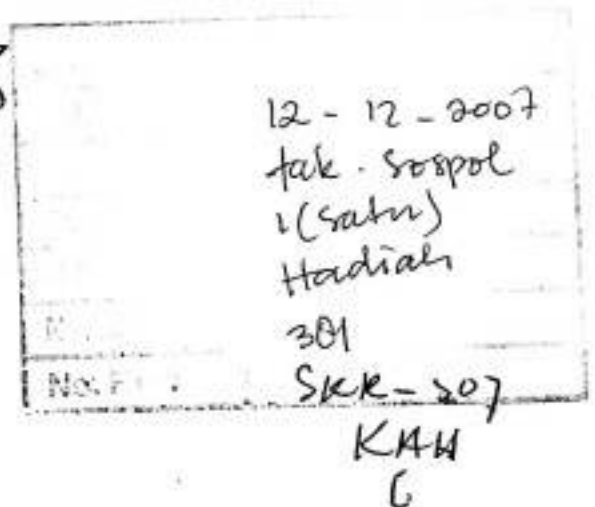


**INTERAKSI SOSIAL DOKTER-PASIEN
(STUDI KASUS DI RUMAH SAKIT DAERAH
KABUPATEN SINJAI)**

**ZAKIAH KAHAR
E411 03 002
SOSIOLOGI**



**Skripsi
Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Derajat
Sarjana Sosial**

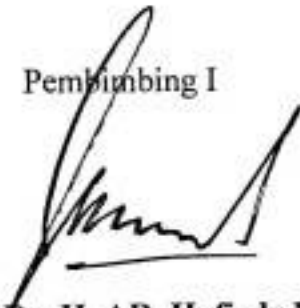
**FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2007**

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL SKRIPSI : **INTERAKSI SOSIAL DOKTER-PASIEN** (*Studi Kasus Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai*)
NAMA : **ZAKIAH KAHAR**
NIM : **E411 03 002**

Menyetujui

Pembimbing I



Prof. Dr. H. AR. Hafiedz, MS.
NIP. 130 207 894

Pembimbing II



Drs. Andi Sangkuru, M.Si.
NIP. 131 577 002

Mengetahui :

Ketua Jurusan Sosiologi



Drs. Hasbi, M.Si.
NIP. 131 961 982

LEMBAR PENERIMAAN TIM EVALUASI

Telah diterima oleh Tim Evaluasi Skripsi Sarjana Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin Makassar. Untuk memenuhi sebagian dari syarat-syarat guna memperoleh gelar Sarjana pada Jurusan Sosiologi.

Makassar, November 2007

Tim Evaluasi

Ketua : Prof. Dr. H. AR. Hadiedz, MS

Sekretaris : Rahmat Muhammad, S.Sos, M.Si.

Anggota : 1. Drs. Hasbi, M.Si.

2. Drs. Andi Sangkuru, M.Si.

3. Drs. Suparman Abdullah, M.Si.

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Sesungguhnya segala puji bagi Allah, kita memuji-Nya, memohon pertolongan-Nya dan meminta ampunan-Nya, kita berlindung kepada Allah dari keburukan jiwa dan amal-amal kita. Barang siapa yang diberi petunjuk oleh Allah, maka tidak ada yang dapat menyesatkannya dan barang siapa yang disesatkan oleh Allah, maka tak (seorangpun) yang dapat memberi petunjuk. Aku bersaksi bahwa tiada Ilah yang hak disembah kecuali Allah, tiada sekutu bagi-Nya dan aku bersaksi bahwa Muhammad adalah hamba dan utusan-Nya. Semoga shalawat, salam dan keberkahan dilimpahkan bagi beliau, sahabat dan segenap orang yang mengikutinya. Amma ba'du.

Ungkapan syukur yang setinggi-tingginya kepada Allah 'Azza wa Jalla, yang diikuti ucapan terima kasih sedalam-dalamnya kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangsi pemikiran ataupun berupa arahan, bantuan dan motivasi, sehingga rangkaian penyusunan tugas akhir ini dapat terselesaikan dengan baik, sebagai syarat untuk menyelesaikan studi di Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin Makassar, pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih kepada :

1. Bapak Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin Makassar beserta seluruh staf.
2. Bapak Prof. Dr. H. AR. Hafidz, MS selaku pembimbing satu dan Bapak Drs. Andi Sangkuru, M.Si selaku pembimbing dua, yang telah dengan begitu sabar dan tulus memberikan bimbingan dan petunjuknya selama penyusunan skripsi ini.
3. Bapak Ketua dan Sekretaris Jurusan Sosiologi beserta seluruh staf dan dosen di Jurusan Sosiologi secara khusus dan juga staf dan dosen yang ada di Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin Makassar.

Tak ada kata kecuali *jazakumullah khaeran jazaa...*" Semoga Allah membalas kalian dengan sebaik-baik balasan". Semoga semua ilmu, jasa, dan perhatian kalian menjadi amal jari'ah di sisi Allah. Amin.

4. Kepada Pemerintah Kabupaten Sinjai dan Ibu Direktur beserta Staf Kantor Rumah Sakit Sinjai. "Terima kasih telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk melakukan penelitian."
5. Seluruh teman-teman di Jurusan Sosiologi terutama Angkatan 03 terkhusus kepada Ifa dan Eni (teman seperjuangan selama kuliah) "sukses ya...!!", dan tak lupa kepada teman-temanku di Kesos (Uni dan Emi), tetap berusaha (ikhtiar) dan berdoalah kepada Allah karena hasil telah ditulis oleh-Nya jauh sebelum kita dilahirkan. "Tetap semangat Ya...!!".
6. Terima kasih kepada Dr. Amaluddin, Sp.Pd, Dr. Alimuddin, Sp.Og dan Dr. Fitri Nasri yang telah membantu penulis selama penelitian.
7. Seluruh staf medical record yang telah membantu penulis selama penelitian, "Trima kasih banyak atas datanya".
8. Buat seluruh akhwat, di FKI BEM FISIP UNHAS , LDK MPM dan FSUA, terima kasih telah memberikan kesempatan bagi penulis untuk bergabung di sana.
9. Kepada Ita dan Nur "Trima kasih de" atas peminjaman computernya (Ok banget dech).

10. Kepada teman-temanku yang tak terlupakan dari Posko Bonto Birao dan seluruh teman-teman KKN Unhas Gel. 72 Kec. Tondong Tallasa Kab. Pangkep. Tetap semangat...!!.
11. Kepada orang-orang yang sangat baik kepada penulis di M3P. Buat ade Ana n Mito "Belajar yang tekun ya! Semoga kalian menjadi anak-anak yang cerdas dan sholeh, tidak lupa kepada Tante Tini, Tante Mini, Om Adi, K' Tuti, trima kasih atas semuanya, saya tidak lupa kepada kebaikan kalian. Semoga Allah membalasnya dengan yang lebih baik.
12. Kepada kanda-kanda. K' Yuyun, K' Murni, K' Sry, Kak Mizan, K' Sukmi, K' Rina, Kak Kholis, K' Shofiyah, K' Ime, K' Hanin, K' Masyitah, K' QQ, K' Jannah, Kak Asiah, Kak Juni "Jazakumullah khair atas doa dan semangatnya.
13. Kepada seluruh sanak family yang ada di Sinjai, terutama kepada adik-adikku yang kakak sayangi, kakakQ, ponakanQ yang sangat lucu, sepupuQ, Tante ama Om. Semuanya terima kasih atas bantuan doa dan semangatnya.
14. Kepada Kak Mawaddah dan Kak Fitri, Jazakumullah khair atas semua waktu dan ilmu yang diberikan kepada saya dengan tulus. Semoga Allah membalasnya dengan yang lebih baik. Amin.
15. Kepada saudara-saudaraku di Ligo Alhansa I, syukran atas nasehatnya selama ini dan telah menerima keberadaan saya apa adanya.

Terkhusus penulis menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada Ayahanda **Kaharuddin Nawir, Amk** dan Ibunda **Hj. Maesuri** yang tercinta yang telah merawat saya, mendidik saya sejak dari ayunan hingga dewasa yang

dengan tulus memberikan kasih sayangnya yang tak ternilai harganya, yang selalu mendoakan saya untuk menjadi anak yang sholeha, agar kelak memiliki masa depan yang cemerlang. Sungguh suatu kebaikan yang tak terbalaskan dengan materi apapun. Semoga Allah membalas kebaikan kalian dengan syurga-Nya. Amin.

Akhirnya kepada segenap pembaca, penulis mohon maaf yang sedalam-dalamnya jika dalam penulisan ini terdapat kesalahan atau jika keingintahuan anda tidak sepenuhnya terjawab melalui tulisan ini, sebab sudah menjadi fitrah setiap manusia sebagai tempat kekhilafan dan kesalahan. Untuk itu saran dan kritik pembaca yang sifatnya membangun adalah peluang bagi penulis untuk menjadi yang lebih baik di masa akan datang. Akhirnya penulis berharap semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi kehidupan umat manusia.

Makassar, November 2007

Penulis

ABSTRAKSI

ZAKIAH KAHAR, Nomor pokok E 411 03 002 Jurusan Sosiologi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin, Judul Skripsi : **Interaksi Sosial Dokter-Pasien (Studi Kasus di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai**. Dibawah bimbingan Prof. Dr. H. AR. Hafiedz, MS dan Drs. Andi Sangkuru, M.Si.

Skripsi ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana bentuk interaksi dokter dan pasien pada instalasi rawat inap di RSD Kabupaten Sinjai. Untuk mencapai tujuan yang dimaksud, maka penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan dasar penelitian studi kasus dan tipe penelitian deskriptif yaitu peneliti berusaha menggambarkan penyebab dan permasalahan yang terjadi antara dokter dan pasien pada Instalasi Rawat Inap RSD Kabupaten Sinjai.

Informan sebanyak 6 orang dan satu orang dokter sebagai significant other yang mengetahui objek yang akan diteliti, serta penentuan informan secara purposive sampling yaitu penentuan informan dilakukan dengan menggunakan metode wawancara yang berpedoman pada daftar pertanyaan yang tersedia, disertai dengan observasi dan ditunjang oleh studi pustaka.

Penelitian ini menggambarkan adanya 3 bentuk hubungan dokter-pasien yaitu hubungan yang bersifat aktif-fasif, hubungan yang bersifat membimbing kerjasama dan hubungan berperan serta.

Adapun kesimpulan yang diperoleh diantaranya informan yang dirawat di instalasi rawat inap, umumnya pasien yang baru dirawat di rumah sakit, namun demikian mereka menganggap bahwa pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit terhadap pasien sudah sesuai dengan harapan mereka, meskipun masih ada beberapa kekurangan yang mereka keluhkan. Dari hubungan dokter-pasien yang bersifat membimbing kerjasama menunjukkan bahwa pasien senantiasa melaksanakan instruksi dokter, meskipun dari mereka terasa berat untuk melaksanakan, akan tetapi karena kesadaran mereka untuk memperoleh derajat kesehatan, maka mereka akan mengusahakan untuk melaksanakan dan menyesuaikan dengan kondisi yang didapatkan dalam proses penyembuhan.

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PENGESAHAN	
LEMBAR PENERIMAAN TIM EVALUASI	
KATA PENGANTAR	
ABSTRAKSI	
DAFTAR ISI	
DAFTAR TABEL	
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian	5
D. Kerangka Konseptual	6
E. Metode Penelitian	11
1. Tipe Penelitian	11
2. Teknik Pemilihan Informan	11
3. Teknik Pengumpulan Data	12
4. Waktu dan Lokasi Penelitian	12
5. Teknik Analisa Data	13
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	14
A. Sistem Pelayanan Kesehatan	14
B. Komunikasi Kesehatan	16
1. Pengertian Komunikasi	16
2. Variabel-Variabel Komunikasi dan Pelayanan Kesehatan	19
3. Model Komunikasi Kesehatan	23
C. Bentuk-Bentuk Hubungan Sosial	26
1. Hubungan Sosial Yang Asosiatif	27
2. Hubungan Sosial Yang Disosiatif	29
D. Interaksi Dokter-Pasien	30
1. Peran Dokter	32
2. Peran Pasien	33
3. Pasien Pintar	35
4. Otonomi Pasien	36
E. Persepsi Tentang Sehat-Sakit dan Perilaku Sakit	38
1. Persepsi Masyarakat Tentang Sehat-Sakit	38
2. Perilaku Sakit	39
F. Tinjauan Tentang Rumah Sakit dan Pelayanan Rawat Inap	43
1. Tinjauan Tentang Rumah Sakit	43
2. Pelayanan Rawat Inap	47

BAB III	GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN	50
	A. Gambaran Umum Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai	50
	B. Visi, Misi dan Motto Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai	51
	C. Tujuan dan Sasaran Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai	52
	D. Pelaksanaan Orientasi dan Rencana Kegiatan Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai	53
	E. Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit	55
	F. Kegiatan Pelayanan Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai	56
	G. Tenaga Medis dan Non Medis Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai	56
	H. Indikator Penilaian Rumah Sakit.....	58
	I. Instalasi Rawat Inap	59
BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	66
	A. Penyajian Data	66
	B. Pembahasan	81
	1. Karakteristik Informan	81
	2. Analisis Data	82
	2.1 Hubungan Dokter-Pasien yang Bersifat Aktif-Pasif.....	82
	2.2 Hubungan Dokter-Pasien yang Bersifat Membimbing Kerjasama	84
	2.3 Hubungan Dokter-Pasien yang Bersifat Saling Berperan Serta	87
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN	89
	A. Kesimpulan.....	89
	B. Saran	90
	DAFTAR PUSTAKA	
	LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

1. Tabel 1	Hasil Kegiatan Pelayanan Rawat Inap	59
2. Tabel 2	Fasilitas Tempat Tidur dan Ruangan yang Tersedia	60
3. Tabel 3	10 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap	62
4. Tabel 4	10 Penyakit Utama Penyebab Kematian	63
5. Tabel 5	Cara Pembayaran di Instalasi Rawat Inap	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan bagian dari pembangunan nasional, ini tercermin dari tujuan kesehatan nasional (SKN) adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum. Untuk mencapai sistem kesehatan nasional diselenggarakan upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima serta terjangkau oleh seluruh masyarakat, dengan peran aktif masyarakat dan menggunakan hasil pengembangan ilmu pengetahuan serta teknologi tepat guna, dengan biaya yang dapat dipikul oleh pemerintah dan masyarakat. Upaya masyarakat luas guna mencapai derajat kesehatan yang optimal, tanpa mengabaikan mutu pelayanan kepada perorangan.

Gambaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan adalah masyarakat, bangsa dan negara yang ditandai oleh penduduknya hidup dalam lingkungan dan dengan prilaku hidup sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia. Gambaran keadaan masyarakat di masa depan atau visi yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan tersebut adalah "Indonesia Sehat 2010". Untuk mewujudkan visi tersebut

ditetapkan empat misi pembangunan kesehatan, di antaranya adalah memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau, yang mengandung makna bahwa salah satu tanggung jawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak semata-mata berada di tangan pemerintah, melainkan mengikutsertakan sebesar-besarnya peran serta aktif segenap anggota masyarakat dan berbagai potensi swasta. (Depkes RI, 1999:33-35)

Selain itu, untuk keberhasilan pembangunan kesehatan, maka diperlukan pengaturan untuk melindungi pemberi (*health provider*) dan penerima (*health receiver*) jasa kesehatan. Perangkat hukum mutlak diperlukan demi untuk kepastian dan perlindungan hukum untuk meningkatkan, mengarahkan dan memberi dasar bagi pembangunan kesehatan tersebut.

Salah satu cara untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan maka muncullah berbagai sistem pemeliharaan kesehatan untuk menanggulangi tuntutan masyarakat terhadap pelayanan dan biaya kesehatan besar, karena dengan sehatnya manusia merupakan salah satu modal utama pembangunan di segala bidang, baik pada masa sekarang maupun masa akan datang. Terdapatnya kenyataan bahwa manusia yang sehat adalah manusia yang memiliki jasmani, rohani dan sosial yang sempurna, bukannya karena tidak adanya penyakit, cacat atau kelemahan.

Namun pada kenyataan yang ada, masalah pembangunan kesehatan sampai saat ini belumlah mencakup seluruh lapisan masyarakat, terutama fungsi pelayanan kesehatan (medis). Fungsi pelayanan ini secara langsung dapat dirasakan manfaatnya dalam peningkatan kesehatan mereka. Dengan demikian rumah sakit merupakan sentral pelayanan medis.

Sebuah rumah sakit didirikan dan dijalankan dengan tujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dalam bentuk perawatan, pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan diaknotik lain yang dibutuhkan oleh masing-masing pasien dalam batas-batas kemampuan teknologi dan sarana yang disediakan rumah sakit.

Rumah sakit sebagai lembaga kesehatan yang mengoperasikan sistem perawatan modern di mana setiap saat siap melayani kehadiran pasien dengan latar budaya yang berbeda-beda, khususnya di Unit Rawat Inap. Rumah sakit dalam menerapkan pelayanannya di Unit Rawat Inap dibagi dalam beberapa tingkatan yaitu kelas VIP dan non kelas (kelas biasa), setiap pasien yang masuk ke dalamnya ditentukan oleh status mereka utamanya status sosial ekonominya.

Pasal 6 kode etik rumah sakit (1986) mengatakan bahwa rumah sakit dalam pelayanan kesehatan menghormati dan memperlakukan pasien dalam pelayanan, serta menghormati dan memperlakukan pasien sebagai manusia seutuhnya dengan tidak dipengaruhi oleh pertimbangan keagamaan, kebangsaan, kesukuan, dan kedudukan sosial.

Akhir-akhir ini hubungan dokter dengan pasien menjadi sorotan masyarakat, sebenarnya sorotan masyarakat terhadap profesi dokter merupakan satu pertanda bahwa saat ini sebagian masyarakat belum puas terhadap pelayanan dan pengabdian profesi dokter di masyarakat. Pada umumnya ketidakpuasan para pasien dan keluarga pasien terhadap pelayanan dokter karena harapannya yang tidak dipenuhi oleh para dokter, atau dengan kata lain terdapat kesenjangan antara harapan dan kenyataan yang didapatkan oleh pasien.

Jalannya hubungan antara dokter dan pasien juga dapat dilihat pada status sosial dan pendidikan pasien. Pengamatan menunjukkan bahwa sebagian besar anggota profesi kedokteran berasal dari tingkat sosial ekonomi menengah ke atas. Hal ini sering kali mempengaruhi hubungan dokter dan pasien, terutama dalam menentukan sikap dan kedalaman interaksi. Masalah yang sering timbul adalah jarak sosial antara dokter dan pasiennya, karena jarak sosial ini menyulitkan komunikasi antar mereka. Dokter terlihat mudah berkomunikasi dengan pasien-pasien yang berasal dari tingkat sosial tinggi untuk diajak berdiskusi tentang penyakit yang mereka derita, sehingga mereka dapat memperoleh informasi dan pemahaman lebih banyak dibanding dengan pasien yang berasal dari kelas sosial rendah yang mempunyai pengetahuan yang sedikit masalah penyakit.

Dengan demikian tampaklah bahwa pasien yang berasal dari kelas sosial tinggi mendapat peluang dan pelayanan yang baik dari dokter dibanding dengan pasien yang berasal dari kelas sosial menengah ke bawah.

Dokter dalam hal ini diharapkan tidak bersikap pilih-pilih atau membedakan sikapnya antara satu pasien dengan pasien yang lain karena alasan pribadi maupun alasan sosial lainnya (netral). Berdasarkan kenyataan yang telah diuraikan di atas maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul: Interaksi Sosial Dokter-Pasien, Studi Kasus Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai.

B. Rumusan Masalah

Sebagaimana layaknya dalam suatu penelitian ilmiah, merumuskan permasalahan adalah merupakan hal yang sangat penting untuk mengarahkan suatu penelitian. Maka, berdasarkan penjelasan-penjelasan di atas, penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut:

Bagaimana bentuk interaksi antara dokter dan pasien di Instalasi Rawat Inap RSD Kab. Sinjai.

C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian

1. Tujuan Penelitian adalah:

Untuk mengetahui bentuk bentuk interaksi antara dokter dengan pasien di Instalasi Rawat Inap RSD Kab. Sinjai

2. Kegunaan Penelitian adalah:

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi mereka yang menaruh minat untuk meneliti masalah kesehatan, khususnya pelayanan di Rumah Sakit.

- b. Dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya yang menyangkut masalah-masalah kesehatan dalam ruang lingkup sosiologi kesehatan.
- c. Dapat menjadi bahan masukan bagi pemerintah khususnya Dinas Kesehatan sebagai bahan pertimbangan dalam pembangunan kesehatan masyarakat Indonesia.

D. Kerangka Konseptual

Hubungan antara dokter dengan pasien ini berawal dari pola hubungan vertikal yang bertolak dari prinsip "*father knows best*" yang melahirkan hubungan paternalistik.

Dalam hubungan ini kedudukan dokter dan pasien tidak sederajat, yaitu kedudukan dokter lebih tinggi daripada pasien karena dokter dianggap mengetahui tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan penyakit dan penyembuhannya, sedangkan pasien tidak tahu apa-apa tentang hal itu, dengan demikian diperlukan adanya hubungan baik antara dokter dan pasien dalam memberikan pelayanan yang terbaik bagi si pasien.

David Tuckett dalam bukunya "*Introduction To Medical Sociology*" menggambarkan penerapan sosiologi dalam praktek medis, ia mengemukakan bahwa perspektif sosiologi yang utama dirasakan bermanfaat untuk diterapkan dalam medis ialah apa yang dinamakan dengan konsep struktur yaitu suatu konsep yang menunjukkan adanya unsur-unsur umum yang terdapat pada setiap

situasi atau interaksi. Interaksi antara dokter dan pasien dapat dilihat dalam bentuk struktur yakni dengan memperlihatkan apa saja yang biasa terjadi antara dokter dan pasien, dokter dan perawat, semua itu merupakan suatu tindakan sosial.

Parsons menganggap bahwa antara dokter dan pasien sukar terjalin hubungan atau komunikasi yang benar, karena biasanya pasien berada dalam situasi emosional, sakit, bingung, takut, depresi atau bahkan pasien itu sudah tidak dapat berkomunikasi lagi karena dalam keadaan tidak sadar.

Berdasarkan jenis penyakit atau kondisi kesehatan pasien, Szasz dan Hollender mengemukakan beberapa jenis hubungan antara dokter dan pasien, secara umum dibedakan dalam tiga pola, yaitu sebagai berikut:

1. Pola Hubungan Aktif-Pasif

Pola dasar hubungan aktif-pasif menempatkan dokter pada pihak yang sepenuhnya berkuasa. Menurut Jones dan Marmor hubungan ini memberikan kepada dokter suatu perasaan superior dan menjadikan dokter menguasai seluruh keadaan. Dalam penelitiannya masing-masing ditemukan bahwa para dokter tidak lagi mengidentifikasi pasien sebagai manusia, namun hanya sebagai benda biomedis, yang tidak memiliki kesadaran dan kehendak.

Banyak ahli sosiologi lain berpendapat bahwa pola dasar hubungan ini paling sesuai dengan keinginan dokter, karena dalam hubungan itu dokter dapat sepenuhnya melaksanakan pengetahuan dan kebijaksanaannya tanpa dihalangi oleh peran serta pasien. Alasannya, karena pasien dalam keadaan

tidak sadar (koma), atau mengalami gangguan mental dan keadaannya mengancam hidupnya. Banyak orang beranggapan bahwa peran dokter dalam hubungan aktif-pasif sepenuhnya terdorong oleh keinginan menolong orang yang menderita. Namun pada dasarnya hubungan ini merupakan suatu keadaan yang sangat cocok bagi dokter untuk melaksanakan keahlian dan kemampuannya tanpa intervensi pasien. Jones menamakan seorang dokter sebagai *The God Complex*, sedangkan Marmor lebih realistis menyebut masalah ini merupakan resiko sampingan pekerjaan seorang dokter. Betapa tidak, dengan hanya mengandalkan pengetahuannya sendiri dan tanggung jawab tunggal terhadap pasien, dokter harus menanggung resiko bila tindakannya tidak membawa hasil yang diharapkan.

2. Pola Hubungan Membimbing dan Bekerjasama

Pola dasar ini ditemukan pada sebagian besar hubungan pasien dan dokter, yakni bila keadaan penyakit pasien tidak terlalu berat. Walaupun pasien sakit, tetapi ia tetap sadar dan memiliki perasaan dan kemauan sendiri, karena pasien tersebut menderita penyakit dan disertai kecemasan dan berbagai perasaan tidak enak, ia mencari pertolongan pengobatan dan bersedia bekerjasama dengan orang yang mengobatinya.

Dalam hubungan membimbing dan bekerjasama, dokter berperan memberikan nasihat dan bimbingan kepada pasien dan peran pasien dalam bentuk kerjasama tersebut adalah melaksanakan apa yang diharapkan oleh dokter. Jadi di sini dokter tidak menganggap pasien sebagai benda biomedis

belaka, tetapi bahwa pasien itu mempunyai potensi yang dapat diajak untuk bekerjasama dalam upaya penyembuhan penyakitnya.

3. Pola Hubungan Saling Berperan Serta

Secara filosofis pola ini berdasarkan pada pendapat bahwa semua manusia memiliki hak dan martabat yang sama. Hubungan ini lebih berdasarkan pada struktur sosial yang demokratis.

Pola hubungan ini dapat terjadi antara dokter dengan pasien yang ingin memelihara kesehatannya, yakni pada waktu pemeriksaan medis (*medical check up*) misalnya, pasien yang berpenyakit menahun (*kronis*) seperti penyakit gula, penyakit jantung koroner, penyakit arthritis dan sebagainya. Dalam hubungan semacam ini, pasien dapat menceritakan pengalamannya sendiri berkaitan dengan penyakitnya, dan dapat membantu dokter secara aktif dalam menetapkan situasi sebenarnya dan memberikan nasehat dan pengobatan yang tepat.

Secara psikologis pola saling berperan serta ini sudah berkembang sangat tinggi, karena menyangkut pengaturan suatu mekanisme sosial yang melibatkan dua manusia yang bekerjasama dengan menjalankan dua peran yang berbeda. Hubungan ini juga dilakukan oleh pasien yang mempunyai latar belakang pendidikan dan sosial yang cukup tinggi. Hubungan semacam ini tidak dapat diterapkan pada pasien golongan bawah, pasien anak atau pasien dengan gangguan mental.

Pola hubungan untuk saling berperan serta dan bekerjasama baru memasuki ilmu kedokteran setelah berbagai ilmu sosial dan perilaku ikut mempengaruhi ilmu kedokteran, terutama ilmu kedokteran masyarakat.

Dari ketiga pola ini yang terpenting adalah terciptanya rasa puas di antara kedua pihak, baik dokter maupun pasiennya. Dokter merasa puas dalam menjalankan perannya dalam penyembuhan penyakit penderita dan pasien merasa puas atas nasehat dan tindakan dokter yang merawatnya.

Jika Parsons memandang hubungan dokter-pasien dari segi kerjasamanya, maka Friedson memberikan pandangannya yang lain, yaitu bahwa relasi itu justru ditandai oleh adanya konflik antar pandangan awam dan pandangan ahli, dan antara dua kepentingan yang berbeda (Schepers & Nieuvaard, 1990).

Bagi seorang dokter, keluhan penyakit pasien merupakan salah satu dari beratus bahkan beribu kasus serupa yang pernah dihadapinya. Berdasarkan pengalamannya dapat menentukan diagnosa dan memberikan pengobatan seperti yang diberikan kepada pasien-pasien lain yang mempunyai keluhan serupa. Apa yang pasien anggap sebagai sesuatu yang penting dan pribadi sifatnya, oleh dokter dianggap sebagai bagian dari pekerjaan sehari-hari yang rutin.

Menurut Friedson, model hubungan dokter-pasien seperti yang diutarakan Schepers dan Nieuvaard, dipengaruhi oleh tiga faktor utama, yaitu

tuntutan pekerjaan, reaksi individu atau masyarakat terhadap jenis penyakit itu, serta faktor struktur sosial budaya.

E. Metodologi Penelitian

1. Tipe Penelitian:

- a. Tipe penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah “deskriptif”, yakni sebuah tipe penelitian yang berusaha memberikan gambaran mengenai objek yang diteliti agar mendapatkan gambaran yang jelas seperti yang dimaksudkan dalam permasalahan. Seperti yang dikemukakan oleh Muh. Natsir dalam bukunya yang berjudul metode penelitian (1998:63), memberikan gambaran tentang tujuan dari penelitian deskriptif sebagai berikut :

“Tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk membuat deskripsi atau gambaran secara faktual, sistematis dan aktual mengenai, fakta-fakta, sifat-sifat serta hubungan antara fenomena fenomena yang diselesaikan.”

- b. Dasar penelitian yang digunakan adalah studi kasus yaitu suatu penelitian yang mempelajari secara intensif latar belakang serta interaksi lingkungan dari unit-unit sosial yang menjadi subjek.

2. Teknik Pemilihan Informan

Teknik pemilihan informan dilakukan dengan menggunakan *non probabilitas sampling*, artinya bahwa tidak semua orang berpeluang untuk menjadi informan. Dalam hal ini dengan menggunakan *purposive sampling* yaitu penentuan informan dilakukan sesuai dengan kriteria tertentu. Dalam hal



ini kriteria yang dimaksud adalah pasien yang berada di unit rawat inap RSD Kabupaten Sinjai minimal selama seminggu, dengan memilih 6 orang pasien, dengan alasan, karena pada saat itu pasien yang menjalani perawatan selama seminggu di unit rawat inap hanya berjumlah 6 orang, yaitu 2 orang di ruang perawatan penyakit dalam (*interna*) dan 4 orang di ruang perawatan kandungan dan kebidanan (*obgin*), serta memilih 1 orang dokter, sebagai sumber informan yang dianggap dapat menggambarkan pengalamannya.

3. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan langkah yang amat penting, dengan teknik yang harus valid. Adapun teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Data primer, diperoleh dengan melakukan penelitian di lapangan berupa:
 - 1) Wawancara (*interview*), yaitu melakukan wawancara langsung kepada responden di lapangan dengan daftar pertanyaan yang telah disiapkan sebagai pedoman.
 - 2) Observasi, yaitu dengan melakukan pengamatan secara langsung terhadap keadaan dan kondisi yang akan diteliti. Hal ini dimaksudkan untuk menjamin objektivitas data di lapangan.
- b. Data sekunder, diperoleh melalui data kepustakaan, pengumpulan data dari berbagai tulisan yang berhubungan dengan penelitian ini.

4. Waktu dan Lokasi Penelitian

- a. Waktu penelitian dilaksanakan pada tanggal 2 Juli - 7 Agustus 2007

- b. Lokasi penelitian dilaksanakan di RSD Kab. Sinjai.

Pemilihan lokasi penelitian, dengan alasan karena rumah sakit ini adalah merupakan satu-satunya rumah sakit terbesar di Kabupaten Sinjai, dan sekaligus menjadi sentral rujukan bagi pusat-pusat pelayanan kesehatan yang ada di Kabupaten Sinjai, selain itu juga fasilitas dan alat-alat kedokteran sudah banyak dan lengkap.

5. Teknik Analisa Data

Data yang diperoleh dari hasil penelitian akan dianalisa secara kualitatif, yaitu dengan memberikan gambaran informasi masalah secara jelas dan mendalam sebagai penggunaan metode penelitian studi kasus. Kemudian hasil penggambaran informasi akan diinterpretasikan sesuai dari hasil penelitian yang telah dilakukan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Sistem Pelayanan Kesehatan

Sistem adalah gabungan dari elemen-elemen (sub sistem) dalam suatu proses atau struktur dan berfungsi sebagai satu kesatuan organisasi. Di dalam suatu sistem terdapat elemen-elemen atau bagian-bagian dimana didalamnya juga membentuk suatu proses di dalam suatu kesatuan, maka disebut sub sistem (bagian dari sistem). Selanjutnya sub sistem tersebut juga terjadi suatu proses yang berfungsi sebagai suatu kesatuan sendiri dan sebagai bagian dari sub sistem tersebut. Demikian seterusnya dari sistem yang besar ini, misalnya pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem terdiri dari sub sistem pelayanan medik, pelayanan keperawatan, pelayanan rawat inap, dan pelayanan rawat jalan.

Sistem terbentuk dari elemen atau bagian yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Apabila salah satu dari bagian tersebut tidak berjalan dengan baik maka akan mempengaruhi bagian yang lain, secara garis besar elemen dari sistem itu adalah sebagai berikut:

1. Masukan (*input*) : sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem.
2. Proses (*process*) : suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan sehingga menghasilkan sesuatu hal yang direncanakan.
3. Keluaran (*output*) : hal yang dihasilkan oleh proses

Sistem pelayanan kesehatan mencakup pelayanan kedokteran (*medical services*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*public health services*). Secara umum pelayanan kesehatan masyarakat adalah merupakan sub sistem pelayanan kesehatan, yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif (pencegahan) dan promotif (peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat. Meskipun demikian, tidak berarti bahwa pelayanan kesehatan masyarakat tidak melakukan pelayanan kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan).

Oleh karena ruang lingkup kesehatan masyarakat menyangkut kepentingan rakyat banyak, maka peranan pemerintah dalam pelayanan kesehatan masyarakat mempunyai porsi yang besar. Namun demikian karena keterbatasan sumber daya pemerintah maka potensi masyarakat perlu digali atau diikutsertakan dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat.

Pelayanan kesehatan masyarakat, baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun swasta perlu memperhatikan beberapa ketentuan adalah :

1. Penanggung jawab

Suatu sistem pelayanan kesehatan masyarakat harus ada penanggung jawab baik oleh pemerintah maupun swasta. Namun demikian di Indonesia, pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan (Depkes) merupakan tanggung jawab yang paling tinggi. Artinya pengawasan dan standar pelayanan bagi pelayanan kesehatan masyarakat baik pemerintah (Puskesmas) maupun swasta (Balikesmas) adalah di bawah koordinasi Departemen kesehatan.

2. Standar pelayanan

Sistem pelayanan kesehatan masyarakat, baik pemerintah maupun swasta harus berdasarkan pada suatu standar tertentu. Di Indonesia standar ini telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan dengan adanya "Buku Pedoman Puskesmas"

3. Hubungan kerja

Sistem pelayanan kesehatan masyarakat harus mempunyai pembagian kerja yang jelas antara bagian yang satu dengan bagian yang lain artinya fasilitas kesehatan tersebut harus mempunyai struktur organisasi yang jelas yang menggambarkan hubungan kerja baik vertikal maupun horisontal.

4. Pengorganisasian potensi masyarakat

Ciri khas dari sistem pelayanan kesehatan adalah keikutsertaan masyarakat atau pengorganisasian masyarakat, upaya ini penting terutama di Indonesia karena adanya keterbatasan sumber-sumber daya dari penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat, sehingga perlu keikutsertaan masyarakat.

B. Komunikasi Kesehatan

1. Pengertian Komunikasi

Ilmu komunikasi merupakan cakupan ilmu sosial yang bersifat multidisipliner. Istilah komunikasi (dalam bahasa Inggris "*Communication*") berasal dari kata "*communicatus*" dalam bahasa latin yang artinya "berbagi"

atau "menjadi milik bersama". Dengan kata lain menurut Lexicographer (ahli kamus bahasa) menunjuk pada suatu upaya yang bertujuan berbagai untuk mencapai kebersamaan atau kesepakatan.

Lebih rinci Frank E.X. Dance (1976) dalam bukunya "*Human Communication Theory*" menginventarisasi definisi komunikasi dari beberapa ahli, antara lain :

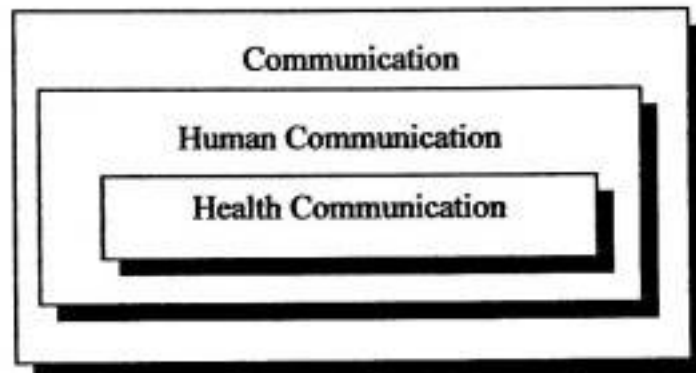
Defenisi komunikasi dari Hovland, Janis & Kelley (1953) bahwa :

"Komunikasi adalah suatu proses melalui mana seorang (komunikator) menyampaikan stimulus (biasanya dalam bentuk kata-kata) dengan tujuan mengubah atau membentuk perilaku orang-orang lainnya (khalayak)."

Menurut Harold D. Laswell (1960) bahwa :

"Komunikasi pada dasarnya merupakan suatu proses yang menjelaskan siapa, mengapa apa, dengan saluran apa, kepada siapa dan dengan akibat atau hasil apa". (Who? Sayas what? In which channel : to Whom? With what effect ?"

Secara khusus komunikasi kesehatan masuk dalam lingkup komunikasi manusia (*human communication*) seperti gambar 1. Secara khusus komunikasi kesehatan secara spesifik memfokuskan pada transaksi kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi transaksi tersebut. Menurut Pettegrew (1982) terjadi antara para ahli kesehatan dan antara para ahli kesehatan dengan klien (pasien), khususnya dalam hal-hal komunikasi kesehatan. Transaksi ini dapat berbentuk verbal atau non verbal, lisan atau tulisan, personal atau impersonal, dan isu-isu yang berorientasi pada hubungan.



Gambar 1. Relationship Between Three Kinds of Communication

Tingkatan komunikasi kesehatan mencakup semua unsur-unsur level atau tipe komunikasi antara lain :

- a. Komunikasi interpersonal, meliputi interaksi langsung antara para ahli kesehatan maupun para ahli kesehatan dengan para pasien. Disiplin ilmu komunikasi kesehatan yang berada pada area ini adalah psikologi kesehatan, sosiologi pengobatan, komunikasi biomedik, perilaku pengobatan, perilaku kesehatan, dan komunikasi.
- b. Komunikasi kelompok kecil, meliputi pertemuan, laporan staf, dan interaksi tim-tim kesehatan.
- c. Komunikasi organisasi, meliputi administrasi rumah sakit, hubungan dengan staf, iklim komunikasi organisasi.
- d. Komunikasi publik, meliputi presentasi, pidato.

- e. Komunikasi massa, meliputi cakupan dalam level nasional dan program-program kesehatan dunia, promosi kesehatan, dan perencanaan kesehatan masyarakat.

2. Variabel-Variabel Komunikasi Dalam Pelayanan Kesehatan

Keterampilan berkomunikasi adalah hal yang sangat penting sebab dapat menentukan kesepakatan-kesepakatan tentang sasaran kerja yang merupakan awal pengukuran prestasi, dalam hal ini pelayanan kesehatan.

Menurut Elder, Geller, Hovell & Mayer (1996:18) komunikasi kesehatan dapat didefinisikan sebagai berikut :

“Modifikasi perilaku manusia serta faktor-faktor sosial yang berkaitan dengan perilaku, yang secara langsung maupun tidak langsung mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit atau melindungi individu-individu terhadap bahaya.”

Dalam keterampilan berkomunikasi ada dua hal yang sangat penting yaitu :

a. Mendengarkan secara aktif

Mendengar secara aktif dalam proses komunikasi memerlukan konsentrasi dari keinginan sepenuhnya untuk mengerti sepenuhnya apa yang dikatakan (Rogers dan Farson, 1976 dalam Macmuri Muchlas) dalam perilaku organisasi ada keperluan pokok untuk mendengar secara aktif yaitu mendengarkan dengan intensitas, empati/simpaty, penerimaan dan

kemauan untuk mengambil tanggung jawab untuk kelengkapan komunikasi.

b. Memberikan umpan balik

Memberikan umpan balik merupakan hal yang sangat penting karena komunikasi antar manusia yang efektif itu sangat tergantung pada umpan balik sebab umpan balik dapat membuat proses komunikasi dua arah. Komunikasi yang baik adalah mendengarkan secara aktif keluhan-keluhan pasien dan memberikan umpan balik sebaiknya dengan cara tatap muka, bahasa tubuh yang baik, serta nada harus sesuai dengan apa yang dikatakan.

Proses komunikasi mencakup banyak variabel, masing-masing dari variabel tersebut penting untuk memahami keseluruhan proses komunikasi. Dalam komunikasi kesehatan terdapat beberapa variabel yang dapat mempengaruhi penanganan kesehatan yang terjadi dalam berbagai hubungan pelayanan kesehatan. Variabel-variabel tersebut antara lain :

- a. Empati, merupakan salah satu variabel yang dianggap sangat penting dan kompleks dalam menjelaskan komunikasi kesehatan. Empati diyakini berpengaruh terhadap hasil komunikasi dalam berbagai tipe hubungan-hubungan sosial sehari-hari hingga pertemuan yang sifatnya intens. Rogers mendefinisikan empati sebagai berikut : "Kepekaan emosional, ketepatan pengertian, intuisi, atau sifat-sifat kepribadian". Empati dianggap sebagai suatu proses perseptual yang terjadi dalam diri seseorang ketika ia

mencoba mengerti (merasakan) keyakinan, sikap dan penilaian-penilaian orang lain (Dymond, 1984; Gage dan Cronbach, 1955; Hobart dan Fahlberg, 1965 : Nortyh House, 1977). Bagi profesional atau (petugas kesehatan) pentingnya empati adalah untuk membantu mereka dalam memahami klien dan permasalahan yang dihadapinya, dan juga dalam memahami sesama profesional ataupun diri mereka sendiri.

- b. Kontrol, adalah sebuah variabel dalam komunikasi kesehatan yang tidak kentara tetapi kuat.

“Kontrol suatu bagian integral dari setiap peristiwa komunikasi dan merupakan komponen intrinsik dalam hubungan manusiawi (Peter Guw Northouse dan Laurent L. Northouse).”

Kapan saja seorang dipengaruhi atau mempengaruhi orang lain atau suatu peristiwa, aspek-aspek kontrol akan hadir. Pentingnya kontrol bagi para klien (pasien) terutama karena mereka yang benar-benar mengalami hilangnya kontrol dari diri mereka. Sedangkan bagi profesional (petugas kesehatan) kontrol penting karena dengan menegosiasi kontrol kemungkinan mereka untuk bekerja secara efektif dengan para klien dan para profesional kesehatan yang lain.

- c. Kepercayaan (*trust*), merupakan variabel sentral yang lain dalam proses komunikasi manusiawi. Kepercayaan memainkan peranan yang penting dalam hubungan konseling yang efektif (Johnson dan Noonan, 1972). Kepercayaan didefenisikan sebagai harapan seorang bahwa ia dapat mengendalikan perilaku komunikasi orang lain. Kepercayaan demikian

memberikan kepada hubungan suatu kualitas khusus, unik, positif yang menempatkan hubungan tersebut menjadi berbeda dari hubungan-hubungan yang lain. Bagi para klien atau pasien kemampuan untuk mempercayai para profesional dalam diri klien akan memunculkan perasaan terhubung dengan orang lain dan perasaan tidak sendirian.

- d. Pengungkapan diri (*self disclosure*). Pengungkapan diri dimasukkan sebagai komunikasi karena pentingnya dalam mempermudah komunikasi yang terbuka, yang bersifat mendasar dalam pengembangan hubungan antar personal yang sehat. Pengungkapan diri didefinisikan sebagai "Komunikasi keakraban, atau tindakan mengungkapkan informasi pribadi kepada orang lain" (Gilbert dan Horenstein, 1975 : Jourard dan Jaffe, 1970). Kajian Jourard tentang pengungkapan diri menekankan bahwa pengungkapan bermanfaat bagi individu-individu yang bersangkutan karena hal itu memungkinkan mereka menemukan makna dan arah hidup. Melalui proses saling berbagi, mereka akan menemukan jati diri dalam hubungannya dengan orang lain. Jourard yakin bahwa orang lain akan tetap sehat selama ia masih mampu membina hubungan manusiawi dimana didalamnya memungkinkan adanya pengungkapan diri. Dalam perawatan kesehatan klien dan profesional sering melakukan pendekatan terhadap proses pengungkapan diri dari perspektif yang berbeda.
- e. Konfirmasi, merupakan dimensi-dimensi yang menunjukkan empati, berbagi kontrol menunjukkan kepercayaan pengungkapan pikiran dan

perasaan pribadi kepada orang lain. Variabel ini memainkan peranan yang penting dalam komunikasi kesehatan. Konfirmasi terjadi ketika orang menanggapi orang lain dengan cara menunjukkan kepada orang lain tersebut diakui dan dimengerti. Menurut Bumer (1975) semua individu ingin mendapatkan konfirmasi dan ingin diterima berhubungan dengan keadaan mereka dan akan menjadi apa mereka.

3. Model Komunikasi Kesehatan

Dalam bidang kesehatan, komunikasi menjadi bagian yang sangat penting seiring dengan perubahan paradigma dalam pelayanan kesehatan. Untuk memberikan pelayanan yang memadai kepada pasien, maka dituntut adanya interpersonal yang erat antara petugas kesehatan dengan pasien. Dengan demikian komunikasi kesehatan merupakan upaya sistematis yang secara positif mempengaruhi praktek-praktek kesehatan populasi-populasi besar. Sasaran utama komunikasi kesehatan adalah melakukan perbaikan kesehatan yang berkaitan dengan praktik dan pada gilirannya status kesehatan.

Namun demikian, untuk berkomunikasi dengan baik mensyaratkan terlebih dahulu adanya pengetahuan tentang beberapa model atau perilaku. Perilaku individu yang berbeda, akan menyebabkan model atau teknis berkomunikasi yang berbeda pula. Dengan demikian, tanpa ada pemahaman terhadap model perilaku individu-individu, maka komunikasi tidak berjalan efektif. Dalam perilaku kesehatan, terdapat beberapa model yang saat ini menonjol dalam bidang komunikasi kesehatan diantaranya :

perasaan pribadi kepada orang lain. Variabel ini memainkan peranan yang penting dalam komunikasi kesehatan. Konfirmasi terjadi ketika orang menanggapi orang lain dengan cara menunjukkan kepada orang lain tersebut diakui dan dimengerti. Menurut Bumer (1975) semua individu ingin mendapatkan konfirmasi dan ingin diterima berhubungan dengan keadaan mereka dan akan menjadi apa mereka.

3. Model Komunikasi Kesehatan

Dalam bidang kesehatan, komunikasi menjadi bagian yang sangat penting seiring dengan perubahan paradigma dalam pelayanan kesehatan. Untuk memberikan pelayanan yang memadai kepada pasien, maka dituntut adanya interpersonal yang erat antara petugas kesehatan dengan pasien. Dengan demikian komunikasi kesehatan merupakan upaya sistematis yang secara positif mempengaruhi praktek-praktek kesehatan populasi-populasi besar. Sasaran utama komunikasi kesehatan adalah melakukan perbaikan kesehatan yang berkaitan dengan praktik dan pada gilirannya status kesehatan.

Namun demikian, untuk berkomunikasi dengan baik mensyaratkan terlebih dahulu adanya pengetahuan tentang beberapa model atau perilaku. Perilaku individu yang berbeda, akan menyebabkan model atau teknis berkomunikasi yang berbeda pula. Dengan demikian, tanpa ada pemahaman terhadap model perilaku individu-individu, maka komunikasi tidak berjalan efektif. Dalam perilaku kesehatan, terdapat beberapa model yang saat ini menonjol dalam bidang komunikasi kesehatan diantaranya :

a. Model Kepercayaan Kesehatan (*Health Belief Model*)

Model kepercayaan kesehatan, sangat dekat dengan bidang pendidikan kesehatan. Model ini menganggap bahwa perilaku kesehatan merupakan fungsi dari pengetahuan maupun sikap. Secara khusus model ini menegaskan bahwa persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku-perilaku kesehatannya.

b. Model Komunikasi Persuasi (*Communication Persuasion Model*)

Model komunikasi persuasi, menegaskan bahwa komunikasi dapat dipergunakan untuk mengubah sikap dan perilaku kesehatan secara langsung terkait dalam rantai kausal yang sama. Efektivitas upaya komunikasi yang diberikan tergantung pada berbagai input (stimulus) serta output (tanggapan terhadap stimulus). Menurut model komunikasi persuasi, perubahan pengetahuan dan sikap merupakan prakondisi bagi perubahan perilaku kesehatan dan perilaku-perilaku yang lain.

c. Teori Aksi Beralasan (*Theory of Reasoned Action*)

Model ini menekankan bahwa peran dari niat seseorang dalam menentukan apakah sebuah perilaku terjadi. Model ini secara tidak langsung menyatakan bahwa perilaku pada umumnya mengikuti niat, dan tidak akan pernah terjadi tanpa niat. Niat seseorang juga akan dipengaruhi oleh sikap-sikap terhadap suatu perilaku teori ini juga menegaskan sifat

"*normative*" yang mungkin dimiliki orang-orang; mereka berpikir tentang apa yang akan dilakukan orang lain pada suatu situasi yang sama.

d. Model Transteorotik (*Transttheoretical Model*)

Model ini biasa disebut "model bertahap". Menunjuk pada perubahan perilaku individu melalui tahapan-tahapan, hingga mencapai sasaran yang diinginkan.

e. Procede Model

Model ini menekankan bahwa perilaku kesehatan akan terwujud jika mutu pelayanan dalam proses pelayanan kesehatan diarahkan untuk tidak akan "menyalakan korban". Karena penekanan model ini adalah hubungan perilaku dengan lingkungan.

f. Difusi Inovasi (*Diffusi of Innovation*)

Model ini menegaskan peran agen-agen perubahan dalam lingkungan sosial. Dengan kata lain, bahwa perubahan agen-agen, seperti tokoh masyarakat, pelajar atau aparat pemerintah berandil terhadap perubahan perilaku kesehatan dalam masyarakat.

g. Teori Pemahaman Sosial (*Social Leasrning Theory*)

Model ini menekankan pada hubungan segitiga antara "orang" (menyangkut proses-proses kognitif), perilaku dan lingkungan dalam suatu proses "*deterministik aresiproka*". Kalau lingkungan menentukan atau menyebabkan terjadi perilaku kebanyakan, maka seorang individu menggunakan proses kognitifnya untuk menginterpretasikan lingkungan

maupun perilaku yang dijalankannya, serta memberikan reaksi dengan cara mengubah lingkungan dan menerima hasil perilaku yang baik.

h. Analisis Perilaku Terapan

Model ini menekankan bahwa perilaku kesehatan mengikuti alur, yang dimulai dari tahap anteseden, yaitu peristiwa lingkungan yang membentuk tahap atau pemicu perilaku. Lalu tahap konsensus, yaitu peristiwa lingkungan yang mengikuti sebuah perilaku. Dan tahap perilaku, yaitu akumulasi dari hasil tahapan sebelumnya.

C. Bentuk-Bentuk Hubungan Sosial

Bentuk-bentuk hubungan sosial merupakan hubungan yang terjadi diantara individu dengan individu atau individu dengan kelompok dan kelompok dengan kelompok yang mana dipandang sebagai suatu proses sosial yang menjadi syarat bagi setiap aktivitas sosial, sedangkan proses itu adalah bentuk khusus dan konkrit dari hubungan sosial. Selanjutnya hubungan sosial itu berlangsung sampai dimana dan kapan berakhirnya sehingga disebutkan oleh Abd. Syani (1987 : 30) bahwa :

“Interaksi akan berlangsung selama pihak-pihak yang bersangkutan (orang-orang yang terlibat dalam proses interaksi sosial) menghendaki adanya suatu keuntungan yang dapat diperoleh dari kelangsungan komunikasi dengan pihak lain”.

Berlangsungnya suatu interaksi atau suatu hubungan sosial atas dasar kepentingan tetapi akhir dari suatu hubungan itu dapat terjadi apabila masing-masing pihak sudah tidak merasa memperoleh keuntungan dari yang lain baik

secara kontak dan komunikasi maupun hasrat akan berakhir, sejalan dengan hal tersebut menurut John Thibaut dan Harold Kelley yang menyatakan bahwa apabila keuntungan dirasakan tidak akan diperoleh lagi, maka interaksi dengan sendirinya akan berhenti.

Interaksi sosial itu dapat berlangsung sebagai suatu proses yang dapat dilihat dalam beberapa bentuk rumusan seperti pendapat Gillin dan Gillin serta Kimball Young yang digabungkan oleh Soerjono Soekanto ada dua pola atau bentuk gambaran yang jelas yaitu :

1. Hubungan Sosial yang Asosiatif

a. Kerjasama

Bentuk ini adalah suatu kerjasama yang biasa dikenal dengan *cooperation*. Di dalam *Sociology Cooperation* diartikan sebagai suatu kegiatan bersama yang terorganisir secara formil, dimana anggota-anggota kelompok dari masing-masing pribadi terkait pada suatu aturan yang berlaku secara sah dalam organisasinya, termasuk pada bidang kesehatan yaitu adanya norma dan etika kedokteran berusaha agar untuk memenuhi tujuan bersama, yang dalam hal mana masing-masing pihak sadar akan manfaat tujuan tersebut bagi kehidupannya dalam suatu masyarakat.

Bentuk dan pola-pola kerjasama dapat dijumpai pada semua kelompok manusia. Kebiasaan-kebiasaan dan sikap-sikap demikian dimulai sejak masa kanak-kanak di dalam kehidupan keluarga atau kelompok-kelompok kekerabatan. Suatu kerjasama dapat berkembang jika orang yang terlibat

dapat bergerak atau berusaha agar untuk memenuhi tujuan bersama, yang dalam hal mana masing-masing pihak sadar akan manfaat tujuan tersebut bagi kehidupannya dalam suatu masyarakat.

Seperti yang kita lihat bagaimana seorang dokter membangun hubungan kerjasama dengan pasien dalam hal pemberian pelayanan, yaitu seorang dokter harus lebih bersikap empati terhadap pasien, mendengarkan semua keluhan-keluhan pasien, serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk menceritakan semua keluhan tanpa memotong pembicaraannya, memberikan solusi-solusi yang terbaik kepada pasien dalam proses pengobatan dan penyembuhannya, seorang dokter menyarankan apabila ada keluhan lain yang dirasakan pasien haruslah datang kembali konsul dan memeriksa kesehatannya, dan apabila ada pemeriksaan fisik yang dilakukan dokter terhadap pasiennya sebaiknya seorang dokter minta izin dulu kepada si pasien. Ramah, sopan, dan bersikap lemah lembut terhadap pasien, dan seorang dokter sebaiknya memperlakukan pasien seperti keluarga sendiri.

b. Akomodasi

Akomodasi dapat dilihat dari dua sudut pandang yang berbeda. Yang pertama menunjukkan suatu keadaan sedangkan yang kedua menunjukkan suatu proses. Istilah akomodasi yang dipakai pada sudut pandang sebagai keadaan berarti adanya suatu keseimbangan (*equilibrium*) dalam interaksi antara orang perorang atau kelompok-

kelompok manusia dalam kaitannya dengan norma-norma sosial dan nilai-nilai sosial yang berlaku dalam masyarakat. Sebagai suatu proses, akomodasi menunjukkan pada usaha-usaha untuk mencapai kestabilan.

c. Asimilasi

Dengan adanya mobilitas penduduk maka manusia baik secara individual maupun kelompok akan bercampur satu sama lain. Akibat pencampuran manusia dari berbagai kebudayaan tersebut maka unsur-unsur kebudayaan yang terbawa oleh mereka tercampur pula.

Dari proses pencampuran unsur-unsur kebudayaan ini, maka unsur-unsur kebudayaan baru akan tidak lagi dirasakan asing atau canggung oleh masyarakat pendukungnya.

Apabila orang melakukan asimilasi ke dalam suatu kelompok masyarakat maka orang tidak lagi membedakan dirinya dari orang dalam kelompok tersebut. Berarti bahwa dalam hal ini orang akan mengidentifikasikan dirinya terhadap sikap mental dengan orang lain yang bersamanya dengan kelompok dengan melihat kepada pengembangan sikap atau perilaku orang itu walaupun kadang bersifat emosional dengan tujuan mencapai kesatuan atau paling sedikit mencapai integrasi.

2. Hubungan Sosial yang Disosiatif

a. Persaingan

Ditinjau dari aspek sosiologisnya dapat diartikan sebagai suatu proses sosial dimana individu atau kelompok-kelompok manusia yang

bersaing mencari keuntungan melalui bidang-bidang kehidupan yang pada suatu waktu tertentu menjadi pusat perhatian umum (baik perorangan maupun kelompok manusia) dengan cara menarik perhatian publik atau dengan mempertajam prasangka yang telah ada tanpa menggunakan ancaman atau paksaan.

b. Kontravention / Pertentangan (Konflik)

Konflik atau pertentangan merupakan suatu gejala yang universal yang selalu ada dalam masyarakat dimana saja. Konflik juga merupakan gejala yang amat penting yang harus dipahami karena dengan gejala tersebut maka akan mendatangkan bencana bagi masyarakat itu sendiri yang berupa perpecahan sistem sosial yang ada. Keberadaan konflik sebagian besar juga bersumber dari hubungan sosial (*social relation*) yang merupakan hakekat dari suatu masyarakat.

D. Interaksi Dokter-Pasien

Hubungan antara dokter dan pasien secara medis dapat berlangsung sebagaimana dikehendaki dunia medis umumnya, yakni sebagai hubungan biomedis; aktif-pasif. Namun karena hubungan dokter dan pasien merupakan hubungan antar manusia, dalam pengertian sosial lebih dikehendaki hubungan yang mendekati persamaan hak antar manusia.

Secara umum dalam berinteraksi orang berusaha menyampaikan pandangan, perasaan dan harapannya kepada orang lain. Interaksi ini dapat terjadi antara dua individu antar kelompok atau antar individu dan kelompok.

Dalam interaksi antara dokter dan pasien, kedudukan dokter yang relatif lebih tinggi dari pasien seringkali membuat pasien enggan bertanya. Ada beberapa kemungkinan yang menjadi alasan mengapa hal ini terjadi : malu, takut dianggap bodoh, atau enggan karena dokter berbicara dalam bahasa yang tidak dimengerti pasien, banyak istilah kedokteran yang membuat pasien bingung dan tidak tahu harus bertanya dari mana.

Jay Katz dalam bukunya yang berjudul "*The Silent World of Doctor and Patient*" merujuk pada fenomena dimana pasien, karena penderitaan yang diakibatkan oleh penyakitnya, menaruh harapan yang besar pada dokter sehingga kemudian secara tak sadar ia pun mencitrakan dokter sebagai figur yang mulia dan tidak mungkin berbuat salah (*infallible*). Akibatnya pasien pun menyerahkan nasib sepenuhnya kepada dokter dan dokter yang memutuskan tindakan medis apa yang harus dilakukan tanpa berkonsultasi dengan pasien.

Dokter juga bersikap arogan, judes, patronizing terhadap pasien sehingga sulit diajak berkomunikasi. Jay Katz melansir bahwa hal ini disebabkan karena keinginan sang dokter untuk mempertahankan citra komunikasi daripada banyak bicara dan bisa sekali waktu tidak dapat menjawab pertanyaan pasien secara memuaskan. Sikap demikian semakin memperlebar jurang komunikasi antara

dokter dengan pasien dan tidak jarang berbuntut sengketa malpraktek yang sebagian besar merugikan pasien. (www.sinarharapan.co.id/iptek/keokteran/2007)

Berdasarkan pandangan dan harapan si sakit terhadap fungsi dan peran dokter terjadilah interaksi dokter pasien yang bersifat professional dan seringkali tidak seimbang, artinya dokter yang aktif memberikan gagasan tindakan dan mengambil inisiatif bertindak, sedangkan pasien secara pasif menerima saran dan mematuhi instruksi dokter.

1. Peran Dokter

Dalam melakukan perannya sebagai seorang yang memiliki kompetensi untuk mengobati orang yang sakit, dokter melaksanakan lima fungsi utama dan fungsi-fungsi ini dapat dianalisa dengan patterns variables yang dikembangkan oleh Parson (Schepers & Nievaard, 1990) :

- a. Menerapkan peraturan umum atau khusus yang harus ditaati oleh pasien (kriteria universal versus khusus).
- b. Membina interaksi dengan pasien secara luas dan membaur atau terbatas pada fungsinya sebagai dokter.
- c. Melibatkan emosi/perasaan atau bersifat netral dalam hubungannya dengan sang pasien (afektif versus netral).
- d. Mengutamakan kepentingan diri sendiri atau kepentingan bersama (orientasi diri versus orientasi kelompok).
- e. Memandang manusia berdasarkan kualitas atau prestasinya (kualitas versus prestasi).

dokter dengan pasien dan tidak jarang berbuntut sengketa malpraktek yang sebagian besar merugikan pasien. (www.sinarharapan.co.id/iptek/kesehatan/2007)

Berdasarkan pandangan dan harapan si sakit terhadap fungsi dan peran dokter terjadilah interaksi dokter pasien yang bersifat professional dan seringkali tidak seimbang, artinya dokter yang aktif memberikan gagasan tindakan dan mengambil inisiatif bertindak, sedangkan pasien secara pasif menerima saran dan mematuhi instruksi dokter.

1. Peran Dokter

Dalam melakukan perannya sebagai seorang yang memiliki kompetensi untuk mengobati orang yang sakit, dokter melaksanakan lima fungsi utama dan fungsi-fungsi ini dapat dianalisa dengan patterns variables yang dikembangkan oleh Parson (Schepers & Nievaard, 1990) :

- a. Menerapkan peraturan umum atau khusus yang harus ditaati oleh pasien (kriteria universal versus khusus).
- b. Membina interaksi dengan pasien secara luas dan membaaur atau terbatas pada fungsinya sebagai dokter.
- c. Melibatkan emosi/perasaan atau bersifat netral dalam hubungannya dengan sang pasien (afektif versus netral).
- d. Mengutamakan kepentingan diri sendiri atau kepentingan bersama (orientasi diri versus orientasi kelompok).
- e. Memandang manusia berdasarkan kualitas atau prestasinya (kualitas versus prestasi).

Dalam perannya sebagai orang yang menyembuhkan tugas utama seorang dokter adalah menerapkan pengetahuannya tentang pengobatan penyakit terhadap pasien pada umumnya (kriteria universal). Dokter diharapkan bersikap idealis, artinya mengupayakan suatu kondisi sebaik mungkin bagi si pasien.

2. Peran Pasien

Dalam pandangan kita sehari-hari seorang pasien senantiasa menjalankan suatu peran yang lemah, pasif dan sangat tergantung pada pihak lain. Karena menderita suatu rasa sakit, ia akan kita dapati dalam keadaan yang lemah dan karenanya berada di pihak yang lemah. Ia sama sekali tidak mengerti rasa sakit dan penyakit yang dideritanya dan hanya merasa letih, cemas dan nyeri sehingga tidak dapat berbuat sesuatu hanya dapat menjadi pihak yang pasif.

Ia pun tidak memiliki pengetahuan yang cukup tentang kesehatan dan penyakit, apalagi tentang rasa sakit yang mereka alami. Dan karenanya sangat mengharapkan orang lain dapat menolongnya mengatasi rasa sakit itu. Ia tergantung pada orang lain. Karena ia berada dalam keadaan yang lemah dan sangat tergantung pada pihak lain, ia hanya menjalankan peran pasif, berdiam diri dan menerima keadaannya.

Dalam peran pasien, dalam hubungannya dengan dokter sering terdapat situasi yang merugikan bila ia tidak sungguh-sungguh memahami peran pasien yang sebenarnya. Dan keawaman pasien biasa terjadi karena

minimnya pengetahuan dasar pasien mengenai aspek kesehatan serta ketidaktahuan pasien tentang hak dan kewajibannya sebagai seorang pasien.

Adapun hak dan kewajiban pasien adalah sebagai berikut :

Hak pasien diantaranya adalah :

- a. Hak untuk mendapatkan pelayanan yang manusiawi.
- b. Hak untuk memperoleh asuhan perawatan yang bermutu baik.
- c. Hak untuk memilih dokter yang merawat.
- d. Hak untuk meminta dokter yang merawat agar mengadakan konsultasi dengan dokter lain.
- e. Hak atas privacy dan kerahasiaan berkenaan penyakit yang diderita.
- f. Hak untuk mendapatkan informasi yang jelas tentang penyakit yang diderita, tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinan timbulnya penyakit sebagai akibat tindakan tersebut, alternatif pengobatan lain, prognosis atau perjalanan penyakit, serta perkiraan biaya pengobatan.
- g. Hak meminta untuk tidak diinformasikan penyakitnya kepada orang atau pihak lain.
- h. Hak untuk menolak tindakan yang akan dilakukan terhadap dirinya.
- i. Hak untuk melakukan keluhan-keluhan dan memperoleh tanggapan segera.
- j. Hak untuk didampingi keluarga pada saat kondisi kritis.
- k. Hak untuk mengakhiri pengobatan dan rawat inap atas tanggung jawab sendiri.

- l. Hak untuk menjalankan ritual agama dan kepercayaannya di rumah sakit selama tidak mengganggu pengobatan dan pasien yang lain.

Kewajiban pasien diantaranya adalah:

- a. Pasien dan keluarganya berkewajiban untuk mentaati segala peraturan dan tata tertib yang telah ditetapkan.
- b. Pasien wajib untuk menceritakan secara jujur tentang segala sesuatu mengenai penyakit yang dideritanya.
- c. Pasien berkewajiban untuk mematuhi segala instruksi dokter dalam rangka pengobatannya.
- d. Pasien dan penanggungnya berkewajiban untuk mematuhi segala perjanjian yang ditanda tangannya. (www.sinarharapan.co.id/ipitek/kesehatan/2005).

3. Pasien Pintar

Pasien pintar merupakan suatu konsep. Entah ini konsep lama atau baru, yang terpenting adalah bagaimana memahami maknanya, oleh sebab itu disini akan dijelaskan lebih rinci tentang ciri-ciri pasien pintar :

- a. Pasien pintar akan datang ke dokter dengan tujuan yang jelas.
- b. Pasien tersebut pintar bila mampu menguraikan isi hati tentang apa yang diderita serta mengungkapkan harapannya kepada dokter.
- c. Pasien disebut pintar bila bersedia memberikan informasi lengkap dan jelas tentang penyakitnya.

- l. Hak untuk menjalankan ritual agama dan kepercayaannya di rumah sakit selama tidak mengganggu pengobatan dan pasien yang lain.

Kewajiban pasien diantaranya adalah:

- a. Pasien dan keluarganya berkewajiban untuk mentaati segala peraturan dan tata tertib yang telah ditetapkan.
- b. Pasien wajib untuk menceritakan secara jujur tentang segala sesuatu mengenai penyakit yang dideritanya.
- c. Pasien berkewajiban untuk mematuhi segala instruksi dokter dalam rangka pengobatannya.
- d. Pasien dan penanggungnya berkewajiban untuk mematuhi segala perjanjian yang ditanda tangannya. (www.sinarharapan.co.id/ipitek/kesehatan/2005).

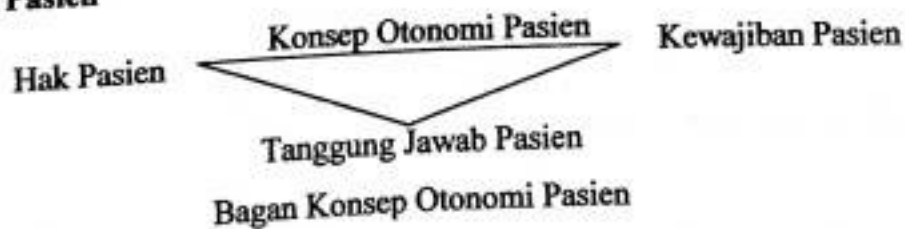
3. Pasien Pintar

Pasien pintar merupakan suatu konsep. Entah ini konsep lama atau baru, yang terpenting adalah bagaimana memahami maknanya, oleh sebab itu disini akan dijelaskan lebih rinci tentang ciri-ciri pasien pintar :

- a. Pasien pintar akan datang ke dokter dengan tujuan yang jelas.
- b. Pasien tersebut pintar bila mampu menguraikan isi hati tentang apa yang diderita serta mengungkapkan harapannya kepada dokter.
- c. Pasien disebut pintar bila bersedia memberikan informasi lengkap dan jelas tentang penyakitnya.

- d. Pasien disebut pintar bila mampu bertanya-jawab secara jelas kepada dokter.
- e. Pasien disebut pintar bila mampu mengambil kesimpulan tentang penyakitnya untuk dirinya sendiri.
- f. Pasien yang pintar mampu menilai sendiri tentang perjalanan penyakitnya, apakah penyakitnya kian membaik atau memburuk.
- g. Pasien yang pintar dapat mengambil kesimpulan sendiri tentang kualitas pekerjaan dokternya.
- h. Pasien yang pintar mau dan mampu menanyakan kepada dokter apakah dia sepakat atau tidak dengan keputusan dokternya.
- i. Pasien yang pintar mampu mencari opini kedua (*second opinion*) bila merasa keputusan dokter terhadap dirinya tidak tepat.
- j. Pasien yang pintar mampu percaya atau bekerjasama dengan dokter dalam menyelesaikan masalah kesehatannya sampai sembuh atau kesehatannya terjaga dengan baik.
- k. *Last but not least*, pasien yang pintar adalah yang yakin bahwa atas izin Tuhan penyakitnya dapat teratasi melalui "tangan" dokter bijak yang ia percayai.

4. Otonomi Pasien



Konsep Paternalistisme

Konsep otonomi pasien merupakan titik pembaruan dalam hubungan (interaksi) dokter dan pasien. Dahulu, interaksi antara dokter dan pasien sangat berat sebelah, dimana dokter selalu menjadi pihak yang memutuskan, sementara pasien hanya tinggal melaksanakan. Pasien selalu pasrah dan percaya pada setiap ucapan dokter. Hubungan semacam ini bersifat paternalistis.

Hubungan yang bersifat paternalistik akan berlangsung baik selama dokter menjalankan fitrahnya, taat pada etika kedokteran, serta menjunjung tinggi nilai luhur kedokteran yang bersifat altruisme (selalu mementingkan kepentingan pasien), dengan didasari oleh nilai ilmiah, manfaat, keadilan, kemanusiaan, keseimbangan, serta perlindungan dan keselamatan pasien. Selain itu, budaya paternalistis berlangsung baik apabila ada kepercayaan penuh dari pasien kepada dokter. Baiknya hubungan paternalistis ditandai bila ada ucapan terima kasih kepada dokter meskipun pasien meninggal dunia.

Imbalan pasien kepada dokter bukan berupa pembayaran tetapi honorarium. Artinya tanda kehormatan tidak harus berupa uang, boleh berbentuk apa saja termasuk ucapan terima kasih dan kasih sayang serta tanda hormat kepada dokter. Konsep jasa medik budaya paternalistisme menimbulkan komplikasi dengan masuknya unsur bisnis rumah sakit dan pengadaan alat-alat diagnostik yang canggih dan mahal ditambah perilaku

sebagian dokter yang lebih mahal ditambah perilaku sebagian dokter yang lebih mementingkan uang alih-alih menjaga sifat altruisme.

Komplikasi paternalisme digugat oleh masyarakat, sehingga muncullah gejala ketidakpuasan serta tuntutan malpraktek. Akhirnya, kini tumbuh kesadaran kedua belah pihak bahwa bagaimanapun dokter tetap diperlukan, tetapi pihak bahwa bagaimanapun dokter tetap diperlukan, tetapi perlu dirumuskan dengan jelas hak dan kewajiban pasien. Disinilah timbulnya konsep otonomi pasien.

E. Persepsi Tentang Sehat-Sakit dan Perilaku Sakit

1. Persepsi Masyarakat tentang Sehat-Sakit

Persepsi masyarakat tentang sehat/sakit sangat dipengaruhi oleh unsur pengalaman masa lalu yang dialami oleh masyarakat yang bersangkutan, disamping unsur sosial. Dengan demikian pandangan orang tentang kriteria tubuh sehat atau sakit sifatnya tidaklah selalu obyektif. Bahkan lebih banyak unsur subyektifitas dalam menentukan kondisi tubuh seseorang. Sebaliknya petugas kesehatan berusaha sedapat mungkin menerapkan kriteria medis yang obyektif berdasarkan simptom yang tampak guna mendiagnosis kondisi fisik individu. Perbedaan persepsi antara masyarakat dengan petugas kesehatan ini sering menimbulkan masalah dalam melaksanakan program kesehatan.

Secara ilmiah penyakit (*disease*) itu diartikan sebagai gangguan fungsi filosofis dari suatu organisme sebagai akibat dari infeksi atau tekanan dari

lingkungan. Sedangkan yang dimaksud dengan sakit (*illness*) adalah penilaian individu terhadap pengalaman menderita penyakit. Umumnya masyarakat tradisional memandang seseorang sebagai sakit jika orang itu kehilangan nafsu makannya, atau gairah kerjanya, tidak dapat lagi menjalankan tugasnya sehari-hari secara optimal atau kehilangan kekuatan sehingga harus tinggal di tempat tidur (Sudarti, 1988).

Petugas kesehatan umumnya mendeteksi kebutuhan masyarakat akan upaya kesehatan (*health care*) pada tahap yang lebih awal. Kebutuhan ini bukan hanya dideteksi pada awal dimulainya suatu penyakit tetapi lebih awal lagi, yaitu ketika orangnya masih sehat tetapi membutuhkan upaya kesehatan guna mencegah timbulnya penyakit-penyakit tertentu.

2. Perilaku Sakit

Perilaku sakit diartikan sebagai bentuk tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan oleh individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri (*personal hygiene*), penjagaan kebugaran melalui olahraga dan makanan bergizi. Perilaku sehat ini diperlihatkan oleh individu-individu yang merasa dirinya sehat meskipun secara medis belum tentu mereka betul-betul sehat.

Sesuai dengan persepsi sakit dan penyakit maka perilaku sehat pun subyektif sifatnya. Penggolongan status kesehatan di atas menunjukkan

bahwa penilaian medis bukanlah satu-satunya kriteria yang menentukan tingkat kesehatan seseorang.

Mechanic mengembangkan teori tentang perilaku sakit yang dinamakannya teori respon bertahan (*cooping response theory*) (Notoatmodjo & Sarwono, 1986). Menurut Mechanic perilaku sakit adalah: "Reaksi optimal dari individu jika dia terkena suatu penyakit, reaksi ini sangatlah ditentukan oleh sistem sosialnya". Perilaku sakit sangat erat kaitannya dengan konsep diri, penghayatan situasi yang dihadapi, pengaruh petugas kesehatan serta pengaruh birokrasi.

Ada dua faktor utama yang menentukan perilaku sakit: persepsi atau defenisi individu tentang suatu situasi penyakit, serta kemampuan individu untuk melawan serangan penyakit tersebut.

Mechanic menjelaskan proses yang terjadi dalam diri individu sebelum menentukan upaya pengobatan (etiologi perilaku sakit) faktor-faktor yang menyebabkan orang bereaksi terhadap penyakit, antara lain :

- a. Dikenalnya atau dirasakannya gejala-gejala/tanda-tanda yang menyimpang dari keadaan biasa.
- b. Banyaknya gejala yang dianggap serius dan diperkirakan menimbulkan bahaya.
- c. Dampak gejala terhadap hubungan dengan keluarga, hubungan kerja dalam hubungan sosial lainnya.
- d. Frekuensi dari gejala dan tanda-tanda yang tampak dan persistensinya.

bahwa penilaian medis bukanlah satu-satunya kriteria yang menentukan tingkat kesehatan seseorang.

Mechanic mengembangkan teori tentang perilaku sakit yang dinamakannya teori respon bertahan (*cooping response theory*) (Notoatmodjo & Sarwono, 1986). Menurut Mechanic perilaku sakit adalah: "Reaksi optimal dari individu jika dia terkena suatu penyakit, reaksi ini sangatlah ditentukan oleh sistem sosialnya". Perilaku sakit sangat erat kaitannya dengan konsep diri, penghayatan situasi yang dihadapi, pengaruh petugas kesehatan serta pengaruh birokrasi.

Ada dua faktor utama yang menentukan perilaku sakit: persepsi atau defenisi individu tentang suatu situasi penyakit, serta kemampuan individu untuk melawan serangan penyakit tersebut.

Mechanic menjelaskan proses yang terjadi dalam diri individu sebelum menentukan upaya pengobatan (etiologi perilaku sakit) faktor-faktor yang menyebabkan orang bereaksi terhadap penyakit, antara lain :

- a. Dikenalinya atau dirasakannya gejala-gejala/tanda-tanda yang menyimpang dari keadaan biasa.
- b. Banyaknya gejala yang dianggap serius dan diperkirakan menimbulkan bahaya.
- c. Dampak gejala terhadap hubungan dengan keluarga, hubungan kerja dalam hubungan sosial lainnya.
- d. Frekuensi dari gejala dan tanda-tanda yang tampak dan persistensinya.

- e. Nilai ambang dari mereka yang terkena gejala (susceptibility atau kemungkinan individu untuk diserang penyakit).
- f. Informasi, pengetahuan dan asumsi budaya tentang penyakit.
- g. Perbedaan interpretasi terhadap gejala yang dikenalnya.
- h. Adanya kebutuhan untuk bertindak/berperilaku mengatasi gejala sakit.
- i. Tersedianya sarana kesehatan, kemudahan mencapai sarana tersebut, tersedianya biaya dan kemampuan untuk mengatasi stigma dan jarak sosial.

Dari faktor-faktor tersebut dapat dikategorisasi faktor pencetus perilaku sakit, yaitu faktor persepsi yang dipengaruhi orientasi medis dan sosio-budaya; faktor intensitas gejala (menghilang atau terus menetap); faktor motivasi individu untuk mengatasi gejala yang ada; serta faktor sosial psikologis yang mempengaruhi respons sakit. Dalam menganalisa kondisi tubuh individu ada dua tahap analisa yang digunakan yaitu :

- a. Batasan sakit menurut orang lain yaitu orang-orang di sekitar individu yang sakit mengenali gejala sakit pada individu itu dan akan mengatakan bahwa dia sakit dan perlu mendapat pengobatan.
- b. Batasan sakit menurut diri sendiri yaitu individu itu sendiri mengenali gejala penyakitnya dan menentukan apakah dia akan mencari pengobatan atau tidak.

Batasan lain mengenai perilaku sakit juga dikemukakan oleh E.A. Suchman, menurutnya : "perilaku kesehatan sebagai akibat dari timbulnya

gejala tertentu". Yang terpenting dalam model Suchman adalah pola sosial dari perilaku yang tampak pada cara orang mencari, menemukan dan melakukan perawatan medis (Suchman, 1965:114). Pendekatan yang digunakan berkisar pada adanya 4 unsur yang merupakan faktor utama dalam perilaku sakit, yaitu :

- a. Perilaku itu sendiri
- b. Konsekuensinya,
- c. Tempat atau ruang lingkup, dan
- d. Variasi perilaku selama tahap-tahap perawatan medis

Dalam lingkungan sosial ada dua hal yang sangat berkaitan dengan individu, yaitu hak dan kewajiban. Begitupun halnya dengan perilaku sakit, individu yang berperan sebagai si sakit mempunyai pula hak dan kewajiban tertentu.

Hak yang pertama bagi orang sakit adalah dibebaskannya dari tanggung jawab sosial dan pekerjaan sehari-hari, pemenuhan hak ini tergantung dari tingkat/persepsi keparahan penyakitnya. Hak yang kedua ialah hak untuk menuntut bantuan atau perawatan dari orang lain.

Disamping mempunyai hak tertentu, orang sakit harus pula menjalankan kewajibannya, terutama kewajibannya untuk mencapai kesembuhan. Kewajiban itu dapat dipenuhi sendiri maupun dengan pertolongan orang lain (petugas kesehatan).

F. Tinjauan Tentang Rumah Sakit dan Pelayanan Rawat Inap

1. Tinjauan Tentang Rumah Sakit

Rumah sakit dipandang sebagai salah satu wadah sistem perawatan sektor profesional biomedis, merupakan suatu organisasi sosial yang mengoperasikan suatu sub budaya sistem perawatan modern dimana setiap saat melayani kehadiran pasien dengan latar belakang budaya yang berbeda-beda.

Rumah sakit menurut WHO adalah :

“Suatu usaha menyediakan pemondokan yang memberikan jasa pelayanan medik jangka pendek dan panjang yang terdiri atas tindakan observasi, diagnostik, terapeutik dan rehabilitatif untuk orang-orang yang menderita sakit, terluka dan untuk mereka yang mau melahirkan”.

Perawatan merupakan unit yang terpenting dalam rumah sakit karena harus berfungsi terus-menerus selama 24 jam yang memberikan pelayanan asuhan dan pelayanan secara efektif. Perawatan pasien dalam rumah sakit modern membutuhkan pelayanan dari kelompok profesional, subprofesional dan tenaga bukan ahli, calon dokter, petugas keamanan, petugas kebersihan yang kesemuanya bekerjasama untuk kepentingan perawatan pasien di dalam rumah sakit.

Sistem pelayanan kesehatan melalui rumah sakit adalah tatanan daripada tingkat pelayanan rumah sakit yang disusun menurut pola rujukan timbal balik antara masyarakat, puskesmas, rumah sakit dan sarana kesehatan

lainnya, sehingga tercapai pelayanan yang bermutu, berdayaguna dan berhasilguna.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159b/MENKES /PR/11/1989 tentang Rumah Sakit, pasal 1 disebutkan bahwa rumah sakit adalah :

"Sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan sehingga dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian"

Pasal 13 Permenkes RI di atas memberikan klasifikasi rumah sakit sebagai berikut :

a. Rumah Sakit Umum Pemerintah

Rumah sakit umum pemerintah pusat dan daerah diklasifikasikan menjadi rumah sakit kelas A, B, C dan D. Klasifikasi tersebut didasarkan pada unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan.

- 1) Rumah sakit umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan sub-spesialistik luas.
- 2) Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik sekurang-kurangnya 11 jenis spesialisik.
- 3) Rumah sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar.

- 4) Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar.

b. Ketentuan Umum

Beberapa ketentuan yang penting dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia : 983/Menkes/SK/XI/1992 ialah :

- 1) Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan dasar yang bersifat dasar, spesialisik, dan subspecialistik.
- 2) Rumah sakit umum pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah baik pusat, daerah, departemen pertahanan dan keamanan, maupun badan usaha milik negara (BUMN).
- 3) Rumah sakit pendidikan adalah rumah sakit umum pemerintah kelas A dan B yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medik oleh fakultas kedokteran.
- 4) Klasifikasi rumah sakit umum adalah pengelompokan rumah sakit umum berdasarkan perbedaan tingkatan menurut kemampuan pelayanan kesehatan yang dapat disediakan.
- 5) Pelayanan medik spesialisik dasar adalah pelayanan medik spesialisik penyakit dalam, kebidanan dan kandungan, bedah dan kesehatan anak.
- 6) Pelayanan medik spesialisik luas adalah pelayanan medik spesialisik dasar ditambah dengan pelayanan spesialisik telinga, hidung dan tenggorokan, mata, saraf, jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru-paru,

radiologi, anestesi, rehabilitasi medik, patologi klinis, patologi anatomi, dan pelayanan spesialisik lain sesuai dengan kebutuhan.

- 7) Pelayanan medik subspecialistik luas adalah pelayanan subspecialistik di setiap subspecialistik yang ada.
- 8) Rumah sakit swadaya adalah rumah sakit milik pemerintah yang diberi wewenang untuk menggunakan penerimaan fungsional secara langsung.

c. Klasifikasi Rumah Sakit Umum Swasta

Beberapa ketentuan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor : 806b/Menkes/SK/XII/1987, tentang klasifikasi rumah sakit umum

- 1) Klasifikasi rumah sakit adalah pengelompokan rumah sakit berdasarkan perbedaan bertingkat dan kemampuan pelayanannya.
- 2) Rumah sakit umum swasta adalah rumah sakit umum yang diselenggarakan oleh pihak swasta.
- 3) Klasifikasi rumah sakit umum swasta adalah :
 - a) Rumah sakit umum swasta pratama, yang memberikan pelayanan medik bersifat umum.
 - b) Rumah sakit umum swasta madya, yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialisik dalam empat cabang.
 - c) Rumah sakit umum swasta utama, yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialisik dan subspecialistik.

d. Klasifikasi Rumah Sakit Umum dan Swasta Berdasarkan Kapasitas Tempat Tidur.

- 1) Rumah sakit pemerintah sekurang-kurangnya 75% dari kapasitas tempat tidur yang tersedia.
- 2) Rumah sakit swasta sekurang-kurangnya 25% dari kapasitas tempat tidur yang tersedia.

2. Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah kegiatan pasien yang berkunjung ke rumah sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berlangsung selama lebih kurang 24 jam, pasien mendapatkan pelayanan rawat inap jelas mempunyai masalah dengan kesehatannya. Untuk keperluan menegakkan diagnosa, tindakan medik ataupun rencana keperawatan diperlukan data status kesehatan pasien.

Pelayanan rawat inap merupakan aspek pelayanan tingkat keempat dari proses pelayanan kesehatan rumah sakit. Pelayanan rawat inap merupakan masa pengawasan dan pemeriksaan kontinyu keadaan umum pasien yang sewaktu-waktu memerlukan tindakan terapi segera.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 66 tahun 1987 rawat inap adalah :

“Pelayanan terhadap orang yang masuk rumah sakit dan menempati tempat tidur guna kepercayaan observasi, diagnosa, rehabilitasi, medik dan atau pelayanan kesehatan lainnya.”

Ruangan rawat inap (opname) dikelompokkan menurut perawatan secara umum meliputi ruang perawatan bedah, penyakit dalam, anak dan kebidanan. Namun demikian di beberapa rumah sakit golongan tersebut lebih dikembangkan sesuai dengan jenis pelayanan spesialis yang ada pada rumah sakit yang bersangkutan. Selain pengelompokan menurut golongan perawatan, para pengelola memberi pengelompokan menurut kelas perawatan.

Pasien datang ke rumah sakit dengan rujukan atau tanpa rujukan dari tempat lain, kemudian diterima di bagian penerimaan pasien. Bagian penerimaan pasien yang meneruskan ke ruang perawatan untuk terperinci dan spesifik diperiksa masalah kesehatannya. Berdasarkan hasil diagnosis pasien dengan indikasi dirawat akan dimasukkan dalam program pengobatan rawat inap.

Lingkungan ruangan perawatan harus nyaman, indah, serasi dan aman, karena kita menyadari bahwa pasien yang dirawat itu adalah orang yang terganggu kesehatannya baik fisik maupun mental, sehingga mereka lebih peka terhadap lingkungan yang tidak sehat. Oleh sebab itu, masalah lingkungan perlu diperhatikan sehingga pasien merasa nyaman, tenang dan aman yang kesemuanya akan memberikan kepuasan pada pasien.

Penyediaan sarana medik, non medik dan bahan habis pakai, sarana ini secara minimal harus tersedia dengan standar yang ada karena hal ini ada kaitannya dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien baik oleh tenaga

medik maupun tenaga kesehatan lainnya. Apabila sarana ini secara minimal tidak terpenuhi hal itu akan mengakibatkan pelaksana pelayanan tidak puas.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

A. Gambaran Umum Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai

Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Sinjai adalah rumah sakit milik Pemerintah Daerah Tingkat II Sinjai yang didirikan pada tahun 1982 di atas tanah seluas 14,496 m², sebanyak 2 bidang, dan bangunan gedung 30 unit seluas 8,187 m², jadi bangunan seluruhnya 7772 m². Pemerintah Rumah Sakit Umum Daerah Kab. Sinjai berdasarkan Perda Nomor 15 Tahun 1994 yang merupakan rumah sakit tipe D dimana pada tahun 1982 diresmikan penggunaannya oleh Bapak Gubernur Sulawesi Selatan H. Andi Oddang. Dan dengan dikeluarkannya UU No. 32 Tahun 2002 tentang otonomi daerah, mulai tanggal 1 Januari 2003 RSUD Kab. Sinjai diubah namanya menjadi RSD Kab. Sinjai sesuai dengan Peraturan Daerah No. 10 Tahun 2003 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kantor Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai.

Dengan terbitnya Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1412/Menkes/SK/XI/2006, Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai berubah status menjadi Rumah Sakit Tipe C pada tanggal 15 Desember 2006, dan telah terakreditasi dalam 5 pelayanan pada tahun 2007.

Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai mewujudkan pelayanan prima dan merupakan sentral rujukan untuk pusat-pusat pelayanan kesehatan masyarakat di Kabupaten Sinjai. Rumah sakit ini dalam melaksanakan tugas secara teknis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Dinas Tingkat II dan

secara administrasi finansial di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Kepala Daerah.

Dengan laju perkembangan yang begitu cepat, RSD Kab. Sinjai mempunyai beberapa tenaga dokter diantaranya dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, sarjana kesehatan, tenaga paramedis dan non perawatan serta tenaga administrasi. Selain itu RSD ini juga berfungsi sebagai rumah sakit pendidikan dan pelatihan untuk para calon perawat.

Pelayanan yang dilaksanakan berupa pelayanan rawat jalan yang diadakan pada gedung poliklinik yang memberikan pelayanan dalam sembilan bagian yaitu poli umum, poli kartu, poli gigi, poli bedah, poli fisioterapi, poli Anc (antenatal care), poli kebidanan dan kandungan, poli penyakit dalam, dan poli anak.

Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai terletak di Kelurahan Biringgere, Kecamatan Sinjai Utara Kabupaten Sinjai, tepatnya di jalan Jenderal Sudirman dan berada di pusat kota Sinjai. Adapun batas-batas Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai adalah sebagai berikut :

1. Sebelah utara berbatasan dengan kompleks Kodim 1424 Sinjai.
2. Sebelah timur berbatasan dengan Jl. Jenderal Sudirman.
3. Sebelah selatan berbatasan dengan tanah milik Tuan Sahaka.
4. Sebelah barat berbatasan dengan Bukit Gojeng Permai.

B. Visi, Misi dan Motto Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai

1. Visi

Terwujudnya rumah sakit swakelola tahun 2006 didukung oleh tenaga yang jujur dan profesional serta sarana dan prasarana yang memadai menuju masyarakat Sinjai sehat dan sejahtera.

2. Misi

- a. Mewujudkan rumah sakit yang mandiri dan berdaya saing tinggi .
- b. Mewujudkan pelayanan kesehatan secara efektif dan efisien menuju masyarakat Sinjai sehat dan sejahtera.
- c. Mewujudkan rumah sakit Sinjai sebagai pusat rujukan.

3. Motto

Sinjai : Sejuk, Indah, Nyaman, Jujur, Aman dan Damai.

C. Tujuan dan Sasaran Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai

1. Tujuan

a. Tujuan umum

Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit melalui peningkatan kemampuan dan keterampilan profesionalisme sumber daya manusianya.

b. Tujuan khusus

Memberikan informasi tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan rumah sakit, meliputi tempat dan jenis tugas, sasaran tugas, organisasi, peraturan serta tata kerja Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai.

c. Tujuan program

- 1) Peningkatan sumber daya manusia, kualitas dan kuantitas.
- 2) Mengembangkan fasilitas pelayanan.

- 3) Meningkatkan manajemen sumber daya rumah sakit.
- 4) Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan pengendalian mutu pelayanan rumah sakit.

2. Sasaran

- 1) Pejabat struktural rumah sakit baru.
- 2) Pejabat non struktural baru.
- 3) Setiap karyawan/pegawai rumah sakit baru.
- 4) Setiap karyawan/pegawai mutasi dari tempat lain.

D. Pelaksanaan Orientasi dan Rencana Kegiatan Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai

1. Pelaksanaan Orientasi Bagi Pimpinan

- a. Pengenalan tentang falsafah, visi, misi, tujuan, peranan dan motto rumah sakit.
- b. Pengenalan struktur organisasi rumah sakit.
- c. Pengenalan kedudukan, tugas, wewenang dan tanggung jawab serta hubungan kerja setiap jenjang jabatan dan tenaga di rumah sakit.
- d. Pengenalan dengan rinci tentang tugas pokok, fungsi, hubungan kerja dengan pejabat lain dari jabatan yang diemban.
- e. Mempersiapkan dan menempatkan prinsip-prinsip manajemen dasar untuk bekal menjalankan tugasnya.
- f. Mengenal secara menyeluruh tiap-tiap teknis dari staf yang ada di bawah dan bertanggung jawab kepadanya.

2. Rencana Kegiatan

- a. Program pengembangan sumber daya manusia terbagi
- 1) Pengadaan tenaga medis dan non medis melalui analisis kebutuhan tenaga dan standar ketenagaan rumah sakit.
 - 2) Program pendidikan dan pelatihan.
 - Pelatihan internal rumah sakit.
 - Pelatihan eksternal rumah sakit.
 - 3) Program pendidikan berkelanjutan
 - Pendidikan spesialisik bagi tenaga medis.
 - Pendidikan berkelanjutan bagi perawat dan tenaga kesehatan lainnya.
 - 4) Program orientasi bagi tenaga baru
 - Program orientasi bagi tenaga yang baru bekerja di rumah sakit.
 - Program orientasi bagi tenaga yang baru bekerja di salah satu unit kerja di rumah sakit.
- b. Program pengembangan rumah sakit
- 1) Pengembangan pelayanan spesialisik, melalui analisis kebutuhan pelayanan spesialisik.
 - 2) Pengembangan gedung kantor dan peralatannya.
 - 3) Pengembangan IRD.
 - 4) Pengembangan instalasi rawat inap.

Nip. 140 365 665

Nip. 580 030 329

Nip. 140 366 273

Nip. 140 179 857

Nip. 140 340 901

E. Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit

1. Tugas pokok :

- a. Melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif) pemulihan (rehabilitatif) yang dilakukan secara serasi terpadu dengan peningkatan (promotif) dan pencegahan (preventif), melaksanakan upaya rujukan dan pelayanan yang bermutu sesuai standar pelayanan rumah sakit serta tugas pembantuan yang diberikan oleh pemerintah yang menjadi tanggung jawabnya.
- b. Kantor Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai dalam melaksanakan tugasnya menerapkan prinsip koordinasi, integrasi dan sinkronisasi baik dalam lingkungannya maupun antar satuan organisasi perangkat daerah.

2. Fungsi

- a. Menyelenggarakan pelayanan medis.
- b. Menyelenggarakan pelayanan penunjang medis.
- c. Menyelenggarakan pelayanan dan asuhan keperawatan.
- d. Menyelenggarakan pelayanan rujukan.
- e. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan.
- f. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan.
- g. Menyelenggarakan pelayanan administrasi umum dan keuangan.

DR. HJ. LINA LAMARA
Nip. 140 365 665

DR. HJ. LINA LAMARA
Nip. 580 030 329

DR. HJ. LINA LAMARA
Nip. 140 366 273

DR. HJ. LINA LAMARA
Nip. 140 179 857

DR. HJ. LINA LAMARA
Nip. 140 340 901

F. Kegiatan Pelayanan RSD Kab. Sinjai

Ditinjau dari pelayanan instalasi RSD Kab. Sinjai memberikan 12 pelayanan, yaitu sebagai berikut :

1. Unit rawat jalan.
2. Instalasi rawat inap.
3. Instalasi rawat darurat.
4. Instalasi kamar bedah.
5. Instalasi perawatan intensif.
6. Instalasi radiologi.
7. Instalasi farmasi.
8. Instalasi laboratorium.
9. Instalasi gizi.
10. Instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit.
11. Kamar jenazah.
12. Unit perawatan isolasi (flu burung).

G. Tenaga Medis dan Non Medis RSD Kab. Sinjai

- | | |
|-----------------------------|------------|
| 1. Dokter spesialis interna | : 1 orang |
| 2. Dokter spesialis bedah | : 1 orang |
| 3. Dokter spesialis obgyn | : 1 orang |
| 4. Dokter umum | : 11 orang |
| 5. Dokter gigi | : - |
| 6. S2 kesehatan | : 1 orang |

F. Kegiatan Pelayanan RSD Kab. Sinjai

Ditinjau dari pelayanan instalasi RSD Kab. Sinjai memberikan 12 pelayanan, yaitu sebagai berikut :

1. Unit rawat jalan.
2. Instalasi rawat inap.
3. Instalasi rawat darurat.
4. Instalasi kamar bedah.
5. Instalasi perawatan intensif.
6. Instalasi radiologi.
7. Instalasi farmasi.
8. Instalasi laboratorium.
9. Instalasi gizi.
10. Instalasi pemeliharaan sarana rumah sakit.
11. Kamar jenazah.
12. Unit perawatan isolasi (flu burung).

G. Tenaga Medis dan Non Medis RSD Kab. Sinjai

- | | |
|-----------------------------|------------|
| 1. Dokter spesialis interna | : 1 orang |
| 2. Dokter spesialis bedah | : 1 orang |
| 3. Dokter spesialis obgyn | : 1 orang |
| 4. Dokter umum | : 11 orang |
| 5. Dokter gigi | : - |
| 6. S2 kesehatan | : 1 orang |

7. S2 non kesehatan	: 4 orang
8. Sarjana Kesehatan Masyarakat	: 1 orang
9. Sarjana ekonomi	: 1 orang
10. Sarjana komputer	: 1 orang
11. Sarjana hukum	: 1 orang
12. Apoteker	: 2 orang
13. Sarjana farmasi	: 2 orang
14. Asisten apoteker SMF	: 2 orang
15. Sarjana muda non kesehatan	: -
16. Asisten apoteker	: 2 orang
17. Akper/perawat	: 87 orang
18. Radiologi	: 3 orang
19. Fisioterapi	: 2 orang
20. Elektromedik	: 3 orang
21. Sanitarian	: 2 orang
22. Perekam medik	: 5 orang
23. Bidan/akbid	: 12 orang
24. Perawat gigi	: 5 orang
25. Analisis	: 4 orang
26. Gizi	: 4 orang
27. Paramedis non perawatan	: 2 orang
28. Pembantu perawat	: 2 orang

29. Tenaga non kesehatan / SLTR : 10 orang

H. Indikator Penilaian Rumah Sakit

Untuk mengetahui keberhasilan tentang keadaan pelayanan di rumah sakit biasanya dilihat dari berbagai segi :

1. Tingkat pemanfaatan sarana pelayanan.
2. Mutu pelayanan.
3. Tingkat efisiensi pelayanan.

Untuk mengetahui tingkat pemanfaatan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit diperlukan berbagai indikator. Selain itu agar informasi yang ada dapat bermakna harus ada nilai parameter yang akan dipakai sebagai nilai banding antara fakta dengan standar yang diinginkan. Indikator yang sering dipakai untuk menilai mutu pelayanan di rumah sakit adalah :

1. *Bad Occupancy Rate* (BOR) yaitu persentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu, idealnya antara 60-85%.
2. *Avarege Length of Stay* (AVLOS) yaitu rata-rata rawatan seorang pasien idealnya antara 6-9 hari.
3. *Bad Turn Over* (BTO) yaitu frekuensi pemakaian tempat tidur, berapa kali dalam satuan waktu tertentu tempat tidur rumah sakit dipakai, idealnya 40-50 hari.
4. *Turn Over Internal* (TOI) yaitu rata-rata hari tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi sampai terisi berikutnya, idealnya 1-3 hari.

5. *Net Death Rate* (NDR) yaitu angka kematian > 48 jam setelah dirawat. Nilai NDR yang masih dianggap kurang, masih dapat ditolelir adalah kurang dari 25 per 1000 penderita keluar.

6. *Gross Death Rate* (GDR) yaitu angka kematian umum. Nilai GDR tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

I. Instalasi Rawat Inap

Rumah Sakit Daerah (RSD) Kab. Sinjai dalam melaksanakan pelayanan kesehatan melalui instalasi rawat inap, dapat dilihat dengan adanya fasilitas tempat tidur yang tersedia dan jenis kegiatan pelayanan yang ada pada tahun 2006 adalah sebagai berikut :

a. Hasil Kegiatan Pelayanan

Hasil kegiatan pelayanan yang dicapai pada instalasi rawat inap RSD Kab. Sinjai pada tahun 2006 dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 1.
Hasil Kegiatan Pelayanan Rawat Inap

No	Kegiatan	Jumlah
1.	Jumlah pasien TT yang tersedia	51
2.	Jumlah pasien yang dirawat	2188
3.	Jumlah kematian	75
4.	Pasien keluar mati > 48 jam	38
5.	Pasien keluar 48 jam	37
6.	Pasien keluar hidup	2113

Kls Pipit	Perawatan isolasi	2
Kls Merak		3
Kls Kutilang		3
Kls Gelatik (TT bayi)		2
Vip I		4
Vip II		2
Total		104.TT

Sumber : Laporan Tahunan RSD Kab. Sinjai, 2006

c. Indikator Hasil Kegiatan Pelayanan Rawat Inap Tahun 2006

- 1) Bad Occupancy Rate (BOR) : 70 %
- 2) Turn Over Internal (TOI) : 2,22 hari
- 3) Bed Turn Over (BTO) : 49 hari
- 4) Average Length of Stay (LOS) : 4 hari
- 5) Net Death Rate (NDR) : 9 %
- 6) Gross Death Rate (GDR) : 25 %

Dari data di atas, dapat dilihat bahwa tingkat pemanfaatan tempat tidur (BOR) pada instalasi rawat inap pada tahun 2006 secara total keseluruhan, dari semua ruangan jenis pelayanan yang ada masih dalam keadaan ideal yaitu 70%, dimana standar ideal BOR yaitu 60-85%.

Turn Over Internal (TOI) pada instalasi rawat inap pada tahun 2006 secara total keseluruhan dari semua ruangan jenis pelayanan yang ada masih dalam keadaan ideal yaitu 2,22 hari, dimana standar ideal TOI yaitu 1-3 hari.

Tingkat frekuensi pemakaian tempat tidur (BTO) pada instalasi rawat inap pada tahun 2006 secara total keseluruhan, dari semua ruangan jenis pelayanan yang ada masih dalam keadaan ideal yaitu 49 hari, dimana standar ideal BTO yaitu 40-50 hari.

Nip. 140 540 901
Nip. 140 17 037
Nip. 140 500 470

Dari data di atas dapat diketahui total rata-rata lama dirawat seorang pasien (LOS) di instalasi rawat inap yaitu sekitar 4 hari, hasil tersebut tidak menandakan keidealan, dimana standar LOS yang ideal adalah 6-9 hari. Berdasarkan hasil tersebut yang dicapai dapat dikatakan bahwa efisiensi pelayanan seorang pasien secara rata-rata di instalasi rawat inap belum begitu baik.

Dari data di atas dapat diketahui bahwa angka kematian > 48 jam setelah dirawat di instalasi rawat inap adalah 9%. Dimana nilai NDR ini masih minim dan masih dapat ditolelir karena kurang dari 25 per 1000 penderita keluar.

Dari data di atas juga dapat diketahui bahwa angka kematian umum (GDR) adalah 25%. Dimana nilai GDR ini masih minim tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

d. Jenis Penyakit Pasien Rawat Inap

Berdasarkan data pasien rawat inap RSD Kab. Sinjai pada tahun 2006 dapat diperoleh data 10 penyakit terbanyak yang diuraikan pada tabel di bawah ini :

Tabel 3.
10 Penyakit Terbanyak Pasien Rawat Inap

No	Jenis Penyakit	Jumlah Penderita	Persentase
1.	Dispepsia	121	16,60
2.	Trauma capitis	109	14,95
3.	Diare	97	13,30
4.	Bastro entritis akut	72	9,87
5.	Retensio plasenta	67	9,19

6.	Febris	60	8,23
7.	Anemia	58	7,95
8.	TB paru	52	7,13
9.	Demam thypoid	49	6,72
10.	Diabetes mellitus	44	6,03
	Jumlah	729	100,00

Sumber : Laporan Tahunan RSD Kab. Sinjai, 2006

Dari tabel di atas terlihat bahwa tingkat penyakit yang paling tinggi diderita pasien rawat inap Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai pada tahun 2006 adalah jenis penyakit dispepsia dengan persentase 16,60%, yang kemudian disusul oleh penyakit trauma capitis dengan persentase 14,95%, sedangkan tingkat penyakit yang paling rendah adalah diabetes melitus dengan persentase 6,03%.

e. Penyakit Utama Penyebab Kematian

Berdasarkan laporan kematian pasien pada tahun 2006, diperoleh data 10 penyakit utama penyebab kematian pasien rawat inap RSD Kab. Sinjai, yang diuraikan pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.
10 Penyakit Utama Penyebab Kematian

No	Jenis Penyakit	Jumlah Penderita	%
1.	Diare dehidrasi	12	18,75
2.	TB paru	11	17,19
3.	NHS	9	14,06
4.	Diabetes melitus	8	12,5
5.	Bronchitis kroniks		9,38

6.	Anemia	6	9,38
7.	PJK	5	7,81
8.	Trauma capitis	3	4,69
9.	Hepatitis	2	3,12
10.	Demam thypoid	2	3,12
	Jumlah	64	100,00

Sumber : Laporan Tahunan RSD Kab. Sinjai, 2006

Berdasarkan tabel diatas, maka dapat kita lihat bahwa dari sepuluh penyakit utama penyebab kematian, satu diantaranya mempunyai peringkat tertinggi yaitu jenis penyakit diare dehidrasi dengan persentase 18,75% atau sekitar 12 orang penderita, sedangkan dua diantaranya mempunyai tingkat terendah yang sama yaitu jenis penyakit hepatitis dan demam thypoid dengan persentase 3,12% atau sekitar dua orang penderita.

f. Cara Pembayaran Instalasi Rawat Inap

Cara pembayaran di instalasi rawat inap RSD Kab. Sinjai pada tahun 2006 dikelompokkan ke dalam 5 cara pembayaran, adapun jumlah pasien dan lama dirawat berdasarkan cara pembayaran dapat diuraikan pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.
Cara Pembayaran Instalasi Rawat Inap

No	Cara Pembayaran	Jumlah Pasien	%
1.	Jamkesda	1212	55,39
2.	Umum	493	22,53
3.	JPS	235	10,74

4.	Askes	233	10,64
5.	Keringanan	15	0,69
	Jumlah	2188	100,00

Sumber : Laporan Tahunan RSD Kab. Sinjai, 2006

Berdasarkan tabel diatas dapat dikatakan bahwa pada umumnya pasien melakukan pembayaran dengan menggunakan kartu jamkesda, dan ini merupakan peserta terbanyak dengan persentase 55,39% atau sekitar 1212 orang, kemudian pasien yang melakukan pembayaran langsung atau umum dengan persentase 22,53% atau sekitar 493 orang, dan disusul oleh pasien yang menggunakan kartu jps dengan persentase sebanyak 10,74% atau sekitar 235 orang, kemudian pasien yang menggunakan asuransi kesehatan dengan persentase 10,64% atau sekitar 233 orang, sedangkan pasien yang diberikan pelayanan gratis atau keringanan sebanyak 15 orang atau 0,69%.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Penyajian Data

Sebelum membahas lebih lanjut mengenai interaksi dokter dan pasien yang ada di RSD Kab. Sinjai, terlebih dahulu penulis menguraikan mengenai beberapa identitas informan dalam penelitian ini. Hal ini dimaksudkan untuk mengenal lebih dekat ciri atau bentuk sosial ekonominya.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya bahwa yang dijadikan sampel dalam penelitian ini adalah pasien yang telah menjalani perawatan minimal 4 hari lamanya di ruang perawatan RSD Kab. Sinjai. Dengan jumlah informan sebanyak 6 orang, 2 orang pasien diantaranya berada di ruang perawatan penyakit dalam (interna) dan 4 orang pasien berada di ruang perawatan kandungan dan kebidanan (obgin), serta 1 orang dokter sebagai significant others yang mengetahui objek yang diteliti.

Untuk mengetahui lebih jelas identitas informan tersebut, dapat dilihat pada uraian berikut :

1. ZK (19 tahun)

ZK adalah salah seorang pasien yang menempati kamar pavillium Angrek. Yang lahir 19 tahun yang lalu di Kabupaten Sinjai. Zk saat ini masih berstatus sebagai siswa di salah satu SLTA Favorit di Kabupaten Sinjai, tepatnya di SLTA Negeri I Sinjai kelas III Bahasa.

Saat penulis mewawancarainya ia mengatakan semua keluhan yang

la. rasakan Zk menuturkan penuturannya adalah :

“ Bahwa pada hari rabu itu saya ke sekolah untuk menerima pelajaran seperti biasanya, pas pulang dari sekolah, kepalaku sakit sekali lantas bapak bilang saya itu hanya kena influenza saja. kemudian saya diberi obat penurun panas”.

“ Keesokan harinya kamis saya tidak mampu lagi ke sekolah, soalnya tidak bisa bangun dan badanku sangat panas, selain itu perutku juga sering sakit, kemudian bapak membuat surat sakit untuk dibawa ke sekolah sebagai pemberitahuan kepada wali kelasku bahwa saya itu sakit”.

*“ Selama 3 hari di rumah, panasku tidak kunjung reda malah semakin bertambah, kemudian saya dibawa ke dokter untuk diperiksa, setelah melalui pemeriksaan saya di kasih obat saja sama dokter, dan dokter mengatakan bahwa apabila panasku tidak turunturun, saya harus dimasukkan ke rumah sakit untuk diopname.”*seperti itu katanya.

Dari diagnosa dokter tentang penyakit Zk bahwa ia menderita penyakit Febris atau panas selama 4 hari lamanya, kemudian dokter menganjurkan agar anak ini diberi cairan infus untuk pengobatannya, soalnya dia tidak mau makan dan sering muntah-muntah, dan dari diagnosa selanjutnya dokter mengatakan bahwa la juga punya riwayat penyakit maag.

Pelayanan perawatan yang diberikan oleh dokter maupun perawat sudah sangat bagus, karena penulis melihat sendiri bagaimana seorang dokter dan perawat memberikan suntikan pengobatan kepada anak ini setiap jam 9 malam dan jam 5 subuh, dia juga selalu memberikan nasehat supaya makannya di jaga.

Selama 5 hari menjalani perawatan, Alhamdulillah anak ini sudah bisa makan dan panasnya juga sudah turun, tapi dia masih perlu dirawat karena keadaannya masih lemah dan masih perlu dirawat beberapa hari lagi.

Setiap hari dokter datang memeriksa anak ini bersama dengan perawat interna, ia menginformasikan kondisi perkembangan kesehatannya.

Karena ingin cepat sembuh menurut Zk, ia selalu menuruti kata dokter namun kadang kala juga bila ia tidak tahan, ia mencoba sedikit-sedikit, namun selama ia masih berada di rumah sakit, dia bisa mengontrol makannya, karena dia sering dimarahi oleh Ayah dan ibu bila melanggar nasehat dari dokter.

Ia menilai pelayanan dokter yang menanganinya sudah memberikan pelayanan yang ramah dan baik, namun terkadang ia merasa segan untuk bertanya sama dokter, kebetulan juga Ayah dan ibunya seorang perawat di rumah sakit itu, jadi dia yang langsung menanyakan kondisi kesehatan anaknya kepada dokter.

Saat penulis ada di kamarnya, seorang dokter bersama perawat datang memeriksa kondisinya kembali, dan syukur Alhamdulillah dokter mengatakan bahwa ia sudah bisa pulang ke rumah karena kesehatannya sudah membaik, seperti yang dokter katakan :

“ Bahwa jaga kesehatannya ya, nak ... banyak istirahat serta jaga makannya, jangan makan yang pedis-pedis juga tidak boleh telat makan.”

“Trima kasih banyak dok.”

2. Ny. UM (40 tahun)

Ny. Um adalah salah seorang pasien yang menempati gedung perawatan kandungan dan kebidanan kelas II A, ia dilahirkan di Sinjai Kelurahan Maroanging, empat puluh tahun silam dan pendidikan terakhirnya sampai kelas 3 SD. Saat ini ia bekerja sebagai ibu rumah tangga, saat penulis ditemui dikamarnya ia ditemani oleh adik, ipar, sepupu dan keponakannya, dan disaat banyaknya pengunjung yang menjenguk ibu ini, tiba-tiba penulis bertanya tentang dimana suami dan anaknya ia mengatakan bahwa dia telah bercerai 2 tahun yang lalu, dan ia tidak punya anak dari perkawinan dengan suaminya yang dulu, ibu ini sekarang tinggal bersama saudaranya.

Saat penulis melakukan wawancara, ibu ini menceritakan semua tentang riwayat penyakit yang ia derita selama ini. Ibu ini mengatakan

“Bahwa selama beberapa tahun saya sering mengalami sakit dibagian perut, tapi belum pernah berobat ke dokter karena kurang biaya, setelah lama kelamaan penyakit yang saya rasakan ini semakin terasa sakit”

“Keesokan harinya saya diantar oleh adekku untuk berobat ke puskesmas Samataring, setelah sampai di puskesmas saya langsung diperiksa oleh dokter umum, setelah dokter melakukan pemeriksaan, dan ternyata dokter mengatakan bahwa ia tidak sanggup untuk merawat saya di puskesmas, karena peralatan yang ada di puskesmas itu tidak lengkap, dan harus segera ditangani oleh dokter spesialis kandungan. Lalu dokter itu memberikan saya rujukan untuk diperiksa lebih lanjut di Rumah Sakit Umum Sinjai.”

Pada saat itu setelah mendapat rujukan di puskesmas, ibu ini dibawa ke rumah sakit umum untuk diperiksa, sampai di rumah sakit umum, ibu ini langsung diperiksa oleh dokter spesialis kandungan, dan dari hasil pemeriksaan bahwa ia mengidap penyakit tumor kandungan. Sebelum dioperasi dokter menganjurkan agar ibu ini harus diopname dulu selama dua hari di ruang perawatan, dan setelah itu ia baru bisa dioperasi.

Pasien ini setelah selesai dioperasi dia dimasukkan di ruang perawatan ICU selama satu hari untuk mendapatkan perawatan secara intensif. Keesokan harinya ibu ini kembali dimasukkan di ruang perawatan kandungan dan kebidanan untuk memperoleh perawatan selanjutnya.

Pada hari senin saat penulis temui kembali di kamarnya, ibu ini mengalami sesak napas sehingga ia sulit untuk berbicara, kemudian datang seorang bidan untuk memeriksanya dan bidan itu mengatakan bahwa *"bu bantalnya ditinggikan saja supaya tidak sesak lagi dan enak bernapasnya"*. Tapi ibu ini tidak suka kalau bantalnya ditinggikan, penulis melihat ibu ini sangat gelisah dan mukanya pucat, sesekali ia baring dan bangun kembali kemudian meminta kepada saudaranya untuk dikipas-kipas karena kepanasan.

Ny. Um beserta keluarganya sangat senang dengan pelayanan dokter yang ramah dan baik, walaupun pada awalnya ia sering merasa takut dan malu untuk berbicara dengan dokter tapi dengan keramah-tamahan seorang dokter sehingga pasien tidak merasa segan lagi untuk berkonsultasi dengan dokter. Setiap hari dokter datang melakukan pemeriksaan kepada seluruh pasiennya

untuk menyampaikan keluhan-keluhan yang mereka rasakan serta mengetahui kondisi kesehatan pasien dan menyampaikan perkembangan kesehatannya.

Seperti katanya :

"Setiap selesai diperiksa dokter memberitahukan apa-apa saja yang harus saya lakukan dan yang tidak boleh saya lakukan,....dokter juga mengatakan bahwa saya tidak boleh kerja berat-berat karena habis dioperasi,saya selalu menuruti nasehat dokter supaya cepat sembuh dan keluar dari rumah sakit ini "

Walaupun baru pertama kali dirawat di rumah sakit umum, namun menurutnya ia sudah dapat menilai bahwa pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit sudah sangat memuaskan, baik itu pelayanan prosedur untuk masuk rumah sakit, pelayanan perawat dan pelayanan oleh para bidan untuk pasiennya sudah sangat baik, begitu pula petugas keamanan dan petugas kebersihan maupun pelayanan petugas apotek rumah sakit.

3. Ny. HJ (29 Tahun)

Ny. HJ adalah salah seorang pasien yang menempati gedung perawatan kandungan dan kebidanan kelas II A. ia beralamat di Kelurahan Bakae Kecamatan Sinjai Timur, dan berpendidikan terakhir sampai kelas 3 SD. Saat ini ia mempunyai 2 orang anak yang kesemuanya masih menempuh pendidikan, anak pertamanya sekarang sudah kelas 3 SD dan anak kedua masih TK.

Ibu ini memilih rumah sakit umum sebagai tempat perawatan, karena menurut dia fasilitas dan peralatan kedokteran yang ada di rumah sakit ini

sudah lengkap dan termasuk canggih walaupun belum bisa menandingi fasilitas rumah sakit yang ada di Propinsi.

Ketika penulis mengunjunginya ia menyambut penulis dengan ramah, dan penuh senyuman, sehingga penulis tidak merasa segan-segan lagi untuk mewawancarainya. Saat penulis meminta ibu ini untuk menceritakan riwayat penyakit yang ia derita, "Ia bertutur bahwa :

"Saya ini sebenarnya mengidap penyakit maag selama 5 tahun, dan penyakit ini telah terkomplikasi dengan penyakit paru-paru dan sakit kepala, sampai sekarang penyakitku ini terus dirasakan juga apalagi saya sekarang hamil 2 bulan, jadi keluhan yang sering dirasakan adalah rasa mual. "Oleh karena itu dokter yang merawat saya memberikan obat penahan rasa sakit dan mual, kemudian dilakukan USG untuk pemeriksaan selanjutnya."

Ibu ini mengatakan lebih lanjut tentang pelayanan yang diberikan oleh dokter yang merawatnya, ia menilai bahwa dokter tersebut telah memberikan pelayanan yang baik dan sesuai dengan apa yang diharapkan pasien. Hal ini dikatakan karena dokter yang menanganinya selalu menanyakan apa keluhan yang dirasakan sekarang. Setiap keluhan yang disampaikan selalu ditanggapi baik oleh dokternya, bahkan setiap hari melakukan pemeriksaan dokter selalu menyampaikan perkembangan kesehatannya. Seperti yang diucapkannya.

"Dokter setiap hari datang memeriksa Ia selalu menanyakan tentang keadaan saya seperti waktu saya baru masuk rumah sakit, dokter langsung bergegas datang memeriksa saya dan kemudian memberikan obat agar saya tidak kelihatan lesu, lemas dan terus-terusan mual. "

Selama ia dirawat di rumah sakit ini, ibu ini membiayai seluruh pengobatannya dengan menggunakan kartu jamkesda yang ia miliki,

seperti dikatakannya:

"bahwa apabila dokter membuat resep, saya langsung membeli obat ini di apotek pelengkap rumah sakit, soalnya harganya terjangkau dan sebagian obat yang lain dibiayai oleh pihak pelaksana Jamkesda."

4. KM (18 tahun)

Km adalah seorang gadis yang berasal dari Kabupaten Sinjai. Ia dilahirkan 18 tahun yang lalu di jalan Bulu bicara Kecamatan Sinjai Utara. Saat penulis menemuinya ia terbaring lemah tapi dia bersedia untuk menjawab semua pertanyaan yang diajukan oleh penulis. Di ruang perawatan yang ia tempati dia ditemani oleh seorang neneknya.

Km merupakan anak pertama dari empat bersaudara, dan dia mempunyai 3 orang adik yang masih sedang menempuh pendidikan. Pekerjaan ayahnya adalah pengusaha sedangkan ibunya seorang ibu rumah tangga.

Dua tahun yang lalu Km bersekolah di salah satu SMA di Kabupaten Sinjai untuk menimba ilmu tepatnya di SMA Aruhu, dan waktu itu dia tidak dapat melanjutkan pendidikannya sampai kelas 3 SMA, karena telah menikah pada waktu kelas II SMA dengan seorang lelaki yang berusia sekitar 20 tahun. Saat ini Km telah mengandung anak pertamanya dan usia kandungannya sudah berusia 9 bulan.

Sewaktu penulis menanyakan pada Km, apa saja keluhan yang dirasakan, ia mengatakan bahwa :

"Beberapa hari yang lalu, saya menderita sakit bagian paha sebelah kiri karena sudah jatuh dari WC (toilet), ini saya rasakan sakit sekali, sampai-sampai ... saya tidak bisa berdiri kalau tidak dibantu sama suami atau keluarga di rumah."

Ia merupakan pasien rujukan dari Puskesmas Balangnipa, karena dokter yang ada disana tidak sanggup merawatnya soalnya dia hamil dan pengobatannya ini harus ditangani oleh dokter spesialis kandungan di rumah sakit agar dia bisa mendapatkan perawatan secara intensif.

Lebih lanjut ia menceritakan tentang pelayanan yang diberikan dokter terhadap dirinya. Ia mengatakan bahwa ia sangat senang karena dokternya baik dan ramah, walaupun pada awalnya ia segan dan merasa takut untuk berkonsultasi dengan dokter.

Beberapa hari kemudian penulis datang di kamarnya untuk mengunjungi pasien ini, dan tiba-tiba seorang dokter datang untuk memeriksa kondisinya kembali, dan Alhamdulillah dokter mengatakan bahwa ia sudah bisa pulang ke rumah hari ini karena kondisinya sudah memungkinkan dan keadaannya jauh lebih baik dari hari sebelumnya.

5. LD (21 tahun)

Ld salah seorang pasien yang menempati gedung perawatan kandungan dan kebidanan tepatnya di kelas II A, ia dilahirkan di Manimpahoi Kecamatan Sinjai Tengah 21 tahun silam dan pendidikan terakhirnya sampai kelas 4 SD. Saat ini ia bekerja sebagai ibu rumah tangga.

Saat penulis melakukan wawancara, pasien ini telah tertidur pulas, jadi penulis tidak bisa menanyakan langsung tentang kondisi penyakit yang ia derita, untungnya saja ibunya bisa membantu penulis untuk menjawab semua pertanyaan yang diajukan serta untuk mengungkapkan semua keluhan penyakit yang di derita anaknya saat ini.

Menurut ibunya saat ini ia telah melahirkan anak pertamanya dan yang membantu kelahiran anaknya adalah dukun beranak soalnya bidan yang ada di desa Manimpahoi itu tidak ada, lagi pula rumah sakit sangat jauh dari tempat tinggalnya.

Satu hari setelah melahirkan ada sesuatu kelainan yang ia rasakan sakit pada bagian perutnya, ia mengatakan bahwa :

"Mungkin ada infeksi yang terjadi, soalnya peralatan yang digunakan dukun beranak itu masih tradisional dan tidak bersih cara pengobatannya, sehingga menyebabkan timbulnya penyakit lain pada diri saya", seperti itu katanya.

Setelah beberapa hari berada di ruang perawatan, Ld merasakan kondisinya sudah membaik. Seperti penuturannya :

"Selama saya dirawat disini Alhamdulillah sudah banyak perubahan yang saya rasakan, seperti perut saya tidak terlalu sakit lagi,

walaupun masih sangat lemah dan masih perlu dirawat beberapa hari lagi untuk proses penyembuhan penyakit saya, saya sangat bersyukur pada Allah Subhanahu wa Taala karena dokter yang menangani saya selalu mengontrol dan memeriksa saya setiap hari”

Saat penulis menanyakan mengapa ia lebih memilih rumah sakit ini sebagai tempat perawatannya, menurut dia bahwa kebetulan ada keluarganya yang bekerja sebagai perawat di rumah sakit ini, selain itu fasilitas yang ada di rumah sakit ini sudah termasuk lengkap dan canggih. Atas pertimbangan itulah maka ia lebih memilih RSD karena memang inilah satu-satunya rumah sakit terbesar di Kabupaten Sinjai.

Selama di rawat di rumah sakit ini, ia juga mendapat keringanan karena menggunakan kartu Jps walaupun kadang kala mendapat proses yang panjang dalam pengurusan kelengkapan pengobatan dan sering kali berbagai macam obat yang ia butuhkan tidak tersedia di apotek rumah sakit, sehingga harus menebusnya di apotek luar yang harganya sangat mahal apabila dibandingkan dengan obat yang ada di apotek pelengkap Rumah Sakit.

6. Dg. MS (50 tahun)

Dg.MS adalah seorang kakek yang menempati kamar 5 kelas IIA bangsal di gedung perawatan penyakit dalam (interna). Saat ditemui ia sedang ditemani oleh istri beserta dengan keluarganya yang lain. Dg MS merupakan orang asli Bugis Sinjai dan menetap di Sinjai bersama dengan anak-anaknya di Jalan Larea-rea dekat pelabuhan Sinjai.

Dg. Ms beserta istrinya adalah sosok sepasang suami istri yang cukup ramah dan baik menyambut kehadiran penulis. Saat penulis berada di kamarnya suasana begitu ramai karena banyak orang yang datang menjenguk bapak ini selama ia dirawat di rumah sakit.

Sewaktu penulis menanyakan kepada Dg. Ms apa-apa saja keluhan yang dirasakan selama sakit, kemudian Dg. Ms beserta istrinya menceritakan semua yang terjadi pada dirinya waktu itu.

seperti katanya :

"Waktu itu saya dari Masjid shalat subuh, dan kemudian langsung pulang ke rumah untuk mengerjakan sesuatu, dan pada saat itu saya ingin mengambil barang yang ada didekat saya, kemudian saya merasa heran dan kaget sekali ... karena tanganku tidak bisa digerakkan lagi dan mulutku pun tidak bisa mengeluarkan suara, kemudian saya bertanya apa yang terjadi pada diriku."

"Keesokan harinya saya dibawa ke dokter praktek spesialis penyakit dalam untuk diperiksa, setelah melakukan pemeriksaan saya disarankan oleh dokter untuk masuk ke rumah sakit supaya menjalani perawatan secara terus menerus, karena saya menderita penyakit strok."

Setelah beberapa hari di rumah sakit Dg. Ms merasakan perubahan pada dirinya tidak seperti biasanya karena setiap hari dokter datang memeriksa dan seorang perawat sering datang untuk melakukan terapi pada bapak ini.

la menilai pelayanan yang diberikan oleh pihak rumah sakit selama ia dirawat sudah maksimal, baik itu pelayanan dari dokter, perawat serta petugas apotek sangat ramah dalam melayani pasien.

Waktu itu penulis kembali menemui bapak ini di kamarnya, dan menanyakan bagaimana kondisinya sekarang setelah diperiksa oleh dokter. Seperti yang dokter katakan :

"Bahwa sudah banyak perubahan yang di capai oleh Dg. Ms, seperti sudah bisa bicara dan sudah bisa menggerakkan tangannya yang lumpuh dulu."

Keesokan harinya penulis datang mengunjungi pasien ini, dan saat itu seorang dokter dan beberapa perawat datang memeriksanya kembali, dan Alhamdulillah dokter mengatakan bahwa bapak ini kondisinya sudah baik dan sudah bisa pulang ke rumah.

7. Dr. FN (28 tahun)

Dokter ini masih sangat muda, la berusia 28 tahun dan merupakan anak ketiga dari lima bersaudara, saat ini ia tinggal di jalan Anggrek kecamatan Sinjai Utara bersama dengan kedua orang tuanya, kakak, adik serta keponakannya.

la menyelesaikan pendidikan dasar hingga pendidikan lanjutan di daerahnya, kemudian melanjutkan studinya di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin pada tahun 1999, ia meraih gelar dokternya setelah menempuh pendidikan selama 6 tahun.

Kini ia telah menjadi salah satu tenaga medis di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai, menurutnya :

"menjadi seorang dokter itu memiliki tantangan dan keunikan tersendiri, misalnya ketika saya menghadapi pasien yang masing-masing mempunyai berbagai macam keluhan dibutuhkan cara-cara tertentu untuk mengatasinya, apalagi saya ini kan masih berstatus sebagai dokter umum, jadi saya harus mengetahui semua jenis penyakit yang di derita pasien untuk menentukan diagnosanya, " begitu katanya.

Dokter ini mengutarakan bahwa motivasi seorang dokter dalam menolong seorang pasien adalah :

"Rasa kemanusiaan yang tinggi untuk menolong orang serta mempunyai rasa tanggung jawab, dalam arti bahwa mereka para dokter telah mempunyai tanggung jawab moril sesuai dengan sumpah dokter yang telah mereka lafalkan, juga untuk mengaplikasikan ilmu-ilmu yang mereka dapatkan selama menempuh pendidikan, yang dapat diterapkan di tengah-tengah masyarakat."

Juga dikatakannya ilmu kedokteran itu adalah sebuah seni :

"Ilmu kedokteran itu juga merupakan sebuah seni karena dalam memberikan penatalaksanaan suatu penyakit mempunyai nilai seni, hal ini disebabkan karena dalam penatalaksanaan itu dibutuhkan improvisasi yang tidak bertentangan dengan protokol atau tata cara penatalaksanaan suatu penyakit".

Menurutnya seorang dokter terkadang dihadapkan pada sebuah keadaan dualistis misalnya, ketika menangani pasien dengan penyakit yang cukup parah dan membutuhkan biaya pengobatan yang tidak sedikit nilainya. Disinilah diharapkan kemampuan seorang dokter untuk berimprovisasi dalam mengatasi masalah ini, misalnya seorang pasien yang diberikan obat generik, walaupun disadarinya bahwa obat generik terkadang mempunyai khasiat yang

tidak sesuai dengan yang diinginkan pasien untuk pengobatannya atau dengan cara memberikan berbagai kemudahan bagi pasien misalnya dengan memberikan rekomendasi untuk menggunakan dana jaring JPS bagi keluarga miskin.

Sekarang ini pemerintah daerah Kabupaten Sinjai telah mengeluarkan kartu Jamkesda (Jaminan Kesehatan Daerah) sebagai kartu pembayaran untuk para pasien, seluruh masyarakat Sinjai menggunakan kartu tersebut, karena ini memang dikhususkan untuk masyarakat Sinjai, dengan adanya kartu ini berbagai kemudahan didapatkan pasien, baik itu dari segi pelayanan rawat inap, rawat jalan serta konsultasi dengan dokter untuk memeriksa kesehatan, selain itu pula pengambilan obat di apotek sangat terjangkau harganya dengan menggunakan kartu jamkesda ini.

Menurut dokter Fn, hal yang paling berkesan sebagai seorang dokter adalah ketika mereka seorang pasien dapat mencapai derajat kesehatannya, ia mengatakan :

“bahwa proses kesembuhan seorang pasien hanya Allah Subhanahu Wa Ta’ala yang menyembuhkan, saya ini hanya sebagai alat perantara saja, tapi terkadang saya merasa senang ketika pengobatan yang saya berikan kepada seorang pasien berhasil dengan baik, saya sangat bersyukur kepada Allah Subhanahu Wa Ta’ala karena dengan bantuan tangan seorang dokter pasien dapat disembuhkan, ini adalah sebuah kebahagiaan tersendiri bagi seorang dokter bila melihat pasiennya sehat kembali dan karenanya seorang dokter telah menjalankan sumpahnya dengan baik”.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis data yang telah diuraikan diatas serta disesuaikan dengan tujuan penelitian maupun kerangka konseptual maka dibahaslah hasil penelitian ini sebagai berikut :

1. Karakteristik Informan

Dalam penelitian ini penulis memperoleh hasil wawancara dari beberapa informan dengan rentang umur antara 18-50 tahun. Informan yang berada dalam kelompok umur 18-19 tahun hanya 1 orang, 21-29 tahun sebanyak 1 orang sedangkan informan yang berada dalam kelompok umur 40-50 tahun terdapat 1 orang saja kemudian masing-masing informan diatas adalah masyarakat asli Kabupaten Sinjai.

Latar belakang pendidikan mereka cukup beragam yaitu 1 orang informan dengan pendidikan terakhir sampai kelas 2 SD, dan dua orang informan dengan pendidikan terakhir sampai kelas 3 SD, serta informan dengan pendidikan terakhir sampai kelas 4 SD 1 orang, dan informan dengan pendidikan terakhir kelas 2 SMA hanya 1 orang sedangkan informan dengan pendidikan terakhir sampai kelas 3 SMA 1 orang saja.

Penulis menyajikan data mengenai rentang umur dan pendidikan terakhir dari informan karena faktor usia dan pendidikan sangat menentukan dalam proses penyesuaian diri seorang pasien dengan lingkungan, dimana dalam hal ini rumah sakit sebagai tempat perawatan pasien.

2. Analisis Data

Penulis akan membahas hasil penelitian, dimana kasus yang didapatkan di lapangan akan dibahas sesuai dengan sifat dan karakteristik dari pokok permasalahan yang telah disebutkan sebelumnya pada pokok masalah yaitu bagaimana interaksi dokter dan pasien yang terjadi pada objek penelitian.

2.1. Hubungan Dokter dan Pasien Yang Bersifat Aktif-Pasif

Semua tindakan kedokteran yang tidak membutuhkan peran dari pihak pasien merupakan hubungan aktif-pasif. Seperti yang telah diuraikan sebelumnya bahwa pada dasarnya hubungan antara dokter dan pasien menempatkan dokter pada pihak yang sepenuhnya berkuasa. Hubungan ini memberikan pada dokter suatu perasaan superior dan menjadikan dokter menguasai seluruh keadaan. Hal ini disebabkan peran dokter yang tergolong oleh keinginan untuk menolong orang yang menderita. Namun keadaan ini memberikan kesempatan kepada dokter bertindak secara aktif dan pasien secara pasif. Pasien benar-benar dalam keadaan tidak berdaya waktu dokter menanganinya. Pekerjaan medis hanya memerlukan interaksi antara dokter dan pasien : mengawasi, mengikat dengan cara-cara lain untuk mendiamkan agar pasien pasif, tunduk pada dokter, pengobatan dilakukan tanpa perlu bantuan pasien.

Kita tetap melihat bahwa pasien juga memiliki gagasan sendiri dan ini sesuai dengan pengalaman bahwa pasien sering mengunjungi dokter tanpa suatu keputusan untuk menyetujui suatu bentuk pertolongan. Hak dokter

untuk menentukan suatu penyakit dan tindakan yang harus dilakukan adalah tugasnya, namun hal itu merupakan dasar dari sikapnya yang menganggap tidak memerlukan negosiasi dengan pasiennya. Faktor-faktor seperti pandangan tinggi masyarakat terhadap dokter sangat menolok keinginan dokter untuk menentukan kekuasaannya.

Dalam kenyataan diatas maka jelaslah bahwa posisi pasien sangat lemah dibandingkan dengan dokter. Kekuatan mereka sangat negatif dan sangat tergantung pada fungsi manfaat seorang dokter. Peranan sakit mungkin memalukan pasien karena penyakitnya mungkin mempengaruhi berbagai perannya sendiri. Sedangkan bagi dokter perannya sebagai dokter hanya salah satu dari banyak perannya yang lainnya. Akhirnya, pasien bergantung pada dokter sedangkan dokter masih dapat memperoleh penghargaan dari banyak pasien lainnya. Berdasarkan atas semua kenyataan ini maka distribusi kekuasaan dalam hubungan dokter dan pasien, jika tidak dikontrol oleh institusi pelayanan kesehatan dalam hal ini khususnya rumah sakit akan jauh dari seimbang.

Ada banyak hal yang menimbulkan rasa kesenjangan antara hubungan dokter dengan pasien, ini dapat kita lihat misalnya dari seorang pasien dengan tingkat pendidikan yang rendah kurang mengerti akan bahaya suatu penyakit. Di sinilah dibutuhkan rasa tanggung jawab seorang dokter untuk lebih memperhatikan dan terus mengontrol pasien agar dapat mematuhi semua instruksi atau arahan yang diberikan.

Seperti yang dialami oleh Ny. Um yang sudah pasrah dengan tumor kandungan yang ia derita selama beberapa tahun. Selain karena kurangnya pengetahuan yang ia miliki maka sekarang yang dapat dilakukannya hanya mengikuti apa yang dikatakan oleh dokter yang merawatnya dan berkeyakinan bahwa apa yang dilakukan oleh dokter tersebut merupakan yang terbaik untuknya dan dapat menolong dirinya. Seperti yang ia katakan :

“Saya nda tau banyak tentang penyakitku ini Saya hanya bisa melakukan apa yang diperintahkan dokter dan berharap kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala supaya penyakit saya cepat sembuh setelah menjalani operasi.”

Keberhasilan yang dicapai seorang dokter apabila dalam berhubungan dengan pasien, ia mampu menjalankan tugasnya dengan baik dan penuh rasa tanggung jawab.

2.2. Hubungan Dokter dan Pasien Yang Bersifat Membimbing Kerjasama

Pola dasar ini ditemukan pada sebagian besar hubungan pasien dengan dokter, yakni bila keadaan pasien tidak terlalu berat. Walaupun pasiennya sakit, ia tetap sadar dan tetap memiliki perasaan serta kemauan sendiri. Karena ia menderita penyakit dan disertai kecemasan dan berbagai perasaan tidak enak, ia mencari pertolongan pengobatan dan bersedia bekerjasama dengan orang yang mengobatinya. Walaupun dokter mempunyai pengetahuan kedokteran melebihi pengetahuan pasien, ia tidak semata-mata menjalankan kekuasaan, namun mengharapkan kerjasama pasien, yang diwujudkan dengan

menuruti nasehat dokter, melakukan sesuatu atau berpantang melakukan sesuatu.

Dalam hal ini pasien melakukan suatu sikap penyesuaian diri terhadap situasi depersonalisasi. Depersonalisasi ini menganggap bahwa pasien adalah orang yang berpenyakit, orang yang rusak jasmani dan rohaninya serta tua renta, yang akhirnya sampai pada sebuah kesimpulan bahwa pasien bukan hanya sangat tergantung pada orang lain bahkan kehadirannya pun tidak dikehendaki.

Akan tetapi sebenarnya para profesional medis dan perawat di rumah sakit sebenarnya tidak bertujuan mendepersonalisasi pasien. Tugas pekerjaan merekalah yang menyebabkan peraturan yang ada mengurangi otonomi dan tindakan yang berlebihan dari pasien dan menyebabkan munculnya perasaan depersonalisasi.

Dalam mencapai derajat kesembuhannya, seorang pasien akan rela untuk melakukan atau mengalami apa saja yang diperlukan untuk mencapai kesembuhan itu. Mereka akan menyesuaikan diri dengan keadaan situasi lingkungannya. Dalam kasus seperti ini yang dialami oleh Dg. Ms untuk mencapai kesembuhan dirinya ia tidak merasa canggung untuk menyampaikan semua keluhan-keluhan yang dirasakannya, ini juga ia lakukan sebenarnya karena pengalaman pengalaman sakit yang ia rasakan selama ini menyebabkan ia senantiasa melakukan interaktif dengan dokter yang merawatnya, seperti yang ia ungkapkan :

"Sebelum saya masuk ke rumah sakit ini, saya ke praktek dokter dulu untuk tanya tentang penyakit yang saya derita ini, setelah dokter memeriksa bahwa saya terkena stroke maka ia cepat menangani dan memeriksa saya secara terus menerus. "

Dengan adanya kerjasama yang dilakukan oleh pasien, maka akan dapat memudahkan dokter untuk menentukan tindakan selanjutnya yang akan ia lakukan. Termasuk dalam melaksanakan semua arahan-arahan dari dokter, misalnya dalam hal menentukan jenis makanan apa yang seharusnya dikonsumsi dan yang tidak perlu dikonsumsi karena akan memperparah keadaan penyakitnya.

Seperti yang dilakukan oleh Zk :

"Dokter menyarankan saya agar tidak mengonsumsi makanan yang pedis -pedis serta tidak boleh terlambat makan, karena itu dapat berpengaruh besar pada penyakit maag yang baru-baru ini saya alami. "

Dalam setiap arahan dokter ia selalu melaksanakannya, walaupun terkadang dirinya merasa tidak tahan dan tergoda untuk mencoba berbagai macam makanan yang diinginkannya namun karena keinginan untuk cepat sembuh yang tinggi maka hal itu ditahannya.

Dalam hal ini peranan keluarga juga sangat membantu dalam mengontrol keinginannya tersebut. Ayah dan ibu serta kakaknya senantiasa mengawasi dan menegurnya apabila keinginan itu muncul lagi, seperti katanya :

"Seringkali saya mencoba makanan kesukaan saya, pas ibu lihat saya langsung dimarahi karena telah melanggar arahan dari dokter Tapi saya juga sangat bersyukur kepada Allah Subhanahu Wa

Ta'ala karena ada ibu, ayah, serta kakakku yang selalu mengontrol apa-apa saja yang bisa saya makan, kalau tidak begitu, saya tidak bisa sembuh dari penyakit maagku ini. "

2.3. Hubungan Dokter dan Pasien Yang Bersifat Saling Berperan Serta

Pada dasarnya pola hubungan dokter-pasien ini menempatkan program pengobatan dilaksanakan sendiri oleh pasien sedangkan instruksi dokter hanya diperlukan sekali-kali, pasien akan menceritakan pengalaman penyakitnya yang harus diperhatikan dokter, dengan memberikan perhatian yang cukup terhadap komunikasi antara dokter dan pasien dalam bentuk saran-saran maka cara berpikir pasien akan berubah sehingga ia dapat ditangani dengan baik.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya bahwa pola hubungan ini terjadi antara dokter dengan pasien yang ingin memelihara kesehatannya atau pasien berpenyakit menahun, namun tidak menutup kemungkinan jenis-jenis penyakit yang lain yang diderita pasien dapat melahirkan pola hubungan ini.

Ada berbagai faktor yang terjadi pada pola hubungan ini misalnya, faktor usia dan pendidikan, semakin muda usia pasien atau semakin tinggi pendidikannya mereka cenderung untuk lebih bersikap terbuka untuk menceritakan pengalaman yang berkaitan dengan penyakitnya dan membantu dokter secara aktif menetapkan kondisi kesehatannya dan memberikan pengobatan yang tepat, seperti yang diutarakan oleh Ny. Um :

"Setelah menjalani operasi selama 3 hari, saya sering mengalami sesak napas sehingga susah untuk bernapas, setiap kali dokter datang memeriksa saya selalu menanyakan tentang keluhan yang saya rasakan, sehingga dokter memberi arahan agar keluhan tersebut bisa teratasi dengan baik. "

Setiap komunikasi yang dilakukan dengan dokter dan pasien selalu akan melibatkan harapan-harapan bahwa setiap orang akan mempertahankan peranannya dalam hubungan ini. Untuk mengembangkan hubungan yang efektif, maka harus ada penyesuaian terhadap apa yang diharapkan setiap individu dengan individu lainnya dalam hal ini adalah pasien dan dokter.

Akan tetapi dalam hubungan kerjasama ini diharapkan agar kedua belah pihak dapat memainkan perannya sebagaimana mestinya, dimana mereka mempunyai kekuasaan yang hampir sama dalam artian saling membutuhkan. Pasien membutuhkan dokter untuk memberikan arahan-arahan mengenai cara penanggulangan penyakit, sedangkan dokter mengharapkan kerjasama dari pasien untuk melaksanakan instruksinya dengan baik agar dapat memperoleh derajat kesehatan.

2. Diharapkan bagi seluruh pelaksana pelayanan kesehatan dalam hal ini perawat yang bertugas di semua unit perawatan agar dapat menjalankan fungsinya sebagaimana mestinya serta menjalankan instruksi dokter dengan baik.
3. Rumah sakit adalah tempat perawatan bagi pasien yang menderita berbagai macam penyakit, dimana seorang pasien sangat membutuhkan istirahat dan rasa ketenangan selama menjalani perawatannya, oleh sebab itu diharapkan bagi pihak manajemen rumah sakit agar memberi batasan waktu dan jumlah pengunjung pasien. Hal ini dapat dilakukan dengan menempatkan petugas keamanan yang siap bekerja setiap saat.
4. Sebaiknya pihak rumah sakit dalam melayani pasien yang menggunakan kartu Jamkesda, Askes, Jps dan Umum dapat diberikan pelayanan dengan baik sesuai standar ketentuan yang telah ditetapkan oleh manajemen Rumah Sakit Daerah Kab. Sinjai.
5. Diharapkan bagi seluruh pihak rumah sakit, agar lebih mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien agar citra RSD Kab. Sinjai tetap terjaga di mata masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Graeff, Judith. P, Elder, dkk. 1996. *Komunikasi untuk Kesehatan dan Perubahan Prilaku*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Daldiyono, Dr. 2007. *Pasien Pintar dan Dokter Bijak*. Jakarta: PT. Bhuana Ilmu Popular.
- Depkes RI. 1999. *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010*. Jakarta.
- Dexa Media. 2004. *Majalah Kedokteran dan Farmasi*. Jakarta.
- Faisal, Sanafiah. 1999. *Format-format Penelitian Sosial*. Jakarta : PT. Grafindo Persada.
- G. Peter Northouse dan Laurel Northouse. 1985. *Komunikasi Kesehatan (Buku Pegangan Untuk Profesionalisme Kesehatan)*.
- Gunawan, Dr. 1992. *Memahami Etika Kedokteran*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Kerbala, Husein. SH. 1993. *Segi-segi Etis dan Yuridis Informed Cosent*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Lumenta, Benyamin. 1989. *Pasien (Citra, Peran dan Prilaku) Suatu Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Penerbit kanisius.
- Lumenta, Benyamin. 1989. *Pelayanan Medis (Citra, Konflik dan Harapan) Suatu Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Penerbit kanisius.
- Lumenta, Benyamin. 1989. *Dokter (Citra, Peran Dan Fungsi) Suatu Tinjauan Fenomena Sosial*. Yogyakarta: Penerbit kanisius.
- Moleong J. Lexy. 1988. *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Muzaham, Fauzi. 1995. *Memperkenalkan Sosiologi Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Natoatmodjo, Soekidjo, 1993. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Sarwono, Solita. 1997. *Sosiologi Kesehatan*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.

Siregar, Charles.J.P. 2003. *Farmasi Rumah Sakit (Teori dan Penerapan)*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.

Soerjono, Soekanto, 1990. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: CV. Rajawali Press.

Sukarni, Mariyani. 1994. *Kesehatan Keluarga dan Lingkungan*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.

Sulastomo. 2000. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.

Yin, Robert K. 1997. *Studi Kasus (Desain dan Metode)*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.

Lain-Lain.

Bahfiarti dan Muhiddin Amir. *Diktat Komunikasi Kesehatan I*.

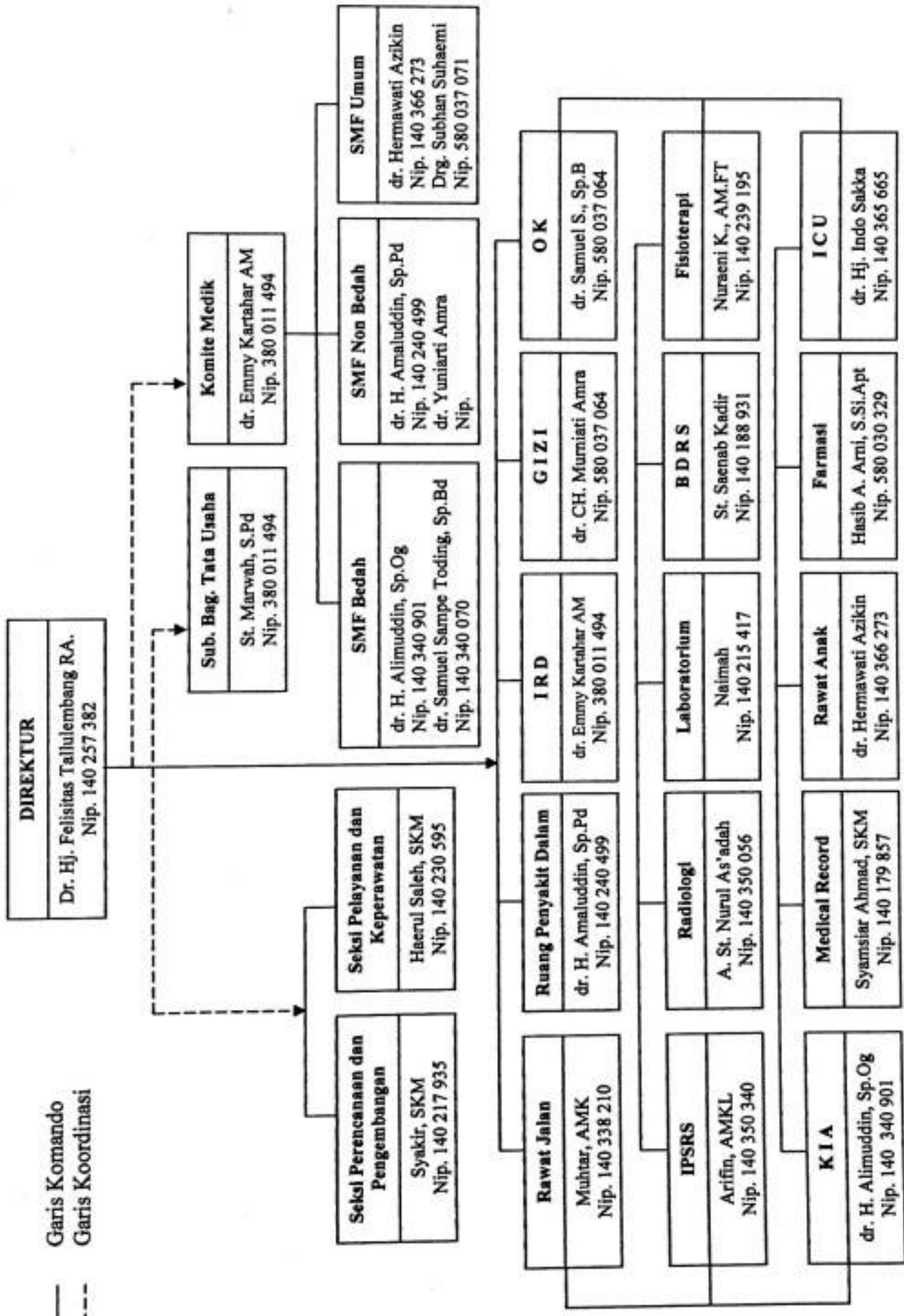
Laporan Tahunan. 2006. Rumah Sakit Daerah Kabupaten Sinjai.

[www.sinarharapan.co.id/IPTEK Kesehatan](http://www.sinarharapan.co.id/IPTEK_Kesehatan). 2005.

[www.sinarharapan.co.id/IPTEK Kesehatan](http://www.sinarharapan.co.id/IPTEK_Kesehatan). 2007.

LAMPIRAN

STRUKTUR ORGANISASI RSD KAB. SINJAI



Ket :

Garis Komando

Garis Koordinasi