

SKRIPSI

**KECEMASAN PASIEN RAWAT INAP : STUDI FENOMENOLOGI
KOMUNIKASI ANTARA PASIEN DAN DOKTER SELAMA MENJALANI
PERAWATAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) ANDI
DJEMMA MASAMBA KABUPATEN LUWU UTARA**

OLEH

ZAHRATUL JANNAH ASMARI



**DEPARTEMEN ILMU KOMUNIKASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

**KECEMASAN PASIEN RAWAT INAP : STUDI FENOMENOLOGI
KOMUNIKASI ANTARA PASIEN DAN DOKTER SELAMA MENJALANI
PERAWATAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) ANDI
DJEMMA MASAMBA KABUPATEN LUWU UTARA**

**OLEH :
ZAHRATUL JANNAH ASMARI
E31116016**

*Skripsi Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Pada
Departemen Ilmu Komunikasi*

**DEPARTEMEN ILMU KOMUNIKASI
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022**

HALAMAN PENGESAHAN SKRIPSI

Judul Skripsi : Kecemasan Pasien Rawat Inap : Studi Fenomenologi Komunikasi Antara Pasien Dan Dokter Selama Menjalani Perawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Andi Djemma Masamba Kabupaten Luwu Utara

Nama Mahasiswa : Zahratul Jannah Asmari

Nomor Pokok : E31116016

Makassar, 20 April 2022

Menyetujui,

Pembimbing I,



Dr. Sudirman Karnay, M. Si

Nip. 19641002 199002 1001

Pembimbing II,



Syamsuddin Aziz, M. Phil., Ph. D

Nip. 19630425 199303 1003

Mengetahui

Ketua Departemen Ilmu Komunikasi
Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik



Dr. Sudirman Karnay, M. Si

Nip. 19641002 199002 1001

HALAMAN PENERIMAAN TIM EVALUASI

Telah diterima oleh Tim Evaluasi Skripsi Sarjana Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin untuk memenuhi sebagian syarat-syarat guna memperoleh gelar kesarjanaan dalam Departemen Ilmu Komunikasi Konsentrasi Jurnalistik pada hari Senin tanggal 23 Mei tahun 2022

Makassar, 13 Mei 2022

Tim Evaluasi

Ketua : **Dr. Sudirman Karnay, M. Si**

(.....)

Sekretaris : **St. Murniati Mukhtar, S.Sos., M.I.Kom**

(.....)

Anggota : **1. Syamsuddin Aziz, M. Phil., Ph. D**

(.....)

2. Dr. Muhammad Farid, M.Si

(.....)

PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya menyatakan bahwa skripsi/karya komunikasi yang berjudul “Keccemasan Pasien Rawat Inap : Studi Fenomenologi Komunikasi antara Pasien dan Dokter Selama Menjalani Perawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Andi Djemma Masamba Kabupaten Luwu Utara” ini adalah karya sendiri. Tidak ada bagian didalamnya yang merupakan duplikasi dari karya orang laindan saya tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan dengan cara-cara yang tidak sesuai dengan etika keilmuan yang berlaku dalam masyarakat keilmuan.

Atas pernyataan ini, saya siap menanggung resiko/sanksi yang dijatuhkan kepada saya apabila di kemudian hari ditemukan adanya pelanggaran terhadap etika keilmuan dalam karya saya ini, atau ada klaim dari pihak lain terhadap keaslian karya saya ini.

Makassar, 13 Mei 2022

Yang membuat pernyataan,



Zahratul Jannah Asmari

KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah atas Nikmat Allah ﷻ , Penguasa seluruh alam semesta beserta isinya, yang atas izin dan kuasanya-lah segala hal dapat terjadi, termasuk terselesaikannya penyusunan skripsi ini. Shalawat beserta salam semoga senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad ﷺ, kepada keluarga serta sahabat, hingga pada umatnya hingga akhir zaman, Aamiin.

Penulisan skripsi ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam memperoleh gelar sarjana pada Departemen Ilmu Komunikasi Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Hasanuddin. Judul yang penulis ajukan adalah “Kecemasan Pasien Rawat Inap : Studi Fenomenologi Komunikasi antara Dokter dan Pasien selama menjalani perawatan di RSUD Andi Djemma Masamba Luwu Utara”

Dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini penulis dengan senang hati menyampaikan terima kasih kepada:

1. Kedua orang tua terkasih, Ayahanda M. Asdar Saude dan Ibunda Roslina, juga nenek tersayang, Hj. Humrah. Serta kepada Saudara-saudara penulis, Abang Ammar, Alfian, Fauzan, Syahdan, dan Zahirah. Terima kasih atas kasih sayang dan materi yang tak terhingga, atas pengertian, dukungan, bantuan, serta doa yang selalu dipanjatkan..
2. Dosen pembimbing I dan II, yakni Bapak Dr. Sudirman Karnay, M.Si dan Bapak Syamsuddin Aziz, M.Phil., Ph.D. Terima kasih banyak atas segala bimbingan, ilmu dan dukungannya kepada penulis sehingga bisa menyelesaikan tugas akhir.
3. Ketua Departemen Ilmu Komunikasi Universitas Hasanuddin, Bapak Dr. Sudirman Karnay, M.Si beserta Sekretaris Departemen Ilmu Komunikasi, Bapak Nosakros

Arya, S.Sos., M.I.Kom dan jajarannya yang telah meluangkan waktu dan pikirannya untuk perbaikan departemen yang lebih baik lagi. Terima kasih atas segala bantuan serta kebijakan-kebijakan yang telah diberikan.

4. Dosen-dosen pengajar Departemen Ilmu Komunikasi Unhas. Terima kasih atas dedikasi dan ilmu yang telah dibagikan kepada penulis
5. Staff-Officer Departemen Ilmu Komunikasi, yang senantiasa membantu dalam proses pengurusan berkas dan sebagainya.
6. Seluruh pihak RSUD Andi Djemma Masamba. Terima kasih telah mengizinkan penulis melaksanakan penelitian meski tengah dalam kondisi pandemi Corona. Serta terima kasih pula kepada Bibi penulis, Tante Rahmawati, S.Si yang telah banyak membantu penulis dalam pengurusan berkas serta senantiasa mengingatkan penulis untuk mematuhi protokol kesehatan agar terhindar dari penyebaran *Covid-19*
7. Para Infoman dalam penelitian ini, Ibu Nurheyni, Ibu Hj. Siti, Ibu Indah, Ibu Arni, Pak Nasruddin, Ibu Mardana, Ibu Masdayanti, Ibu Florentina dan Saudara Alan. Terima Kasih telah meluangkan waktunya untuk membicarakan pengalaman kalian selama menjalani perawatan rawat inap. Semoga kalian selalu diberkahi kesehatan oleh Allah سبحانه و تعالٰى . Aamiin
8. Kepada Korps Mahasiswa Ilmu Komunikasi (KOSMIK) Universitas Hasanuddin.
9. Teman di segala situasi yang akan banyak ku *mention* dalam sesi ini, Nurul Hidayah (Cut). Terima kasih telah menjadi rezeki terbaik penulis selama berkuliah hingga saat ini, terima kasih atas *sharing session* seputar banyak hal, serta atas segala dukungan, pengertian, kebaikan, dan traktirannya.
10. Kepada Nurul (Cut), Miftahul (Emji), Firda (Pidida), Kak Ukhwani (Uun), dan Aisyah, yang tanpa sengaja selalu menjadi tim kerja tugas selama masa kuliah. Juga kepada Arfianti (Vivin), Masita, Yusma dan Ayu. Terima kasih atas segala bantuan,

masukannya, dukungan dan segala kenangan baik di DPR, di Mubes, di kelas, di ramsis, di rumah dan kos-an kalian, serta di banyak tempat lainnya. Terima kasih pula telah membuat penulis tak pernah merasa sendiri dalam kondisi apapun.

11. Seluruh anggota “Keluarga Ketombe”, Nurul (Cut), Masita, Firda (Cadel), Aisyah, Indri, Fatwa, Depy. Terima kasih atas segala kebaikan dan dukungannya.
12. Teman-teman Polaris Kosmik 2016 yang sangat membanggakan. Terima Kasih karena senantiasa menawarkan bantuan dalam bentuk apapun. Kalian sungguh *jjang*
13. Kepada kakak-kakak tampan nan baik hati, Kak Isul, Kak Ikki, Kak Hajir, Kak Daus, Kak Han, Kak Yudhi, dan Kak Dede. Terima kasih atas semua diskusi dan *sharing session*-nya seputar per-cacing-an hingga per-naga-an. Terima kasih pula pada Kak Tri yang begitu banyak menginspirasi dan mengingatkan dalam banyak hal. Terima kasih pula pada kakak *Crush* yang begitu menyenangkan untuk dipandang.
14. Kepada semua pengurus yang pernah menjabat selama penulis berkuliah beserta seluruh warga Kosmik Unhas. Terima kasih telah senantiasa bekerja keras menghadirkan ruang belajar yang unik dan radikal. Terima kasih pula telah menginspirasi dan mengedukasi dalam berbagai hal.
15. Kepada Kak Dewi, Kak Ika, Kak Sulaeha, dan Kak Vivi. Terima kasih atas kebaikan, dukungan, pengingat, perhatian, traktiran serta suasana yang selalu membuat penulis dalam mood yang baik.
16. Teman-teman KKN Posko Bonto Salluang Bantaeng gelombang 102, Nurul (cut), Nadhirah, Rizka, Zay, Tuti, Sandy, Reza, Farid. Terima kasih karena senantiasa telah mengingatkan dalam kebaikan, terima kasih pula atas lelucon recehnya pada setiap kesempatan.
17. Kepada EXO, EXOL (Eri) beserta grup SM Intertainment dan fandom lainnya.

Terima kasih telah menghadirkan ratusan karya dan jutaan konten yang sangat menghibur selama pengerjaan skripsi ini.

Semoga Allah SWT selalu meridhoi apa yang telah kita lakukan. Aamiinn. Penulis menyadari bahwa dalam menyusun skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis membuka diri terhadap segala kritik dan saran. Hanya kepada Allah SWT penulis serahkan segalanya, semoga karya ini dapat bermanfaat khususnya untuk penulis dan umumnya bagi kita semua.

Makassar, 20 April 2022

Zahratul Jannah Asmari

ABSTRAK

ZAHRATUL JANNAH ASMARI (E31116016). *Kecemasan Pasien Rawat Inap : Studi Fenomenologi Komunikasi Antara Pasien Dan Dokter Selama Menjalani Perawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Andi Djemma Masamba Kabupaten Luwu Utara (Dibimbing Oleh Dr. Sudirman Karnay, M. Si Dan Syamsuddin Aziz, M. Phil.,Ph. D)*

Kecemasan merupakan salah satu dari sekian banyak reaksi umum yang dirasakan pasien terhadap pemeriksaan dan penegakan diagnosis gejala-gejala, penyakit, serta pengobatan. Kondisi kecemasan ini dapat mengganggu proses penyembuhannya, sehingga sangat penting untuk mengatasinya terutama selagi masih dalam tahap ringan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa komunikasi yang efektif antara dokter dengan pasien dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien. Tiap pasien memiliki kecemasan pada tingkat hingga cakupan yang berbeda-beda. Oleh karena itu, berbeda dari penelitian-penelitian terkait kecemasan pasien lainnya, penelitian ini bertujuan untuk mengkaji perasaan, pengalaman, serta makna dari kecemasan yang dirasakan oleh pasien rawat inap dan bagaimana pengalaman mereka ketika berkomunikasi dengan dokter selama periode kecemasan tersebut berlangsung.

Penelitian ini berlangsung selama lebih kurang dua bulan, terhitung dari Januari hingga Februari 2021 dan berlokasi di RSUD Andi Djemma Masamba Kabupaten Luwu Utara. Informan pada penelitian ini adalah 7 orang pasien rawat inap beserta 2 orang wali pasien dari informan pertama dan kedua, yang masing-masing dirawat dengan masa rawat yang berbeda-beda dan diagnosa penyakit yang berbeda-beda pula. Adapun tipe penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan metode fenomenologi. Metode pengumpulan data melalui wawancara mendalam, observasi, dan studi kepustakaan dengan mengkaji hasil-hasil penelitian, buku-buku, dan literatur-literatur lain yang berhubungan dengan penelitian ini

Hasil penelitian ini menunjukkan pengalaman kolektif informan selama menjalani perawatan inap yang diklasifikasikan dalam dua tema utama yang kemudian memiliki bagian masing-masing yang menjelaskan secara lebih detail bagaimana pengalaman kolektif para informan. Tema-tema tersebut terbagi atas fase orientasi yang meliputi pertemuan pertama dengan dokter dan kecemasan yang dirasakan terkait *Covid-19*, serta fase kerja yang meliputi komunikasi dengan dokter selama dirawat inap, kecemasan yang dirasakan selama dirawat inap, dan perasaan selain rasa cemas yang dirasakan selama dirawat inap

Kata kunci : kecemasan, pasien rawat inap, komunikasi dokter-pasien

ABSTRACT

ZAHRATUL JANNAH ASMARI (E31116016). *Anxiety in Inpatients: Phenomenological Study of Communication Between Patients and Doctors During Treatment at the Andi Djemma Masamba Regional General Hospital (RSUD) North Luwu Regency (Supervised by Dr. Sudirman Karnay, M. Si and Syamsuddin Aziz, M. Phil., Ph. D)*

Anxiety is one of the many common reactions felt by patients to examination and diagnosis of symptoms, disease, and treatment. This anxiety condition can interfere with the healing process, so it is very important to deal with it, especially while it is still in a mild stage. Several studies have shown that effective communication between doctors and patients can reduce patient anxiety levels. Each patient has anxiety to a different level to a different extent. Therefore, different from other studies related to patient anxiety, this study aims to examine the feelings, experiences, and meanings of anxiety felt by hospitalized patients and how they experienced communicating with doctors during the anxiety period.

This research lasted for approximately two months, starting from January to February 2021 and was located at the Andi Djemma Masamba Hospital, North Luwu Regency. The informants in this study were 7 inpatients and 2 guardians of the patients from the first and second informants, each of whom was treated with different lengths of stay and different diagnoses of disease. The type of this research is qualitative research using the phenomenological method. Methods of collecting data through in-depth interviews, observation, and literature study by reviewing research results, books, and other literature related to this research

The results of this study show that the collective experience of the informants during inpatient treatment is classified into two main themes which then have their respective sections which explain in more detail how the collective experience of the informants. These themes are divided into an orientation phase which includes the first meeting with a doctor and the anxiety felt related to *COVID-19*, as well as a work phase which includes communication with a doctor during hospitalization, the anxiety felt during hospitalization, and feelings other than anxiety felt during hospitalization. hospitalized

Keywords: anxiety, hospitalized patients, doctor-patient communication

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PENERIMAAN TIM EVALUASI	iii
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Pertanyaan Penelitian	7
C. Tujuan dan Kegunaan Penelitian.....	7
D. Kerangka Konseptual	8
E. Definisi Konseptual	20
F. Metode Penelitian	20
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	25
A. Komunikasi Interpersonal	25
B. Komunikasi Terapeutik	30
C. Konsep Kecemasan	37
BAB III GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN.....	51
A. Riwayat Perkembangan RSUD Andi Djemma Masamba	51
B. Pelayanan Kesehatan	53
C. Sarana Dan Prasarana Yang Dimiliki	54
D. Jumlah Ketenagaan.....	58
E. Penampilan Kinerja (Pelayanan Medik).....	59
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	62

A. Hasil Penelitian.....	63
B. Pembahasan	127
BAB V PENUTUP	139
A. Kesimpulan.....	139
B. Saran.....	140
DAFTAR PUSTAKA.....	xiv
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Kapasitas Tempat Tidur di RSUD Andi Djemma.....	57
Tabel 1.2 Jumlah Tenaga SDM di RSUD Andi Djemma	58
Tabel 1.3 Jumlah Pasien Rawat Inap RSUD Andi Djemma	59
Tabel 1.4 Jumlah Kunjungan Rawat Jalan RSUD Andi Djemma.....	60
Tabel 1.5 Jumlah Pasien UGD RSUD Andi Djemma	61

DAFTAR LAMPIRAN

Daftar Pertanyaan Penelitian	xix
Surat Keterangan Penelitian	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kecemasan adalah suatu istilah untuk menggambarkan gangguan psikologis yang memiliki karakteristik berupa rasa takut, keprihatinan terhadap masa depan, kekhawatiran yang berkepanjangan, dan rasa gugup. Rasa cemas adalah perasaan yang dapat dirasakan oleh siapa saja dan dapat disebabkan oleh berbagai faktor, mulai dari faktor internal seperti bentuk atau kondisi tubuh, penyakit yang diderita, masa depan yang tidak pasti, dan faktor keturunan, hingga faktor eksternal seperti pengalaman negatif yang menyebabkan trauma, kehilangan, perubahan lingkungan, masalah keluarga, masalah sosial, dan lainnya. Kecemasan terbagi atas empat (4) tingkatan yaitu kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik.

Mens sana in corpore sano, artinya “dalam tubuh yang sehat terdapat jiwa yang kuat”. Bapak kedokteran dunia, Ibnu Sina juga menyebutkan *العقل السليم في الجسم السليم* (alaql alsalim fi aljism alsalim), “akal yang sehat terdapat dalam tubuh yang sehat”. Kedua teori diatas memiliki makna bahwa kesehatan pada manusia yang terdiri dari jasmani dan rohani saling mempengaruhi satu sama lain. Jika tubuh sedang sakit, maka secara tidak langsung psikis pun juga akan ikut terganggu. Pun sebaliknya, apabila pikiran atau kejiwaan sedang terganggu, maka tubuh akan memberi reaksi sakit pada bagian tertentu. Oleh karena itu, orang yang tengah sakit rentan mengalami gangguan kecemasan sebagai wujud dari ikut terganggunya psikologis orang tersebut.

Ketika sakit, seseorang cenderung akan merasa cemas, baik karena rasa sakit yang dideritanya, karena kesulitan beradaptasi dengan lingkungan tempat dirinya dirawat, atau bahkan karena kondisi maraknya penyebaran virus corona (*Covid-19*) saat ini. Abraham dan Shanley (1997) menyebutkan bahwa kecemasan merupakan salah satu dari sekian banyak reaksi umum yang dirasakan pasien terhadap pemeriksaan dan penegakan diagnosis gejala-gejala, penyakit, serta pengobatan. Selain itu, prosedur medis yang dijalani terkadang begitu kompleks sehingga membuat pasien menjadi takut dan khawatir.

Kecemasan yang berlangsung dalam jangka waktu yang lama dapat menyebabkan kelelahan secara fisik dan mental hingga mengganggu aktivitas dan kehidupan sosial penderitanya. Bagi seorang pasien, kondisi kecemasan ini juga dapat mengganggu proses penyembuhannya, sehingga sangat penting untuk mengatasinya terutama selagi masih dalam tahap ringan. Berdasarkan paradigma keperawatan, manusia dipandang sebagai individu yang utuh dan kompleks (makhluk holistik) yang terdiri dari biologis (fisik), psikologis, sosial, dan spiritual, yang merupakan kesatuan yang tak dapat dipisahkan. Selain bertugas merawat pasien secara biologis, tenaga kesehatan memiliki tanggung jawab dalam memberi asuhan keperawatan pada aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Sehingga tenaga kesehatan, termasuk dokter berperan dalam membantu mengatasi kecemasan pasien.

Ha dan Longnecker (2010) menyebutkan bahwa komunikasi dokter-pasien yang efektif adalah fungsi klinis sentral, komunikasi yang dihasilkan merupakan komponen utama dalam penyampaian perawatan kesehatan. Banyak penelitian menunjukkan bahwa komunikasi yang efektif antara tenaga kesehatan dengan pasien

dapat menurunkan tingkat kecemasan pasien. Salah satu penelitian yang dimaksud adalah penelitian yang dilakukan oleh Pratita, Indrawanto dan Handaja (2014) yang mengkaji tentang hubungan antara komunikasi efektif dokter-pasien dengan tingkat kecemasan pada pasien preoperasi. Hasil penelitian tersebut menemukan bahwa :

“semakin baik penerapan komunikasi efektif dokter-pasien maka semakin menurun pula tingkat kecemasan pasien preoperasi.”

Komunikasi yang baik antara keduanya juga mampu mengoptimalkan proses penyembuhan pasien. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Hayati (2018) yang mengkaji tentang pola komunikasi dokter bedah umum dan pasien dalam proses penyembuhan menunjukkan bahwa :

“Komunikasi antarpribadi bagi dokter dan pasien di Rumah Sakit Umum Meuraxa memiliki peranan yang signifikan bagi proses penyembuhan pasien karena berpengaruh langsung terhadap perubahan sikap dan perilaku pasien dalam menghadapi keadaan atau penyakit yang dirasakan serta dalam mengambil tindakan untuk penyembuhan. Dengan adanya komunikasi interpersonal yang efektif serta hubungan saling mengerti dan bekerja sama antara dokter dan pasien dan keluarga pasien, maka proses penyembuhan akan berjalan dengan baik dan optimal”

Ibnu Sina yang menemukan teori kondisi psikologis berkaitan erat dengan kondisi fisik berpesan bahwa sesungguhnya sugesti atau perkataan yang bersifat positif dari seorang dokter adalah obat bagi pasiennya. Apabila dokter menyampaikan informasi yang bersifat positif kepada pasien, maka pasien juga akan memiliki pandangan positif terhadap dokter dan penyakitnya serta secara psikologis akan lebih percaya dan yakin terhadap kesembuhannya. Sehingga besar kemungkinan keadaan fisiknya pun akan ikut membaik.

Komunikasi terdiri dari dua, yakni komunikasi verbal (lisan, tulisan) dan komunikasi non verbal (segala bentuk bahasa tubuh). Oleh karena itu, selain memberi informasi yang bersifat positif, dokter juga diharapkan menunjukkan sikap

hangat, tulus, hormat, empati, dan ramah terhadap pasien guna mengoptimalkan komunikasi dan perawatan (Ong, et. al, 1995).

Kecerdasan spiritual juga dipercaya mampu mempengaruhi tingkat kecemasan seseorang. Alfiannur (2015) dalam penelitiannya tentang hubungan antara kecerdasan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa, menjelaskan bahwa :

“Kecerdasan spiritual yang tinggi dapat membentuk mekanisme koping adaptif terhadap suatu peristiwa yang dianggap mengancam bagi kelangsungan hidup klien begitu juga dengan kecemasan yang dialami pasien yang menjalani hemodialisa. Semakin tinggi kecerdasan spiritual seseorang maka semakin adaptif pula mekanisme koping yang digunakan untuk mengatasi kecemasan sehingga kecemasan saat menjalani hemodialisa akan berkurang.”

Asuhan keperawatan yang diberikan tenaga kesehatan pada pasien tidak dapat terlepas dari aspek spiritual. Umumnya, perawat adalah tenaga kesehatan yang memberi dukungan spiritual pada pasien. Namun, pada dasarnya setiap tenaga kesehatan yang berinteraksi langsung dengan pasien, termasuk dokter, memiliki peran dalam memberi dukungan spiritual pada pasien. Dukungan spiritual biasanya berupa memberikan dukungan emosional, membantu dan mengajarkan doa, memotivasi dan mengingatkan waktu ibadah, mengajarkan relaksasi dengan berzikir ketika sedang kesakitan, berdiri di dekat klien, serta memberikan sentuhan selama perawatan (Potter & Perry, 2005).

Jabir bin 'Abdullah Ra., meriwayatkan bahwa Rasulullah ﷺ pernah bersabda: "Setiap penyakit pasti memiliki obat. Bila sebuah obat sesuai dengan penyakitnya maka dia akan sembuh dengan seizin Allah Subhanahu wa Ta'ala." (HR. Muslim). Abu Darda' Ra. juga meriwayatkan bahwa Rasulullah ﷺ pernah bersabda :

"Sesungguhnya Allah telah menurunkan penyakit dan obatnya, demikian pula Allah menjadikan bagi setiap penyakit ada obatnya. Maka berobatlah kalian dan janganlah berobat dengan yang haram." (HR. Abu Dawud)

Kedua hadits di atas menunjukkan bahwa setiap penyakit pasti ada obatnya dan hendaklah seseorang melakukan perawatan sakitnya atau berobat kepada ahlinya. Namun, perlu diingat bahwa obat dan perawatan dari dokter adalah usaha atau bentuk ikhtiar untuk dapat sembuh, sedangkan kesembuhan itu sendiri hanya datang dari Allah SWT. *وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ* (*Wa idzaa maridtu fa huwa yasyfiin*) artinya "Dan apabila aku sakit, Dialah Yang menyembuhkan aku" (QS. Asy-Syu'ara : 80). Oleh karena itu, pasien perlu bertawakkal atau berserah kepada keputusan Allah SWT atas kesembuhannya. Dalam hal ini, dokter kemudian berperan untuk mengingatkan pasien agar senantiasa berdoa dan beribadah, serta bersama-sama bertawakkal kepada Yang Maha Kuasa, sebagai bentuk dukungan spiritualnya terhadap pasien.

Kemampuan untuk merespons suatu ancaman pada setiap orang berbeda satu sama lain. Perbedaan kemampuan ini berimplikasi terhadap perbedaan tingkat kecemasan yang dialami (Asmadi, 2008). Tiap pasien memiliki kecemasan pada tingkat hingga cakupan yang berbeda. Oleh karena itu, berbeda dari penelitian-penelitian yang sebelumnya telah disinggung diatas serta penelitian terkait kecemasan pasien lainnya, peneliti lebih tertarik untuk mengkaji perasaan, pengalaman, serta makna dari kecemasan yang dirasakan oleh pasien rawat inap dan bagaimana pengalaman mereka ketika berkomunikasi dengan dokter selama masa

kecemasan tersebut berlangsung. Adapun metodologi yang dirasa tepat untuk kajian ini tak lain adalah metode fenomenologi.

Peneliti juga tertarik mengkaji penelitian dengan topik ini karena secara langsung pernah merasakan manfaat dari terbangunnya komunikasi dokter dan pasien yang membantu pasien menurunkan kecemasan yang dirasakannya. Secara harfiah sebenarnya bukan peneliti sendiri yang merasakan manfaat tersebut, melainkan salah satu kerabat peneliti. Beliau adalah tante peneliti yang sempat dirawat di salah satu rumah sakit di kabupaten Luwu Utara selama kurang lebih seminggu karena harus melakukan operasi pengangkatan tumor jinak pada bagian perutnya.

Beliau mengatakan pada peneliti bahwa dia begitu menyukai dokter yang menanganinya. Beliau berkata bahwa dokter tersebut sangat ramah dan perhatian di tiap sesi pertemuan mereka, dokter tersebut juga sangat lembut dalam bertutur kata dan mampu menenangkannya ketika beliau akan memasuki ruang operasi untuk pertama kalinya. Sebaliknya, jauh sebelum itu, salah satu tante peneliti lainnya yang pernah menjadi wali pasien malah pernah mengeluh atas sikap dokter yang dulu menangani nenek peneliti. Menurutnya dokter tersebut sangatlah tak acuh dan cukup sulit jika ingin ditemui. Berkat pengalaman tersebut dan didukung dengan uraian penjelasan sebelumnya, peneliti kemudian memutuskan menjadikan topik kecemasan pasien dan komunikasi dengan dokter sebagai topik dalam penelitian ini.

Pada dasarnya hal ini bukanlah topik baru, sehingga telah banyak penelitian yang mengkaji topik kecemasan pasien dan komunikasi dengan dokter, diantaranya seperti beberapa penelitian yang disebutkan sebelumnya. Guna membedakan

penelitian ini dengan penelitian terdahulu, peneliti memilih lokasi penelitian yang berbeda yakni Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Andi Djemma Masamba serta menggunakan metode penelitian yang berbeda yakni metode fenomenologi. Adapun mengenai alasan pemilihan lokasi penelitian ini adalah selain karena rumah sakit tersebut terletak di kabupaten Luwu Utara yang merupakan kampung halaman peneliti, di RSUD Andi Djemma Masamba juga belum pernah dilakukan penelitian mengenai esensi kecemasan dan fenomena atau pengalaman pasien rawat inap ketika melakukan komunikasi terapeutik dengan dokter selama menjalani perawatan.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana kecemasan yang dialami pasien rawat inap selama menjalani perawatan di RSUD Andi Djemma Masamba?
2. Bagaimana esensi fenomena yang dialami pasien sebagai bagian dari pengalaman langsung mereka ketika melakukan komunikasi dengan dokter?

C. Tujuan dan Kegunaan

1. Tujuan Penelitian
 - a) Mendeskripsikan kecemasan yang dialami pasien rawat inap selama menjalani perawatan di RSUD Andi Djemma Masamba
 - b) Mendeskripsikan esensi yang dialami pasien sebagai bagian dari pengalaman langsung mereka ketika melakukan komunikasi dengan dokter

2. Kegunaan Penelitian

a) Secara teoritis

- (1) Penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangsih bagi penelitian komunikasi interpersonal dan studi fenomenologi.
- (2) Dapat menambah literatur ilmiah ataupun bahan rujukan bagi mahasiswa yang ingin mengadakan penelitian yang berkaitan dengan komunikasi interpersonal dan studi fenomenologi.

b) Secara Praktis

- (1) Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai informasi sekaligus pengetahuan bagi seluruh pihak RSUD Andi Djemma Masamba terutama teknisi kesehatan dan terkhusus pada para dokter sehingga dapat lebih meningkatkan kemampuan komunikasinya dan lebih memahami sudut pandang para pasien.
- (2) Hasil penelitian ini diharapkan dapat sebagai informasi sekaligus pengetahuan bagi penulis dan pembaca secara umum dalam memahami sudut pandang pasien yang dihadapkan pada fenomena kecemasan ketika menjalani perawatan rawat inap

D. Kerangka Konseptual

Fenomena dalam metode fenomenologi bermakna pengalaman langsung seseorang terhadap suatu peristiwa. Manen (1990) dan Asih (2005) mendefinisikan metode fenomenologi sebagai metode penelitian yang berupaya untuk menelaah dan mendeskripsikan pengalaman langsung yang dialami manusia sebagaimana adanya.

Dalam hidup ada banyak sekali fenomena atau pengalaman yang dapat terjadi dan dirasakan oleh seseorang.

Fenomena yang menjadi fokus kajian penelitian ini yakni fenomena ‘kecemasan’ pasien rawat inap serta pengalamannya secara langsung ketika melakukan komunikasi dengan dokter selama menjalani perawatan di rumah sakit. Kecemasan merupakan suatu kondisi psikiatrik yang sering terjadi pada pasien dan sering tidak terdiagnosis dan tidak tertangani secara adekuat. Abraham dan Shanley (1997) menguraikan bahwa kecemasan merupakan salah satu dari sekian banyak reaksi umum yang dirasakan pasien terhadap antisipasi atau pemeriksaan dan penegakan diagnosis, gejala-gejala penyakit dan pengobatan. Selain itu, prosedur pengobatan yang harus dijalani terkadang sangat kompleks sehingga membuat pasien menjadi takut dan khawatir.

Nuralita dan Hadjam (2002) menyebutkan bahwa selain keadaan sakit dan proses pengobatan yang harus dijalani, prosedur rumah sakit juga dapat menyebabkan pasien merasa terisolasi dari kontak sosial yang kemudian dapat menimbulkan dampak psikologis yang kurang baik bagi pasien. Wilson dan Barnett dalam Nuralita dan Hadjam (2002) menemukan bahwa pemisahan dari keluarga, teman dan pekerjaan merupakan sumber munculnya kecemasan.

Menurut McGhie (1996) dalam rasa cemas dan takut ini dapat menjadi parah apabila pasien tidak mengetahui hal-hal yang berkaitan dengan penyakit dan pengobatannya sehingga pasien bereaksi secara berlebihan. Kosa dan Robertson dalam Nuralita dan Hadjam (2002) menggambarkan kecemasan dalam dua golongan:

- 1) Kekhawatiran mengambang (*floating anxiety*), yaitu kecemasan umum yang biasa dialami setiap orang, terlepas dari penyakit itu sendiri. Kekhawatiran pasien yang disebabkan karena perubahan lingkungan, berkurangnya kontak sosial dan prosedur rumah sakit lainnya termasuk kedalam golongan ini.
- 2) Kekhawatiran khusus (*specific anxiety*), yaitu suatu respon psikologis terhadap demam atau rasa sakit yang bakal dialami sesuai dengan tingkat keparahan atau dampak yang ditimbulkan oleh suatu gejala penyakit.

Pada dasarnya, bentuk dan tingkat kecemasan yang dialami tiap pasien berbeda-beda. Sebab kecemasan merupakan perasaan subjektif dan pengalaman pribadi yang hanya dapat dirasakan oleh individu yang bersangkutan. Kondisi kecemasan yang dirasakan pasien ini kemudian dapat mengganggu proses penyembuhan. Oleh karena itu, tenaga kesehatan di rumah sakit termasuk dokter memiliki peranan dalam membantu mengatasi kecemasan pasien. Untuk mengatasi kecemasan tersebut perlu adanya upaya untuk membangun pandangan yang positif pada diri pasien.

Lingkungan dapat memberi kepuasan pada diri individu dan mereduksi ketegangan, sebaliknya lingkungan juga dapat mengecewakan individu dan menimbulkan perasaan tidak aman sehingga individu akan merasa cemas dan takut serta tegang. Smet (1994) menyebutkan 4 hal yang dapat diupayakan dalam meningkatkan kepuasan pasien sekaligus menurunkan tingkat kecemasan pasien. satu diantaranya yakni memperbaiki komunikasi antara teknisi kesehatan rumah sakit dengan pasien, dalam penelitian ini lebih berfokus pada komunikasi antara dokter dan pasien.

Kata komunikasi berasal dari bahasa latin yaitu *communis* yang artinya sama atau bersama, dalam hal ini berarti adanya kesamaan dalam memaknai sesuatu. Rogers dan Kincaid (1981) menyatakan bahwa komunikasi adalah suatu proses dimana dua orang atau lebih melakukan pertukaran informasi atau satu sama lain, yang pada gilirannya terjadi saling pengertian yang mendalam. Dalam proses komunikasi, siapapun bisa berperan sebagai pengirim pesan (komunikator) atau penerima pesan (komunikan) baik secara terus menerus maupun secara bergantian.

Komunikasi dokter-pasien adalah hubungan yang berlangsung antara dokter dengan pasiennya selama proses pemeriksaan/pengobatan/perawatan dan terjadi di ruang praktik perorangan, poliklinik, rumah sakit, dan puskesmas dalam rangka membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006). Dikemukakan oleh Ong, Haes, Hoos, dan Fammes (1995), komunikasi dokter dan pasien memiliki 3 (tiga) tujuan utama, yaitu:

- 1) Menciptakan hubungan interpersonal yang baik (*creating a good interpersonal relationship*),
- 2) Pertukaran informasi (*exchange of information*),
- 3) Pengambilan keputusan medis (*medical decision making*).

Menciptakan hubungan interpersonal yang baik antara dokter dan pasien dapat dilihat sebagai tujuan komunikasi yang penting bahkan dianggap sebagai prasyarat dalam perawatan medis yang optimal (Bensing, 1991). Hubungan dokter dan pasien yang baik dan bersifat komunikatif diketahui menghasilkan dampak positif bagi pasien seperti, pemenuhan pengetahuan dan pemahaman perihal penyakit yang diderita serta patuhnya pasien terhadap setiap pengobatan dan hasil kesehatan yang

terukur (Arianto, 2011). Selain itu, hubungan interpersonal yang baik antara dokter-pasien memungkinkan pertukaran informasi diantara keduanya bersifat aktif dan dua arah.

Pertukaran informasi terdiri dari pemberian informasi dan pencarian informasi (Bensing, 1991). Dari sudut pandang medis, dokter perlu informasi untuk menegakkan diagnosis dan perencanaan perawatan yang tepat. Dari sudut pandang pasien, dua kebutuhan yang harus dipenuhi ketika mengunjungi dokter yakni ‘kebutuhan untuk mengetahui dan memahami’ dalam hal ini berkaitan dengan kebutuhan untuk mengetahui apa masalah kesehatan yang dialami dan/atau dari mana rasa sakitnya berasal. Dan ‘kebutuhan untuk dikenal dan dipahami’, dalam hal ini berkaitan dengan kebutuhan pasien untuk mengetahui dokter menerimanya dan menganggapnya serius (Ong, et.al, 1995). Pertukaran informasi inilah yang nantinya akan berguna untuk mendukung penegakan diagnosis yang akurat dan pengambilan keputusan medis yang tepat.

Dalam pengambilan keputusan medis digunakan metode *‘patient centered communication style’* yang merupakan model kedokteran dimana dokter membuat semua keputusan berpusat pada pasien dan pengambilan keputusan dibuat bersama antara dokter dengan pasien. Pada *‘Patient centered communication style’* menekankan pentingnya mendengarkan dan memahami pengalaman pasien dari penyakit mereka, serta faktor-faktor sosial dan psikologis yang relevan (Arianto, 2011). Menerapkan model ini dalam pengambilan keputusan medis tentu

memerlukan komunikasi efektif yang dilandasi keterbukaan, kejujuran dan pengertian akan kebutuhan, harapan, maupun kepentingan masing-masing.

Komunikasi yang terjadi dalam interaksi dokter dan pasien dikenal pula dengan istilah komunikasi terapeutik. Noorbaya, Johan dan Rahayu (2018) Komunikasi terapeutik memiliki definisi sebagai suatu keterampilan atau proses interaksi secara sadar yang dilakukan oleh tenaga kesehatan pada pasien untuk membantunya beradaptasi terhadap gangguan baik secara fisik maupun psikologis sehingga bisa membantu pasien untuk mencapai kesembuhan .

Suryani (2005) juga menyebutkan bahwa komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang dilakukan untuk tujuan terapi, dimana terapi sendiri berarti usaha untuk memulihkan kesehatan orang yang sedang sakit, pengobatan atau perawatan (Kamus Besar Bahasa Indonesia/KBBI). Dari sekian banyak tujuan komunikasi maka yang relevan dengan profesi dokter berdasarkan Konsil Kedokteran Indonesia (2006), adalah:

- 1) Memfasilitasi terciptanya pencapaian tujuan kedua pihak (dokter dan pasien).
- 2) Membantu pengembangan rencana perawatan pasien bersama pasien, untuk kepentingan pasien dan atas dasar kemampuan pasien, termasuk kemampuan finansial.
- 3) Membantu memberikan pilihan dalam upaya penyelesaian masalah kesehatan pasien.
- 4) Membimbing pasien sampai pada pengertian yang sebenarnya tentang penyakit/masalah yang dihadapinya.

- 5) Membantu mengendalikan kinerja dokter dengan acuan langkah-langkah atau hal-hal yang telah disetujui pasien.

Menurut Stuart dan Sundeen (1998) terdapat struktur dalam proses komunikasi terapeutik, yang terdiri dari empat fase yaitu;

- 1) Fase pra interaksi, merupakan masa persiapan dokter sebelum memulai hubungan dengan pasien. Fase ini didefinisikan sebagai fase sebelum dokter bertemu dengan pasien/klien untuk pertama kalinya. Dikarenakan dalam fase ini belum ada interaksi langsung dengan pasien maka peneliti tidak perlu mengobservasi pada fase ini.
- 2) Fase Orientasi, merupakan fase ketika dokter dan pasien pertama kali bertemu. Pada tahap ini, biasanya akan digunakan oleh dokter untuk berkenalan dengan pasien serta sebagai langkah awal dalam membina hubungan saling percaya. Tugas utama dokter pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu pasien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Peneliti mengasumsikan pertanyaan penelitian pertama dan kedua akan terjawab pada fase ini.
- 3) Fase kerja, merupakan tahapan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Pada tahap ini, dokter bersama pasien mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi pasien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana perawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Fase ini berlangsung ketika pasien tengah menjalani rawat inap, sehingga peneliti mengasumsikan pertanyaan penelitian pertama dan kedua juga akan terjawab pada fase ini.

- 4) Fase terminasi, merupakan tahap pada saat dokter mengakhiri tugas pada unit tertentu atau pada saat pasien akan pulang ke rumahnya. Baik dokter maupun pasien, bersama-sama meninjau kembali proses perawatan yang telah dilalui dan tujuan yang tercapai. Terminasi kemudian dibagi lagi menjadi dua yakni terminasi sementara yang berarti akan ada pertemuan lanjutan dan terminasi akhir yang berarti dokter telah menyelesaikan proses perawatan secara menyeluruh. Peneliti tidak melakukan observasi pada tahap ini karena diasumsikan bahwa kecemasan pasien terkait penyakitnya telah jauh berkurang sebab pasien berada pada kondisi masa penyembuhan atau bahkan telah sembuh.

Ketika komunikasi antara dokter dan pasien tengah berlangsung, maka dokter juga perlu mengimplementasikan teknik komunikasi terapeutik. Stuart dan Sundeen (1998) menyebutkan ada 17 teknik komunikasi terapeutik, 8 teknik diantaranya yang paling sering digunakan oleh tenaga kesehatan, termasuk dokter menurut Geldard (1996) dan Uripni, Sujianto, dan Indrawati (2002), adalah sebagai berikut :

- 1) Menunjukkan penerimaan. Menerima yang dimaksud berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan.
- 2) Mengeksplorasi atau menanyakan pertanyaan yang berkaitan. Tujuannya adalah untuk mendapatkan informasi spesifik mengenai masalah yang sedang dihadapi oleh klien.
- 3) Mendengarkan dengan penuh perhatian. Dokter perlu mendengarkan masalah yang disampaikan oleh klien untuk mengetahui perasaan, pikiran dan persepsi

klien sendiri serta menyampaikan pesan verbal dan nonverbal, untuk menunjukkan bahwa dokter perhatian akan kebutuhan dan masalah klien.

- 4) Mengulang ucapan klien dengan kata-kata sendiri. Melalui pengulangan kembali kata-kata klien, seorang dokter memberikan umpan balik yang menunjukkan bahwa dia mengerti pesan klien dan berharap komunikasi dilanjutkan.
- 5) Refleksi, menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya.
- 6) Mengklarifikasi dengan berbagi persepsi. Apabila terjadi kesalahpahaman, dokter dapat menghentikan percakapan untuk mengklarifikasi dengan menyamakan persepsi.
- 7) Memfokuskan. Metode ini dilakukan dengan tujuan untuk membatasi pembicaraan sehingga pembicaraan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Perlu diperhatikan juga bahwa tidak seharusnya menghentikan pembicaraan ketika klien menyampaikan masalahnya, kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi baru.
- 8) Menyimpulkan. Meringkas pembicaraan dapat membantu dokter dalam mengulang aspek penting dalam interaksinya, sehingga dapat melanjutkan pembicaraan dengan topik yang berkaitan.

Dokter memerlukan kemampuan membangun komunikasi yang efektif, sebab hal tersebut merupakan salah satu kompetensi yang sangat penting dan harus dikuasai oleh setiap dokter. Kompetensi ini menentukan keberhasilan dalam membantu penyelesaian masalah kesehatan pasien (Fourianalistyawati, 2012).

Secara garis besar, keterampilan komunikasi dan interpersonal dokter mencakup kemampuan untuk mengumpulkan informasi guna memfasilitasi diagnosis yang akurat, melakukan konsultasi yang tepat, memberikan pemeriksaan dan perawatan (terapeutik) yang sesuai serta membangun kepedulian terhadap pasien (Ha dan Longnecker, 2010).

Komunikasi terapeutik, pada dasarnya merupakan salah satu bentuk komunikasi interpersonal karena merupakan proses pertukaran pesan/informasi antara dua orang (dokter dan pasien) secara langsung baik verbal maupun nonverbal yang menunjukkan bahwa komunikasi terjadi pada level interpersonal. Sehingga aspek efektivitas pada komunikasi terapeutik sama dengan aspek efektivitas pada komunikasi interpersonal. De Vito (2012) menyimpulkan bahwa aspek komunikasi interpersonal yang efektif diantaranya, yaitu :

- 1) Keterbukaan (*openness*), yakni kemauan seseorang menanggapi dengan senang hati informasi yang diterima dalam menghadapi hubungan interpersonal.
- 2) Empati (*empathy*), berarti komunikasi dapat langsung kondusif apabila komunikator (pengirim pesan) menunjukkan rasa empati pada komunikan (penerima pesan).
- 3) Dukungan (*supportiveness*), berarti dalam komunikasi interpersonal sikap memberi dukungan dari pihak komunikator, agar komunikan mau berpartisipasi dalam komunikasi.

- 4) Rasa positif (*positiveness*), berarti sikap kita dalam komunikasi interpersonal dilakukan dengan dua cara, yakni menyatakan sikap positif dan secara positif mendorong orang yang menjadi pasangan berkomunikasi kita berinteraksi.
- 5) Kesetaraan atau kesamaan (*equality*), kesetaraan menggambarkan pengakuan secara diam-diam bahwa kedua belah pihak menghargai, berguna dan mempunyai sesuatu penting untuk disumbangkan.

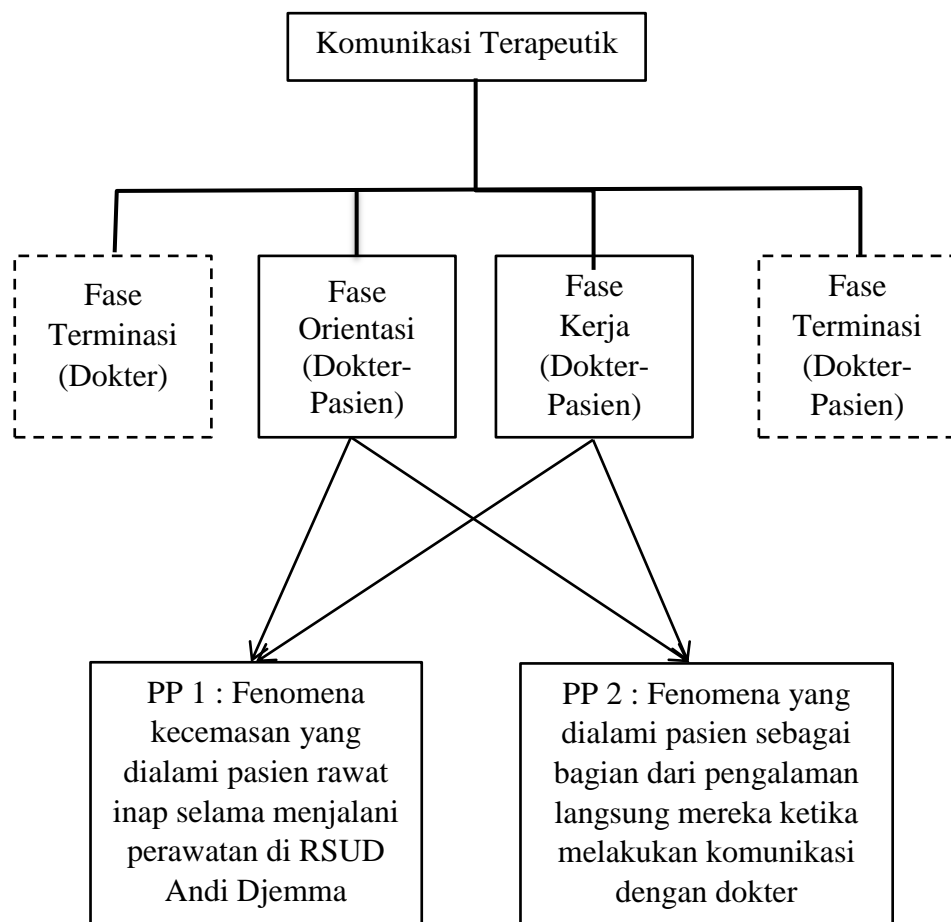
Namun pada kenyataannya, membangun komunikasi yang efektif tidaklah mudah, akan muncul beberapa faktor yang menghambat optimalnya pertukaran informasi dalam komunikasi. Menurut Rismalinda dan Prasetyo (2016), seringkali dalam komunikasi interpersonal antara dokter dengan pasien tidak saling memahami atas maksud pesan atau informasi yang disampaikan. Hal tersebut kemudian disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya yaitu ;

- 1) Komunikator (dokter), kesulitan biologis maupun gangguan psikologis dari komunikator. Misal, komunikator gagap dan/atau mudah gugup.
- 2) Media, meliputi hambatan teknis, hambatan geografis, hambatan simbol atau bahasa dan hambatan budaya.
- 3) Komunikan (pasien), hambatan yang berkaitan dengan hambatan biologis seperti komunikan yang tuli. Atau hambatan psikologis seperti komunikan yang sulit konsentrasi dengan pembicaraan.
- 4) Kultur, istilah kultur merupakan penyebutan terhadap istilah budaya. Perbedaan kultur menyebabkan terjadinya perbedaan persepsi, perbedaan gaya bahasa, penafsiran yang berbeda hingga tujuan pesan.

- 5) Pengalaman, perbedaan pengalaman antar individu bermula pada perbedaan persepsi masing-masing tentang suatu hal. Dan perbedaan persepsi disebabkan oleh perbedaan kemampuan kognitif, afektif dan konatif, yang kemudian akan mengakibatkan kondisi komunikasi interpersonal yang kurang optimal.

Secara garis besar kerangka konseptual penelitian ini digambarkan seperti dibawah ini :

Gambar 1. Bagan Kerangka Konseptual



Sumber : dibuat oleh peneliti

Keterangan :

→ : Pertanyaan penelitian diasumsikan terjawab pada fase yang terhubung

⋯ : Poin yang tidak diteliti

E. Definisi Konseptual

1. Komunikasi dokter-pasien : komunikasi yang terbangun baik verbal maupun nonverbal antara dokter dan pasien selama proses pemeriksaan/ pengobatan/ perawatan dan terjadi di RSUD Andi Djemma Masamba, baik di ruang praktik perorangan maupun di kamar rawat inap, dalam rangka membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien.
2. Kecemasan : Suatu emosi subjektif, yang biasanya ditandai dengan perasaan cemas, khawatir, takut, was-was hingga panik, yang dirasakan oleh pasien rawat inap selama menjalani perawatan, dan/atau selama berada di RSUD Andi Djemma Masamba.
3. Pasien rawat inap : orang yang tengah mengalami masalah kesehatan dan perlu menjalani perawatan inap di ruang inap Asoka, ruang inap Melati, dan/atau ruang inap teratai di RSUD Andi Djemma Masamba dalam jangka waktu lebih dari 48 jam.

F. Metode Penelitian

1. Waktu dan Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan selama lebih kurang 2 bulan, terhitung sejak 15 Januari hingga 28 Februari 2021. Penelitian ini berlokasi di RSUD Andi Djemma Masamba, kabupaten Luwu Utara, provinsi Sulawesi Selatan. Lokasi ini dipilih karena sebelumnya belum pernah dilakukan penelitian dengan topik yang serupa.

2. Tipe Penelitian

Penelitian ini merupakan tipe penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Penelitian ini akan mendeskripsikan atau menggambarkan esensi

dari fenomena kecemasan pasien serta pengalaman langsung pasien rawat inap di rumah sakit umum daerah (RSUD) serta dokter yang menanganinya. Pengalaman langsung yang dimaksud yakni perasaan dan pengalaman yang dialami oleh pasien ketika menjadi bagian dari komunikasi terapeutik tersebut.

3. Teknik Penentuan Informan

Dalam penentuan informan, peneliti menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan metode *purposive sampling* yaitu dengan menerapkan kriteria-kriteria tertentu yang sesuai dengan topik penelitian dalam menentukan informan. Adapun kriteria informan dalam penelitian ini adalah 7 orang pasien yang bersedia dan bisa berkomunikasi, berusia di atas 15 tahun dan telah dirawat inap selama minimal 3 hari di RSUD Andi Djemma Masamba

4. Teknik Pengumpulan Data

a. Observasi

Kelengkapan data utama dilakukan dengan menggunakan teknik observasi partisipan. Observasi yang dimaksud dalam penelitian ini yakni mengamati secara langsung keseharian pasien rawat inap ketika menerima pelayanan kesehatan dari dokter berupa tindakan pengobatan/terapeutik serta mengamati proses komunikasi yang terbangun antara pasien tersebut dengan dokter yang bertanggung jawab menanganinya.

b. Wawancara mendalam (*in-depth interview*)

Teknik pengumpulan data lain dalam studi fenomenologi adalah wawancara mendalam (*in-depth interview*) dengan subjek penelitian. Wawancara jenis ini merupakan proses memperoleh informasi secara

mendalam dengan cara bercakap-cakap sambil bertatap muka dengan informan dengan atau tanpa menggunakan pedoman (guide) wawancara. Tujuan wawancara jenis ini adalah untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka dan pihak yang diajak wawancara diminta pendapatnya. Untuk memperoleh hasil wawancara yang utuh, maka wawancara tersebut harus direkam.

c. Penelusuran Dokumen

Selain melalui wawancara dan observasi, data tambahan juga dapat diperoleh melalui penelusuran dokumen. Penelusuran dokumen dilakukan oleh peneliti untuk digunakan untuk menelusuri data historis yakni berupa fakta yang tersimpan dalam catatan harian.

5. Teknik Analisis Data

Analisis data fenomenologis dikategorikan dalam lima tahapan (Moustakas, 1994 ; Hasbiansyah, 2005), diantaranya yaitu;

a. Tahap awal;

Setelah melakukan pengumpulan data, peneliti kemudian mendeskripsikan sepenuhnya fenomena yang dialami informan. Pertama, seluruh rekaman hasil wawancara dengan informan ditranskripsikan ke dalam bahasa tulisan. Kemudian peneliti membaca transkrip wawancara dengan para informan secara berulang dan dengan teliti untuk memperoleh gambaran umum tentang data tersebut.

b. Tahap Horisonalisasi;

Setelah mentranskripsikan hasil wawancara ke dalam tulisan, peneliti kemudian menginventarisasi pernyataan-pernyataan yang relevan dengan topik esensi kecemasan pasien rawat inap selama menjalani perawatan dan pengalaman langsung pasien rawat inap ketika menjadi bagian dari komunikasi terapeutik dengan dokter. Serta mengabaikan pernyataan-pernyataan yang dianggap kurang relevan.

c. Tahap Klasifikasi Tema;

Selanjutnya pernyataan-pernyataan yang dilihat relevan dengan topik penelitian di atas kemudian diklasifikasikan ke dalam unit-unit tema/makna. Langkah ini dilakukan untuk mencari esensi atau makna dari pernyataan penting yang diungkapkan oleh pasien, serta menyisihkan pernyataan yang tumpang tindih atau berulang.

Pada tahap ini, ada dua hal yang perlu dilakukan yakni (1) *Textural description* (deskripsi tekstural) dimana peneliti menuliskan/mendesripsikan pengalaman pasien yang mengungkapkan ‘hal-hal yang meningkatkan maupun menurunkan kecemasan’ dan ‘komunikasi dengan dokter selama fase kecemasan tersebut’; dan (2) *Structural description* (deskripsi struktural) dimana peneliti menuliskan/mendesripsikan pengalaman tersirat pasien yang tak diungkapkan secara langsung terkait ‘hal yang meningkatkan maupun menurunkan kecemasannya’ serta kondisi/perasaannya ketika komunikasi dengan dokter tersebut berlangsung. Ketika melakukan pengembangan

deskripsi, peneliti akan menuliskan keduanya secara berbeda agar pembaca dan peneliti sendiri.

Peneliti juga mencari segala makna yang mungkin berdasarkan refleksi peneliti sendiri, berupa opini, penilaian, perasaan, harapan pasien tentang fenomena yang dialaminya diatas. Makna-makna yang peneliti temukan kemudian diorganisasikan ke dalam kelompok-kelompok tema umum

d. Tahap deskripsi esensi:

Selanjutnya yaitu mensintesis deskripsi tekstural dan struktural menjadi gabungan deskripsi utuh atau deskripsi mendalam mengenai esensi 'hal yang meningkatkan maupun menurunkan kecemasan' serta esensi yang dialami pasien ketika menjadi bagian dari komunikasi terapeutik dengan dokter selama fase kecemasan tersebut.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Komunikasi Interpersonal

1. Pengertian Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal adalah proses pertukaran informasi antara seseorang dengan orang lain, dalam bentuk percakapan secara langsung ataupun melalui media tertentu seperti telepon, biasanya diantara kedua orang tersebut dapat langsung mengetahui umpan balik dari pihak lain. Penyampaian pesan dari seseorang kepada orang lain bersifat dua arah, secara verbal atau non verbal, misalnya antara dokter dan pasiennya.

Komunikasi interpersonal dibedakan menjadi dua yaitu komunikasi diadik dan komunikasi triadik. Komunikasi diadik merupakan bentuk komunikasi interpersonal yang mana antara komunikator dan komunikan berada dalam situasi tatap muka, bisa dalam bentuk percakapan, dialog, atau wawancara. Bentuk dialog biasanya dilakukan dalam situasi yang lebih intim, akrab, dan personal, sedangkan bentuk wawancara sifatnya lebih serius.

Bentuk komunikasi triadik adalah bentuk komunikasinya lebih dari dua orang, biasanya satu komunikator dan dua komunikan. Komunikasi triadik berlangsung secara dialogis sehingga memungkinkan terjadinya interaksi yang intens antar tiap anggotanya. Dalam praktek pelayanan kesehatan, bentuk komunikasi ini biasanya terjadi antara dokter, pasien, dan wali/keluarga pasien atau antara dokter, perawat, dan pasien.

2. Tujuan Komunikasi Interpersonal

Cangara (2005) mengemukakan bahwa komunikasi interpersonal sangat penting untuk meningkatkan hubungan antar individu, menghindari dan mengatasi konflik pribadi, mengurangi ketidakpastian, berbagi pengetahuan dan pengalaman dengan orang lain, mengendalikan perilaku, memberi motivasi, sebagai pernyataan emosi, dan memberikan suatu informasi. Komunikasi interpersonal mempunyai beberapa tujuan, berikut lima di antaranya (Riswandi, 2009) ;

a) Mengetahui diri sendiri dan orang lain.

Dengan berbincang dengan orang lain, kita menjadi mengenal dan memahami diri kita sendiri, serta memahami sikap dan perilaku kita. Dalam kenyataannya persepsi kita sebagian besar hasil dari apa yang telah kita pelajari tentang diri kita sendiri, dan dari orang lain melalui komunikasi interpersonal.

b) Mengetahui dunia luar

Dengan komunikasi interpersonal memungkinkan kita memahami orang lain dan lingkungan diluar kita dengan baik. Banyak informasi yang bisa kita ketahui dari komunikasi interpersonal. Meskipun banyak pula informasi yang berasal dari media massa, namun informasi tersebut dapat pula didiskusikan kemudian dipelajari atau dialami melalui interaksi interpersonal.

c) Menciptakan dan memelihara hubungan

Sebagai makhluk sosial, manusia cenderung untuk mencari dan berhubungan dengan orang lain di mana ia mengadu, berkeluh kesah, menyampaikan isi hati, dan sebagainya.

d) Mengubah sikap dan perilaku

Seseorang berusaha untuk mengubah sikap dan perilaku orang lain dengan mempersuasinya melalui komunikasi interpersonal. Misalnya para dokter ingin agar kedepannya pasien dapat menjalani pola hidup yang sehat, seperti berolahraga serta memakan makanan yang bergizi.

e) Membantu

Melalui komunikasi interpersonal, orang membantu dan memberikan saran-saran pada orang lain. Misalnya dokter, bidan, psikiater atau psikolog yang menyarankan kepada kliennya hal-hal atau tahap-tahap yang perlu ditempuh agar mendapat hasil kondisi yang diinginkan, atau makanan-makanan dengan kandungan gizi tertentu untuk memulihkan atau mendapatkan hasil tertentu.

3. Karakteristik Komunikasi Interpersonal

Pearson dalam Suranto (2011) mengemukakan ada beberapa karakteristik komunikasi interpersonal sebagai berikut :

- a) Komunikasi interpersonal dimulai dengan diri pribadi, artinya bahwa segala sesuatu bentuk proses penafsiran pesan maupun penilaian mengenai orang lain, berangkat dari diri sendiri.
- b) Komunikasi interpersonal bersifat transaksional. Ciri komunikasi seperti ini melihat dari kenyataan bahwa komunikasi interpersonal bersifat dinamis, merupakan pertukaraan pesan secara timbal balik dan berkelanjutan

- c) Komunikasi interpersonal mensyaratkan adanya keadaan fisik antara pihak- pihak yang berkomunikasi. Dengan kata lain komunikasi interpersonal akan lebih efektif apabila pihak-pihak yang berkomunikasi saling bertatap muka.
- d) Komunikasi interpersonal menempatkan kedua belah pihak yang berkomunikasi saling tergantung satu sama lainnya. Hal ini mengindikasikan bahwa komunikasi interpersonal melibatkan ranah emosi, sehingga terdapat saling ketergantungan emosional diantara pihak-pihak yang berkomunikasi
- e) Komunikasi interpersonal tidak dapat diulang. Artinya ketika seseorang sudah terlanjur mengucapkan sesuatu kepada orang lain, maka ucapan itu sudah tidak dapat diubah atau diulang, karena sudah terlanjur diterima oleh komunikan.

4. Perilaku dalam Komunikasi Interpersonal

Ada tiga bentuk perilaku dalam komunikasi interpersonal, yaitu ;

- a) Perilaku spontan, yaitu yang dilakukan berdasarkan desakan emosi dan dilakukan tanpa sensor serta revisi secara kognisi. Misalnya ketika seseorang merasa sakit, secara spontan dia akan mengerang hingga berteriak tergantung rasa sakit yang dialaminya.
- b) Perilaku menurut kebiasaan, yaitu perilaku berdasarkan kebiasaan. Perilaku itu khas dilakukan pada suatu keadaan, misalnya beberapa orang ketika kebingungan, dia akan menggaruk kepalanya.

- c) Perilaku sadar, yaitu perilaku yang dipilih berdasarkan situasi tertentu. Misal, ketika berbicara dengan orang yang dihargai seperti dokter, guru, atau orang tua, menggunakan bahasa formal dengan nada suara yang lembut dan dalam posisi badan yang tegak.

5. Efektivitas Komunikasi Interpersonal

DeVito (2012) mengemukakan aspek penting efektivitas dalam berjalannya komunikasi interpersonal sebagai berikut:

a) Keterbukaan (*Openess*)

Mengacu pada keterbukaan dan kesediaan komunikator untuk bereaksi jujur terhadap stimulus yang datang dan keterbukaan peserta komunikasi interpersonal kepada orang yang diajak berinteraksi.

b) Empathy (*Emphaty*)

Menempatkan diri kita secara emosional dan intelektual pada posisi orang lain

c) Sikap mendukung (*Supportiveness*)

Sikap mendukung dapat meminimalisir sikap defensive komunikasi yang menjadi aspek ketiga dalam efektivitas komunikasi interpersonal

d) Sikap Positif (*Positiveness*)

Seseorang yang memiliki sikap diri positif, maka ia pun akan mengkomunikasikan hal yang positif. Sikap positif juga dapat dipicu oleh dorongan untuk menghargai keberadaan orang lain

e) Kesetaraan (*Equality*)

Kesetaraan merupakan pengakuan bahwa masing-masing pihak memiliki hal penting untuk disampaikan. Diharapkan adanya umpan balik langsung.

B. Komunikasi Terapeutik

1. Pengertian Komunikasi Terapeutik

Komunikasi dokter-pasien adalah hubungan yang berlangsung antara dokter dengan pasiennya selama proses pemeriksaan/pengobatan/perawatan dan terjadi di ruang praktik perorangan, poliklinik, rumah sakit, dan puskesmas dalam rangka membantu menyelesaikan masalah kesehatan pasien (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006).

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang mendorong proses penyembuhan klien (Depkes RI, 1997). Komunikasi terapeutik didefinisikan sebagai suatu keterampilan atau proses interaksi secara sadar yang dilakukan oleh tenaga kesehatan pada pasien untuk membantunya beradaptasi terhadap gangguan baik secara fisik maupun psikologis sehingga bisa membantu pasien untuk mencapai kesembuhan atau mengatasi masalahnya sehingga mempercepat proses penyembuhan (Noorbaya, et.al, 2018). Komunikasi terapeutik termasuk komunikasi inrerpersional dengan titik tolak untuk saling memberikan pengertian antara tenaga kesehatan dengan pasien.

2. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Menurut Indrawati (2003) dan Purwanto (2008) komunikasi terapeutik memiliki beberapa tujuan sebagai berikut;

- a) Membantu pasien untuk memperjelas dan mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bila pasien percaya pada hal yang diperlukan

- b) Mengurangi keraguan, membantu dalam hal pengambilan tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya.
- c) Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri.

3. Fungsi Komunikasi Terapeutik

Menurut Stuart dan Sundeen (1995), fungsi komunikasi terapeutik adalah sebagai berikut:

- a) Meningkatkan tingkat kemandirian klien melalui proses realisasi diri, penerimaan diri dan rasa hormat terhadap diri sendiri.
- b) Identitas diri yang jelas dan rasa integritas yang tinggi.
- c) Kemampuan untuk membina hubungan interpersonal yang intim dan saling tergantung dan mencintai.
- d) Meningkatkan kesejahteraan klien dengan peningkatan fungsi dan kemampuan memuaskan kebutuhan serta mencapai tujuan personal yang realistis.

Pemberian komunikasi terapeutik yang diberikan oleh perawat pada pasiennya berisi tentang diagnosa penyakit, manfaat, urgensinya tindakan medis, resiko, komplikasi yang mungkin dapat terjadi, prosedur alternatif yang dapat dilakukan, konsekuensi yang dapat terjadi apabila tidak dilakukan tindakan medis, prognosis penyakit, dampak yang ditimbulkan dari tindakan medis serta keberhasilan atau ketidakberhasilan dari tindakan medis tersebut.

4. Karakteristik Komunikasi Terapeutik

Menurut Arwani (2002) dan Taufik (2007), terdapat tiga ciri-ciri yang menjadi karakteristik serta membedakan komunikasi terapeutik dengan komunikasi yang lain, yaitu:

a) Keikhlasan (*genuiness*)

Tenaga kesehatan harus menyadari tentang nilai, sikap dan perasaan yang dimiliki oleh klien. Tenaga kesehatan yang mampu menunjukkan keikhlasan yang tinggi baik secara verbal atau non verbal, akan menumbuhkan kesadaran pada klien untuk mengomunikasikan perasaannya secara tepat. Keikhlasan tidaklah selalu mudah untuk dilakukan, dibutuhkan pengembangan diri setiap saat. Ketika tenaga kesehatan telah mampu membantu memulihkan kondisi pasien, maka kapasitas yang dimiliki untuk mencapai hubungan yang saling menguntungkan akan meningkat secara lebih bermakna.

b) Empati (*empathy*)

Empati merupakan perasaan pemahaman dan penerimaan tenaga kesehatan terhadap perasaan yang dialami klien dan kemampuan merasakan dunia pribadi klien. Seorang tenaga kesehatan dapat memberikan alternative pemecahan masalah pada klien dengan empati yang dimilikinya, karena meskipun dia turut merasakan permasalahan yang dirasakan kliennya, tetapi tidak larut dalam masalah tersebut sehingga tenaga kesehatan tersebut dapat memikirkan masalah yang dihadapi klien secara objektif.

Beberapa aspek dalam empati, yakni; (1) Aspek mental, yaitu memahami orang secara emosional dan intelektual. (2) Aspek verbal, adalah pemahaman

terhadap perasaan dan alasan reaksi emosi klien. (3) Aspek nonverbal, yaitu kemampuan menunjukkan empati dengan kehangatan dan kesejatian.

c) Kehangatan (*warmth*)

Tenaga kesehatan akan mendorong klien untuk mengekspresikan ide-ide dan menuangkannya dalam bentuk perbuatan tanpa rasa takut dimaki atau dikonfrontasi dengan menunjukkan kehangatan. Suasana yang hangat, permisif dan tanpa adanya ancaman menunjukkan adanya rasa penerimaan tenaga kesehatan terhadap klien, sehingga klien akan mengekspresikan perasaannya secara lebih mendalam.

5. Teknik Komunikasi Terapeutik

Ketika komunikasi antara dokter dan pasien tengah berlangsung, maka dokter juga perlu mengimplementasikan teknik komunikasi terapeutik. Stuart dan Sundeen (1998) menyebutkan ada 17 teknik komunikasi terapeutik, 8 teknik diantaranya yang paling sering digunakan oleh tenaga kesehatan, menurut Uripni, Sujianto dan Indrawati (2002), adalah sebagai berikut :

- a) Menunjukkan penerimaan. Menerima yang dimaksud berarti bersedia untuk mendengarkan orang lain tanpa menunjukkan keraguan atau ketidaksetujuan.
- b) Mengeksplorasi atau menanyakan pertanyaan yang berkaitan. Tujuannya adalah untuk mendapatkan informasi spesifik mengenai masalah yang sedang dihadapi oleh klien.
- c) Mendengarkan dengan penuh perhatian. Dokter perlu mendengarkan masalah yang disampaikan oleh klien untuk mengetahui perasaan, pikiran

dan persepsi klien sendiri serta menyampaikan pesan verbal dan nonverbal, untuk menunjukkan bahwa dokter perhatian akan kebutuhan dan masalah klien.

- d) Mengulang ucapan klien dengan kata-kata sendiri. Melalui pengulangan kembali kata-kata klien, seorang dokter memberikan umpan balik yang menunjukkan bahwa dia mengerti pesan klien dan berharap komunikasi dilanjutkan.
- e) Refleksi, menganjurkan klien untuk mengemukakan dan menerima ide dan perasaannya sebagai bagian dari dirinya.
- f) Mengklarifikasi dengan berbagi persepsi. Apabila terjadi kesalahpahaman, dokter dapat menghentikan percakapan untuk mengklarifikasi dengan menyamakan persepsi.
- g) Memfokuskan. Metode ini dilakukan dengan tujuan untuk membatasi pembicaraan sehingga pembicaraan menjadi lebih spesifik dan dimengerti. Perlu diperhatikan juga bahwa tidak seharusnya menghentikan pembicaraan ketika klien menyampaikan masalahnya, kecuali jika pembicaraan berlanjut tanpa informasi baru.
- h) Menyimpulkan. Meringkas pembicaraan dapat membantu dokter dalam mengulang aspek penting dalam interaksinya, sehingga dapat melanjutkan pembicaraan dengan topik yang berkaitan.

6. Tahap-Tahap Komunikasi Terapeutik

Menurut Stuart dan Sundeen (1998) terdapat struktur dalam proses komunikasi terapeutik, yang terdiri dari empat fase yaitu;

a) Fase pra interaksi

Tahap ini merupakan masa persiapan dokter sebelum memulai hubungan dengan pasien. Fase ini didefinisikan sebagai fase sebelum dokter bertemu dengan pasien/klien untuk pertama kalinya. Pada tahap ini, tenaga kesehatan terlebih dahulu perlu mengeksplorasi perasaan, harapan dan kecemasannya, serta menganalisa kekuatan dan kelemahan diri, agar dapat memaksimalkan dirinya guna menghasilkan komunikasi dan pelayanan yang bernilai terapeutik.

Tenaga kesehatan juga perlu mengumpulkan data tentang klien sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi, setelah itu barulah tenaga kesehatan membuat rencana pertemuan secara tertulis yang nantinya akan diimplementasikan ketika bertemu langsung dengan klien.

b) Fase Orientasi

Tahap ini merupakan fase ketika tenaga kesehatan dan klien pertama kali bertemu. Biasanya, pada tahap ini tenaga kesehatan akan berkenalan dengan klien serta sebagai langkah awal dalam membina hubungan saling percaya. Agar dapat membina hubungan saling percaya dengan klien, tenaga kesehatan harus bersikap terbuka, jujur, ikhlas, menerima dan menghargai pasien serta mampu menepati janji kepada pasien.

Setelah itu barulah tenaga kesehatan merumuskan kontrak bersama klien. Kontrak tersebut berfungsi untuk menjaga kelangsungan sebuah interaksi, sehingga kontrak berupa, tempat, waktu, dan topik pertemuan, perlu disetujui bersama dengan klien. Selain itu, tenaga kesehatan juga perlu menggali perasaan dan pikiran klien serta mengidentifikasi masalah klien dan merumuskan tujuan dengan klien ketika masalah telah teridentifikasi.

Pada fase ini, maka tenaga kesehatan perlu memperhatikan beberapa hal, yaitu sebagai berikut; memberi salam pada klien, memperkenalkan diri, melakukan evaluasi dan validasi yang berisikan pengkajian keluhan utama, alasan atau kejadian yang membuat klien meminta bantuan. Evaluasi juga digunakan untuk mendapatkan fokus pengkajian lebih lanjut, kemudian dilanjutkan dengan hal-hal yang terkait dengan keluhan utama.

c) Fase kerja

Tahap ini merupakan tahapan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik. Pada tahap ini, tenaga kesehatan bersama pasien mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi pasien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana perawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Tenaga kesehatan dan klien mengeksplorasi stressor dan mendorong perkembangan kesadaran diri dengan menghubungkan persepsi, perasaan, dan perilaku klien. Pada tahap inilah tenaga kesehatan mengimplementasikan teknik komunikasi terapeutik.

Kegiatan yang dilakukan adalah memberi kesempatan pada klien untuk bertanya, menanyakan keluhan utama, memulai kegiatan dengan cara yang baik, melakukan kegiatan sesuai rencana. Tenaga kesehatan memenuhi kebutuhan dan mengembangkan pola-pola adaptif klien. Interaksi yang memuaskan akan menciptakan suasana yang meningkatkan integritas klien dengan meminimalisasi ketakutan, ketidakpercayaan, kecemasan dan tekanan pada klien.

d) Fase terminasi

Tahap ini merupakan tahap pada saat tenaga kesehatan mengakhiri tugas pada unit tertentu atau pada saat pasien akan pulang ke rumahnya. Baik tenaga

kesehatan maupun pasien, keduanya bersama-sama meninjau kembali proses perawatan yang telah dilalui dan tujuan yang tercapai serta menyepakati tindak lanjut tertentu atas interaksi yang telah dilakukan. Sehingga tenaga kesehatan perlu mengevaluasi secara objektif (evaluasi pencapaian tujuan interaksi yang telah dilakukan) dan secara subjektif (evaluasi berdasarkan perasaan klien setelah berinteraksi atau melakukan tindakan tertentu).

Terminasi merupakan akhir dari pertemuan perawatan dan pelayanan kesehatan yang kemudian dibagi lagi menjadi dua yakni; (1) terminasi sementara, yang merupakan akhir dari pertemuan tenaga kesehatan dengan pasien, namun masih akan ada pertemuan lainnya yang dilakukan pada waktu yang telah disepakati bersama. Dan (2) terminasi akhir, yang merupakan fase dimana tenaga kesehatan telah menyelesaikan proses ketenaga kesehatan secara menyeluruh.

C. Konsep Kecemasan

1. Pengertian Kecemasan

Kecemasan merupakan sesuatu yang bisa menimpa setiap orang pada waktu-waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan suatu emosi yang subjektif tanpa obyek atau wujud yang spesifik sehingga diri merasakan perasaan ketidakpastian, ketidakberdayaan dan ketidakamanan seolah ada sesuatu yang buruk akan terjadi dan dalam tingkat yang berbeda-beda, umumnya disertai gejala-gejala otonomik yang dapat berlangsung selama beberapa waktu (Pieter, et. al, 2011).

Kaplan, Sadock, dan Grebb (2010) mengungkapkan bahwa kecemasan merupakan respon emosional terhadap stressor, baik yang jelas maupun yang tidak

teridentifikasi, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup, dan ditandai dengan adanya perasaan khawatir, takut, dan was-was. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami oleh siapapun. Namun rasa cemas yang berlebihan, terutama yang telah mencapai tahap gangguan kecemasan maka dapat menghambat aktivitas seseorang dalam menjalani kehidupannya. Sundari (2004) mendefinisikan kecemasan sebagai suatu keadaan yang menggoncangkan karena adanya ancaman terhadap kesehatan.

2. Penyebab Kecemasan

Daradjat dalam Rochman (2010) mengemukakan beberapa penyebab dari kecemasan yaitu :

- a) Rasa cemas yang timbul akibat melihat adanya bahaya yang mengancam diri. Kecemasan ini lebih dekat dengan rasa takut, karena sumbernya terlihat jelas melalui pandangan
- b) Cemas karena merasa berdosa atau bersalah, seperti karena melakukan hal-hal yang berlawanan dengan keyakinan atau hati nurani. Kecemasan ini sering pula menyertai gejala-gejala gangguan mental, yang kadang-kadang terlihat dalam bentuk yang umum.
- c) Kecemasan yang berupa penyakit dan terlihat dalam beberapa bentuk. Kecemasan ini disebabkan oleh hal yang tidak jelas dan tidak berhubungan dengan apapun yang terkadang disertai dengan perasaan khawatir berlebihan yang mempengaruhi keseluruhan kepribadian penderitanya.

Deffenbacher dan Hazeleus dalam Register juga mengemukakan bahwa sumber penyebab kecemasan meliputi beberapa hal di bawah ini :

- a) Kekhawatiran (*Worry*), merupakan pikiran negatif tentang dirinya sendiri, seperti perasaan negatif bahwa ia lebih jelek dibandingkan dengan teman-temannya.
- b) Emosionalitas (*imosionality*), didefinisikan sebagai reaksi diri terhadap rangsangan saraf otonom, seperti jantung berdebar-debar, keringat dingin dan tegang.
- c) Gangguan dan hambatan dalam menyelesaikan tugas (*task generated interference*), merupakan kecenderungan yang dialami seseorang yang selalu tertekan karena pemikiran yang rasional terhadap suatu tugas.

Ditinjau dari ilmu psikologi, terdapat tiga teori utama yang menjelaskan tentang penyebab kecemasan yaitu

- a) Teori psikoanalitik

Freud mendefinisikan kecemasan sebagai tanda adanya kemarahan dalam alam bawah sadar. Menurut teori psikoanalitik Sigmund Freud ini, kecemasan timbul karena konflik psikis antara elemen kepribadian yaitu id (insting) atau keinginan seksual bawah sadar dengan ancaman sesuai dari super ego (nurani) atau kenyataan eksternal.

Id mewakili dorongan insting dan impuls primitif seseorang sementara super ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan norma budayanya. Ego akan mengerahkan mekanisme pertahanan sebagai respon dari tanda kecemasan tersebut untuk mencegah munculnya pemikiran dan perasaan

yang tidak dapat diterima dalam pikiran sadar. Ego berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.

b) Teori Behaviour

Kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan seseorang untuk mencapai tujuan yang diinginkan.

c) Teori eksistensi

Teori ini memberikan model kecemasan menyeluruh, yang mana tidak ada stimulus spesifik yang dapat ditemukan pada perasaan cemas yang kronis. Konsep utama dari teori eksistensi yaitu seseorang mengalami perasaan hidup dalam dunia tanpa tujuan. Kecemasan adalah respon terhadap kekosongan eksistensi dan makna yang dirasakan. Menurut teori ini kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap tidak adanya penerimaan dan adanya penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kelemahan spesifik.

d) Teori Biologi

Selain ketiga teori dari ilmu psikologi di atas, terdapat pula teori mengenai penyebab kecemasan dari ilmu biologi. Fungsi biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus Benzodiazepine. Reseptor ini mungkin membantu mengatur kecemasan. Penghambat asam amino butirik-gamma neuro regulator (GABA) juga mungkin memainkan peran utama dalam mekanisme biologis berhubungan dengan kecemasan sebagaimana endomorfine. Selain itu telah dibuktikan bahwa kesehatan umum seseorang

mempunyai akibat nyata sebagai predisposisi terhadap kecemasan. Kecemasan dapat disertai gangguan fisik dan menurunkan kapasitas seseorang untuk mengatasi stressor.

Namun, dari berbagai ilmu yang telah berkembang, para ahli menyebutkan bahwa penyebab pasti dari gangguan kecemasan masih belum bisa ditetapkan sebab sifatnya yang sangat subjektif.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kecemasan

Berikut ini faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan (Untari, 2014), yaitu

a) Jenis Kelamin

Perempuan cenderung menunjukkan pengalaman gangguan kecemasan yang lebih tinggi, meski ada beberapa variasi berdasarkan jenis gangguan keemasannya. Berdasarkan penelitian, terdapat dua kali peningkatan kejadian panik, gangguan kecemasan menyeluruh, agoraphobia, dan fobia spesifik pada perempuan dibanding laki-laki. Namun, prevalensi fobia sosial pada laki-laki hampir sama dengan perempuan. Diketahui hal ini dikarenakan, umumnya perempuan lebih peka terhadap emosi serta terhadap perasaan cemasnya.

b) Usia

Menurut Merikengas dan Pine, gangguan kecemasan secara umum muncul pada masa anak-anak atau remaja. Berbagai penelitian menemukan bahwa terdapat perbedaan periode puncak dari *onset* berbagai jenis gangguan kecemasan. Kaplan dan Sadock mengatakan gangguan kecemasan dapat terjadi pada semua usia, namun lebih sering pada usia dewasa dan lebih banyak pada wanita. Sebagian besar kecemasan terjadi pada umur 21-45 tahun.

c) Konsep Diri dan Peran

Setiap tahap dalam usia perkembangan berpengaruh pada perkembangan jiwa termasuk didalamnya konsep diri yang akan mempengaruhi ide, pikiran, kepercayaan dan pandangan individu tentang dirinya dan orang lain. Pribadi dengan konsep diri yang negative lebih rentan terhadap kecemasan.

Menurut Stuart dan Sundeen, peran adalah pola perilaku dan tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat. Peran dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Seseorang yang memiliki peran ganda dalam kelompok sosial masyarakat memiliki kecenderungan mengalami kecemasan yang berlebih akibat konsentrasi yang terganggu.

d) Status Sosial dan Etnis

Kejadian gangguan kecemasan umumnya lebih tinggi pada orang dengan status sosial ekonomi yang lebih rendah. Masalah yang terjadi pada kondisi sosial dan ekonomi akan lebih besar pada masyarakat kalangan menengah ke bawah.

e) Nilai-nilai dan Spiritual

Nilai-nilai budaya dan spiritual dapat mempengaruhi cara berpikir dan tingkah laku seseorang.

f) Temperamen/Kepribadian

Kurniawati (2012) menjelaskan bahwa tipe kepribadian seseorang menentukan tingkat kecemasannya dalam menghadapi masalah. Seseorang dengan kepribadian introvert lebih cenderung memendam masalahnya dan selalu memikirkannya, sehingga cenderung menimbulkan rasa pesimis yang akhirnya malah menyebabkan perasaan cemas.

g) Gangguan Medis atau Status Kesehatan

Beberapa hasil penelitian menunjukkan terdapat hubungan antara gangguan kecemasan dengan adanya bentuk lain dari psikopatologi (penyakit mental) yang lebih awal. Diketahui gangguan medis mempunyai hubungan dengan perkembangan kecemasan. Pada dasarnya, seseorang yang sedang sakit atau memiliki gangguan medis/psikologis akan menurunkan kemampuannya dalam menghadapi stress.

h) Pengalaman Menjalani Pengobatan

Pengalaman awal pasien dalam menjalani pengobatan merupakan pengalaman penting pada tiap orang yang dapat mempengaruhi kondisi mentalnya di kemudian hari. Apabila pengalaman seseorang kurang baik selama menjalani pengobatan, maka hal tersebut cenderung akan memengaruhi peningkatan kecemasan saat menghadapi tindakan pengobatan lainnya.

i) Lama rawat inap

Pasien yang dirawat di rumah sakit dalam jangka waktu lama bahkan berulang kali dapat mempengaruhi status psikologi pasien seperti kesedihan, ketakutan, kecemasan, dan panik

j) Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik yang baik dan berlangsung efektif sangat dibutuhkan oleh tiap pasien terlebih pada pasien yang tengah menjalani proses kemoterapi. Faktanya, sebagian besar pasien yang menjalani kemoterapi mengalami kecemasan. Komunikasi yang baik, antara pasien dan dokter/perawat akan menentukan keberlangsungan tindakan kemoterapi

selanjutnya. Pasien yang cemas saat akan menjalani kemoterapi bisa saja mengalami efek yang tidak menyenangkan bahkan membahayakan.

k) Peristiwa Kehidupan/Stresor atau Dukungan Sosial dan Lingkungan

Peristiwa kehidupan yang pada tingkat tertentu mengancam gagasan individu akan keselamatan dan keamanan sering setidaknya secara retrospektif diterima sebagai pemicu dari gangguan kecemasan. Dukungan sosial dan lingkungan sekitar dapat memengaruhi cara berpikir seseorang tentang pribadinya dan orang lain. Hal ini disebabkan oleh pengalaman seseorang dengan keluarga, sahabat, rekan kerja dan/atau kelompok sosial lainnya. Kecemasan dapat terjadi jika seseorang merasa tidak aman dengan lingkungan sosialnya.

l) Proses Adaptasi

Menurut Kozier dan Oliveri, tingkat adaptasi manusia dipengaruhi oleh stimulus internal dan eksternal yang dihadapi seseorang dan membutuhkan respon perilaku secara terus-menerus. Proses adaptasi inilah yang seringkali menstimulus seseorang untuk mendapatkan bantuan dari sumber-sumber di lingkungan.

m) Pendidikan

Pendidikan pada umumnya dapat mengubah pola pikir, tingkah laku, dan pengambilan keputusan. Tingkat pendidikan yang cukup akan lebih mudah mengidentifikasi stresor yang berasal dari dalam diri sendiri maupun dari luar dirinya. Tingkat pendidikan juga memengaruhi kesadaran dan pemahaman terhadap stimulus.

n) Mekanisme Koping

Mekanisme koping adalah cara yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, serta respon terhadap situasi yang mengancam (Keliat, 1999). Ketika mengalami kecemasan, seseorang akan menggunakan mekanisme koping untuk mengatasinya dan ketidakmampuan mengatasi kecemasan secara konstruktif menyebabkan terjadinya perilaku patologis.

4. Klasifikasi Kecemasan

Kecemasan memiliki dua aspek yakni aspek yang sehat dan aspek membahayakan, yang bergantung pada tingkat kecemasan, lama kecemasan yang dialami, dan seberapa baik individu melakukan koping terhadap kecemasan. Menurut Kartono (2006), Stuart (2007), serta Pieter, Janiwarti, dan Saragih (2011) ada empat tingkat kecemasan yang dapat dialami oleh seseorang yaitu sebagai berikut ;

a) Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan peristiwa yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari. Seseorang dengan kecemasan ringan merasa bahwa ada sesuatu yang berbeda dari kesehariannya dan memerlukan perhatian khusus. Kecemasan ini menyebabkan seseorang menjadi lebih waspada dan berhati-hati. Stimulasi sensori meningkat dan membantu seseorang memfokuskan perhatian dalam belajar, menyelesaikan masalah, berpikir, bertindak, merasakan serta melindungi diri sendiri. Kecemasan ringan seringkali memotivasi seseorang untuk membuat perubahan atau untuk melakukan

kegiatan yang mengarah pada suatu sasaran tertentu, seperti belajar. Selain itu, kecemasan ini juga mendorong seseorang untuk menghasilkan kreatifitas.

Kecemasan ringan dibagi menjadi dua kategori yaitu ringan sebentar dan ringan lama. Kecemasan ringan yang muncul sebentar adalah suatu kecemasan yang wajar terjadi pada seseorang akibat situasi-situasi yang mengancam namun tidak dapat mengatasinya, sehingga timbullah kecemasan. Kecemasan ini bermanfaat agar seseorang kedepannya dapat lebih berhati-hati dalam menghadapi situasi yang sama. Sementara, kecemasan ringan yang berlangsung lama adalah kecemasan yang dapat diatasi namun karena tidak segera mengatasi stressor, maka kecemasan tersebut akan bertahan lama pada diri seseorang.

Adapun respon dari kecemasan ringan yaitu; (1) Respon Fisiologis yang ditandai dengan ketegangan otot ringan, sesekali napas pendek, tekanan darah dan nadi yang meningkat, wajah berkerut, bibir bergetar, pengalaman gejala ringan pada lambung. (2) Respon Kognitif yang ditandai dengan Persepsi dan perhatian meluas, terlihat tenang dan percaya diri, waspada, sadar akan stimulus internal dan eksternal, memperhatikan banyak hal, namun tetap konsentrasi pada masalah dan dapat menjelaskan dan mengatasi masalah secara efektif, mempertimbangkan informasi, mampu menerima rangsangan yang kompleks dan tingkat pembelajaran optimal. (3) Respon perilaku dan emosional yang ditandai dengan perilaku otomatis seperti kemungkinan adanya aktivitas menyendiri, sedikit gelisah, sulit tidur, hipersensitif terhadap

suara, tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan dan suara kadang-kadang meninggi.

b) Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang mengakibatkan lapang persepsi pada lingkungan menurun dan memungkinkan seseorang untuk berfokus pada hal yang dianggap penting dan mengesampingkan hal lain, sehingga seseorang tersebut mengalami perhatian yang selektif namun tetap dapat melakukan sesuatu yang terarah. Kecemasan ini berupa perasaan yang mengganggu dimana ada hal yang salah sehingga menyebabkan seseorang gugup atau gelisah. Pada kecemasan sedang, seseorang kesulitan untuk berkonsentrasi secara mandiri namun masih dapat memproses informasi, menyelesaikan masalah, dan mempelajari hal-hal baru dengan bantuan dari orang lain.

Adapun respon dari kecemasan sedang yaitu ; (1) Respon Fisiologis yang ditandai dengan ketegangan otot sedang, sering nafas pendek, tanda-tanda vital seperti nadi dan tekanan darah meningkat, pupil dilatasi, mulut kering, mulai berkeringat, anoreksia, diare, konstipasi, sering berkemih, sakit kepala. (2) Respon Kognitif yang ditandai dengan lapang persepsi menyempit, rentang perhatian menurun, fokus pada apa yang menjadi perhatian, penerimaan terhadap rangsangan luar sulit kemampuan menyelesaikan masalah menurun, dan pembelajaran terjadi dengan memfokuskan. (3) Respon perilaku dan emosional ditandai dengan gelisah, sering mondar-mandir, gerakan tersentak-sentak, memukul atau meremas tangan, suara berubah (bergetar atau nada suara meninggi), kewaspadaan dan ketegangan meningkat, pola tidur berubah,

nyeri punggung, tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah, tidak sabar, perasaan tidak aman.

c) Kecemasan Berat

Kecemasan berat mengakibatkan perkembangan kepribadian seseorang terhambat. Kecemasan ini sangat mempengaruhi lapang persepsi, seseorang cenderung hanya memusatkan perhatian pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta mengabaikan hal-hal lain. Pada tahap ini, seseorang kesulitan untuk berpikir realistis sehingga biasanya tidak dapat mengatasi kecemasan ini sendirian. Seseorang juga merasa kecemasan yang dialami sebagai suatu ancaman terhadap dirinya. Sehingga orang tersebut memerlukan banyak pengarahan agar dapat memusatkan perhatian pada hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk menghentikan ketegangan dan mengurangi kecemasan.

Kecemasan berat adalah kecemasan yang terlalu berat dan berakar secara mendalam pada diri seseorang. Kecemasan ini dibagi menjadi dua yaitu kecemasan berat yang sebentar dan lama. Kecemasan berat yang hanya berlangsung sebentar dapat menimbulkan efek traumatis pada seseorang jika menghadapi situasi dan/atau stressor yang sama di lain waktu. Sedangkan kecemasan berat yang berlangsung lama akan merusak kepribadian seseorang. Hal ini akan berlangsung terus menerus hingga bertahun-tahun dan dapat merusak proses kognisi seseorang. Kecemasan yang berat dan lama akan menimbulkan berbagai macam penyakit seperti darah tinggi, *tachycardia* (percepatan darah), *excited* (heboh, gempar).

Adapun respon dari kecemasan berat yaitu : (1) Respon Fisiologis yang ditandai dengan ketegangan otot berat, hiperventilasi, penglihatan kabur dan memburuk, jumlah keringat meningkat, nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, sakit kepala, mual, sering buang air kecil maupun besar, diare, palpitasi dan takikardia, serta ketegangan hingga insomnia. (2) Respon Kognitif yang ditandai dengan lapang persepsi yang terbatas dan amat sempit, proses berpikir terpecah-pecah, sulit berpikir, tidak dapat berkonsentrasi, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu mempertimbangkan informasi, hanya memerhatikan ancaman, preokupasi dengan pikiran sendiri, serta egosentris. (3) Respon perilaku dan emosional ditandai dengan Sangat cemas, agitasi, takut, bingung, merasa tidak adekuat, menarik diri, penyangkalan, bicara cepat dan mem-*blocking*, nada suara tinggi, tindakan tanpa tujuan dan serampangan, rahang menegang, mengertakan gigi, mondar-mandir, berteriak, meremas tangan, gemetar, perasaan tidak aman, serta seluruh perhatian terfokus hanya pada dirinya.

d) Panik

Pada tingkatan panik, lapang persepsi seseorang sudah sangat sempit bahkan cenderung menyimpang, detail perhatian menghilang dan telah mengalami gangguan, sehingga tidak dapat mengendalikan diri sendiri serta sulit melakukan apapun meski telah diberi pengarahan. Pada tingkat ini, kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan, dan teror. Panik mencakup diorganisasi kepribadian dan menyebabkan kemampuan berhubungan dengan orang lain menjadi menurun. Apabila berlangsung dalam

jangka waktu yang lama maka kecemasan ini dapat mengakibatkan kelelahan yang berlebihan hingga kematian.

Adapun respon dari panic yaitu; (1) Respon fisiologis yang ditandai dengan Flight, fight, atau freeze, ketegangan otot sangat berat, agitasi, pupil dilatasi, tanda-tanda vital meningkat kemudian menurun, nafas pendek, rasa tercekik, sakit dada, pucat, hipotensi, tidak dapat tidur, hormon stress dan neurotransmitter berkurang, wajah menyeringai, dan mulut ternganga. (2) Respon kognitif yang ditandai dengan persepsi sangat sempit, tidak dapat berpikir logis, terganggu, kepribadian kacau, tidak dapat menyelesaikan masalah, fokus pada pikiran sendiri, tidak rasional, sulit memahami stimulus eksternal, halusinasi, waham, dan ilusi mungkin terjadi. (3) Respon perilaku dan emosional ditandai dengan agitasi agresif dan/atau non agresif, merasa terbebani, merasa tidak mampu, tidak berdaya, lepas kendali, mengamuk, berteriak-berteriak, putus asa, marah, ketakutan, mengharapkan hasil yang buruk, kaget, dan kelelahan.

BAB III

GAMBARAN UMUM LOKASI PENELITIAN

A. Riwayat Perkembangan RSUD Andi Djemma Masamba

RSUD Andi Djemma Masamba adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Luwu Utara yang dibangun pada 1988 dan diresmikan oleh menteri Kesehatan RI pada 18 Januari 1990. Mulai beroperasi pada 1989 dan mengalami kemajuan yang sangat signifikan mulai dari peningkatan kunjungan pasien dan jumlah hari rawat, peningkatan sumber daya manusia baik kualitas maupun kuantitas, peningkatan dan penambahan sarana dan prasarana mulai dari pembangunan fisik dan peningkatan fasilitas pelayanan serta peningkatan pendapatan asli daerah. Ditetapkan menjadi Rumah Sakit Kelas C, RSUD Andi Djemma Masamba Merupakan Rumah Sakit Milik pemerintah daerah kabupaten Luwu Utara. Secara teknis fungsional dan teknis operasional di pimpin oleh direktur RS sebagai SKPD yang melaksanakan Pelayanan di Bidang Kesehatan dan bertanggung jawab langsung kepada Bupati. Nama – nama direktur RSUD Andi Djemma Masamba:

- 1) Tahun 1989 – 1998 : dr. H. Abubakar Malinta
- 2) Tahun 1998 – 2000 : dr. Hj. Andi Besse Dewagong, M. Kes
- 3) Tahun 2000 – 2001 : dr. H. Andi Mahmud Rompegading, M. Kes
- 4) Tahun 2001 – 2002 : dr. Hj. Andi Wahyuningsih, Sp.An
- 5) Tahun 2002 – 2005 : dr. H. Suyuti Arifin, Sp.S
- 6) Tahun 2005 – 2008 : dr. H. Awaluddin Husain, Sp.D
- 7) Tahun 2008 – 2013 : drg. Marhani Katma, MARS