramedis atau perawat terhadap pasien di rumah sakit (Priyanto, 2009: 16) melengkapi bentuk-bentuk komunikasi non verbal antara lain sebagai berikut:

a. Penampilan Individu (*Self Performance*)

Penampilan individu dapat disebut juga dengan penampilan diri. Penampilan diri adalah bentuk pernyataan diri atas penampilan yang menarik dan menimbulkan rasa percaya diri, penampilan adalah bentuk citra diri yang terpancar dari diri seorang dan merupakan sarana komunikasi, penampilan adalah bagaimana kita memandang dan memperlakukan diri kita. Penampilan diri adalah tampilan pertama yang akan dilihat atau diperhatikan oleh orang atau individu yang terlibat dalam suatu proses komunikasi interpersonal juga di

dalam peristiwa komunikasi terapeutik antara dokter dan paramedis terhadap pasien. Penampilan diri dari dokter dan paramedis atau perawat yang menarik, ramah, hangat dan tulus adalah dambaan dan harapan dari setiap pasien yang memperoleh asuhan medis dan keperawatan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit.

b. Intonasi Suara

Intonasi suara dalam proses komunikasi adalah tinggi rendah, kuat lembutnya suara ketika seseorang mengucapkan kata atau kalimat ketika sedang melakukan dialog atau pembicaraan dengan orang lain. Sebagaimana penampilan diri, intonasi suara juga unsur penting yang menjadi perhatian bagi dokter dan paramedis atau perawat ketika melakukan komunikasi dengan pasien. Masing-masing nada atau intonasi suara ketika berbicara dapat memberikan pengaruh pada pengertian atau pemaknaan terhadap pesan komunikasi yang dilakukan. Suara dokter dan paramedis atau perawat yang lembut dan penuh perhatian serta menunjukkan kasih sayang tulus adalah suasana non verbal yang dapat memberikan ketenangan dan kenyamanan bagi pasien ketika mendapatkan asuhan medis dan keperawatan di rumah sakit.

c. Ekspresi Wajah

Ekspresi wajah atau mimik adalah hasil dari satu atau lebih gerakan atau posisi otot pada wajah. Ekspresi wajah merupakan salah satu bentuk komunikasi non verbal, dan dapat menyampaikan keadaan

emosi dari seseorang kepada orang yang mengamatinya. Ekspresi wajah merupakan salah satu cara penting dalam menyampaikan pesan sosial dalam kehidupan manusia. Sebagaimana penampilan diri dan intonasi suara, ekspresi wajah juga dapat memberikan pengaruh atas makna pesan yang disampaikan seseorang ketika berkomunikasi dengan orang lain. Dalam melakukan komunikasi terapeutik dokter dan paramedis atau perawat terhadap pasien, ekspresi wajah yang diharapkan pasien adalah ekspresi (mimik) wajah yang tidak tegang, bersahabat, hangat, dan sering menampilkan senyum. Ekspresi wajah dokter dan paramedis atau perawat yang luwes, tenang dan tidak tegang akan memberi rasa nyaman kepada pasien ketika mendapatkan asuhan medis dan keperawatan di rumah sakit.

d. Sentuhan

Salah satu bentuk komunikasi non verbal yang paling sensitif selain dari intonasi suara dan ekspresi wajah adalah sentuhan (*communication touch*). Isyarat-isyarat yang kita terima dari terjadinya kontak fisik amatlah jelas, tanpa berkomunikasi secara verbal, seseorang dapat menggunakan sentuhan untuk berkomunikasi serta memahami makna sentuhan tanpa harus dilakukan dengan kata-kata dan suara (komunikasi verbal). Terdapat beberapa bentuk sentuhan yang dapat mendukung kegiatan komunikasi terapeutik dokter dan paramedis atau perawat terhadap pasien di puskesmas antara lain : sentuhan afeksi positif untuk memahami perasaan pasien, sentuhan

bercanda, sentuhan untuk tujuan mengarahkan dan mengendalikan dalam asuhan medis, sentuhan ritualistik dan sentuhan yang berkaitan dengan tugas.

2.4. Prinsip Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik dilakukan untuk meningkatkan pemahaman dan membantu terbentuknya hubungan yang konstruktif diantara dokter, perawat dan pasien tidak seperti komunikasi sosial, komunikasi terapeutik mempunyai tujuan untuk membantu pasien mencapai suatu tujuan dalam asuhan keperawatan. Oleh karenanya sangat penting bagi dokter dan paramedis atau perawat untuk memahami prinsip dasar komunikasi terapeutik sebagai berikut (Priyanto, 2009: 56):

1. Sikap terbuka dokter dan pasien. Sikap terbuka atau kejujuran sangat penting, karena tanpa adanya kejujuran mustahil bisa terbina hubungan saling percaya. Seseorang akan menaruh rasa percaya pada lawan bicara yang terbuka dan menyukai respons yang tidak dibuat-buat, sebaliknya ia akan berhati-hati pada lawan bicara yang terlalu halus sehingga sering menyembunyikan isi hatinya yang sebenarnya dengan kata-kata atau sikapnya yang tidak jujur. Sangat penting bagi dokter dan perawat untuk menjaga kejujuran saat berkomunikasi dengan klien, karena apabila hal tersebut tidak dilakukan maka klien akan menarik diri, merasa dibohongi, membenci dokter dan perawat atau bisa juga berpura-pura patuh terhadap dokter dan perawat.
2. Saling percaya antara dokter dan perawat dengan pasien. Seorang helper yang efektif memiliki kemampuan untuk menerima klien apa adanya dengan tujuan

saling kepercayaan tumbuh. Jika seseorang merasa diterima maka dia akan merasa aman dalam menjalin hubungan interpersonal. Nilai yang diyakini atau diterapkan oleh dokter dan perawat terhadap dirinya tidak dapat diterapkan pada klien, apabila hal ini terjadi maka dokter dan perawat tidak menunjukkan sikap menerima klien apa adanya.

3. Dukungan penuh empati dari lingkungan pasien. Sikap empati sangat diperlukan dalam asuhan kedokteran dan keperawatan, karena dengan sikap ini dokter dan perawat akan mampu merasakan dan memberikan permasalahan klien seperti yang dirasakan dan dipikirkan klien. Dengan bersikap empati dokter perawat dapat memberikan alternatif pemecahan masalah klien tetapi juga tidak berlarut-larut dalam perasaan dan turut berupaya mencari penyelesaian masalah secara objektif.
4. Ketersediaan sarana dan prasarana pendukung. Ketersediaan sarana juga menjadi salah satu hal penting disini. Dengan sarana yang lengkap, kepercayaan membuat pasien yakin dan terbuka kepada dokter dan perawat.

Prinsip-prinsip ini tidak terlepas dari banyak faktor pendukung dan penghambat keberhasilan komunikasi terapeutik. Berhasil atau tidaknya proses komunikasi terapeutik tidak terlepas dari peranan masing-masing komponen didalamnya yakni antara dokter dan perawat terhadap pasien yang berinteraksi. Beberapa faktor dinilai menjadi pendukung keberhasilan yang lain dianggap mempengaruhi dan menghambat keberhasilan tersebut.

Beberapa faktor pendukung dari keberhasilan komunikasi terapeutik dokter dan perawat dengan pasien. Faktor pendukung merupakan hal-hal yang berperan dalam mensukseskan proses komunikasi terapeutik (Suryani, 2005: 45-50).

1. Kejujuran (*Trustworthy*)
2. Ekspresif dan tidak membingungkan agar tidak terjadi kesalahpahaman
3. Bersikap positif
4. Empati, bukan simpati
5. Melihat permasalahan dari kaca mata pasien
6. Menerima pasien apa adanya
7. Sensitif terhadap perasaan pasien
8. Tidak mudah terpengaruh oleh masa lalu pasien.

2.5. Tujuan dan Manfaat Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik (Suryani, 2005: 37) bertujuan dan bermanfaat untuk mengembangkan pribadi pasien kearah yang lebih positif atau adaptif dan diarahkan pada pertumbuhan pasien yang meliputi :

1. Realisasi diri, penerimaan diri, dan peningkatan penghormatan diri. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan terjadi perubahan dalam diri pasien. Pasien yang tadinya tidak biasa menerima apa adanya atau merasa rendah diri, setelah berkomunikasi terapeutik dengan perawat akan mampu menerima dirinya.
2. Kemampuan membina hubungan interpersonal dan saling bergantung dengan orang lain. Melalui komunikasi terapeutik, pasien belajar bagaimana

menerima dan diterima orang lain. Dengan komunikasi yang terbuka, jujur dan menerima pasien apa adanya, dokter dan paramedis atau perawat akan dapat meningkatkan kemampuan pasien dalam membina hubungan saling percaya.

3. Peningkatan fungsi dan kemampuan untuk memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan yang realistis. Terkadang pasien menetapkan ideal diri atau tujuan yang terlalu tinggi tanpa mengukur kemampuannya.
4. Rasa identitas personal yang jelas dan peningkatan integritas diri. Identitas personal disini termasuk status, peran, dan jenis kelamin. Pasien yang mengalami gangguan identitas personal biasanya tidak mempunyai rasa percaya diri dan mengalami harga diri rendah. Melalui komunikasi terapeutik diharapkan dokter dan perawat dapat membantu pasien meningkatkan integritas dirinya dan identitas diri yang jelas. Dalam hal ini dokter dan perawat berusaha menggali semua aspek kehidupan pasien di masa sekarang dan masa lalu. Kemudian membantu meningkatkan integritas diri pasien melalui komunikasinya dengan pasien.

Damayanti menjelaskan (2008: 11) kualitas pelayanan yang diberikan dokter kepada pasien sangat dipengaruhi oleh kualitas hubungan yang terjalin antara dokter dan paramedis atau perawat dengan pasien, bila tenaga kesehatan tidak memperhatikan hal ini, hubungan dokter dan paramedis dengan pasien tersebut bukanlah yang memberikan dampak terapeutik yang mempercepat kesembuhan pasien, namun hanya hubungan sosial yang biasa.

Purwanto dalam Damayanti (2008: 12) menjelaskan tujuan komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut:

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

2.6. Proses Tahapan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik tidak sama dengan komunikasi sosial. Komunikasi sosial tidak memiliki tujuan yang spesifik dan pelaksanaan komunikasi ini terjadi begitu saja. Sedangkan komunikasi terapeutik berfungsi untuk mencapai kesembuhan pasien melalui perubahan dalam diri pasien. Karena itu pelaksanaan komunikasi terapeutik harus direncanakan dan terstruktur dengan baik.

Hubungan terapeutik dokter dan paramedis atau perawat dengan pasien adalah hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran, dan pengalaman dalam membina hubungan intim yang terapeutik (Mundakir dalam Andriyani dkk, 2018: 33). Proses berhubungan dokter dan paramedis/perawat dengan pasien dapat dibagi dalam empat fase, yaitu fase pra interaksi, fase pengenalan atau orientasi, fase kerja, dan fase terminasi.

1. Pra Interaksi

Pra interaksi mulai sebelum kontak pertama dengan pasien. Dokter dan perawat mengeksplorasi perasaan, fantasi dan ketakutannya, sehingga

kesadaran dan kesiapan dokter dan perawat untuk melakukan hubungan dengan pasien dapat dipertanggungjawabkan. Pemakaian diri secara terapeutik berarti memaksimalkan pemakaian kekuatan dan meminimalkan pengaruh kelemahan diri dalam memberi asuhan keperawatan pada pasien. Tugas tambahan pada fase ini adalah mendapatkan informasi tentang pasien dan menentukan kontak pertama.

2. Perkenalan atau Orientasi

Fase ini dimulai dengan pertemuan dengan pasien. Hal utama yang perlu dikaji adalah alasan pasien meminta pertolongan yang akan mempengaruhi terbinanya hubungan dokter dan paramedis/perawat dengan pasien. Tugas utama dalam fase perkenalan atau orientasi ini adalah membina rasa percaya, penerimaan dan pengertian, komunikasi yang terbuka, dan perumusan kontrak dengan pasien. Dokter dan paramedis dengan pasien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, bimbang karena memulai hubungan yang baru. Pasien yang mempunyai pengalaman hubungan interpersonal yang menyakitkan akan sukar menerima dan terbuka pada orang asing. Tugas dokter dan paramedis/perawat adalah mengeksplorasi pikiran, perasaan, perbuatan pasien, dan mengidentifikasi masalah, serta merumuskan tujuan bersama pasien.

3. Fase Kerja

Pada fase kerja, dokter dan paramedis/perawat dengan pasien mengeksplorasi stresor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan, dan perbuatan pasien. Dokter dan paramedis/perawat membantu pasien mengatasi kecemasan, meningkatkan

kemandirian dan tanggung jawab diri sendiri, dan mengembangkan mekanisme coping yang konstruktif. Perubahan perilaku maladaptif menjadi adaptif merupakan fokus fase ini.

4. Fase Terminasi

Fase terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik. Rasa percaya dan hubungan intim terapeutik yang sudah terbina dan berada pada tingkat yang optimal. Keduanya, dokter dan peramedis/perawat dengan pasien akan merasakan kehilangan. Terminasi dapat terjadi pada saat dokter dan peramedis/perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau pasien pulang. Apapun alasan terminasi, tugas dokter dan peramedis/perawat pada fase ini adalah menghadapi realitas perpisahan yang tidak dapat diingkari. Pasien dengan dokter dan peramedis/perawat bersama-sama meninjau kembali proses perawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan. Perasaan marah, sedih, penolakan, perlu dieksplorasi dan diekspresikan.

Terminasi merupakan akhir dari setiap pertemuan perawat dan klien. Terminasi dibagi dua, yaitu: terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari setiap pertemuan perawat dengan klien pada waktu yang telah ditentukan. Terminasi akhir terjadi jika klien akan pulang dari rumah sakit atau setelah selesai praktik di rumah sakit (Armiyanti dalam Andriyani, 2018: 33-34).

2.7. Hambatan Komunikasi Terapeutik

Meskipun informasi yang disampaikan sebenarnya mudah dimengerti, tetapi ternyata komunikasi yang terjalin tersebut tidak sesuai dengan apa yang

diharapkan atau diinginkan. Hal ini dapat terjadi sebab didalam pelaksanaan komunikasi banyak sekali hambatan-hambatan yang mungkin timbul.

Beberapa hambatan komunikasi dari perspektif lain yang mungkin terjadi dalam menjalin komunikasi dua arah, yaitu: (Damayanti, 2008: 66-67)

1. Bahasa. Jika seorang komunikator atau komunikan berkomunikasi dengan bahasa yang berbeda, kemungkinan akan terjadi banyak kesalahpahaman bahkan terjadinya hubungan yang tidak jelas.
2. Budaya. Hambatan budaya ini menjadi hal yang sangat penting. Satu pantangan bagi sang komunikator untuk beranggapan, bahwa komunikan tumbuh dengan filosofi, gaya hidup, adat istiadat yang sama.
3. Salah paham. Hambatan komunikasi yang paling utama pada awalnya bersumber dari dari satu hal, yaitu kesalahpahaman.
4. Sisi historis atau pengalaman. Pada umumnya komunikator menjadikan filosofis dan pengalaman hidup masa lalu sebagai rujukan komunikasi agar sang komunikan mengerti.
5. Mendominasi pembicaraan. Mendominasi pembicaraan, hal ini sering terjadi. Seorang komunikator merasa pendapatnya paling benar sehingga tidak memberikan kesempatan komunikan untuk berbicara.

Faktor penghambat merupakan hal-hal yang menghambat dan mengganggu jalannya proses komunikasi terapeutik, yaitu:

1. Kondisi psikis pasien sehingga tidak bisa fokus
2. Sikap pasien yang terlalu banyak bertanya
3. Ketidakmampuan memahami isi pesan

4. Jadwal kerja dokter dan kondisi ruangan praktek yang padat (Suryani, 2005: 45-50)

2.8. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan (*health care service*) merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang Undang Dasar 1945 untuk melakukan upaya peningkatan derajat kesehatan baik perseorangan, maupun kelompok atau masyarakat secara keseluruhan (Komalawati, 2002: 77). Defenisi Pelayanan kesehatan menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2009 (Depkes RI) yang tertuang dalam Undang Undang Kesehatan tentang kesehatan ialah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan, perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat.

Undang Undang Kesehatan, pelayanan kesehatan, Pasal 52 ayat (1) secara umum terdiri dari dua bentuk pelayanan kesehatan yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan (*medical service*)

Pelayanan kesehatan ini banyak diselenggarakan oleh perorangan secara mandiri (*self care*), dan keluarga (*family care*) atau kelompok anggota masyarakat yang bertujuan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dan keluarga. Upaya pelayanan perseorangan tersebut dilaksanakan pada institusi pelayanan kesehatan yang disebut rumah sakit, klinik bersalin, praktik mandiri.

b. Pelayanan kesehatan masyarakat (public health service)

Pelayanan kesehatan masyarakat diselenggarakan oleh kelompok dan masyarakat yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang mengacu pada tindakan promotif dan preventif. Upaya pelayanan masyarakat tersebut dilaksanakan pada pusat-pusat kesehatan masyarakat tertentu seperti rumah sakit.

Kegiatan pelayanan kesehatan secara paripurna diatur dalam Pasal 52 ayat

(2) Undang Undang Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), yaitu:

- a. Pelayanan kesehatan promotif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi kesehatan.
- b. Pelayanan kesehatan preventif, suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit.
- c. Pelayanan kesehatan kuratif, suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin.
- d. Pelayanan kesehatan rehabilitatif, kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat, semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya.

Berdasarkan uraian di atas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas, klinik, dan rumah sakit diatur secara umum dalam UU Kesehatan,

dalam Pasal 54 ayat (1) Undang Undang Kesehatan berbunyi bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara bertanggung jawab, aman, bermutu, serta merata dan nondiskriminatif. Dalam hal ini setiap orang atau pasien dapat memperoleh kegiatan pelayanan kesehatan secara professional, aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif serta lebih mendahulukan pertolongan keselamatan nyawa pasien dibanding kepentingan lainnya.

Pihak-pihak yang berhubungan dengan setiap kegiatan pelayanan kesehatan baik itu di rumah sakit, puskesmas, klinik, maupun praktek pribadi, antara lain:

a. Dokter

Dokter adalah orang yang memiliki kewenangan dan izin sebagaimana mestinya untuk melakukan pelayanan kesehatan, khususnya memeriksa dan mengobati penyakit berdasarkan hukum dan pelayanan di bidang kesehatan. Pasal 1 ayat (11) Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menjelaskan definisi dokter adalah suatu pekerjaan yang dilaksanakan berdasarkan suatu keilmuan, kompetensi yang diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang, dan kode etik yang bersifat melayani masyarakat. Seorang dokter harus memahami ketentuan hukum yang berlaku dalam pelaksanaan profesinya termasuk didalamnya tentang persamaan hak-hak dan kewajiban dalam menjalankan profesi sebagai dokter. Kesadaran dokter terhadap kewajiban hukumnya baik terhadap diri sendiri maupun terhadap orang lain dalam menjalankan profesinya harus

benar-benar dipahami dokter sebagai pengemban hak dan kewajiban (Isfandyarie, 2006: 3)

b. Perawat

Perawat adalah profesi yang sifat pekerjaannya selalu berada dalam situasi yang menyangkut hubungan antar manusia, terjadi proses interaksi serta saling memengaruhi dan dapat memberikan dampak terhadap tiap-tiap individu yang bersangkutan (Emi, 2004: 4). Menurut hasil Lokakarya Keperawatan Nasional Tahun 1983, perawat adalah suatu bentuk pelayanan professional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu pelayanan bio psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, dan masyarakat baik yang sakit maupun sehat yang mencakup seluruh siklus hidup manusia. Sebagai suatu profesi perawat mempunyai kontrak sosial dengan masyarakat, yang berarti masyarakat memberikan kepercayaan bagi perawat untuk terus menerus memelihara dan meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan (Praptianingsih, 2007: 25). Peraturan Menteri Kesehatan No. HK. 02. 02 /MENKES /148 I /2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat. Pasal 1 ayat (1) menjelaskan definisi perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan perawat, sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Pada proses hubungan antara perawat dengan pasien, pasien mengutarakan masalahnya dalam rangka mendapatkan pertolongan yang artinya pasien mempercayakan dirinya terhadap asuhan keperawatan yang diberikan.

c. Bidan

Bidan adalah profesi yang diakui secara nasional maupun internasional oleh sejumlah praktisi diseluruh dunia. Defenisi bidan menurut International Confederation of Midwife (ICM) Tahun 1972 adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan bidan yang diakui oleh negara serta memperoleh kualifikasi dan diberi izin untuk menjalankan praktik kebidanan di negeri tersebut, bidan harus mampu memberi supervisi, asuhan, dan memberi nasihat yang dibutuhkan wanita selama hamil, persalinan, dan masa pasca persalinan, memimpin persalinan atas tanggung jawabnya sendiri serta asuhan pada bayi lahir dan anak. Asuhan ini termasuk tindakan preventif, pendeteksian kondisi abnormal pada ibu dan bayi, dan mengupayakan bantuan medis serta melakukan tindakan pertolongan gawat-darurat pada saat tidak ada tenaga medis lain. Defenisi bidan di Indonesia adalah seorang wanita yang telah mengikuti dan menyelesaikan pendidikan kebidanan yang telah diakui pemerintah dan telah lulus ujian sesuai dengan persyaratan yang berlaku dan memperoleh kualifikasi untuk registrasi dan memperoleh izin (Purwandi, 2008: 5). Secara otentik Pasal 1 ayat (1) Peraturan Menteri Kesehatan No. HK. 02. 02. /MENKES /149 /2010 tentang izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan menjelaskan yang dimaksud dengan bidan adalah seorang perempuan yang lulus dari pendidikan yang telah teregistrasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Bidan mempunyai tugas penting dalam konsultasi dan pendidikan kesehatan, tidak hanya untuk wanita sebagai pasiennya

tetapi termasuk komunitasnya. Pendidikan tersebut termasuk antenatal, keluarga berencana dan asuhan anak.

d. Apoteker

Menurut ketentuan Peraturan Pemerintah No. 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian, apoteker ialah sarjana farmasi yang telah lulus sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker. Adapun tugas yang dimiliki oleh seorang apoteker dalam melakukan pelayanan kesehatan diatur dalam PP 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian adalah sebagai berikut:

- a. Melakukan pekerjaan kefarmasian termasuk pengendalian mutu sediaan farmasi, pengamanan, pengadaan, penyimpanan, pendistribusian obat, pengelolaan obat, pelayanan obat atas resep dokter, pelayanan informasi obat, serta pengembangan obat, bahan obat, dan obat tradisional.
- b. Membuat dan memperbaharui SOP (Standard Operational Procedure) baik di industri farmasi.
- c. Memenuhi ketentuan cara distribusi yang baik yang ditetapkan oleh menteri, saat melakukan pekerjaan kefarmasian dalam distribusi atau penyaluran sediaan farmasi, termasuk pencatatan segala sesuatu yang berkaitan dengan proses distribusi atau penyaluran sediaan farmasi.
- d. Sebagai penanggung jawab di industri farmasi pada bagian pemastian mutu (quality Assurance), produksi, dan pengawasan mutu.

- e. Sebagai penanggung jawab fasilitas pelayanan kefarmasian yaitu di apotek, di instalasi farmasi rumah sakit, puskesmas, klinik, toko obat, atau praktek bersama.
- f. Melakukan pelayanan kefarmasian (pharmaceutical care) di apotek untuk memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap sediaan farmasi dalam rangka pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.
- g. Menjaga kerahasiaan kefarmasian di industri farmasi dan di apotek yang menyangkut proses produksi, distribusi dan pelayanan dari sediaan farmasi termasuk rahasia pasien.

Pelayanan kesehatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dan paramedis atau perawat untuk melakukan tindakan yang dipusatkan pada kegiatan kuratif (pengobatan pasien) dan rehabilitative (pemulihan kesehatan pasien) yang menyeluruh mulai saat pertama pasien datang ke rumah sakit atau fase orientasi (*orientation*), kemudian pada fase kerja (*working*) yaitu untuk menyatukan proses komunikasi dengan tindakan keperawatan dan membangun suasana yang mendukung untuk proses perubahan hingga kepada fase penyelesaian (*termination*) yaitu penilaian pencapaian tujuan dan perpisahan setelah penyelesaian perobatan melalui konsultasi medis dan terapis yang diberikan oleh dokter dan paramedis atau perawat dalam upaya penyembuhan penyakit Menurut Pohan dalam (Damayanti, 2008: 27).

2.9. Kajian Penelitian Terdahulu

Kajian terdahulu merupakan kegiatan penelitian terdahulu yang memiliki relevansi dengan penelitian yang dilakukan pada waktu kini. Kajian

terdahulu akan sangat bermakna jika judul-judul penelitian yang digunakan sebagai bahan pertimbangan bersinggungan dengan penelitian yang dilakukan. Tujuan disampaikannya kajian terdahulu antara lain adalah untuk menampilkan orisinalitas atau keaslian karya dari penelitian yang dilakukan pada saat ini.

Ada tiga penelitian relevan yang dijadikan peneliti sebagai rujukan dalam melakukan penelitian ini. Ketiga penelitian tersebut bersumber dari jurnal dan tesis terdahulu.

Pertama, penelitian oleh Armilatussholihah, mahasiswa Fakultas Ilmu Dakwah dan Ilmu Komunikasi Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. pada 2011 lalu yang berjudul, *Pola Komunikasi Perawat dan Pasien Rawat Inap Dalam Pelayanan Medis di Rumah Sakit Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah Jakarta*, penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif yang bertujuan untuk mengetahui bentuk dan pola komunikasi terapeutik dan upaya yang dilakukan perawat untuk membangun komunikasi yang efektif dan tepat guna antara perawat terhadap pasien rawat inap di Rumah Sakit Universitas Islam Negeri (UIN) Syarif Hidayatullah. Metodologi yang dilakukan di dalam penelitian ini melalui pendekatan kualitatif dan teknik pengumpulan data yang dilakukan adalah melalui observasi dan wawancara mendalam terhadap perawat dan pasien rawat inap. Penelitian ini menghasilkan temuan bahwa pola komunikasi yang tepat dilakukan oleh perawat untuk kelangsungan komunikasi terapeutik yang efektif dan tepat guna terhadap pasien adalah dengan melakukan pola komunikasi antarpribadi atau komunikasi interpersonal.

Kedua, penelitian oleh Fairus Ali Abdad, mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia-Jakarta. Penelitian yang dipublikasikan melalui Skripsi tahun 2012 lalu yang berjudul *Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Komunikasi Terapeutik di Unit Rawat Inap Umum Rumah Sakit DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor*, penelitian ini menggunakan metode dan pendekatan deskriptif kualitatif yang bertujuan untuk mengetahui karakteristik dan tingkat pengetahuan yang dimiliki perawat dalam melakukan komunikasi terapeutik terhadap pasien rawat inap kelas umum, dengan teknik pengambilan data melalui observasi dan wawancara mendalam terhadap perawat yang pernah mengikuti pelatihan komunikasi terapeutik dan perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan komunikasi terapeutik, serta terhadap pasien rawat inap di rumah sakit DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Penelitian ini menghasilkan temuan bahwa karakteristik dan tingkat pengetahuan perawat yang tinggi merupakan modal dasar bagi pelayanan keperawatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien rawat inap melalui pelaksanaan komunikasi terapeutik.

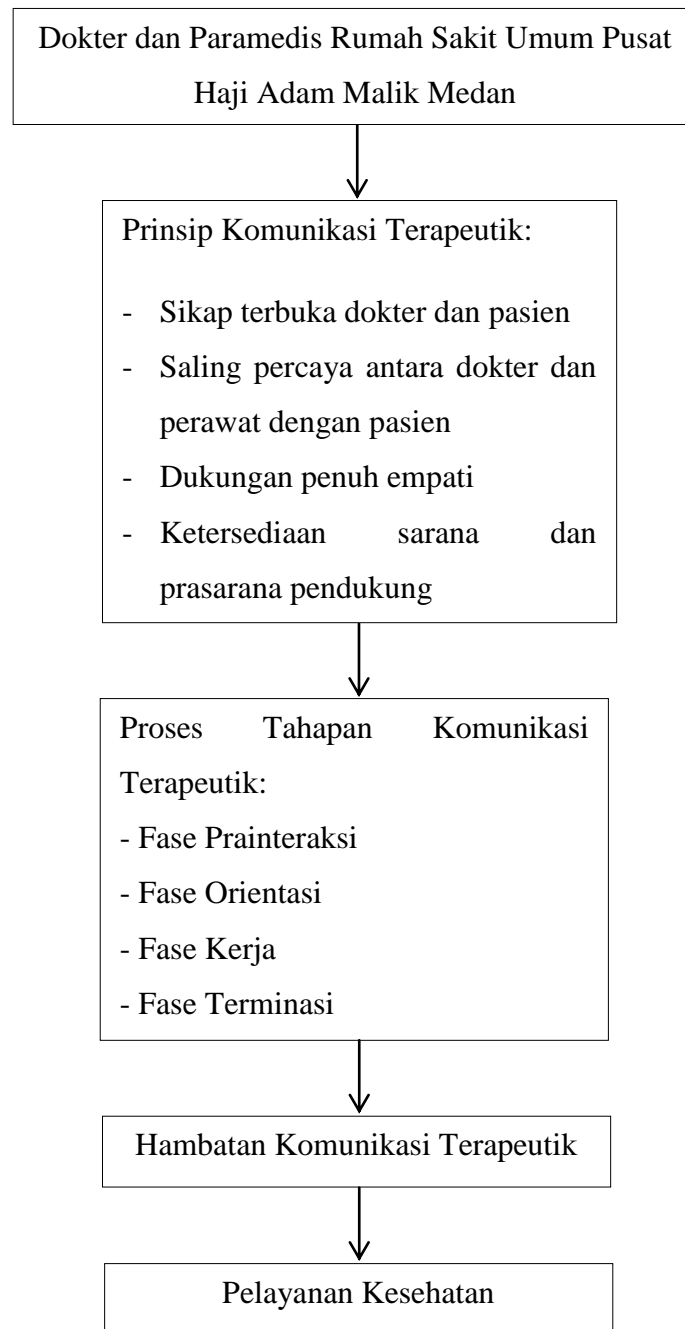
Ketiga, penelitian oleh Widya Handayani, mahasiswa Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara- Medan. Penelitian yang dipublikasikan melalui Thesis tahun 2011 lalu yang berjudul *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Pengetahuan dan Kepatuhan Dalam Menjalankan Terapi Diet Pada Pasien Hemodialisa di RSUD. DR. Pirngadi Medan*, penelitian ini menggunakan metode pendekatan kuantitatif dan bertujuan untuk menganalisis pengaruh komunikasi terapeutik terhadap pengetahuan dan kepatuhan dalam menjalankan terapi diet pada pasien hemodialisa di RSUD Dr.

Pirngadi Medan. Jenis penelitian yang digunakan adalah quasi eksperimen, dengan rancangan pre-and post-test groups. Sampel pada penelitian ini berjumlah 30 orang dengan teknik pengambilan sampel *systematic random sampling*. Analisa data menggunakan uji t dependen dengan tingkat kemaknaan $\alpha = 0,05$. Penelitian ini menghasilkan temuan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan dan kepatuhan pasien hemodialisa (kerusakan ginjal) dalam menjalankan terapi diet pada pasien hemodialisa antara sebelum dan sesudah perlakuan komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter dan paramedis di RSUD Pirngadi Medan.

Dari ketiga penelitian terdahulu dapat diketahui bahwa pelayanan komunikasi terapeutik oleh dokter dan paramedis atau perawat sangat diperlukan tidak saja dalam upaya memberi kesembuhan pada pasien, juga dalam memberi kepuasan pada pasien khususnya dalam pelayanan kesehatan. Disamping itu, apabila dikaitkan dengan penelitian ini, terdapat beberapa hal yang menampilkan perbedaan dengan penelitian terdahulu utamanya yang menyangkut tentang lokasi penelitian, permasalahan penelitian, tujuan dan manfaat penelitian, maupun landasan teoritis yang diajukan. Lokasi penelitian pada tesis ini adalah di RSUP H Adam Malik. Permasalahan pada penelitian ini memiliki perbedaan dengan penelitian terdahulu, walaupun masih berkaitan dengan pelaksanaan komunikasi terapeutik dokter dan paramedis atau perawat. Adapun tujuan penelitian ini menganalisis komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter dan paramedis atau perawat dalam pelayanan kesehatan.

2.10. Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini bertujuan untuk menganalisis komunikasi terapeutik pada fase kerja dan fase terminasi dokter dan paramedis dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan. Pemahaman dan penerapan tahapan hubungan komunikasi terapeutik dalam pelayanan kesehatan yang baik dan profesional oleh dokter dan paramedis akan dapat memberikan kepuasan pada diri pasien, serta citra positif bagi rumah sakit. Pada Gambar 2.2 berikut ini merupakan alur kerangka konsep dalam penelitian ini :



Gambar 2.2 Kerangka konsep

2.11. Kategorisasi

Tabel 2.1 Kategorisasi

Dimensi	Indikator	Defenisi Operasional
1. Prinsip Komunikasi Terapeutik	<p>a. Sikap terbuka dokter dan pasien.</p> <p>b. Saling percaya antara dokter dan perawat dengan pasien.</p> <p>c. Dukungan penuh empati dari lingkungan pasien.</p> <p>d. Ketersediaan sarana dan prasarana pendukung.</p>	<p>a. Sikap terbuka atau kejujuran sangat penting, karena tanpa adanya kejujuran mustahil bisa terbina hubungan saling percaya.</p> <p>b. Seorang helper yang efektif memiliki kemampuan untuk menerima klien apa adanya dengan tujuan saling kepercayaan tumbuh.</p> <p>c. Sikap empati sangat diperlukan dalam asuhan kedokteran dan keperawatan, karena dengan sikap ini dokter dan perawat akan mampu merasakan dan memberikan permasalahan klien seperti yang dirasakan dan dipikirkan klien.</p> <p>d. Kesiediaan sarana juga menjadi salah satu hal penting disini.</p>

<p>2. Proses Tahapan/Fase Komunikasi Terapeutik</p>	<p>a. Fase Prainteraksi b. Fase Orientasi c. Fase Kerja d. Fase Terminasi</p>	<p>a. Pra interaksi mulai sebelum kontak pertama dengan pasien. b. Fase ini dimulai dengan pertemuan dengan pasien. c. Dokter dan paramedis/perawat dengan pasien mengeksplorasi stresor yang tepat dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, pikiran, perasaan, dan perbuatan pasien. d. Fase terminasi merupakan fase yang sangat sulit dan penting dari hubungan terapeutik.</p>
---	--	---

(Sumber: Hasil Olahan Peneliti, 2019)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Metode Penelitian

Pendekatan penelitian yang digunakan adalah pendekatan kualitatif. Menurut Bagdan dan Taylor, pendekatan kualitatif adalah prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis atau lisan dari orang-orang dan perilaku yang dapat diamati. Pendekatan ini diarahkan pada latar individu tersebut secara utuh (Moleong, 2007: 3). Dalam Mulyana (2016: 19) Penelitian kualitatif bertujuan mempertahankan bentuk dan isi perilaku manusia dan menganalisis kualitas-kualitasnya, alih-alih mengubahnya menjadi entitas-entitas kuantitatif.

Pendekatan kualitatif dipilih karena peneliti ingin mendeskripsikan, memperoleh gambaran yang nyata, menggali informasi yang jelas serta menemukan bentuk dan model komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter dan paramedis terhadap kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan di RSUP. H. Adam Malik Medan.

Fokus pendekatan penelitian ini untuk mendapatkan data-data detail tentang ucapan, lisan, tulisan dan tingkah laku yang dapat diamati dari suatu individu, kelompok, organisasi dan masyarakat dalam *setting* tertentu yang dikaji dari sudut komprehensif. Data-data yang terkumpul kemudian dianalisis dengan cara induktif analisis yaitu suatu metode analisis untuk mendeskripsikan semua keadaan yang ditemui di lapangan, untuk selanjutnya disimpulkan ke dalam tataran konsep atau teori. Deskripsi ini kemudian dibandingkan dengan teori dan

asumsi dan pandangan para pakar sehingga ditemukan jawaban konkrit, kondisi mutakhir objek penelitian, apakah terdapat keterhubungan secara sebab akibat atau tidak.

Pertimbangan peneliti menggunakan penelitian kualitatif ini seperti pendapat Iskandar (2009: 11) bahwa tujuan penelitian kualitatif adalah untuk memahami peristiwa yang tersembunyi di balik fenomena nyata atau *reality*. Upaya untuk mendapatkan data yang valid, reliable, dan objektif tentang fenomena-fenomena yang berlaku diharapkan lebih mudah untuk didapatkan melalui metode ini karena peneliti dapat menentukan jenis data yang diinginkan. Melalui pengamatan, dokumentasi, foto, gambar, wawancara serta percakapan informal terhadap narasumber atau informan, fenomena yang diamati dapat dideskripsikan lebih utuh, lengkap dan sebagaimana adanya.

3.2. Subjek dan Objek Penelitian

Subjek pada penelitian ini adalah dokter spesialis dan perawat merupakan orang yang terkait dalam proses penelitian yaitu dalam pengambilan data mengenai pemahaman komunikasi terapeutik dan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik terhadap pasien pada ruang rawat inap terpadu yang menerima pesan pada fase prainteraksi, fase orientasi, fase kerja (*working*) dan fase penyelesaian (*termination*) di RSUP H Adam Malik Medan.

Subjek penelitian memberi batasan subjek penelitian sebagai benda, hal atau orang tempat data untuk variabel penelitian melekat dan yang dipermasalahkan. Dalam sebuah penelitian, subjek penelitian mempunyai peran

yang sangat strategis karena pada subjek penelitian, itulah data tentang variabel yang peneliti amati (Arikunto, 2010: 26).

Penjelasan (Rakhmat, 2006: 112) peneliti berupaya memaparkan sudut pandang orang-orang yang menjadi sumber data primer pada penelitian ini melalui interaksi dengan subjek penelitian yang terjadi secara alamiah, tidak memaksa, sehingga cara pandang subjek tidak berubah.

Objek penelitian ini adalah sasaran ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu tentang sesuatu hal objektif, valid dan reliable tentang suatu hal (variable tertentu). Bentuk komunikasi terapeutik dalam pelayanan kesehatan menjadi objek dalam penelitian ini (Sugiyono, 2012: 13).

3.3. Informan

Penelitian ini, informan ditentukan secara *Purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sumber data dengan pertimbangan tertentu, seseorang atau sesuatu diambil sebagai sampel karena peneliti menganggap bahwa seseorang atau sesuatu tersebut memiliki informasi yang diperlukan bagi penelitiannya (Sugiyono, 2014).

Setelah dilakukan penelitian ini, peneliti memperoleh informan atau narasumber dalam penelitian ini dua orang dokter spesialis dan dua orang perawat yang bekerja di RSUP H Adam Malik Medan serta dua orang pasien rawat inap terpadu. Pemilihan informan berdasarkan banyaknya Instalasi/Unit yang dikunjungi dalam 3 bulan terakhir, yaitu Instalasi Rawat Inap Terpadu. Penelitian ini memperoleh enam orang informan, dikarenakan penelitian sudah mencapai titik jenuh.

Kriteria informan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Informan merupakan Dokter Spesialis yang bertugas di RSUP H Adam Malik, Dokter Spesialis diambil hanya 2 (dua) orang saja pada ruang Instalasi Rawat Inap Terpadu.
2. Informan merupakan 2 (dua) orang perawat yang bertugas dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik pada ruang Instalasi Rawat Inap Terpadu.
3. Informan merupakan 2 (dua) orang pasien yang di rawat pada instalasi rawat inap terpadu. Pasien yang dijadikan informan dalam penelitian ini adalah pasien yang berusia ± 30 tahun keatas.

Tabel 3.1 Data Informan

No	Nama Informan	Profesi	Usia
1.	Dr. Stefanie Tarigan, Sp.JP	Dokter Spesialis Jantung	36 Tahun
2.	Dr. Citra, Sp.PD	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	38 Tahun
3.	Teti Hariani	Perawat di RSUP H Adam Malik Medan	40 Tahun
4.	Riani Bukit	Perawat di RSUP H Adam Malik Medan	43 Tahun
5.	Jhonny Marihot Manalu	Pasien Jantung rawat inap jantung terpadu	30 Tahun

6.	Marlina br Bangun	Pasien penyakit diabetes rawat inap terpadu rindu B	52 Tahun
----	-------------------	--	----------

(Sumber: Peneliti, 2019)

3.4. Teknik Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini berupa data primer dan sekunder. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah melalui penelitian lapangan (*Field research*) yaitu dengan menggunakan :

1. Wawancara

Wawancara adalah percakapan dengan maksud tertentu. Percakapan itu dilakukan oleh dua pihak, yaitu pihak pewawancara (interviewer) yang mengajukan pertanyaan dan terwawancara (interviewee) yang memberikan jawaban atas pertanyaan itu (Moleong, 2008: 186).

Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini adalah wawancara mendalam (indepth interview) yang tetap menggunakan pedoman wawancara, namun penggunaannya tidak seketat wawancara terstruktur. Penelitian ini menggunakan pedoman wawancara yang bersifat umum yaitu pedoman wawancara yang mencantumkan isu-isu yang diliput tanpa menentukan urutan pertanyaan. Pedoman wawancara digunakan untuk mengingatkan peneliti mengenai aspek-aspek yang harus dibahas sekaligus menjadi daftar pengecek (checklist) apakah aspek-aspek yang relevan dengan fokus penelitian tersebut telah dibahas atau dinyatakan.

Aspek yang ingin diungkap peneliti melalui wawancara mendalam pada penelitian ini adalah hal-hal yang berkaitan dengan pemahaman dokter dan

paramedis atau perawat tentang komunikasi terapeutik, tujuan dan manfaat komunikasi terapeutik, pemahaman komunikasi terapeutik, prinsip-prinsip komunikasi terapeutik dan proses komunikasi terapeutik pada setiap fase atau tahapan, serta mengenai kepuasan pasien rawat inap terhadap pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan

2. Observasi

Observasi menurut Sugiyono (2012: 203) merupakan suatu proses yang kompleks, suatu proses yang tersusun dari berbagai proses biologis dan psikologis. Observasi digunakan bila penelitian berkenaan dengan perilaku manusia, proses kerja, gejala-gejala alam dan bila responden yang diamati tidak terlalu besar. Dari segi pelaksanaan pengumpulan data, observasi dapat dibedakan menjadi observasi partisipan (*participant observation*) dan observasi non partisipan (*non participant observation*).

Observasi ini, peneliti tidak terlibat aktif dan hanya sebagai pengamat independen. Peneliti pada tesis ini menggunakan observasi nonpartisipan (*nonparticipant observation*) Peneliti melakukan pengamatan terhadap perilaku subjek dan informan penelitian. Data-data yang diamati adalah tentang perilaku dokter dan paramedis dalam melakukan komunikasi terapeutik dan pengamatan terhadap perilaku pasien rawat inap selaku penerima pelayanan komunikasi terapeutik di RSUP H Adam Malik Medan.

3. Studi Dokumentasi

Menurut Sugiyono (2012: 240) dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar atau karya-karya

monumental dari seseorang atau lembaga yang diteliti. Dokumen yang berbentuk tulisan misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (*life histories*), ceritera, biografi, peraturan, kebijakan, dan sebagainya. Dokumen yang berbentuk gambar misalnya foto, gambar hidup, sketsa, dan lain-lain. Dokumen yan berbentuk karya misalnya, karya seni yang dapat berupa gambar, patung, film, dan lain-lain. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode wawancara dan observasi dalam penelitian kualitatif.

Dokumentasi dalam penelitian ini adalah seluruh data pendukung baik catatan, foto, dan lain-lain yang bermanfaat untuk menjelaskan secara lebih lengkap tentang objek dan subjek yang diteliti seperti : keberadaan dan profil rumah sakit, keberadaan dokter dan paramedis atau perawat selaku pelaksana pelayanan komunikasi terapeutik, hingga keberadaan pasien selaku penerima layanan komunikasi tersebut di RSUP H Adam Malik Medan.

3.5. Teknik Analisis Data

Penelitian ini, analisis data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah, karena dalam analisis data tersebut dapat diberi arti dan makna yang berguna untuk memecahkan masalah penelitian (Bungin, 2007: 131). Di dalam melaksanakan teknik analisis data, peneliti menelaah semua sumber data yang tersedia, yang bersumber dari hasil wawancara mendalam dengan subjek atau informan penelitian seperti : dokter, paramedis atau perawat dan pasien di rumah sakit yang dipilih sebagai informan atau narasumber di lokasi penelitian.

Secara lengkap teknik analisis data yang digunakan di dalam penelitian ini meliputi langkah-langkah reduksi, penyajian data, kesimpulan/verifikasi. Teknik analisis data yang digunakan di dalam penelitian ini adalah model analisis interaktif (*interactive models of analysis*) seperti yang dikemukakan oleh Miles dan Huberman. Penelitian ini bergerak di antara tiga komponen yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan/verifikasi, di mana aktivitas ketiga komponen tersebut bukanlah linear namun lebih merupakan siklus dalam struktur kerja interaktif (Sutopo, 2002: 96).

Teknik analisis data menurut Miles dan Huberman dalam Sutopo (2002: 96), adalah sebagai berikut :

1. Reduksi Data (*Data Reduction*)

Merupakan proses seleksi, pemfokusan, penyederhanaan, dan abstraksi data (kasar) yang ada dalam *fieldnote*. Proses ini berlangsung terus sepanjang pelaksanaan riset yang dimulai dari bahan *reduction* yang sudah dimulai sejak peneliti mengambil keputusan untuk melakukan penelitian tentang komunikasi terapeutik dokter dan paramedis terhadap kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan. *Data reduction* bagian dari analisis yang mempertegas, memperpendek, membuat fokus, membuang hal yang tidak penting, dan mengatur data sedemikian rupa, sehingga kesimpulan akhir dapat dilakukan.

2. Penyajian Data (*Data Display*)

Merupakan suatu rakitan organisasi informasi yang memungkinkan kesimpulan riset untuk dilakukan. Dengan melihat suatu penyajian data,

peneliti akan mengerti apa yang terjadi dan memungkinkan untuk mengerjakan sesuatu pada analisis ataupun tindakan lain berdasarkan pengertian tersebut. *Display* meliputi berbagai jenis matriks, gambar atau skema, jaringan kerja keterkaitan pekerjaan, dan tabel. Kesemuanya dirancang guna merakit informasi supaya teratur supaya mudah dilihat dan dimengerti.

3. Penarikan Kesimpulan (*Conclusion Drawing*)

Pada awal pengumpulan data, peneliti sudah harus memulai, mengerti apa arti dari hal-hal yang ditemui dengan melakukan pencatatan peraturan-peraturan, pola-pola, pernyataan-pernyataan, dan proposisi-proposisi. Kesimpulan akhir tidak akan terjadi sampai proses pengumpulan data terakhir.

3.6. Teknik Keabsahan Data

Penelitian kualitatif harus mengungkap kebenaran yang objektif, karena itu keabsahan data dalam sebuah penelitian kualitatif sangat penting. Melalui keabsahan data, kredibilitas (kepercayaan) pada suatu penelitian kualitatif dapat tercapai. Di dalam penelitian ini untuk mendapatkan keabsahan data dilakukan dengan triangulasi. Adapun triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain di luar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data itu (Moleong, 2016: 330).

Patton dalam Moleong triangulasi dengan sumber berarti membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam penelitian kualitatif.

Triangulasi yang dilakukan pada penelitian ini adalah dengan membandingkan antara sumber data penelitian, teori yang digunakan dengan metode penelitian yang dipilih. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data, untuk itu perlu diadakan pengecekan ulang terhadap sumber data, teori dan metode dengan cara :

1. Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara.
2. Membandingkan apa yang dikatakan orang di depan umum dengan apa yang dikatakan secara pribadi.
3. Membandingkan apa yang dikatakan orang-orang tentang situasi penelitian dengan apa yang dikatakannya sepanjang waktu.
4. Membandingkan keadaan dan perspektif seseorang dengan berbagai pendapat dan pandangan masyarakat dari berbagai status sosial.
5. Membandingkan hasil wawancara dengan isi suatu dokumen yang berkaitan.
6. Peneliti menemukan kasus-kasus yang bertentangan dengan informasi yang telah dikumpulkan. Melalui analisis kasus negatif, peneliti menelusuri lebih dalam untuk mendapat data yang sebenarnya.
7. Pemeriksaan teman sejawat melalui diskusi
8. Pengecekan data melalui diskusi dengan teman sejawat melalui ekspos hasil penelitian kepada dosen pembimbing, dosen penguji dan rekan-rekan mahasiswa untuk menemukan pengecekan keabsahan data penelitian sehingga data yang dikategorikan dapat diakui kemurniannya.
9. Member cek. Pengecekan data yang diperoleh peneliti dari narasumber. Adapun pengecekan data meliputi kategori analisis, penafsiran dan kesimpulan.

Penelitian kualitatif menghadapi persoalan mengenai pengujian keabsahan data. Banyak hasil penelitian kualitatif diragukan kebenarannya karena beberapa hal : (1) subjektivitas peneliti merupakan hal yang dominan dalam penelitian kualitatif; (2) alat penelitian yang diandalkan adalah wawancara dan observasi (apapun bentuknya) mengandung banyak kelemahan ketika dilakukan secara terbuka dan apalagi tanpa control (dalam observasi partisipasi); (3) sumber data kualitatif yang kurang credible akan mempengaruhi hasil akurasi penelitian (Bungin, 2007: 253).

Moleong dalam Iskandar (2009: 152) untuk menetapkan keabsahan data (trustworthiness) diperlukan teknik pemeriksaan melalui objektivitas (confirmability) dan kesahihan internal (credibility). Objektivitas bermakna sebagai proses kerja yang dilakukan untuk mencapai kondisi objektif jika memenuhi syarat :

1. Desain penelitian dibuat secara baik dan benar.
2. Fokus penelitian tepat.
3. Kajian literatur yang tepat.
4. Instrumen dan cara pendataan yang akurat.
5. Teknik pengumpulan data yang sesuai dengan fokus permasalahan penelitian.
6. Analisis data dilakukan dengan benar.
7. Hasil penelitian bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Penjaminan keabsahan data melalui kesahihan internal menurut Iskandar dapat ditempuh dengan beberapa kriteria yaitu :

1. Perpanjangan keikutsertaan penelitian di lapangan

Peneliti tinggal di lapangan penelitian sampai kejenuhan pengumpulan data tercapai, dengan semakin lamanya peneliti ikut serta di lapangan akan memungkinkan peningkatan derajat kepercayaan data dikumpulkan.

2. Meningkatkan ketekunan pengamatan

Dalam penelitian ini, ketekunan pengamatan peneliti sangat diperlukan untuk menemukan ciri-ciri fenomena atau gejala sosial dalam situasi yang relevan, sehingga peneliti dapat memusatkan perhatian secara rinci dan mendalam. Ketekunan pengamatan oleh peneliti dalam penelitian ini akan membantu kedalaman informasi terhadap fenomena atau peristiwa yang menonjol sesuai dengan permasalahan.

3.7. Lokasi dan Waktu Penelitian

a. Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di RSUP H Adam Malik Medan yang berlokasi di Jalan Bunga Lau No. 17, Kelurahan Kemenangan, Kecamatan Medan Tuntungan.

b. Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan selama bulan Maret 2019 hingga Juli 2019

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil Penelitian

4.1.1. Profil Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan

RSUP H Adam Malik Medan adalah Rumah Sakit Umum milik pemerintah pusat yang secara teknis berada di bawah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. RSUP H Adam Malik berlokasi di Jalan Bunga Lau No. 17 Medan Tuntungan dan sebagai Rumah Sakit Pendidikan Sesuai dengan SK Menteri Kesehatan No: 502/Menkes/SK/IX/1991, tanggal 6 September 1991. RSUP H Adam Malik pada tanggal 11 Januari 1993 secara resmi menjadi pusat Pendidikan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara dan diresmikan oleh Bapak Presiden RI tepatnya pada tanggal 21 Juli 1993.

Berdasarkan SK Menkes RI No.HK.00.06.3.5.5317 tanggal 31 Oktober 2006 RSUP H Adam Malik telah terakreditasi untuk 16 pelayanan. Pada bulan Juni 2007 RSUP H Adam Malik telah berubah status menjadi Badan Layanan Umum (BLU) bertahap berdasarkan Surat Keputusan Menteri Keuangan No.280/KMK.05/2007 dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan dengan No.756/Menkes/SK/VI/2007. Perubahan status RSUP H Adam Malik menjadi BLU ini dilakukan secara bertahap dengan tetap mengikuti pengarahannya yang diberikan oleh Direktorat Jenderal Pelayanan Medik dan Departemen Keuangan untuk perubahan status menjadi Badan Layanan Umum (BLU) penuh.

Pada tanggal 10 Juni 2009 status RSUP H Adam Malik telah resmi menjadi Instansi Pemerintah yang menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU) penuh sesuai dengan keputusan Menteri Keuangan No.214/KMK.05/2009. Pada tahun 2010 RSUP H Adam Malik kembali terakreditasi untuk 16 pelayanan periode Juli 2010 sampai dengan Juli 2013 sesuai dengan SK Menkes RI N0.YM.01.10/III/3696/2010 tanggal 20 Juli 2010.

Pada tanggal 12 November 2013 peresmian/soft opening gedung baru IGD RSUP H Adam Malik Medan dan pada tanggal 2 Desember 2013 diresmikan gedung Cardiac Centre RSUP H Adam Malik.

Pada tahun 2015 Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menetapkan RSUP H Adam Malik Medan berhasil meraih Akreditasi Tingkat Paripurna berdasarkan Surat Keputusan Komisi Akreditasi Rumah Sakit: KARS-SERT/138/IX/2015 tanggal 23 Juni 2015.

1. Visi

Menjadi rumah sakit pendidikan dan pusat rujukan nasional yang terbaik dan bermutu di Indonesia pada tahun 2019. Visi diwujudkan melalui MISI RSUP H Adam Malik yaitu:

- Melaksanakan pelayanan Pendidikan, Pelatihan dan Penelitian di bidang Kesehatan yang Paripurna, Bermutu dan Terjangkau.
- Melaksanakan Pengembangan Kompetensi SDM yang berkesinambungan.
- Mengampu Rumah Sakit jejaring dan Rumah Sakit di wilayah Sumatera.

2. Motto

Motto RSUP H Adam Malik: mengutamakan Keselamatan Pasien dengan Pelayanan “PATEN”: Pelayanan Cepat, Akurat, Terjangkau, Efisien, Nyaman.

3. Nilai-nilai

- Pasien merupakan anggota masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan maka pelayanan medis harus diberikan dengan cara benar dan tanpa membedakan golongan, agama, suku dan kemampuan sesuai dengan azas keadilan sosial.
- Memegang teguh dan menjunjung tinggi nilai-nilai etika profesi dan norma-norma religius.
- Seluruh keputusan dan tindakan akan diambil sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku melalui suatu musyawarah serta dapat dipertanggungjawabkan.
- Pelayanan yang diberikan secara utuh, terpadu dan paripurna.

4. Budaya

Budaya kerja RSUP H Adam Malik adalah wujudkan dan kembangkan pikiran, ucapan dan tindakan untuk membangun budaya kerja berlandaskan pada tiga sendi, yaitu:

- Profesionalisme. Bekerja secara cermat, tertib, disiplin dan semangat yang tinggi. Dengan kemampuan optimal melakukan tugas dengan pengetahuan dan keterampilan terkini. Dengan perhitungan tepat cepat dan matang serta berani mengambil resiko.

- Integritas: Berlandaskan iman dan taqwa. Jujur, ikhlas, setia, tegar dan bertanggungjawab. Berdasarkan pengabdian dan rela berkorban. Lapang hati dan bijaksana.
- Kerjasama. Memupuk saling pengertian dengan sesama pegawai. Menghormati dan menghargai pendapat pegawai yang lain. Menghayati diri sebagai bahagian dari sistem dan kesatuan organisasi

4.1.2. Sumber Daya Manusia

Tabel 4.1 Sumber Daya Manusia

NO	JENIS KETENAGAAN	JUMLAH	KEMKES	KEMENRISTEK DIKTI	BLU	TENAGA KONTRAK
I. MEDIS						
1.	Dokter Umum	39	32		7	
2.	Dokter gigi	19	19			
3.	Dokter Spesialis	404	132	270	2	
4.	Dokter Gigi Spesialis	7	3	4		
II. PERAWAT DAN BIDAN						
1.	Perawat	830	651		127	52
2.	Bidan	57	47		10	
III. TENAGA PENUNJANG MEDIS						
1.	Kefarmasian	93	65		10	18
2.	Radiologi	41	28		6	7
3.	Analisis Kesehatan/Pranata Laboratorium Kesehatan	85	66		14	5
4.	Tenaga Keterampilan Fisik	33	32		1	
5.	Gizi	124	57			67
6.	Rekam Medik	78	32		26	20
7.	Kesehatan Masyarakat	6	6			

8.	Psikolog	3	3			
9.	Pemulasara Jenazah	7	5			2
10.	Tenaga Keteknisian Medik	25	24			1
IV. TENAGA NON MEDIS						
1.	Manajerial	41	41			
2.	Administrasi	350	192			158
3.	Peneliti	1	1			
4.	Pemeliharaan Sarana Prasarana	23	7			16
5.	Laundry	22	10			12
6.	Kesling	17	11		6	
7.	Satpam	71				71
V.	OUTSOURCING CLEANING SERVICE	362				
VI.	MAHASISWA KEDOKTERAN	975				
VII	RESIDEN	970				
TOTAL		4683	1464	274	209	429

(Sumber: Profil RSUP H Adam Malik, 2017)

4.1.3. Prinsip Komunikasi Terapeutik

Peneliti memaparkan hasil- hasil yang sudah ditemukan di lapangan, baik data yang telah didapatkan melalui wawancara dengan dokter spesialis, perawat dan pasien pada pelayanan kesehatan dan juga data yang diperoleh dari penelitian di RSUP H Adam Malik Medan.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dan pendekatan deskriptif. Pada penelitian kualitatif peneliti dituntut dapat menggali data berdasarkan yang diucapkan, dirasakan, dan dilakukan oleh sumber data. Pada penelitian kualitatif peneliti bukan sebagaimana seharusnya apa yang dipikirkan oleh peneliti tetapi

berdasarkan sebagaimana adanya yang terjadi di lapangan, yang dialami, dirasakan, dan dipikirkan oleh sumber data. Dengan melakukan penelitian melalui pendekatan deskriptif maka peneliti harus memaparkan, menjelaskan, menggambarkan data yang telah diperoleh oleh peneliti melalui wawancara mendalam yang dilakukan dengan para informan.

Kegiatan wawancara dilakukan pada hari Senin, 13 Mei 2019 pukul 10.00 hingga pukul 15.30 di RSUP H Adam Malik Medan. Peneliti melakukan wawancara di beberapa lantai dengan kebijakan yang telah ditentukan kepala instalasi RSUP H Adam Malik.

Komunikasi dalam profesi keperawatan oleh dokter dan perawat sangatlah penting, sebab tanpa komunikasi pelayanan keperawatan sulit untuk diaplikasikan. Dalam proses asuhan keperawatan atau pelayanan kesehatan, komunikasi ditujukan untuk mengubah perilaku pasien guna mencapai tingkat kesehatan yang optimal sebagaimana yang disampaikan oleh Dokter Stefanie Tarigan sebagai berikut:

“Komunikasi Terapeutik menurut saya adalah komunikasi yang bersifat memberi pelayanan kepada pasien, agar pasien merasa percaya diri dan nyaman di dalam proses penyembuhan penyakitnya.”

Hubungan terapeutik antara dokter dan pasien membentuk dasar bagi asuhan kesehatan di seluruh spektrum kondisi medis pasien; sehat, sakit dan pemulihan. Pernyataan di atas dikuatkan dengan pendapat Dokter Citra:

“Komunikasi terapeutik merupakan batu pertama hubungan dokter dan perawat terhadap pasien. Fokus komunikasi terapeutik adalah kebutuhan pasien. Seorang dokter dan perawat yang profesional harus mempertimbangkan beberapa faktor pada pasien termasuk kondisi fisik,

keadaan emosional, latar belakang budaya, sosial, bahasa, kesiapan berkomunikasi dan cara berhubungan dengan orang lain.”

Memahami komunikasi terapeutik sangat penting bagi perawat guna menciptakan komunikasi yang efektif dalam menyampaikan informasi yang akan diterima pasien. Seperti pernyataan perawat Teti Hariani:

“Komunikasi terapeutik adalah alat bertukar informasi antara perawat dan pasien yang dilakukan secara sadar untuk ketenangan dalam pelayanan kesehatan pada pasien.”

Hasil wawancara dengan dokter dan perawat di instalasi rawat inap terpadu RSUP H Adam Malik Medan, menunjukkan pemahaman yang cukup baik terhadap pengertian komunikasi terapeutik. Komunikasi dalam profesi keperawatan oleh dokter dan perawat sangatlah penting, sebab tanpa komunikasi pelayanan kesehatan sulit untuk diaplikasikan. Dalam proses asuhan keperawatan atau pelayanan kesehatan, maka pentingnya penerapan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik ditujukan untuk mengubah perilaku pasien guna mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

Komunikasi merupakan proses yang sangat khusus dan berarti dalam hubungan antarmanusia. Bagi profesi dokter dan paramedis atau perawat komunikasi menjadi lebih bermakna karena merupakan metoda utama dalam mengimplentasikan proses keperawatan. Sebagaimana pernyataan dokter Citra pada prinsip komunikasi terapeutik di RSUP H Adam Malik Medan:

“Prinsip dasar yang dilakukan pada komunikasi terapeutik di RSUP H Adam Malik Medan adalah terstruktur dan direncanakan, mengikuti status medis (*medical report*) dari kondisi penyakit pasien.”

Dokter dan perawat memerlukan kemampuan khusus dan kepedulian sosial yang mencakup keterampilan intelektual, keterampilan teknis, dan keterampilan secara interpersonal yang tercermin dalam perilaku ‘caring’ atau kasih sayang ketika berkomunikasi dengan orang lain atau pasien serta ketulusan dalam memberikan pelayanan. Dikuatkan oleh pernyataan perawat Teti Hariani:

“Prinsip dasar komunikasi terapeutik menurut saya adalah hangat, tulus dan manusiawi dalam memberi pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan terhadap pasien.”

Prinsip komunikasi terapeutik adalah hubungan antara dokter, paramedis atau perawat terhadap pasien yang saling menguntungkan. Didasarkan pada prinsip “humanity of nurse and clients” di dalamnya terdapat hubungan saling mempengaruhi baik pikiran, perasaan dan tingkah laku. Prinsip komunikasi terapeutik meliputi, yaitu: sikap terbuka dokter dan perawat kepada pasien, saling percaya antara dokter dan perawat dengan pasien, dukungan penuh empati dari lingkungan pasien, ketersediaan sarana dan prasarana pendukung (Suryani, 2005: 45-50). Pernyataan tentang keterbukaan ini, dikuatkan oleh perawat Teti Hariani yang berpendapat sebagai berikut :

“Proses komunikasi terapeutik dapat berjalan baik bila pasien dan perawat saling membuka diri (openess) dengan saling sapa antara perawat dan pasien oleh karena itu perawat harus mampu mengajak pasien untuk berkomunikasi dengan mengawali dengan pertanyaan ringan berkaitan dengan diri pasien, ketika pada pertemuan awal setelah memperkenalkan diri. Misalnya : “Apa keluhan penyakitnya Pak atau Bu”? atau pertanyaan seperti “Berapa usianya Pak atau Bu”?.”

Sikap saling percaya antara dokter dan perawat kepada pasien. Pasien memperlihatkan sikap saling percaya dengan mempercayakan sepenuhnya

perawatan kepada dokter dan perawat pada proses penyembuhan dalam pelayanan kesehatan. Komunikasi interpersonal akan lebih efektif bila adanya saling percaya antara dokter dan pasien. Sebagaimana pendapat perawat Riani Bukit:

“Harus terjalin hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, agar komunikasi dapat terjalin dengan baik dan efektif. Menjadi perawat harus punya sifat positif, dan tidak boleh berburuk sangka kepada orang lain, bagaimana bisa berkomunikasi dengan baik dengan pasien kalau di dalam hati dan pikiran ada perasaan tidak enak pada orang lain.”

Dukungan penuh empati mampu memahami motivasi dan pengalaman orang lain, perasaan dan sikap mereka, serta harapan dan keinginan mereka untuk masa mendatang sehingga dapat mengkomunikasikan empati, baik secara verbal maupun nonverbal. Berkaitan dengan empati dokter Stefanie Tarigan memiliki pendapat seperti dibawah ini :

“Orang-orang yang datang ke rumah sakit untuk berobat atau memerlukan perawatan medis adalah orang-orang yang berada dalam situasi psikologis yang cemas dan panik, apalagi bagi pasien rawat inap. Mereka diliputi rasa panik dan cemas. Panik karena harus berpisah dari anggota keluarga yang lain, panik karena menderita suatu penyakit, panik karena kemampuan keuangan, dan lain-lain. Dokter dan perawat harus memahami situasi psikologis seperti itu, sehingga bila ada perilaku penolakan dari pasien, dokter dan perawat dapat memakluminya.”

Sarana dan prasarana pendukung di rumah sakit dapat memberikan kenyamanan pada pasien pada proses penyembuhan dalam pelayanan kesehatan. Seperti pernyataan pasien Jhonny Marihot:

“Saya puas dengan sarana dan prasarana rumah sakit yang cukup baik dan membuat saya nyaman ketika mendapatkan perawatan di rumah sakit ini.”

Komunikasi terapeutik berbeda dengan komunikasi sosial yang terjadi sehari-hari. Komunikasi terapeutik ditandai dengan terjadinya komunikasi antara dokter, perawat dan pasien, sifat komunikasi lebih akrab karena bermanfaat kepada pasien yang membutuhkan bantuan, serta direncanakan dalam pelayanan kesehatan untuk mempercepat proses penyembuhan pada pasien. Dokter Stefanie Tarigan memberikan pendapat :

“Hubungan interpersonal dalam komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter, perawat dan pasien bermanfaat untuk mengekspresikan kebutuhan, memecahkan masalah dan meningkatkan kemampuan dokter dan perawat dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit.”

Pernyataan senada juga dikuatkan oleh pendapat Dokter Citra yang ketika diwawancarai menyatakan bahwa :

“Hubungan interpersonal mempengaruhi dalam komunikasi terapeutik serta dapat memberikan manfaat, seperti :

1. Membantu pasien dalam mengendalikan emosi sehingga dapat membantu mempercepat penyembuhan dari upaya medis.
2. Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran akibat mengetahui penyakit yang dideritanya.
3. Membantu mengurangi keraguan juga dalam mengambil tindakan efektif dalam upaya medis.
4. Menciptakan komunikasi terapeutik yang dapat memberikan pelayanan prima (service excelent) sehingga kepuasan dan kesembuhan pasien dapat tercapai.
5. Menciptakan komunikasi yang menghasilkan kepuasan semua pihak yang terlibat yaitu dokter, perawat dan pasien.”

Hasil observasi yang dilakukan peneliti menunjukkan bahwa sebagian dokter dan perawat mampu memberikan rasa saling terbuka dan saling percaya serta empati dengan memahami situasi psikologis pasien dan menjalin komunikasi

yang efektif bahwa pasien akan di rawat sebaik-baiknya oleh dokter dan perawat dengan sarana prasarana yang memadai .

4.1.4. Proses Tahapan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi merupakan kata universal dengan banyak arti. Banyak definisi menjelaskannya sebagai transfer informasi antara sumber dan penerima. Dalam keperawatan medis komunikasi adalah berbagi informasi terkait kesehatan antara pasien dengan dokter dan perawat, dengan persiapan sebagai sumber dan penerima informasi. Komunikasi kesehatan atau yang dikenal dengan komunikasi terapeutik terjadi dalam banyak cara dan dapat bersifat verbal atau nonverbal, tertulis atau lisan, pribadi atau umum, spesifik untuk suatu isu, atau bahkan berorientasi pada hubungan. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi interpersonal yang merupakan proses yang berkesinambungan dan dinamis, dokter, perawat dan pasien mengembangkan hubungan tidak hanya untuk berbagi informasi tetapi juga membantu pertumbuhan dan penyembuhan.

Terciptanya hubungan dokter, perawat dan pasien merupakan komitmen sadar dari dokter dan perawat untuk mengasuh seorang pasien. Hal ini juga melambangkan persetujuan antara dokter, perawat dan pasien untuk bekerja sama demi kebaikan pasien. Sekalipun perawat menerima tanggung jawab utama dalam menyusun struktur dan tujuan dari hubungan ini, perawat menggunakan pendekatan terpusat pada pasien untuk mengembangkan hubungan ini. Perawat menghargai keunikan setiap pasien dan berusaha keras untuk memahami respons pasien terhadap perubahan kesehatannya. Dokter dan perawat menciptakan

hubungan dengan pasien dengan mengintegrasikan konsep rasa hormat, empati, kepercayaan, kesungguhan dan kerahasiaan di dalam interaksi mereka.

Hubungan terapeutik dokter dan paramedis atau perawat dengan pasien adalah hubungan kerjasama yang ditandai dengan tukar menukar perilaku, perasaan, pikiran, dan pengalaman dalam membina hubungan intim yang terapeutik (Mundakir dalam Andriyani dkk, 2018: 33). Proses berhubungan dokter dan paramedis/perawat dengan pasien dapat dibagi dalam empat fase, yaitu fase pra interaksi, fase pengenalan atau orientasi, fase kerja, dan fase terminasi.

Pada proses komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter dan paramedis atau perawat terhadap pasien rawat inap terpadu RSUP H Adam Malik Medan ini dianalisis berdasarkan 4 (empat) tahapan atau fase menurut Mundakir, yaitu:

1. Proses Komunikasi Terapeutik pada Fase Pra interaksi adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan pasien. Dokter dan perawat harus mempersiapkan secara mental diri mereka dan membentuk situasi dalam menyambut pasien. Hal ini termasuk juga persiapan alat-alat dan ruangan yang bersih untuk digunakan dalam sebuah perawatan. Seperti pendapat Dokter Stefanie Tarigan:

“Tujuan dari yang dilakukan dokter untuk memberikan kenyamanan kepada pasien selama masa perawatan terjadi. Agar efisien saya berharap suasana yang dibentuk dapat menimbulkan kepercayaan sehingga terjalin hubungan baik antara dokter dan pasien semata-mata untuk proses berikutnya yaitu diagnosa.”

Dokter dan perawat harus membentuk citra pada sesi sebelum pertemuan dengan pasien langsung dari visual dan non visual. Dalam hal ini selain

komunikasi secara verbal, komunikasi non verbal juga menjadi salah satu informasi yang di dapatkan peneliti. Komunikasi non verbal dalam hal ini adalah cara dokter dan perawat dalam menyambut pasien. Salah satu komunikasi non verbal yang dilakukan dokter dan perawat dalam tahapan ini adalah menyambut pasien dengan senyuman dan menampilkan gestur yang ramah dan tulus. Seperti yang disampaikan perawat Teti Hariani:

“Dengan bersikap memberikan senyuman dan bersikap ramah terhadap pasien kita terlihat mengenal pasien sehingga pasien tidak merasa canggung dan takut. Muncullah kepercayaan dalam melakukan komunikasi 2 (dua) arah yang terjadi dengan efisien, sehingga tercapai kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan.”

Beberapa hal yang harus diperhatikan dokter dan paramedis sebelum memulai interaksi komunikasi terapeutik kepada pasien, adalah:

Dokter dan perawat harus melakukan persiapan secara mental diri mereka dan membentuk situasi dalam menyambut pasien. Hal ini termasuk juga persiapan alat-alat dan ruangan yang bersih untuk digunakan dalam sebuah perawatan. Untuk ke empat informan telah melakukan hal ini. Tujuan dari yang mereka lakukan selain agar efisien mereka berharap suasana yang dibentuk dapat menimbulkan kepercayaan sehingga terjalin hubungan baik antara keduanya yang semata-mata demi proses berikutnya yaitu diagnosa.

Dokter dan perawat harus membentuk citra pada sesi sebelum pertemuan dengan pasien langsung dari visual dan non visual. Dalam hal ini selain komunikasi secara verbal, komunikasi non verbal juga menjadi salah satu informasi yang didapatkan oleh peneliti. Komunikasi non verbal dalam hal ini adalah cara dokter

dan paramedis menyambut pasien. Salah satu contoh komunikasi non verbal yang dilakukan dokter dan paramedis kepada fase ini adalah menyambut pasien dengan senyuman. Selain bertujuan agar muncul kepercayaan agar mempermudah komunikasi 2 (dua) arah terjadi dengan lancar, sisi marketing menjadi target strateginya dengan harapan kepuasan pasien datang kembali ataupun menghasikan rekomendasi yang baik ke sisi luar.

Hasil observasi yang dilakukan peneliti bahwa proses pra interaksi dokter dan perawat sebelum bertemu pasien membentuk sikap ramah dengan memberikan senyum yang tulus sebelum bertanya tentang identitas dan keluhan penyakit pasien. Untuk ke empat informan mereka telah melakukan hal ini. Tujuan dari yang mereka lakukan selain agar efisien mereka berharap suasana yang dibentuk dapat menimbulkan kepercayaan sehingga terjalin hubungan baik antara keduanya yang semata-mata demi proses berikutnya yaitu diagnosa.

2. Proses Komunikasi Terapeutik Pada Fase Orientasi (Orientation)

memulai hubungan awal dengan dokter, perawat dan pasien memerlukan keterampilan komunikasi yang unik. Setiap hari manusia berkomunikasi dengan orang-orang di sekitarnya dengan mendengarkan, berbicara, berbagi, tertawa, menenangkan dan memperhatikan. Dokter dan paramedis menggunakan komponen komunikasi dasar ini untuk menciptakan hubungan yang bertujuan membantu kesembuhan pasien. Tugas perawat pada fase orientasi sebagaimana disampaikan oleh perawat Teti Hariani dalam tahapan ini antara lain adalah :

- “a. Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan melalui komunikasi terbuka.
- b. Merumuskan kontrak (waktu, tempat pertemuan, dan topik pembicaraan) bersama-sama dengan pasien dan menjelaskan atau mengklarifikasi kembali kontrak atau perjanjian yang telah disepakati bersama.
- c. Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah pasien yang umumnya dilakukan dengan menggunakan teknik komunikasi pertanyaan terbuka, dan
- d. Merumuskan tujuan interaksi dengan pasien.”

Sebagaimana menurut teori komunikasi terapeutik menurut Mundakir, hubungan paramedis dan pasien pada fase orientasi sangat menentukan suasana bagi hubungan interpersonal yang baik dengan menyambut pasien dengan cara yang benar, seperti yang diperagakan pada saat wawancara dengan perawat Riani Bukit, yaitu :

“Selamat siang, ibu, saya Riani Bukit perawat di di ruang rawat inap terpadu apa yang bisa kami bantu, bu? “Silahkan duduk, ibu, siapa yang mau berobat, bu?” “Kita isi formulir pasiennya dulu ya bu”. “Sebelumnya apa ibu sudah pernah berobat disini?”“Saya bantu mencatat data identitas ibu terlebih dahulu, dan kemudian keluhan yang ibu rasakan, ya bu”.”

Perawat pada fase orientasi memperkenalkan dirinya dengan menyebutkan nama dan status profesionalnya. Nada dan kehangatan kata-kata dapat mendukung keterhubungan antara perawat dan pasien. Jabat tangan seringkali merupakan komponen yang sesuai dengan perkenalan, tetapi hal ini bervariasi tergantung situasi dan budaya yang menjadi latar belakang pasien. Sebagaimana yang disampaikan oleh dokter Stefanie yaitu :

“Biasanya saya akan melakukan komunikasi dua arah, karena bagi saya komunikasi tersebut adalah komunikasi paling efektif untuk mendapatkan

keluhan pasien dengan lengkap, untuk mengetahui diagnosa dan perawatan yang akan saya berikan.”

Pengumpulan data terjadi pada fase ini, pengumpulan data untuk penilaian keperawatan memerlukan partisipasi aktif dari pasien mengenai status kesehatan dan fungsi tubuh yang mengalami gangguan. Dokter dan perawat perlu memiliki pikiran yang terbuka untuk bisa memahami persepsi pasien terhadap masalah tersebut dan kebutuhan akan pengobatan. Tindakan menggali informasi secara lengkap dan bersikap lembut serta ramah kepada pasien dapat mencegah kekecewaan pasien apabila kondisi selama dan pada akhir hubungan perawatan tidak sesuai dengan harapan pasien.

Kondisi pelaksanaan komunikasi pada fase orientasi antara lain dapat diketahui dari pendapat pasien yaitu Jhonny Marihot Manalu yang mengatakan sebagai berikut :

“Waktu datang ke rumah sakit perawat ada menanyakan nama, alamat, keluhan penyakit, pekerjaan dan identitas saya, namun saya lupa nama perawat yang menerima saya waktu itu dan ingat saya tidak ada berjabat tangan, walaupun diterima dengan baik.”

Pendapat tentang pelayanan kesehatan dalam komunikasi terapeutik pada fase orientasi tahap awal ini juga diberikan oleh Ibu Marlina br Bangun yang mengatakan sebagai berikut :

“Saya disambut dengan ramah oleh perawat, mereka menanyakan nama, identitas saya dan mencatat keluhan yang saya alami, sebelumnya saya juga berobat di rumah sakit ini, setelah perawat menyampaikan informasi dan kondisi yang saya alami, dokter menyuruh perawat untuk melakukan pemasangan alat infus glukosa, karena pada saat itu gula saya drop.”

Hasil observasi peneliti, yang dilakukan oleh dokter dan perawat pada fase orientasi ini adalah mula-mula mereka memanggil pasien dengan nama formalnya, namun setelah berkenalan, perawat akan menyanai nama panggilan yang pasien suka begitu juga dengan dokter yang menanyakan keluhan pasien. Hal sederhana seperti memanggil dengan nama panggilan yang disukai pasien dan bersikap ramah dengan menanyakan keluhan sakitnya dengan lembut ternyata dapat bermanfaat untuk memulai hubungan interpersonal yang baik. Selanjutnya, pencapaian hubungan dapat dimulai dengan membicarakan topik yang relevan secara klinis, seperti isu dan masalah kesehatan atau dapat pula dimulai dengan percakapan sosial yang lebih ringan misalnya cuaca, makanan, gaya hidup dan lain sebagainya. Pasien akan memulai berinteraksi dengan pola yang biasa mereka lakukan, dokter dan perawat akan mengarahkan sekaligus mengikuti komentar pasien untuk menciptakan hubungan dan kepercayaan. Dokter dan perawat membantu berkembangnya kepercayaan dengan bersikap konsisten dalam kata-kata maupun tindakannya. Konsistensi ini menunjukkan kemampuan untuk diandalkan dan kompetensi untuk lebih jauh memahami kondisi kesehatan pasien. Masing-masing dokter dan paramedis atau perawat memiliki gaya komunikasi yang berbeda-beda, ada yang kelihatan hangat dan tulus berbicara, ada yang bertanya sekedarnya, dan masih ada yang ketika berbicara tidak fokus menatap pasien.

- 3. Proses komunikasi terapeutik pada fase kerja (*Working*). Tahap kerja** adalah tahap melakukan identifikasi terhadap penyakit yang diderita pasien.

Kegiatan yang dilakukan adalah ketika dokter, perawat bekerjasama dengan pasien untuk mengidentifikasi masalah dan menyusun tujuan spesifik yang berorientasi pada masalah atau keluhan medis yang dialami pasien.

Seperti yang dilakukan dokter Stefanie Tarigan dengan meyakinkan pasien bahwa perawatan yang diberikannya adalah perawatan terbaik untuk pasien:

“Sebelum saya memberitahukan keputusan atau sesudahnya, biasanya saya menjelaskan tentang penyakit dari pasien itu sendiri, misalnya untuk kasus penyakit jantung reumatik, efek kedepannya bagaimana apabila kelelahan berlebihan akan mengakibatkan rusaknya katup jantung yang disebabkan oleh pembekuan darah pada jantung yang membesar atau pada katup jantung yang rusak, karena cukup banyak pasien dalam beberapa kasus memiliki penyakit yang bisa berbahaya kedepannya apabila tidak diatasi sesegera mungkin dengan banyak alasan yang ujung-ujungnya tidak akan mengatasi permasalahan konsekuensi atau akibat penyakit tersebut.”

Ada 2 (dua) tahap yang dapat dilakukan proses komunikasi terapeutik pada fase kerja (*working*) ini, yakni:

Tahap pertama. Identifikasi dengan mengumpulkan seluruh data yang ada mengenai keluhan medis pasien. Pada tahap identifikasi ini dokter dan perawat dapat membantu pasien mengeksplorasi perasaan mereka mengenai situasi perasaan pasien seperti rasa takut, kecemasan, dan rasa tidak berdaya, dan mengarahkan energi pasien ke arah tindakan.

Identifikasi kekuatan dan sumber-sumber pribadi dapat membantu pasien mengatasi masalah kesehatannya dan secara aktif berpartisipasi dalam asuhan keperawatan dokter dan perawat. Sebagaimana yang dikatakan dokter Citra:

“Saya akan memberitahu pasien penyebab penyakit, kondisi saat ini, dan perawatan yang akan diberikan kepada pasien. Apabila pasien tidak merasa puas terhadap pilihan perawatan yang ditawarkan, saya akan

memberikan pilihan perawatan yang lain serta konsekuensinya. Akan tetapi, tidak semua pasien mengikuti keputusan perawatan yang dibuat, ada banyak alasan mungkin karena dia takut. Jika seperti itu saya tetap menghargai keputusannya dan tetap memberinya motivasi.”

Tahap kedua. Eksploitasi di mana dokter dan perawat membantu pasien untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Kerja aktif dari hubungan ini terjadi pada fase eksploitasi. Intervensi yang sesuai dengan tujuan yang telah direncanakan bersama dilakukan dengan cara penilaian ulang dan evaluasi ulang yang terus-menerus. Kadang-kadang intervensi yang telah direncanakan dengan baikpun perlu ditinjau ulang, dan perlu usaha untuk mencapai tujuan baru yang lebih realistis perlu ditetapkan. Hubungan terapeutik memungkinkan perawat dan pasien bekerja bersama selama fase eksploitasi ini. Contoh kegiatan pada fase kerja ini dapat dilustrasikan pada kegiatan komunikasi terapeutik pada ruangan rawat inap terpadu oleh perawat Teti Hariani terhadap pasien sakit jantung Jhonny Marihot Manalu di mana Ibu Teti Hariani sebagai perawat akan memandikan pasien dengan prosedur antara lain sebagai berikut :

- a. Menyiapkan alat-alat di sebelah kanan pasien.
- b. Memberitahu dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan.
- c. Memasang sampiran (menutup jendela, pintu, gordena), selimut dan bantal-bantal dipindahkan dari tempat tidur (bila bantal masih dibutuhkan dipakai seperlunya).
- d. Mengatur posisi pasien senyaman mungkin.
- e. Mencuci tangan.

- f. Memasang selimut mandi, lipatan bagian atas dipegang oleh pasien, lipatan bagian bawah ditarik bersama-sama dengan seprei atas dan selimut ke arah kaki.
- g. Memberitahukan pasien bahwa pakaian atas harus dibuka kemudian menutup dengan selimut mandi/kain penutup (berdiri di sisi kanan atau kiri pasien).
- h. Membasuh muka, dengan melakukan dan memperhatikan :
 - Perlak dan handuk kecil dibentangkan di bawah kepala
 - Membersihkan muka, telinga, dan leher dengan waslap yang telah dibasahi air.
 - Menanyakan apakah pasien mau memakai sabun atau tidak
 - Mengeringkan muka dengan handuk
 - Menggulung perlak dan handuk.
- i. Membasuh lengan dengan melakukan dan memperhatikan:
 - Menurunkan selimut mandi, mengangkat atau mempersilahkan pasien mengangkat kedua tangan ke atas.
 - Meletakkan handuk di atas dada dan melebarkan ke samping kanan dan kiri sehingga kedua tangan dapat diletakkan di atas handuk.
 - Membasahi tangan dengan waslap dan member sabun dimulai (dengan tangan yang jauh dari perawat) dan membilas sampai bersih, kemudian mengeringkan dengan handuk (air kotor segera diganti).
 - Melakukan hal yang sama pada tangan yang dekat dengan perawat.
- j. Membasuh dada dan perut dengan melakukan dan memperhatikan:

- Menurunkan kain penutup sampai perut bagian bawah. Kedua tangan dikeataskan, mengangkat handuk dan membentangkan pada sisi pasien.
 - Membasahi dan memberi sabun pada ketiak, dada dan perut kemudian membilas sampai bersih dan mengeringkan dengan handuk.
 - Melakukan pada sisi klien yang terjauh kemudian pada sisi yang dekat.
- k. Membasuh punggung dengan melakukan dan memperhatikan:
- Mengatur posisi pasien miring ke kiri
 - Membentangkan handuk di bawah punggung sampai bokong
 - Membasahi punggung sampai bokong, menyabun, membilas dan mengeringkan dengan handuk.
 - Mengatur posisi pasien terlentang dan memakai pakaian atas dengan rapi (sebelumnya pasien menghendaki bedak talk atau tidak).
- l. Membasuh kaki dengan melakukan dan memperhatikan:
- Mengeluarkan kaki yang terjauh dari selimut mandi dan membentangkan handuk di bawahnya dan menekuk lutut.
 - Membasahi kaki, memberi sabun dan membilas kemudian mengeringkan dengan handuk
 - Melakukan hal yang sama pada kaki yang satunya.
- m. Membasuh daerah lipatan paha dengan melakukan:
- Membentangkan handuk di bawah bokong dan bagian bawah perut, dan membuka selimut bawah.

- Membasahi lipatan paha dan genitalia kemudian menyabun, membilas dengan air bersih dan mengeringkan dengan handuk. Untuk daerah genitalia sebaiknya menggunakan sabun khusus.
- n. Menggunakan kembali pakaian pasien bawah dan mengangkat selimut mandi.
- o. Memasang selimut pasien kembali dan bantal-bantal diatur, tempat tidur dan pasien dirapikan kembali.
- p. Membereskan alat.
- q. Mencuci tangan.

Perawat dan pasien diharapkan dapat saling bekerja sama dalam fase kerja ini. Hubungan akan menjadi lebih dalam dan fleksibel jika perawat dan pasien menjadi lebih merasa “saling memiliki” untuk selanjutnya saling mencurahkan perasaan masing-masing serta mendiskusikan masalah yang merintangai pencapaian tujuan. Fase kerja terbagi dalam dua kegiatan pokok yaitu menyatukan proses komunikasi dengan tindakan keperawatan (*integrating communication with nursing action*) dan membangun suasana yang mendukung untuk proses perubahan (*establishing a climate for change*). Perlu digarisbawahi bahwa tindakan keperawatan secara umum terbagi menjadi 3 (tiga) kelompok yaitu : fisiologi, psikologis dan sosio ekonomis. Bradley dan Edinburgh dan Sheldon mengkategorikan 3 (tiga) kelompok tersebut didasarkan atas tingkat kemudahannya untuk dilihat (*level of visibility*).

Tindakan fisiologis dan psikologis adalah tindakan yang diarahkan untuk memenuhi kebutuhan fisik pasien seperti nutrisi, eliminasi, dan psikologis pasien

berupa rasa nyaman pada pasien , dan tindakan tersebut dapat dilihat (*visibility*). Apa yang dilakukan oleh Ibu Teti Hariani terhadap pasien yang mengalami penyakit jantung reumatik yang di derita Jhonny Manalu adalah contoh tindakan tahap kerja yang berupaya memenuhi kebutuhan fisik pasien dan memberikan rasa nyaman secara psikologis. Rasa nyaman secara fisiologis dan psikologis dapat diketahui dari hasil wawancara dengan Jhonny Marihot Manalu :

“Saya merasa lebih baik dan tenang selama dirawat selama 7 hari di rumah sakit ini, perawat memperhatikan saya, kalau memerlukan bantuan, saya atau anggota keluarga yang menjaga saya, cukup memencet bel, atau menelpon ke ruangan perawat, mereka sigap dan tidak lama kemudian segera datang untuk membantu saya.”

Begitu juga dengan pendapat yang diberikan oleh Ibu Marlin br Bangun yang mengatakan :

“Ibu-ibu perawat di rumah sakit ini selalu membujuk saya untuk menghabiskan makanan yang diberikan supaya saya tidak lemas katanya. Sebenarnya saya paling takut disuntik, namun Ibu perawat bisa membujuk saya sehingga akhirnya saya bisa disuntik dan diinfus, dengan cara yang lembut dan ternyata tidak sesakit dan sengeri seperti yang saya bayangkan.”

Perawat yang mempunyai kemampuan melihat secara baik kebutuhan yang diperlukan pasien dikategorikan sebagai perawat yang terampil (*an adept practitioner nurse*). Kemampuan dan keterampilan paramedis atau perawat akan semakin baik seiring dengan masa kerja dan pengalamannya menghadapi berbagai macam sifat dan karakter pasien. Terselenggaranya pendidikan dan latihan untuk mendukung keterampilan tindakan keperawatan baik fisiologis,

psikologis dan sosio-ekonomis dapat meningkatkan kemampuan dokter dan perawat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan terhadap pasien.

Tindakan psikologis yang biasanya diberikan oleh dokter dan paramedis terhadap pasien biasanya ditunjukkan secara nonverbal dan diarahkan untuk memenuhi kebutuhan emosi pasien. Sedangkan tindakan sosio-ekonomi yang dilakukan adalah merujuk pasien ke tempat pelayanan kesehatan tertentu dan membantu pasien untuk beradaptasi dengan lingkungan baru yang akan dihadapinya.

Tahap ini merupakan tahap yang paling penting, dimana dalam menjalani proses perawatan pasien, seorang dokter dan perawat juga harus tetap menerapkan komunikasi terapeutik. Teknik komunikasi terapeutik yang biasa digunakan oleh dokter gigi adalah :

Hasil observasi peneliti, Fase kerja penting dalam mengembangkan hubungan bagi terwujudnya komunikasi terapeutik yang baik. Pelaksanaan proses komunikasi terapeutik pada fase kerja dilakukan dengan cara bervariasi dimana kemampuan komunikasi terapeutik pada fase kerja ini belum merata dan optimal dimiliki oleh setiap dokter maupun paramedis atau perawat.

4. Proses komunikasi terapeutik pada fase akhir (*termination*) adalah tahap akhir dari setiap pertemuan dokter, perawat terhadap pasien. Pada fase ini dokter dan paramedis mendorong pasien untuk memberikan penilaian atas tujuan yang telah dicapai, agar tujuan yang tercapai kondisi yang saling menguntungkan dan memuaskan. Kegiatan pada fase ini adalah penilaian pencapaian tujuan dan perpisahan. Kegiatan proses komunikasi yang

dilakukan pada fase akhir (*termination*) ini menurut Modul Pendidikan Program Studi Keperawatan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah :

- a. Evaluasi respon pasien. Menanyakan kembali kepada pasien apakah sudah mengerti atau belum dan meminta pasien mengulang kembali materi yang telah dijelaskan atau memberi kesempatan kepada pasien untuk bertanya.
- b. Rencana tindak lanjut. Mencontohkan bagaimana aplikasi dari materi yang telah diberikan dan meminta pasien untuk mengulangnya kembali.
- c. Kontrak/perjanjian apabila pasien datang untuk berobat kembali.

Fase terminasi atau tahap akhir pasien mendapat tindakan keperawatan di rumah sakit terbagi atas 2 (dua) yaitu terminasi sementara dan terminasi akhir. Terminasi sementara adalah akhir dari pertemuan perawat dan pasien. Saat terminasi sementara, dokter dan paramedis akan bertemu kembali dengan pasien pada waktu yang telah ditentukan. Misalnya seminggu kemudian atau setelah obat habis diminum. Pada tahap terminasi sementara, paramedis atau perawat melakukan evaluasi terhadap hasil tindakan yang telah dilakukan pada tahap kerja berupa tahap evaluatif subjektif dan objektif, memberikan anjuran pada pasien untuk melakukan kegiatan yang telah direncanakan, dan membuat perjanjian (kontrak) untuk pertemuan berikutnya. Contoh kegiatan pada fase terminasi sementara ini dapat dideskripsikan pada kegiatan komunikasi terapeutik pada pasien diabetes di ruang rawat inap rindu B.

Berikut ini adalah penuturan ibu Marlina br Bangun ketika diwawancarai:

“Saya diperbolehkan untuk pulang, tadi dokter menanyakan perasaan saya setelah beberapa hari di rawat. Dokter juga menyarankan agar obat yang diberikan harus habis diminum, saya juga dinasehati untuk tidak memakan makanan yang mengandung pengawet, jangan terlalu lelah, istirahat yang cukup, dan banyak minum air putih serta sayur dan buah yang diperbolehkan. Jika obatnya sudah habis dan belum ada kekurangan dari sakit saya, saya disarankan untuk datang kembali kerumah sakit, karena dokter akan memeriksa kembali.”

Wawancara di atas diketahui bahwa pasien akan berjumpa kembali dengan dokter dan paramedis, dimana dokter juga telah memberi kesempatan kepada pasien untuk merespon tindakan medis dan keperawatan yang dilakukan dan memberi kejelasan tentang penyakit dan hal-hal yang harus dilakukan seperti menghabiskan obat yang diberikan dan menghindari makanan yang dapat menimbulkan reaksi pada lengan yang baru saja dioperasi. Kegiatan evaluasi, rencana tindak lanjut dan perjanjian telah dilakukan pada fase ini.

Berikutnya adalah fase terminasi akhir, yaitu tahap akhir pertemuan antara dokter, perawat terhadap pasien, dengan pertimbangan pasien dan keluarganya telah mampu menyelesaikan tindakan keperawatan berikutnya secara mandiri terhadap pasien. Contoh kegiatan pada fase terminasi akhir ini dapat didesripsikan melalui hasil wawancara terhadap pasien Jhonny Marihot Manalu sebagai berikut:

“Setelah dirawat beberapa hari di rumah sakit ini saya sudah diperbolehkan pulang oleh dokter, hari ini saya telah bersiap-siap dan mengemas semua pakaian dan tas saya, perawat sedang mempersiapkan obat yang harus saya bawa pulang dan mereka sedang membuat tagihan administrasi yang harus saya bayar. Kemarin dokter sudah memeriksa kondisi kesehatan saya, dan tidak ada yang perlu dikhawatirkan, saya disarankan banyak istirahat, jangan kerja yang berat-berat dan jangan

terlalu lelah, terutama pikiran harus stabil dan obatnya tetap diminum sesuai dosis yang sudah diberikan.”

Langkah-langkah kegiatan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh dokter dan paramedis atau perawat pada fase terminasi akhir ini baiknya juga dapat ditanyakan kepada anggota keluarga pasien untuk memperoleh informasi atau data feed back (umpan balik) yang lengkap tentang kondisi pasien dan tindakan keperawatan yang dilakukan sebelum dan sesudah mendapat tindakan keperawatan. Umpan balik berupa data yang lengkap mengenai pasien akan sangat membantu dokter dan perawat sebagai dasar tindakan keperawatan untuk menghadapi perjanjian atau kontrak berikutnya dengan pasien, ketika pasien ingin berobat kembali.

Seperti pernyataan dokter Stefanie dalam memberikan penjelasan kepada pasien setelah mendapatkan perawatan di rumah sakit:

“Seperti pasien jantung yang saya tangani saat ini, tidak lepas dari pantauan dokter tentang kelanjutan kesehatan. Setelah mendapatkan perawatan di rumah sakit, saya menyarankan pasien untuk tetap menjaga kesehatan dengan baik dikarenakan kondisinya masih membutuhkan perawatan.”

Terminasi merupakan tahap akhir dalam komunikasi terapeutik ini dan akhir dari pertemuan antara dokter dan perawat dengan pasiennya. Terbagi menjadi dua, yaitu: a. Terminasi sementara, berarti masih ada pertemuan lanjutan; b. Terminasi akhir, terjadi bila pasien sudah diperbolehkan pulang dan sudah benar-benar sembuh dan tidak diperlu lagi melakukan perawatan rutin dengan dokter.

Hasil observasi peneliti, pada fase terminasi komunikasi terapeutik dokter dan paramedis terhadap pasien setelah mendapat perawatan di ruang rawat inap terpadu, pasien yang benar-benar sudah sembuh diperbolehkan pulang sedangkan yang masih mendapatkan perawatan harus melakukan kontrol untuk kembali kerumah sakit.

1.1.5. Hambatan Komunikasi Terapeutik

Dokter dan perawat menemukan beberapa faktor penghambat yang dapat mengganggu keberhasilan komunikasi terapeutik yaitu, faktor penghambat yang datang dari dokter dan perawat, dan faktor penghambat yang datang dari pasien. Salah satu yang sering terjadi adalah hambatan yang datang dari pasien yaitu bahasa dan latar belakang. Seperti pernyataan dokter Stefanie Tarigan:

“Banyak faktornya, bisa jadi Bahasa atau pun kelelahan jadi emosi kesabaran dokter juga ada batasnya. Tapi yang paling berpengaruh menurut saya adalah Bahasa. Karena Bahasa kita juga berbeda-beda. Jadi cara pasien menggambarkan keluhannya juga berbeda-beda. Terkadang seperti multi tafsir, kalau sudah seperti itu kita pastiin dulu jawaban atau arti yang tepat bagi dokter dan pasien.”

Latar belakang pasien yang berbeda membuat bahasa pasien juga berbeda-beda, sehingga dokter dan perawat haruslah memfokuskan atau menyamakan pengertian arti dari ucapan pasien saat memberitahukan keluhan sakitnya agar dokter dan perawat paham sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan. Seperti pernyataan perawat Riani Bukit:

“Hambatannya lebih ke latar belakang pasien. Enggak semua pasien dapat menerima informasi dengan baik, kita harus mengedukasinya berulang kali sampai

pasien paham dan memberikan arahan tentang forum-forum edukasi yang harus diperhatikan pasien.”

Ada juga faktor penghambat dari dokter dan perawat yaitu kesabaran mereka yang terkadang berkurang karena harus membujuk pasien untuk diperiksa dengan memberikan keyakinan bahwa perawatan ini yang terbaik untuk pasien. Terkadang dengan hal begitu membuat dokter dan perawat kurang maksimal dalam menerapkan komunikasi terapeutik. Seperti pendapat perawat Teti Hariani:

“Hambatan pasti ada. Kan karakter pasien berbeda-beda. Ada yang kita tanya jawabannya benar ada juga yang tidak. Ada yang malu-malu bahkan ada juga yang engga peduli kita ngomong apa. Tetapi sebagai perawat kita harus sabar tetap memberikan pelayanan yang baik. Namanya juga orang sakit, emosinya tidak stabil. Disitulah kita ajak pasien ngobrol agar lebih dekat. Bagi saya walaupun ada hambatan ya dalam segi bahasa. Biasanya komunikasi ke keluarga yang bisa mengerti.”

Penuturan dokter Citra hambatan komunikasi terapeutik terhadap pasien yang kurang memahami aturan yang ada di RSUP H Adam Malik Medan:

“Terkadang pasien banyak yang tidak memahami peraturan yang ada dan menyalahkan dalam pelayanan kesehatan. Tetapi dokter disini tetap harus merespon dengan baik sehingga dapat tercapainya komunikasi terapeutik yang baik terhadap pasien di rumah sakit ini.”

Meskipun terdapat beberapa faktor penghambat komunikasi terapeutik, dokter dan perawat memiliki cara untuk mengatasi faktor penghambat tersebut. Untuk mengatasi faktor penghambat dari diri dokter dan perawat berusaha untuk melatih kesabaran di dalam dirinya agar dapat melayani pasien semaksimal mungkin. Untuk mengatasi faktor penghambat yang datangnya dari pasien, sebisa

mungkin mereka meyakinkan pasien agar tidak perlu takut apalagi panik ketika mendapatkan perawatan di ruang rawat inap terpadu.

Hasil observasi peneliti, komunikasi verbal menjadi hambatan pada terapeutik yang dilakukan dokter dan paramedis terhadap pasien. Umumnya pasien yang masuk di RSUP H Adam Malik Medan berasal dari berbagai suku yang masih kental menggunakan bahasa daerah. Beberapa pasien harus diterjemahkan oleh keluarga dan oleh perawat yang mengerti bahasa daerah mereka.

4.2. Pembahasan

4.2.1. Prinsip Komunikasi Terapeutik

Pembahasan dari pengamatan peneliti adalah sebagai berikut: Informan dalam penelitian ini terdiri dari 2 (dua) dokter spesialis, 2 (dua) perawat, dan 2 (dua) pasien di instalasi rawat inap terpadu RSUP H Adam Malik Medan. Sumber daya manusia terbesar dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah dokter dan paramedis atau yang lebih dikenal dengan perawat, di mana mereka siap membantu pasien setiap saat dan bekerja selama 24 jam setiap harinya, secara bergilir dan berkesinambungan untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan profesional.

Komunikasi terapeutik dilakukan untuk meningkatkan pemahaman dan membantu terbentuknya hubungan yang konstruktif diantara dokter, perawat dan pasien tidak seperti komunikasi sosial, komunikasi terapeutik mempunyai tujuan untuk membantu pasien mencapai suatu tujuan dalam asuhan keperawatan.

Prinsip komunikasi terapeutik yang baik dan efektif ternyata sangat berpengaruh terhadap kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan di RSUP Adam Malik Medan. Berdasarkan hasil penelitian di atas maka peneliti akan membuat pembahasan yang dikaitkan dengan tujuan penelitian, yaitu untuk mengetahui prinsip komunikasi terapeutik dan menganalisis proses komunikasi terapeutik dokter dan perawat dengan pasien di RSUP H Adam Malik Medan, untuk mengetahui manfaat serta hambatan pada pelaksanaan komunikasi terapeutik terhadap kepuasan pasien dalam pelayanan kesehatan. Komunikasi dalam bidang kesehatan merupakan sebuah proses untuk menciptakan hubungan antara tenaga medis dengan pasien, untuk mengenal kebutuhan pasien dan menentukan rencana tindakan serta kerjasama dalam memenuhi kebutuhan tersebut (Musliha Dan Fatmawati, 2010: 24). Oleh karenanya sangat penting bagi dokter dan paramedis atau perawat untuk memahami prinsip-prinsip komunikasi terapeutik. Prinsip komunikasi terapeutik meliputi, yaitu:

1. Sikap terbuka dokter dan pasien. Sangat penting bagi dokter dan perawat untuk menjaga kejujuran saat berkomunikasi dengan klien, karena apabila hal tersebut tidak dilakukan maka klien akan menarik diri, merasa dibohongi, membenci dokter dan perawat atau bisa juga berpura-pura patuh terhadap dokter dan perawat. Sebagaimana perawat Riani Bukit mengatakan, proses komunikasi Terapeutik dapat berjalan baik bila pasien dan perawat saling membuka diri (*openess*) dengan saling sapa antara perawat dan pasien oleh karena itu perawat harus mampu mengajak pasien untuk berkomunikasi dengan mengawali dengan pertanyaan ringan

berkaitan dengan diri pasien, ketika pada pertemuan awal setelah memperkenalkan diri.

2. Saling percaya antara dokter dan perawat dengan pasien. Jika seseorang merasa diterima maka dia akan merasa aman dalam menjalin hubungan interpersonal. Pasien memperlihatkan sikap saling percaya dengan mempercayakan sepenuhnya perawatan kepada dokter dan perawat pada proses penyembuhan dalam pelayanan kesehatan. Begitupun pendapat perawat Teti Hariani; menjadi perawat harus punya sifat positif, dan tidak boleh berburuk sangka kepada orang lain, bagaimana bisa berkomunikasi dengan baik dengan pasien kalau di dalam hati dan pikiran ada perasaan tidak enak pada orang lain.
3. Dukungan penuh empati dari lingkungan pasien. Dengan bersikap empati dokter perawat dapat memberikan alternatif pemecahan masalah klien tetapi juga tidak berlarut-larut dalam perasaan dan turut berupaya mencari penyelesaian masalah secara objektif.
4. Ketersediaan sarana dan prasarana pendukung. Ketersediaan sarana juga menjadi salah satu hal penting disini. Dengan sarana yang lengkap, kepercayaan membuat pasien yakin dan terbuka kepada dokter dan perawat (Priyanto, 2009: 56).

Komunikasi terapeutik dilakukan untuk meningkatkan pemahaman dan membantu terbentuknya hubungan yang konstruktif diantara dokter, perawat dan pasien tidak seperti komunikasi sosial, komunikasi terapeutik mempunyai tujuan. Komunikasi terapeutik masuk ke dalam komunikasi dua arah, dimana

komunikator mengirimkan pesan dan akan diterima oleh komunikan setelah disimpulkan kemudian komunikan akan mengirimkan umpan balik kepada komunikator tersebut.

Terdapat 5 (lima) komponen dalam komunikasi terapeutik, yaitu: (Musliha dan Fatmawati, 2010: 114).

1. Pengirim. Yang menjadi asal dari pesan. Dalam penelitian ini yang menjadi pengirim adalah dokter spesialis dan perawat rawat inap terpadu.
2. Pesan. Suatu unit informasi yang dipindahkan dari pengirim kepada penerima. Dalam penelitian yang menjadi pesan adalah informasi dan bujukan dokter dan perawat yang ditujukan kepada pasien rawat inap terpadu.
3. Penerima. Yang mempersepsikan pesan, yang perilakunya dipengaruhi oleh pesan. Dalam penelitian ini yang menjadi penerima adalah pasien rawat inap terpadu.
4. Umpan balik. Respon dari penerima pesan kepada pengirim pesan. Yang menjadi umpan balik dalam penelitian ini adalah ucapan, sikap dan perubahan tindakan pasien setelah menerima pesan dari dokter dan perawat.
5. Konteks. Tatanan dimana komunikasi terjadi. Yang menjadi konteks dalam penelitian ini adalah Instalasi Rawat Inap Terpadu RSUP H Adam Malik Medan.

Hasil penelitian Riyandi dan Ginting (2018: 116) bahwa komunikasi yang baik dilakukan antara dokter dan pasien, mempunyai potensi yang sangat

mendukung sehingga dapat membantu emosi pasien serta lebih memudahkan untuk mengidentifikasi kebutuhan, persepsi dan harapan dari pihak pasien.

Hasil observasi peneliti di ruang rawat inap terpadu RSUP H Adam Malik Medan menunjukkan bahwa pemahaman komunikasi terapeutik dan prinsip-prinsip komunikasi terapeutik pada sikap terbuka, rasa saling percaya serta empati dokter perawat terhadap pasien secara konseptual telah dipahami, begitupun sarana dan prasarana yang cukup baik, namun secara faktual lingkup pelaksanaannya belum optimal dan merata diterapkan dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan.

4.2.2. Proses Tahapan Komunikasi Terapeutik

Beberapa tahap dalam melaksanakan komunikasi terapeutik yang akan dilalui oleh tenaga medis, yaitu fase pra interaksi, fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi (Musliha dan Fatmawati, 2010: 116).

- 1. Fase pra interaksi**, merupakan masa dokter dan perawat untuk melakukan persiapan sebelum berinteraksi langsung dengan pasiennya. semua orang informan yang mengaku jika kondisi tempat serta alat hingga perasaan, ataupun suasana pertama sebelum pertemuan dengan pasien menentukan di fase pra interaksi.

Hasil observasi peneliti terhadap dokter, perawat terhadap pasien di ruang rawat inap terpadu RSUP H Adam Malik Medan diketahui bahwa pelaksanaan kegiatan yang dilakukan pada fase pra orientasi sebelum berinteraksi langsung dengan pasien belum maksimal dalam

mengeksplorasi perasaan ketika menyambut pasien, sehingga kesadaran dan kesiapan dokter dan perawat belum sepenuhnya optimal secara mental pada diri mereka dalam membentuk situasi dalam menyambut pasien di RSUP H Adam Malik Medan

2. **Fase orientasi**, merupakan masa pengenalan antara dokter dan perawat dengan pasiennya. Dokter dan perawat rawat inap terpadu yang peneliti wawancarai, memulai tahap ini dengan tersenyum ramah serta mengajak pasien berkenalan terlebih dahulu. Mereka akan menanyakan hal umum, dan pertanyaan mendasar tentang biodata pasien untuk memancing pasien agar mau bercerita dengannya. Dokter dan perawat juga harus bisa membuka diri dengan memberikan kenyamanan dalam berkomunikasi selayaknya teman pasien, agar pasien dapat memberikan kepercayaan sepenuhnya kepada dokter dan perawat dalam menyampaikan keluhan. Tidak jarang juga dokter dan perawat memberi candaan kepada pasien seperti yang dikatakan informan pasien Jhonny Marihot Manalu. Saat fase ini para dokter dan perawat berupaya melakukan interaksi komunikasi interpersonal yang baik. Pada tahap ini dokter dan perawat mengungkapkan tujuan dari komunikasi interpersonal yang baik untuk membantu diagnosa. Saat melakukan komunikasi ini dokter dan perawat berupaya agar pasien tidak menyadari bahwa setiap jawaban pasien membantu dokter menganalisa. Pada tahap orientasi ini dokter dan perawat dapat mengetahui tindakan yang akan di ambil pada proses penyembuhan

sehingga hasil dalam pelayanan kesehatan tercapai dengan baik di RSUP H Adam Malik Medan.

Semua informan yang peneliti wawancarai, memulai tahap ini dengan mengajak pasien berkenalan terlebih dahulu. Mereka akan menanyakan hal umum, dan pertanyaan mendasar tentang biodata pasien untuk memancing pasien agar mau bercerita dengannya. Mereka juga harus bisa membawakan diri selayaknya teman pasien, agar pasien percaya kepada mereka dan mau menjawab pertanyaannya. Tidak jarang juga mereka memuji pasien seperti yang dikatakan informan pasien ibu Marlina br Bangun. Saat fase ini para dokter dan perawat berupaya melakukan interaksi komunikasi yang sangat halus. Pada tahap ini semua dokter dan perawat mengungkapkan tujuan dari komunikasi untuk membantu diagnosa. Saat melakukan komunikasi ini dokter dan perawat berupaya agar pasien tidak menyadari bahwa setiap jawaban pasien membantu dokter menganalisa.

Hasil observasi peneliti terhadap dokter, perawat dan pasien di ruang rawat inap terpadu RSUP H Adam Malik Medan diketahui bahwa pelaksanaan kegiatan yang dilakukan pada fase orientasi ketika pasien datang ke rumah sakit dan berjumpa pertama kalinya dengan dokter, paramedis atau perawat belum optimal dilakukan. Tahapan kegiatan yang dilakukan belum selengkap dan seideal seperti yang terdapat pada Modul Pendidikan Keperawatan, Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yang

mendeskripsikan tentang tahapan kegiatan yang seharusnya dilakukan pada fase orientasi oleh perawat terhadap pasien sebagai berikut:

- a. Memberi Salam. Selamat pagi/siang/sore/malam atau sesuai dengan latar belakang sosia budaya spritual pasien, disertai dengan mengulurkan tangan. Berjabat tangan, menyambut dengan senyuman tulus. Memperkenalkan diri oleh perawat, contohnya: “Nama saya Riani Bukit, panggilan akrabnya, Ani”. Menanyakan nama pasien, contohnya : “Nama Bapak/Ibu siapa, apa panggilan kesenangannya atau panggilan akrabnya Bapak/Ibu”?
- b. Mengevaluasi kondisi pasien. Menanyakan perasaan pasien, contohnya : “Bagaimana perasaan bu Marlina saat ini”?. Menanyakan keluhan pasien, contohnya : Apa keluhan bu Marlina?
- c. Menyepakati kontrak/pertemuan. Kesepakatan tentang pertemuan terkait dengan topik/tindakan perawatan yang akan dilakukan serta kesediaan pasien untuk bercakap-cakap, tempat bercakap-cakap, dan lama atau waktu yang digunakan untuk bercakap-cakap. Topik/tindakan yang akan dilakukan. Menanyakan kesediaan pasien, contohnya : “Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang ...” (sesuaikan dengan keluhan atau perasaan pasien saat sekarang berjumpa). Jika pasien tampak ragu, pasien dapat menambahkan, contohnya : “Saya akan membantu... (nama pasien) untuk menyelesaikan masalah yang...hadapi. “Kita akan bersama-sama menyelesaikan masalah yang... hadapi”. Pada umumnya fokus

percakapan awal adalah pengkajian keluhan utama dan kemudian hal-hal yang berkaitan dengan keluhan utama. Tempat bercakap-cakap, contoh komunikasi : Di mana kita duduk? “Bagaimana kalau kita duduk di sini...” (sebutkan tempatnya) “Ayo kita duduk di sana ...“(sebutkan tempatnya). Waktu, contoh komunikasi : “Mau berapa lama kita bercakap-cakap”? “Bagaimana kalau menit”? Kemudian lanjutkan pada tahap kerja yaitu pengkajian lanjut (fokus). Pada keluhan utama disertai tindakan keperawatan sesuai dengan masalah yang dialami pasien.

- 3. Fase kerja** yang merupakan tahap terpenting bagi dokter dan perawat rawat inap terpadu, mereka harus mampu melakukan tindakan yang tepat. Membuat pasien percaya bahwa keputusan tindakan yang diambil tepat. Dokter dan perawat juga harus menjelaskan pada tahap ini alasan berupa sebab akibat yang berupa resiko terhadap keputusan yang dibuat agar pasien dapat benar-benar mengerti dan mengambil keputusan terhadap perawatan yang dianjurkan. Dokter dan perawat memberi hak penuh kepada pasien untuk memutuskan bahwa perawatan pada pelayanan kesehatan di ruang rawat inap terpadu akan dilakukan dengan saling percaya.

Hasil observasi peneliti, semua informan dokter dan perawat memberi hak penuh kepada pasien untuk memutuskan bahwa perawatan di ruang rawat inap terpadu akan dilaksanakan dengan baik. Dari sisi pasien juga sangat menginginkan hal tersebut. Karena pasien juga memiliki hak untuk itu.

Ada beberapa alasan yang didapat oleh peneliti kenapa dokter melakukan itu. Jawaban yang didapat dari informan cukup bervariasi yaitu rasa takut, faktor ekonomi dan sebagainya. Akan tetapi dokter dan perawat tetap memberi motivasi berupa gambaran tentang hasil diagnosa yang dibuat.

- 4. Fase terminasi (akhir)** adalah tahap akhir dari setiap pertemuan dokter, paramedis terhadap pasien. Pada fase ini dokter dan paramedis mendorong pasien untuk memberikan penilaian atas tujuan yang telah dicapai, agar tujuan yang tercapai kondisi yang saling menguntungkan dan memuaskan. Kegiatan pada fase ini adalah penilaian pencapaian tujuan dan perpisahan. Langkah-langkah kegiatan komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh dokter dan paramedis atau perawat pada fase terminasi akhir ini baiknya juga dapat ditanyakan kepada anggota keluarga pasien untuk memperoleh informasi atau data *feed back* (umpan balik) yang lengkap tentang kondisi pasien dan tindakan keperawatan yang dilakukan sebelum dan sesudah mendapat tindakan keperawatan. Umpan balik berupa data yang lengkap mengenai pasien akan sangat membantu dokter dan perawat sebagai dasar tindakan keperawatan untuk menghadapi perjanjian atau kontrak berikutnya dengan pasien, ketika pasien ingin berobat kembali.

Hasil observasi terhadap pasien pada ruang rawat inap terpadu RSUP H Adam Malik ini ditemukan data bahwa pelaksanaan komunikasi terapeutik pada fase terminasi baik sementara maupun akhir telah berjalan dengan cukup baik. Walaupun tahapan kegiatan yang dilakukan belum seoptimal dan selengkap seperti pada Modul Pendidikan Keperawatan, Pusat

Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tentang tahapan kegiatan yang seharusnya dilakukan pada fase terminasi oleh perawat terhadap pasien sebagai berikut :

- a. Pelaksanaan Evaluasi Hasil. Evaluasi Subjektif. Evaluasi pasien terhadap hasil tindakan keperawatan yang diberikan paramedis terhadap pasien. Contoh: “Bagaimana perasaan Ibu setelah melakukan pembicaraan berpua konsultasi medis beberapa kali”. Evaluasi Objektif. Evaluasi terhadap kemajuan medis yang telah dialami oleh pasien. Contoh : “Coba Ibu jelaskan kemajuan medis yang telah Ibu alami setelah Ibu dirawat beberapa hari di rumah sakit ini”.
- b. Tindak lanjut. Rencana kegiatan yang akan dilakukan pasien mengenai kondisi kesehatannya. Contoh: “Apa yang akan Ibu lakukan selanjutnya, setelah mengetahui kondisi kesehatan Ibu”?
- c. Eksplorasi perasaan. Menanyakan perasaan pasien sehubungan tindakan keperawatan atau tindakan medis yang telah dilakukan dokter dan paramedis. Contoh : “Bagaimana perasaan Ibu setelah dirawat beberapa hari di rumah sakit ini dan telah mendapatkan tindakan medis oleh dokter dan perawat”?

Proses komunikasi pada dasarnya secara interpersonal terjadi dengan pola yang sama, dimanapun dan bagaimanapun komunikasi terjadi. Termasuk peristiwa komunikasi terapeutik yang dilakukan oleh dokter dan perawat terhadap pasien dalam pelayanan kesehatan pada RSUP H Adam Malik Medan.

Dari hasil observasi peneliti pada keseluruhan proses komunikasi terapeutik, diperoleh temuan bahwa untuk menciptakan komunikasi terapeutik yang baik, pengelola rumah sakit harus menciptakan komunikasi interpersonal yang efektif antara dokter dan perawat terhadap pasien dan mengelola suatu sistem atau standar operasional prosedur sebagai pedoman dalam setiap fase atau tahapan komunikasi terapeutik sebagai bentuk pelayanan kesehatan baik pada fase pra-interaksi, fase orientasi, fase kerja hingga pada fase terminasi.

4.2.3. Hambatan Komunikasi Terapeutik

Komunikasi sering dikaitkan sebagai masalah nomor satu di dalam sebuah hubungan. Jika dua perangkat komunikasi (komunikator dan komunikan) memahami hal ini, serta berusaha untuk sering berkomunikasi, maka tidak akan mengalami permasalahan yang cukup signifikan. Namun sebaliknya jika tidak memperhatikan beberapa faktor penyebab masalah dalam berkomunikasi maka kemungkinan besar lambat laun komunikasi yang dibina akan mati.

Ada beberapa hambatan komunikasi dari perspektif lain yang mungkin terjadi dalam menjalin komunikasi dua arah, yaitu: (Damayanti, 2008: 66-67)

1. Bahasa. Jika seorang komunikator atau komunikan berkomunikasi dengan bahasa yang berbeda, kemungkinan akan terjadi banyak kesalahpahaman bahkan terjadinya hubungan yang tidak jelas. Jika pada proses komunikasi komunikator merasa bahasa yang digunakannya tidak dipahami, maka komunikator harus sering meluangkan waktu untuk menjelaskan tentang beberapa hal yang ingin di bicarakan kepada komunikan. Seperti wawancara dengan dokter Stefanie Tarigan dengan latar belakang yang berbeda

membuat bahasa pasien juga berbeda, sehingga sering terjadinya kesalahpahaman.

2. Budaya. Hambatan budaya ini menjadi hal yang sangat penting. Satu pantangan bagi sang komunikator untuk beranggapan, bahwa komunikasi tumbuh dengan filosofi, gaya hidup, adat istiadat yang sama. Maka kita tidak boleh "menyamarkan" penggunaan teknik berkomunikasi kepada setiap komunikasi. Hindari anggapan bahwa komunikasi mempunyai pemikiran yang sama ketika menghadapi suatu permasalahan. Jika komunikator menemukan miskomunikasi dalam suatu hubungan, atau bahkan komunikasi merasa tersinggung, maka cepatlah lakukan analisis mengapa komunikasi punya anggapan lain terhadap pesan yang disampaikan. Hal ini bisa saja terjadi karena budaya yang berbeda yang dimiliki oleh sang komunikasi. Jika hal ini terjadi maka hormati persepsi komunikasi dan cobalah temukan beberapa persamaan persepsi maka disanalah peluang komunikator untuk kembali membangun komunikasi yang "nyambung".
3. Salah paham. Hambatan komunikasi yang paling utama pada awalnya bersumber dari dari satu hal, yaitu kesalahpahaman. Interpretasi, respon, asumsi seseorang dalam menghadapi suatu permasalahan berbeda-beda, komunikasi akan memahami yang komunikator katakan. Jika komunikator menelisik lebih jauh jika ada pertentangan dalam suatu proses komunikasi. Dalam hambatan ini komunikator harus menjauhi sikap menyimpan permasalahan atau kesalahpahaman yang terjadi.

4. Sisi historis atau pengalaman. Pada umumnya komunikator menjadikan filosofis dan pengalaman hidup masa lalu sebagai rujukan komunikasi agar sang komunikan mengerti. Tidak ada salahnya melakukan hal ini, terkecuali jika komunikator menjadikan pengalaman sebagai rujukan tersebut tidak dengan sikap prasangka, maksudnya memproyeksikan pengalaman hidup terdahulu untuk menjadikan solusi untuk permasalahan komunikan, karena pengalaman hidup yang dialami komunikator terdahulu tidak akan sama persis dengan yang dialami komunikan.
5. Mendominasi pembicaraan. Mendominasi pembicaraan, hal ini sering terjadi. Seorang komunikator merasa pendapatnya paling benar sehingga tidak memberikan kesempatan komunikan untuk berbicara. Bahkan lebih jauh komunikator selalu memotong pembicaraan, padahal pesan yang disampaikan komunikan belum disampaikan secara utuh, sehingga sering terjadi kesalahpahaman. Ketika Berkomunikasi dengan seseorang hindarilah sikap mendominasi pembicaraan agar bisa saling memberikan komentar. Namun jika komunikator melihat hal ini terjadi, cobalah meminta komunikator untuk bersi keras memberikan komentar, agar komunikasi yang dijalin dapat berimbang. Perawat Riani Bukit berpendapat menjadi perawat harus sabar dan tidak boleh mendominasi komunikasi secara berlebihan yang menyebabkan pasien tidak nyaman ketika dirawat, sebaiknya kita tetap bersabar mendengar keluhan pasien.

Hasil observasi, peneliti menemukan hambatan hambatan komunikasi terapeutik dokter dan perawat terhadap pasien ruang rawat inap terpadu RSUP H

Adam Malik Medan berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dijelaskan yaitu: bahasa, budaya, salah paham, sisi historis atau pengalaman, dan mendominasi pembicaraan.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1. Simpulan

Hasil penelitian dan pembahasan yang telah dipaparkan pada bab sebelumnya dalam penelitian ini, maka peneliti akan memberikan simpulan terhadap penelitian mengenai komunikasi terapeutik dokter dan paramedis dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan, sebagai berikut :

1. Pemahaman prinsip-prinsip komunikasi terapeutik yang meliputi; sikap terbuka, saling percaya, dukungan penuh empati, dan ketersediaan sarana prasarana dalam pelayanan kesehatan di ruang rawat inap terpadu RSUP H Adam Malik Medan secara konseptual telah dipahami oleh dokter, perawat dan pasien, namun secara faktual lingkup pelaksanaannya belum optimal dan merata diterapkan.
2. Proses tahapan komunikasi terapeutik terbagi atas empat fase yaitu fase pra-interaksi, fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Keempat fase tersebut sudah dengan baik dilakukan oleh dokter dan perawat. Hal yang penting diperhatikan ketika sedang melayani pasien adalah kesabaran, sikap yang ramah, membentuk emosi, hangat, bersahabat, empati dan mampu membawakan diri selayaknya pasien tersebut, tanpa melupakan hak-hak para pasien.

Pada fase pra interaksi, sebelum kontak pertama dengan pasien, beberapa dokter dan perawat belum maksimal dalam mengeksplorasi perasaan

ketika menyambut pasien, sehingga kesadaran dan kesiapan dokter dan perawat belum sepenuhnya optimal secara mental pada diri mereka dalam membentuk situasi dalam menyambut pasien di RSUP H Adam Malik Medan.

Pada fase orientasi, keterampilan atau kemampuan dokter dan paramedis atau perawat dalam berkomunikasi dengan pasien belum optimal dan belum merata dimiliki setiap dokter maupun perawat. Kondisi ini terjadi karena pada RSUP H Adam Malik Medan tersebut belum memiliki standar operasional prosedur yang tegas, evaluatif, dan responsif khususnya untuk pelaksanaan pelayanan komunikasi terapeutik pada fase orientasi (tahap awal) ketika pasien datang pertama sekali ke rumah sakit.

Pada fase kerja (*working*), dokter dan paramedis atau perawat pada RSUP H Adam Malik Medan telah melakukan layanan yang dinilai cukup baik oleh pasien. Namun dari hasil wawancara dan observasi yang dilakukan diperoleh temuan bahwa komunikasi terapeutik pada fase kerja ini masih belum lengkap sehingga belum optimal dalam memenuhi seluruh tindakan medis dan keperawatan yang optimal baik pada tatanan fisiologis, tatanan psikologis dan tatanan sosioekonomi pasien.

Pada fase terminasi ketika pasien diperbolehkan pulang ke rumah, dokter dan paramedis atau perawat pada RSUP H Adam Malik Medan belum sepenuhnya melakukan tahapan yang idealnya harus dilakukan, seperti : kegiatan evaluasi subjektif (pasien diberi kesempatan untuk memberi pendapatnya tentang kepuasannya terhadap layanan asuhan keperawatan)

dan kegiatan evaluasi objektif (pasien diberi kesempatan untuk memberi pendapat tentang kepuasannya terhadap kemajuan kesehatannya setelah mendapatkan pengobatan). Kondisi ini terjadi karena pada RSUP H Adam Malik Medan tersebut belum memiliki standar operasional prosedur yang tegas, evaluatif dan responsif khususnya untuk pelaksanaan pelayanan komunikasi terapeutik pada fase terminasi (tahap akhir) ketika pasien diperbolehkan pulang kembali ke rumah.

3. Hambatan utama komunikasi terapeutik dalam pelayanan kesehatan di RSUP H Adam Malik Medan adalah perbedaan bahasa antara dokter, paramedis dengan pasien, kurangnya pengetahuan pasien dan karakter pasien yang berbeda-beda serta kurangnya mengetahui aturan edukasi tentang kesehatan.

5.2. Saran

1. Agar pelayanan kesehatan dapat lebih berkualitas dan dirasakan manfaatnya oleh pasien sebagai bagian dari masyarakat, perlu adanya kesadaran pihak penyelenggara RSUP H Adam Malik Medan terutama dokter dan paramedis atau perawat akan pentingnya komunikasi terapeutik dalam memberikan kesembuhan kepada pasien.
2. Dokter dan paramedis atau perawat pada RSUP H Adam Malik Medan disarankan untuk meningkatkan keterampilan atau kemampuan dalam berkomunikasi dengan pasien, dengan tujuan agar dapat membina rasa percaya pasien melalui komunikasi terbuka dan meningkatkan kemampuan untuk dapat menggali pikiran dan perasaan serta

mengidentifikasi masalah pasien sebelum kontrak asuhan medis dan keperawatan dirumuskan.

3. Dokter dan paramedis atau perawat pada RSUP H Adam Malik disarankan untuk melakukan seluruh tindakan medis dan keperawatan yang lengkap baik pada tatanan fisiologis, tatanan psikologis hingga tatanan sosioekonomi pasien pada tahapan komunikasi terapeutik.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdad, Fairus Ali. 2012. *Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Komunikasi Terapeutik di Unit Rawat Inap Umum Rumah Sakit DR. H. Marzoeki Mahdi Bogor*. Skripsi. Jakarta: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- Anas, T. 2014. *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Andriyani, Septian dkk. 2018. *Buku Ajar Komunikasi dalam Keperawatan*. Bandung: Pustaka Baru Press
- Arikunto, S. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
- Arwani. 1999. *Komunikasi Dalam Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Budyatna, Muhammad dan Ganiem Leila Mona. 2011. *Teori Komunikasi Antarpribadi*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Buku Profil RSUP H Adam Malik. 2017. Medan
- Bungin, Burhan. 2003. *Analisis Data Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Grafindo Perkasa.
- _____. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif (Komunikasi Ekonomi dan Kebijakan Publik serta Ilmu Sosial Lainnya)*. Jakarta: Prenada Media
- Damayanti, Mukhrisah. 2008. *Komunikasi Terapeutik Dalam Praktik Keperawatan*. Bandung: Rafika Aditama.
- Devito, Joseph A. 2011. *Komunikasi Antar Manusia*. Terjemahan Agus Maulana. Tangerang: Kharisma
- Dorland. 2000. *Kamus Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Effendy, Onong Uchjana. 2003. *Ilmu Teori dan Filsafat Komunikasi*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- _____. 2006. *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktek*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Handayani, Widya. 2011. *Pengaruh Komunikasi Terapeutik Terhadap Pengetahuan Dan Kepatuhan Dalam Menjalankan Terapi Diet Pada Pasien Hemodialisa di RSUD DR. Pirngadi Medan*. Pascasarjana Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Sumatera Utara. Medan.

- Hardjana, Agus M. 2003. *Komunikasi Intrapersonal dan Interpersonal*. Yogyakarta: Kanisius.
- Herqutanto. 2009. *Wahai Dokter Indonesia Berkomunikasilah*. Majalah Kedokteran Indonesia Volume 59 No.2. Jakarta: Yayasan Penerbit IDI.
- Iskandar. 2009. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Gaung Persada.
- Jonathan, Sarwono. 2006. *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Kariyoso. 1994. *Pengantar Komunikasi Bagi Siswa Keperawatan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Komalasari, Veronica. 2002. *Peranan Informed Consent Dalam Transaksi Terapeutik*. Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Kriyantono, Rachmat. 2006. *Riset Komunikasi Teknik Praktis*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Liliweri, Alo. 2015. *Komunikasi Antarpersonal*. Jakarta: Kencana.
- Marhaeni, Fajar. 2009. *Ilmu Komunikasi; Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- McGuire, Meredith B. 2002. *The Social Context Fifth Edition*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Moleong, J Lexy. 2007. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit Remaja Rosda Karya.
- Morissan. 2013. *Teori Komunikasi Individu Hingga Massa*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group
- Mubarak, W I dan Chayatin N. 2012. *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muhith, Abdul dan Sando Siyoto. 2018. *Aplikasi Komunikasi Terapeutik Nursing & Health*. Yogyakarta: Andi
- Mukhrifah, Damayanti. 2008. *Komunikasi Terapeutik Dalam Praktik Keperawatan*. Bandung: Rafika Aditama.
- Mulyana, Deddy. 2016. *Ilmu Komunika: Suatu Pengantar*. Cetakan ke-20 Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Mundakir. 2006. *Komunikasi Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Musliha dan Fatmawati, Siti. 2010. *Komunikasi Keperawatan Plus Materi Komunikasi Terapeutik*. Yogyakarta: Mulia Media

- Nasir, Abdul Dkk. 2011. *Komunikasi Dalam Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Merdeka.
- Nawawi, Hadari. 1996. *Instrumen Penelitian Bidang Sosial*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Neuman, W. Lawrence. 2003. *Social Research Methods Qualitative And Quantitative Approaches*. Boston: Pearson Education, Inc.
- Nurhasanah, Nunung. 2010. *Ilmu Komunikasi Dalam Konteks Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Nursalam. 2011. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Edisi 3 Penerbit Erlangga.
- Poerwandari, Kristi E. 1998. *Metode Penelitian Sosial*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Pohan, Imbalo S. 2004. *Jaminan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar-dasar Pengertian dan Penerapan*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Prabowo, Tri. 2014. *Komunikasi dalam Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Priyanto, Agus. 2009. *Komunikasi dan Konseling Aplikasi Dalam Sarana Pelayanan Kesehatan Untuk Perawat dan Bidan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rakhmat, Jalaluddin. 2000. *Metode Penelitian Komunikasi*. Bandung: Penerbit Remaja Rosda Karya.
- _____. 2001. *Psikologi Komunikasi*. Bandung: Penerbit Remaja Rosda Karya.
- _____. 2006. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Penerbit Remaja Rosda Karya.
- Riyandi, Azhril dan Ginting, Rahmanita. 2018. *Persuasive Communication With Successfull Healing Post-Extraction of the Patien at the Oral Surgical Clinic an Maxilofacial FKG USU*. Advances in Social Science, Education and Humanities Research. Volume 260
- Samsuridjal dan Supartondo. 2004. *Komunikasi dan Empati Dalam Hubungan Dokter-Pasien*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Schiffman, Leon, G.and Kanuk, Leslie Lazar. 2004. *Consumer Behavior 8th Edition*. London: Prentice Hall.
- Sevilla, Consuelo G dkk. 2006. *Pengantar Metode Peneliian*. Jakarta: Penerbit UI Press.

- Sheldon, Lisa Kennedy. 2010. *Komunikasi Untuk Keperawatan*. Jakarta: Erlangga.
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Pendidikan Kuantitatif, Kualitatif*. Yogyakarta: R & D. Pustaka Pelajar.
- Suryani. 2005. *Komunikasi Terapeutik Teori Dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Suryanti, Mansoer. 1997. *Kepuasan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit PELNI Jakarta Terhadap Pelayanan Dokter*. Thesis. Pascasarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Taufik, M & Juliane. 2010. *Komunikasi Terapeutik dan Konseling dalam Praktik Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika
- Tubbs, Stewart L. and Sylvia Moss, 1997. *Human Communication, Konteks-Konteks Komunikasi*. Terjemahan : Deddy Mulyana. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Widjaja. 2010. *Komunikasi: Komunikasi dan Hubungan Masyarakat*. Jakarta: Bumi Aksara.

LAMPIRAN

LAMPIRAN 1
TRANSKRIP WAWANCARA

Informan Pertama:

Nama Informan : dr. Stefanie Tarigan
Usia : 36 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Dokter Spesialis Jantung

1. Apa yang anda pahami tentang komunikasi terapeutik?

“Komunikasi Terapeutik menurut saya adalah komunikasi yang bersifat memberi pelayanan kepada pasien, agar pasien merasa percaya diri dan nyaman di dalam proses penyembuhan penyakitnya.”

2. Bagaimana menurut anda prinsip dasar komunikasi terapeutik?

“Prinsip dasar komunikasi terapeutik menurut saya adalah komunikasi yang bersifat memberi pelayanan kepada pasien, agar pasien merasa percaya diri dan nyaman di dalam proses penyembuhan penyakitnya.”

3. Hal-hal apa yang dilakukan dokter dan perawat dalam penerapan prinsip komunikasi terapeutik?

“Orang-orang yang datang ke rumah sakit untuk berobat atau memerlukan perawatan medis adalah orang-orang yang berada dalam situasi psikologis yang cemas dan panik, apalagi bagi pasien rawat inap. Mereka diliputi rasa panik dan cemas. Panik karena harus berpisah dari anggota keluarga yang lain, panik karena menderita suatu penyakit, panik karena kemampuan keuangan, dan lain-lain. Dokter dan perawat harus memahami situasi psikologis seperti itu, sehingga bila ada perilaku penolakan dari pasien, dokter dan perawat dapat memakluminya.”

4. Apa manfaat komunikasi terapeutik menurut Anda?

“Hubungan interpersonal dalam komunikasi terapeutik yang dilakukan dokter, perawat dan pasien bermanfaat untuk mengekspresikan kebutuhan, memecahkan masalah dan meningkatkan kemampuan dokter dan perawat dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit.”

- 5. Komunikasi seperti apa yang anda lakukan pertama sekali saat memulai interaksi dengan pasien?**

“Biasanya saya akan melakukan komunikasi dua arah, karena bagi saya komunikasi tersebut adalah komunikasi paling efektif untuk mendapatkan keluhan pasien dengan lengkap, untuk mengetahui diagnosa dan perawatan yang akan saya berikan.”

- 6. Bagaimana anda meyakinkan pasien bahwa tindakan perawatan yang dilakukan itu adalah perawatan yang terbaik?**

“Sebelum saya memberitahukan keputusan atau sesudahnya, biasanya saya menjelaskan tentang penyakit dari pasien itu sendiri, misalnya untuk kasus penyakit jantung reumatik, efek kedepannya bagaimana apabila kelelahan berlebihan akan mengakibatkan rusaknya katup jantung yang disebabkan oleh pembekuan darah pada jantung yang membesar atau pada katup jantung yang rusak, karena cukup banyak pasien dalam beberapa kasus memiliki penyakit yang bisa berbahaya kedepannya apabila tidak diatasi sesegera mungkin dengan banyak alasan yang ujung-ujungnya tidak akan mengatasi permasalahan konsekuensi atau akibat penyakit tersebut.”

- 7. Apakah informasi mengenai penyakit cukup jelas anda sampaikan kepada pasien?**

“Jelas. Sebelum saya menjelaskan penyakit jantung rematik lebih lanjut, saya menyarankan pasien untuk lebih banyak istirahat agar tidak mudah lelah.”

- 8. Bagaimana cara anda memberikan motivasi kepada pasien?**

“Menyemangati pasien dan juga mengingatkan pasien untuk lebih sering berdoa dan ibadah untuk kesembuhan, serta berikan kepercayaan kepada dokter bahwa penyakitnya bisa sembuh.”

9. Apa yang menjadi hambatan saat melakukan komunikasi dan bagaimana anda menanggulangi hambatan tersebut?

“Banyak faktornya, bisa jadi bahasa atau pun kelelahan jadi emosi kesabaran dokter juga ada batasnya. Tapi yang paling berpengaruh menurut saya adalah Bahasa. Karena Bahasa kita juga berbeda-beda. Jadi cara pasien menggambarkan keluhannya juga berbeda-beda. Terkadang seperti multi tafsir, kalau sudah seperti itu kita pastiin dulu jawaban atau arti yang tepat bagi dokter dan pasien.”

10. Bagaimana komunikasi yang anda lakukan kepada pasien pada tahap terminasi setelah di rawat di RSUP H Adam Malik Medan?

“Seperti pasien jantung yang saya tangani saat ini, tidak lepas dari pantauan dokter tentang kelanjutan kesehatan. Setelah mendapatkan perawatan di rumah sakit, saya menyarankan pasien untuk tetap menjaga kesehatan dengan baik dikarenakan kondisinya yang masih membutuhkan perawatan.”

Informan Kedua:

Nama Informan : dr. Citra
Usia : 38 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Dokter Spesialis Neurologi

1. Apa yang anda pahami tentang komunikasi terapeutik?

“Komunikasi terapeutik merupakan batu pertama hubungan dokter dan perawat terhadap pasien. Fokus komunikasi terapeutik adalah kebutuhan pasien. Seorang dokter dan perawat yang profesional harus mempertimbangkan beberapa faktor pada pasien termasuk kondisi fisik, keadaan emosional, latar belakang budaya, sosial, bahasa, kesiapan berkomunikasi dan cara berhubungan dengan orang lain.”

2. Bagaimana menurut anda prinsip dasar komunikasi terapeutik?

“Prinsip dasar yang dilakukan pada komunikasi terapeutik di RSUP H Adam Malik Medan adalah terstruktur dan direncanakan, mengikuti status medis (medical report) dari kondisi penyakit pasien.

3. Hal-hal apa yang dilakukan dokter dan perawat dalam penerapan prinsip komunikasi terapeutik?

“Dengan pendekatan dan adanya kejujuran serta sikap terbuka dokter sehingga pasien merespon dengan baik dalam menyampaikan keluhannya tanpa ragu dan terciptalah rasa saling percaya pasien terhadap dokter.”

4. Apa manfaat komunikasi terapeutik menurut Anda?

“Hubungan interpersonal mempengaruhi dalam komunikasi terapeutik serta dapat memberikan manfaat, seperti :

- Membantu pasien dalam mengendalikan emosi sehingga dapat membantu mempercepat penyembuhan dari upaya medis.

- Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran akibat mengetahui penyakit yang dideritanya.
- Membantu mengurangi keraguan juga dalam mengambil tindakan efektif dalam upaya medis.
- Menciptakan komunikasi terapeutik yang dapat memberikan pelayanan prima (service excellent) sehingga kepuasan dan kesembuhan pasien dapat tercapai.
- Menciptakan komunikasi yang menghasilkan kepuasan semua pihak yang terlibat yaitu dokter, perawat dan pasien.”

5. Komunikasi seperti apa yang anda lakukan pertama sekali saat memulai interaksi dengan pasien?

“Memulai pekenalan pada tahap awal dengan pasien baiknya diteruskan dengan berjabat tangan dan menatap dengan tulus kepada pasien. Hal sederhana seperti itu akan membuat perasaan yang tenteram pada diri pasien.”

6. Bagaimana anda meyakinkan pasien bahwa tindakan perawatan yang dilakukan itu adalah perawatan yang terbaik?

“Saya akan memberitahu pasien penyebab penyakit, kondisi saat ini, dan perawatan yang akan diberikan kepada pasien. Apabila pasien tidak merasa puas terhadap pilihan perawatan yang ditawarkan, saya akan memberikan pilihan perawatan yang lain serta konsekuensinya. Akan tetapi, tidak semua pasien mengikuti keputusan perawatan yang dibuat, ada banyak alasan mungkin karena dia takut. Jika seperti itu saya tetap menghargai keputusannya dan tetap memberinya motivasi.”

7. Apakah informasi mengenai penyakit cukup jelas anda sampaikan kepada pasien?

“Sejauh ini jelas. Pertama saya akan menjelaskan dengan bahasa awam yang dimengerti pasien, setelah pasien paham saya menjelaskan lebih detail dari penyakit yang diderita pasien, dan bagaimana penanggulangan kedepan akan sakit yang di derita pasien.”

8. Bagaimana cara anda memberikan motivasi kepada pasien?

“Memberi semangat ke pasien dengan hal-hal positif. Selalu memberikan dukungan apabila pasien merasa down akan sakitnya. Ingatkan pasien untuk terus berdoa dan ikhlas terhadap sakitnya.

9. Apa yang menjadi hambatan saat melakukan komunikasi dan bagaimana anda menanggulangi hambatan tersebut?

“Terkadang pasien banyak yang tidak memahami peraturan yang ada dan meyalahkan dalam pelayanan kesehatan. Dokter disini harus tetap merespon dengan baik.”

10. Bagaimana komunikasi yang anda lakukan kepada pasien pada tahap terminasi setelah di rawat di RSUP H Adam Malik Medan?

“Menyarankan pasien untuk rutin minum obat pasca perawatan dan tetap jaga kesehatan, jangan terlalu lelah. Tetap konsultasi jika ada keluhan dari sakit yang diderita pasien.”

Informan Ketiga:

Nama Informan : Teti Hariani
Usia : 40 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Perawat

1. Apa yang anda pahami tentang komunikasi terapeutik?

“Komunikasi Terapeutik menurut saya adalah alat bertukar informasi antara perawat dan pasien yang dilakukan secara sadar untuk ketenangan dalam pelayanan kesehatan pada pasien.”

2. Bagaimana menurut anda prinsip dasar komunikasi terapeutik?

“Prinsip dasar komunikasi terapeutik menurut saya adalah hangat, tulus dan manusiawi dalam memberi pelayanan asuhan medis dan asuhan keperawatan terhadap pasien.”

3. Hal-hal apa yang dilakukan dokter dan perawat dalam penerapan prinsip komunikasi terapeutik?

“Proses komunikasi terapeutik dapat berjalan baik bila pasien dan perawat saling membuka diri (openess) dengan saling sapa antara perawat dan pasien oleh karena itu perawat harus mampu mengajak pasien untuk berkomunikasi dengan mengawali dengan pertanyaan ringan berkaitan dengan diri pasien, ketika pada pertemuan awal setelah memperkenalkan diri. Misalnya : “Apa keluhan penyakitnya Pak atau Bu”? atau pertanyaan seperti “Berapa usianya Pak atau Bu”?.”

4. Apa manfaat komunikasi terapeutik menurut Anda?

“Maanfaatnya adalah untuk mempercepat proses kesembuhan pasien dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit.”

5. Komunikasi seperti apa yang anda lakukan pertama sekali saat memulai interaksi dengan pasien?

- Membina rasa saling percaya, menunjukkan penerimaan melalui komunikasi terbuka.
- Merumuskan kontrak (waktu, tempat pertemuan, dan topik pembicaraan) bersama-sama dengan pasien dan menjelaskan atau mengklarifikasi kembali kontrak atau perjanjian yang telah disepakati bersama.
- Menggali pikiran dan perasaan serta mengidentifikasi masalah pasien yang umumnya dilakukan dengan menggunakan teknik komunikasi pertanyaan terbuka, dan
- Merumuskan tujuan interaksi dengan pasien.”

6. Bagaimana anda meyakinkan pasien bahwa tindakan perawatan yang dilakukan itu adalah perawatan yang terbaik?

“ Saya akan mengatakan ke pasien, kita memberikan perawatan terbaik kepada pasien, dan pasien juga harus mengikuti prosedur yang telah diberikan pihak rumah sakit.

7. Apakah informasi mengenai penyakit cukup jelas anda sampaikan kepada pasien?

Jelas. Jika pasien tidak mengerti, saya akan menjelaskan kepada keluarga pasien yang lebih paham.

8. Bagaimana cara anda memberikan motivasi kepada pasien?

“Pada pasien yang kurang bersemangat kita ajak komunikasi sampai terciptanya saling percaya dan pastinya terus memberikan kenyamanan bagi pasien selama masa perawatan di rumah sakit sehingga pasien bersemangat untuk sembuh.”

9. Apa yang menjadi hambatan saat melakukan komunikasi dan bagaimana anda menanggulangi hambatan tersebut?

“Hambatan pasti ada. Kan karakter pasien berbeda-beda. Ada yang kita tanya jawabannya benar ada juga yang tidak. Ada yang malu-malu bahkan ada juga yang engga peduli kita ngomong apa. Tetapi sebagai perawat kita harus sabar tetap memberikan pelayanan yang baik. Namanya juga orang sakit, emosinya tidak stabil. Disitulah kita ajak pasien ngobrol agar lebih

dekat. Bagi saya walaupun ada hambatan ya dalam segi bahasa. Biasanya komunikasi ke keluarga yang bisa mengerti.”

10. Bagaimana komunikasi yang anda lakukan kepada pasien pada tahap terminasi setelah di rawat di RSUP H Adam Malik Medan?

“ Tetap konsultasi jika ada keluhan setelah mendapat perawatan dan diperbolehkan pulang. Rutin minum obat. Ikuti terus instruksi yang diberikan dokter setelah diperbolehkan pulang.”

Informan Keempat:

Nama Informan : Riani Bukit
Usia : 48 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Status : Perawat

1. Apa yang anda pahami tentang komunikasi terapeutik?

“Komunikasi Terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan untuk membujuk dan memotivasi pasien agar pasien dapat menjalani seluruh prosedur perawatan dan medis di rumah sakit..”

2. Bagaimana menurut anda prinsip dasar komunikasi terapeutik?

“Prinsip dasar yang dilakukan pada komunikasi terapeutik adalah melakukan dengan tulus dan manusiawi.”

3. Hal-hal apa yang dilakukan dokter dan perawat dalam penerapan prinsip komunikasi terapeutik?

“Harus terjalin hubungan saling percaya antara perawat dan pasien, agar komunikasi dapat terjalin dengan baik dan efektif. Menjadi perawat harus punya sifat positif, dan tidak boleh berburuk sangka kepada orang lain, bagaimana bisa berkomunikasi dengan baik dengan pasien kalau di dalam hati dan pikiran ada perasaan tidak enak pada orang lain.”

4. Apa manfaat komunikasi terapeutik menurut Anda?

“Maanfaatnya adalah untuk menciptakan hubungan interpersonal yang baik dan memudahkan asuhan medis dan keperawatan kepada pasien.

5. Komunikasi seperti apa yang anda lakukan pertama sekali saat memulai interaksi dengan pasien?

“Selamat siang, ibu, saya Riani Bukit perawat di di ruang rawat inap terpadu apa yang bisa kami bantu, bu? “Silahkan duduk, ibu, siapa yang mau berobat, bu?” “Kita isi formulir pasiennya dulu ya bu”. “Sebelumnya apa ibu sudah pernah berobat disini?”“Saya bantu mencatat data identitas ibu terlebih dahulu, dan kemudian keluhan yang ibu rasakan, ya bu”.”

6. Bagaimana anda meyakinkan pasien bahwa tindakan perawatan yang dilakukan itu adalah perawatan yang terbaik?

“Pertama saya akan membuat pasien nyaman terlebih dahulu, dengan begitu pasien akan memberikan kepercayaannya untuk dirawat. Dengan begitu saya dapat meyakinkan pasien bahwa perawatan yang akan dilakukan adalah perawatan terbaik untuknya, selebihnya banyak berdoa dan ikuti instruksi dari kami.”

7. Apakah informasi mengenai penyakit cukup jelas anda sampaikan kepada pasien?

“Jelas. Saya akan menjelaskannya dengan bahasa awam, yang dimengerti pasien. Dan menjelaskannya dengan perlahan-lahan.”

8. Bagaimana cara anda memberikan motivasi kepada pasien?

“Tetap semangat. Sese kali saya akan bercanda dengan pasien untuk memotivasi agar tetap tegar dan semangat. Berpikir positif dan terus berdoa.”

9. Apa yang menjadi hambatan saat melakukan komunikasi dan bagaimana anda menanggulangi hambatan tersebut?

“Hambatannya lebih ke latar belakang pasien. Enggak semua pasien dapat menerima informasi dengan baik, kita harus mengedukasinya berulang kali sampai pasien paham dan memberikan arahan tentang forum-forum edukasi yang harus diperhatikan pasien.”

10. Bagaimana komunikasi yang anda lakukan kepada pasien pada tahap terminasi setelah di rawat di RSUP H Adam Malik Medan?

“Tidak lupa mengingatkan pasien untuk terus kontrol setelah di rawat, jaga kesehatan dan selalu ikuti prosedur yang telah diberikan.”

Informan Kelima:

Nama Informan : Jhonny Marihot Manalu

Usia : 30 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Status : Pasien Jantung

1. Apa yang anda ketahui tentang komunikasi terapeutik?

“Saya kurang paham. Mungkin untuk proses kesembuhan pasien.”

2. Apa yang dilakukan dokter dan perawat ketika pertama kali bertemu?

“Waktu datang ke rumah sakit perawat ada menanyakan nama, alamat, keluhan penyakit, pekerjaan dan identitas saya, namun saya lupa nama perawat yang menerima saya waktu itu dan ingat saya tidak ada berjabat tangan, walaupun diterima dengan baik.”

3. Bagaimana ekspresi wajah dokter dan perawat saat memberikan pelayanan medis kepada anda?

“Seperti yang saya katakan tadi, ekspresi mereka ramah, dan tak segan memberi senyum ketika menjelaskan penyakit saya.”

4. Bagaimana cara dokter dan perawat menjawab keluhan tentang sakit yang anda rasakan?

“Dokter dan perawat menjelaskan dengan spesifik tentang sakit yang saya rasakan.”

5. Apakah dokter dan perawat pernah bercanda atau memberikan humor ketika berkomunikasi dengan anda selama masa keperawatan?

“Iya. Dokter dan perawat sangat ramah. Kadang-kadang bercanda juga ketika berkunjung dan menyapa saya di ruangan, menanyakan kondisi saya.”

6. Bagaimana perasaan anda setelah menerima perawatan di rumah sakit ini?

“Saya merasa lebih baik dan tenang selama dirawat selama 7 hari di rumah sakit ini, perawat memperhatikan saya, kalau memerlukan bantuan, saya atau anggota keluarga yang menjaga saya, cukup memencet bel, atau menelpon ke ruangan perawat, mereka sigap dan tidak lama kemudian segera datang untuk membantu saya.”

7. Apakah dokter dan perawat menyarankan kesepakatan waktu untuk kunjungan pemeriksaan kesehatan berikutnya?

“Ada disampaikan tapi karena saya masih dirawat yang disampaikan adalah kondisi kesehatan saya setelah mendapatkan keperawatan selama dirawat di rumah sakit ini.”

8. Menurut anda, apakah komunikasi yang dilakukan dokter dan perawat telah efektif?

“Sudah efektif dan perlu dipertahankan. Dan saya cukup jelas ketika dokter dan perawat memberikan instruksi yang harus saya turuti dengan prosedur rumah sakit yang berlaku.”

9. Secara keseluruhan, sebagai pasien puaskah anda dengan pelayanan komunikasi terapeutik yang diberikan oleh dokter dan paramedis di rumah sakit ini?

“Cukup puas. Jika perlu dokter dan pasien bisa lebih memperhatikan pasien yang terkadang rewel karena merasakan sakit yang mereka derita. Sebab, pelayanan tidak hanya berupa materil saja tetapi juga rasa empati dokter dan paramedis.”

Informan Keenam:

Nama Informan : Marlin br Bangun

Usia : 59 Tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Status : Pasien Diabetes

1. Apa yang anda ketahui tentang komunikasi terapeutik?

“Saya kurang paham. Mungkin komunikasi yang baik antara dokter dan pasien dalam pelayanan kesehatan.”

2. Apa yang dilakukan dokter dan perawat ketika pertama kali bertemu?

“Saya disambut dengan ramah oleh perawat, mereka menanyakan nama, identitas saya dan mencatat keluhan yang saya alami, sebelumnya saya juga berobat di rumah sakit ini, setelah perawat menyampaikan informasi dan kondisi yang saya alami, dokter menyuruh perawat untuk melakukan pemasangan alat infus glukosa, karena pada saat itu gula saya drop.”

3. Bagaimana ekspresi wajah dokter dan perawat saat memberikan pelayanan medis kepada anda?

“ Ekspresi dokter dan perawat ketika melayani ramah dan bersifat empati terhadap pasien, sehingga kami dapat terbuka dalam menyampaikan keluhan sakit yang kami derita”.

4. Bagaimana cara dokter dan perawat menjawab keluhan tentang sakit yang anda rasakan?

“Dokter dan perawat mendengarkan dengan sabar terdahulu ketika saya menyampaikan keluhan penyakit saya, kemudian dokter dan perawat memberikan motivasi agar saya tetap tenang jangan berpikiran berlebih, sebab setiap penyakit pasti ada obatnya dan teruslah berdoa”.

5. Apakah dokter dan perawat pernah bercanda atau memberikan humor ketika berkomunikasi dengan anda selama masa keperawatan?

“Pernah. Dokter dan perawat dalam memberikan motivasi senang sekali memberi humor agar saya tidak terlalu memikirkan sakit saya.

6. Bagaimana perasaan anda setelah menerima perawatan di rumah sakit ini?

“Ibu-ibu perawat di rumah sakit ini selalu membujuk saya untuk menghabiskan makanan yang diberikan supaya saya tidak lemas katanya. Sebenarnya saya paling takut disuntik, namun Ibu perawat bisa membujuk saya sehingga akhirnya saya bisa disuntik dan diinfus, dengan cara yang lembut dan ternyata tidak sesakit dan sengeri seperti yang saya bayangkan.”

7. Apakah dokter dan perawat menyarankan kesepakatan waktu untuk kunjungan pemeriksaan kesehatan berikutnya?

“Saya diperbolehkan untuk pulang, tadi dokter menanyakan perasaan saya setelah beberapa hari di rawat. Dokter juga menyarankan agar obat yang diberikan harus habis diminum, saya juga dinasehati untuk tidak memakan makanan yang mengandung pengawet dan banyak minum air putih serta sayur dan buah yang diperbolehkan. Jika obatnya sudah habis dan belum ada keurangan dari sakit saya, saya disarankan untuk datang kembali kerumah sakit, karena dokter akan memeriksa kembali.”

8. Menurut anda, apakah komunikasi yang dilakukan dokter dan perawat telah efektif?

”Terkadang saya masih kurang jelas mendapatkan informasi yang diberikan dokter. Menurut saya komunikasinya boleh ditingkatkan.”

9. Secara keseluruhan, sebagai pasien puaskah anda dengan pelayanan komunikasi terapeutik yang diberikan oleh dokter dan paramedis di rumah sakit ini?

“Saya sudah cukup puas dengan pelayanan yang ada, kiranya perlu dipertahankan atau lebih ditingkatkan.”

LAMPIRAN 2

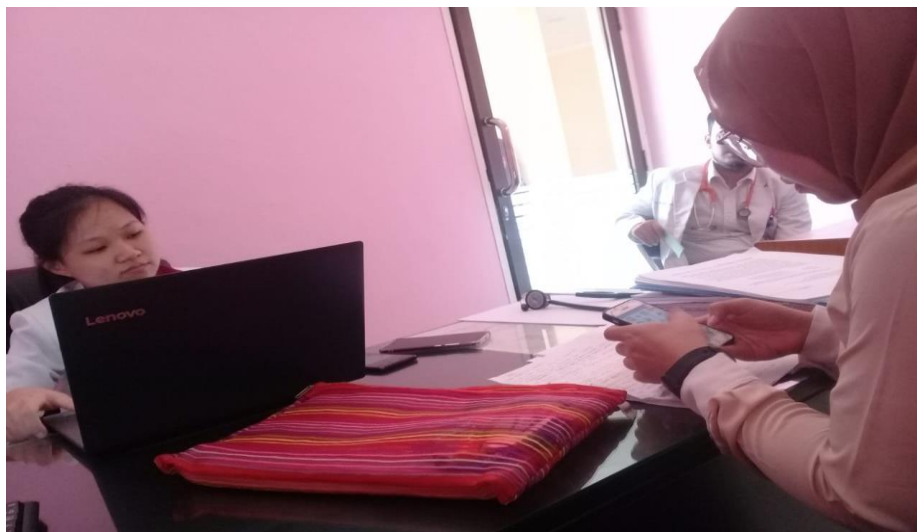
DOKUMENTASI WAWANCARA DAN OBSERVASI



Foto RSUP H Adam Malik Medan



Perawat yang sedang memberikan pelayanan kepada pasien jantung



Wawancara bersama dokter



Wawancara pasien rawat inap terpadu yang diperbolehkan pulang



LAMPIRAN 3

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama Lengkap : Yuli Motinda Soraya
TTL : Kisaran, 19 Juli 1988
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Hobi : Memasak, Menulis, Makan, Traveling
Alamat : Jl. Akasia No. 10 Pangkalan dodek baru Kec. Medang
Deras Kab. Batubara
Nomor Hp : 0852 7537 7723
Email : indasoraya19@gmail.com

Pendidikan

SD : SDN 08163 Medang Deras (1999)
SMP : Pesantren Darul Arafah Medan (2002)
SMA : MAN 2 Model Medan (2005)
Perguruan Tinggi : Diploma III (USU) Universitas Sumatera Utara
(2009)
: S1 Sistem Informasi (STTH) Sekolah Tinggi Teknik
Harapan Medan (2014)
: Pascasarjana Ilmu Komunikasi (UMSU) Universitas
Muhammadiyah Sumatera Utara (2019)

Keluarga

Ayah
Ibu : Ngatimo
: Sri Kunti Hasibuan

Pengalaman

Organisasi

- a. Bendahara Ikatan Mahasiswa Instrument Periode
2008
- b. Praktek Kerja Lapangan di Balai Besar Latihan
Kerja Industri (BBLKI) Medan 2009

Pengalaman Kerja

- a. Operator Komputer KANPEL Pangkalan Dodek, Batu Bara (2009-2011)
- b. Operator Komputer Pemerintahan Kabupaten Serdang Bedagai (2011-2012)
- c. Staff Administrasi PT. MKSP Kontraktor Wilmar Kuala Tanjung (2012-2017)
- d. Staff Pajak CV. Indah Jaya Barokah Pangkalan Dodek (2017-2019)

Media Sosial

: @sorayamotii

Instagram

: @sorayamoti

Twitter